



CERMAN

GABARITO | 2026 | AM | 100 Questões



Gabarito: Cerman

2026 | AM

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

Comentários e Explicações

Questão 1

A definição de Emergência Hipertensiva é um conceito fundamental na cardiologia e na medicina de emergência. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o diagnóstico não se baseia apenas em números, mas sim na repercussão clínica imediata que esses níveis pressóricos elevados causam no organismo.

Para diferenciar uma Emergência de uma Urgência Hipertensiva, o médico deve avaliar a presença de danos agudos a órgãos vitais. Enquanto na Urgência há uma elevação pressórica importante sem risco imediato de morte ou lesão de órgão-alvo, na Emergência a situação é crítica.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora valores de PAS \geq 180 mmHg e PAD \geq 110 mmHg sejam frequentemente usados como marcos para definir uma Crise Hipertensiva, o valor isolado não diferencia Urgência de Emergência. Um paciente pode apresentar níveis muito elevados (ex.: 220/120 mmHg) e estar assintomático ou com sintomas leves, configurando uma Urgência, enquanto outro, com valores menores (ex.: 170/100 mmHg em uma gestante com eclâmpsia), pode estar em uma Emergência Hipertensiva.

Alternativa b: Incorreta. Cefaleia e tontura são sintomas inespecíficos. Eles podem estar presentes em casos de Pseudocrise Hipertensiva (onde a dor ou o estresse causam o aumento da pressão) ou em Urgências Hipertensivas. Na Emergência Hipertensiva, os sintomas são geralmente mais graves e específicos do órgão afetado, como dor precordial, dispneia súbita ou perda de força motora.

Alternativa c: Incorreta. O uso de medicação venosa (como nitroprussiato de sódio ou nitroglicerina) e a internação em UTI constituem a conduta terapêutica padrão para a Emergência Hipertensiva. Portanto, a necessidade do tratamento é uma consequência do diagnóstico estabelecido, e não o critério que define a patologia.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa reflete exatamente o que preconizam as diretrizes nacionais e internacionais. O fator determinante de uma Emergência Hipertensiva é a presença de Lesão de Órgão-Alvo (LOA) aguda e progressiva. Exemplos clássicos incluem o Edema Agudo de Pulmão, o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Cerebral, a Dissecção Aguda de Aorta e a Encefalopatia Hipertensiva. Nesses casos, a redução da pressão deve ser imediata e controlada para preservar a função dos órgãos e a vida do paciente.

Questão 2

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Síndrome Coronariana Aguda com supradesnivelamento do segmento ST nas derivações DII, DIII e aVF. Isso caracteriza um Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento de ST (IAMCSST) de parede inferior. Diante desse diagnóstico, a prioridade absoluta é a reperfusão miocárdica imediata para salvar o músculo cardíaco.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: Embora o mnemônico clássico sugira essas medicações, a prática atual é criteriosa. O oxigênio só é indicado se a saturação estiver abaixo de 90%. O uso de nitratos é perigoso e geralmente contraindicado em infartos de parede inferior (DII, DIII, aVF), pois há um alto risco de envolvimento do ventrículo direito; nesses casos, o nitrato pode causar queda brusca do débito cardíaco e hipotensão severa. O betabloqueador não deve ser administrado rotineiramente na fase imediata sem antes garantir a estabilidade hemodinâmica do paciente.

Alternativa (b) CORRETA: Esta é a conduta padrão para o IAMCSST. O objetivo é a reperfusão. A angioplastia primária é o tratamento de escolha, mas ela deve ser realizada em tempo hábil. Se o serviço não dispõe de hemodinâmica ou se o tempo estimado para cruzar a lesão com o balão for superior a 120 minutos, a fibrinólise (trombólise química) deve ser iniciada imediatamente, preferencialmente nos primeiros 30 minutos após a chegada ao hospital (tempo porta-agulha), desde que não existam contraindicações.

Alternativa (c) INCORRETA: No IAM com supra de ST, o diagnóstico é feito pela clínica e pelo eletrocardiograma. Não se deve, em hipótese alguma, aguardar o resultado da troponina ou de qualquer outro marcador de necrose miocárdica para iniciar a terapia de reperfusão. "Tempo é músculo", e o atraso para esperar exames laboratoriais aumenta a mortalidade e o dano cardíaco permanente.

Alternativa (d) INCORRETA: O infarto é uma emergência médica ativa. Aguardar a evolução clínica sem intervenção é permitir que o miocárdio sofra necrose irreversível, o que pode levar a complicações fatais como arritmias malignas, insuficiência cardíaca aguda e choque cardiogênico.

RESUMO DA CONDUTA

Identificado o supra de ST no ECG em paciente com dor torácica:

1. Iniciar medidas de suporte e antiagregação plaquetária dupla (aspirina +

clopidogrel/ticagrelor).

2. Definir a estratégia de reperfusão: angioplastia se disponível em até 120 minutos; caso contrário, realizar fibrinólise.

3. No infarto de parede inferior, ter cautela redobrada com medicações que reduzem a pré-carga (como nitratos e morfina) devido ao risco de choque por acometimento de ventrículo direito.

Questão 3

Para resolver essa questão, primeiro devemos calcular o escore CHA2DS2-VASc do paciente para avaliar o risco tromboembólico e definir a indicação de anticoagulação:

C (Insuficiência cardíaca): 1 ponto (FEVE 35%).

H (Hipertensão arterial): 1 ponto.

A (Idade \geq 75 anos): 2 pontos (paciente tem 76 anos).

D (Diabetes mellitus): 1 ponto.

S (Histórico de AVC/AIT): 0 pontos.

V (Doença vascular): 0 pontos.

A (Idade entre 65-74 anos): 0 pontos (já pontuou no critério acima).

Sc (Sexo feminino): 0 pontos (paciente do sexo masculino).

Total: 5 pontos.

Em pacientes do sexo masculino com pontuação maior ou igual a 2, a anticoagulação oral é mandatória (recomendação classe I).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a varfarina seja um anticoagulante eficaz, ela não é mais a primeira linha de escolha para fibrilação atrial não valvar na ausência de contraindicações aos novos fármacos. Além disso, o alvo de INR recomendado para FA é habitualmente entre 2,0 e 3,0, e não entre 2,5 e 3,5 (alvo utilizado em algumas próteses valvares mecânicas).

Alternativa b) Incorreta. O AAS (ácido acetilsalicílico) isoladamente não é recomendado para a prevenção de fenômenos tromboembólicos na FA, independentemente do risco. Estudos mostram que o AAS é inferior aos anticoagulantes na prevenção de AVC e possui risco de sangramento considerável, especialmente em idosos.

Alternativa c) Correta. Os anticoagulantes orais diretos (DOACs), como apixabana, rivaroxabana, dabigatrana e edoxabana, são atualmente a primeira linha de

tratamento para pacientes com FA não valvar. Eles apresentam eficácia igual ou superior à varfarina, com um perfil de segurança melhor (menor taxa de sangramento intracraniano) e dispensam a monitorização rotineira do INR.

Alternativa d) Incorreta. A heparina de baixo peso molecular (HBPM) é uma medicação de uso parenteral. Ela é utilizada em ambiente hospitalar, em síndromes coronarianas agudas ou como terapia de ponte em pacientes que usam varfarina e precisarão suspender a medicação para procedimentos. Não é a conduta de escolha para o uso ambulatorial crônico visando à prevenção de AVC na FA. Além disso, o alto risco de sangramento não justifica o uso de heparina, mas sim uma avaliação cuidadosa do escore HAS-BLED para controle de fatores de risco modificáveis.

Questão 4

A Doença de Graves é uma patologia autoimune e a causa mais frequente de hipertireoidismo na prática clínica. Ela se caracteriza pela produção de anticorpos que estimulam o receptor do TSH (TRAb), resultando em uma superprodução de hormônios tireoidianos. Além dos sintomas comuns a qualquer quadro de tireotoxicose, a doença de Graves apresenta manifestações extratireoidianas únicas.

Alternativa A: Esta é a alternativa correta. A exoftalmia (proptose ocular) faz parte da oftalmopatia de Graves, um achado altamente específico desta doença. Ela ocorre devido a um processo inflamatório mediado por anticorpos que causa o acúmulo de glicosaminoglicanos e gordura nos tecidos retro-orbitais, empurrando o globo ocular para a frente. É o sinal que melhor diferencia a doença de Graves de outras causas de hipertireoidismo, como o bócio multinodular tóxico.

Alternativa B: Esta alternativa está incorreta. O excesso de hormônios tireoidianos aumenta a sensibilidade dos receptores adrenérgicos e o metabolismo basal, o que leva à taquicardia (batimentos cardíacos acelerados) e não à bradicardia. A bradicardia é um achado clássico do hipotireoidismo.

Alternativa C: Esta alternativa está incorreta. O termo mixedema, quando usado de forma isolada, refere-se habitualmente ao edema generalizado e à aparência infiltrada do paciente com hipotireoidismo grave. Embora exista o mixedema pré-tibial (dermopatia) na doença de Graves, ele é um achado raro (ocorre em menos de 5% dos pacientes), enquanto a exoftalmia é muito mais frequente e emblemática para o diagnóstico em provas.

Alternativa D: Esta alternativa está incorreta. A hiponatremia (baixo nível de sódio no sangue) não é uma característica clínica do hipertireoidismo. Alterações nos níveis de sódio são mais frequentemente observadas no hipotireoidismo severo ou em outras

disfunções endócrinas, como a insuficiência adrenal.

Gabarito: Letra A.

Questão 5

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda os critérios para o tratamento farmacológico da obesidade, um tema frequente em provas de residência médica e concursos, fundamentado em diretrizes da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) e de sociedades internacionais.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O tratamento farmacológico da obesidade está indicado para pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30 kg/m² (obesidade grau I) ou para pacientes com IMC maior ou igual a 27 kg/m² quando houver presença de comorbidades associadas ao excesso de peso (como hipertensão, diabetes tipo 2 ou dislipidemia). O valor de IMC maior ou igual a 40 kg/m² é um dos critérios para indicação de cirurgia bariátrica, não o limite mínimo para início de medicamentos.

Alternativa (b) CORRETA: De acordo com as diretrizes atuais, os análogos do receptor de GLP-1 (como a liraglutida e a semaglutida) são opções seguras e eficazes para o tratamento da obesidade. Eles podem ser prescritos para pacientes com IMC maior ou igual a 30 kg/m², independentemente da presença de outras doenças, desde que o tratamento seja realizado de forma complementar às modificações do estilo de vida (dieta e exercícios). No caso da paciente em questão (IMC 35 kg/m²), ela já possui indicação formal para o início da terapia.

Alternativa (c) INCORRETA: A sibutramina não é considerada primeira linha para todos os pacientes. Embora seja uma droga acessível e eficaz, ela possui contraindicações importantes, especialmente em pacientes com doenças cardiovasculares preexistentes, hipertensão arterial não controlada ou arritmias. O estudo SCOUT demonstrou aumento do risco de eventos cardiovasculares em pacientes de alto risco que utilizaram a droga, o que limita seu uso a um perfil selecionado de pacientes sem essas contraindicações.

Alternativa (d) INCORRETA: O tratamento farmacológico é uma ferramenta auxiliar e nunca deve substituir as mudanças no estilo de vida. O sucesso a longo prazo no manejo da obesidade depende obrigatoriamente do déficit calórico

(acompanhamento nutricional) e do aumento do gasto energético/preservação de massa magra (atividade física estruturada). A medicação atua ajudando no controle do apetite e da saciedade, facilitando a adesão a essas mudanças.

CONCLUSÃO

A alternativa (b) reflete corretamente as recomendações atuais, validando o uso de medicamentos modernos como os análogos de GLP-1 em pacientes com obesidade estabelecida (IMC maior ou igual a 30), sempre como terapia adjunta ao estilo de vida saudável.

Questão 6

O caso clínico descreve um paciente com diabetes mellitus tipo 2 que apresenta falha terapêutica com a monoterapia em dose máxima de metformina, evidenciada por uma hemoglobina glicada (HbA1c) de 9,8%. A meta terapêutica para a maioria dos adultos é uma HbA1c abaixo de 7,0%.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Manter a conduta atual e aguardar 6 meses para reavaliação é inadequado, pois prolonga a exposição do paciente à hiperglicemia grave, aumentando o risco de complicações agudas e crônicas. O ajuste terapêutico deve ser considerado a cada 3 meses se a meta não for atingida.

Alternativa b: Incorreta. O manejo dietético e a atividade física são fundamentais em qualquer estágio da doença, mas não devem ser a única medida para um paciente que já apresenta falha no tratamento farmacológico e níveis glicêmicos muito acima do alvo.

Alternativa c: Incorreta. A metformina é considerada o padrão-ouro para o início do tratamento devido à sua eficácia, segurança e redução de eventos cardiovasculares. Ela deve ser mantida na associação terapêutica, a menos que haja intolerância ou contraindicação (como insuficiência renal avançada). Substituir pela sulfonilureia em monoterapia não é a estratégia recomendada.

Alternativa d: Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA), quando a monoterapia com metformina não atinge o alvo glicêmico, o próximo passo é a terapia combinada. Com uma HbA1c de 9,8%, o paciente está em um nível crítico. Se houver sintomas catabólicos (perda de peso, poliúria, polidipsia), a insulina é a escolha preferencial. Caso o paciente esteja assintomático, pode-se associar um segundo agente oral ou

injetável (como inibidores de SGLT2, agonistas de GLP-1, inibidores de DPP-4 ou sulfonilureias), escolhendo a droga conforme as comorbidades (presença de doença cardiovascular, insuficiência cardíaca ou doença renal crônica) e o perfil do paciente.

Questão 7

COMENTÁRIO DO PROFESSOR

A profilaxia secundária é indicada para todo paciente cirrótico que já sobreviveu a um episódio de hemorragia digestiva alta (HDA) por varizes esofágicas, uma vez que o risco de ressangramento no primeiro ano é muito elevado (superior a 60%).

Alternativa (a): CORRETA. De acordo com o consenso internacional de Baveno VII e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hepatologia, o padrão-ouro para a profilaxia secundária é a terapia combinada. O betabloqueador não seletivo (propranolol ou carvedilol) reduz o gradiente de pressão venosa hepática por meio da diminuição do débito cardíaco (bloqueio beta-1) e da vasoconstrição esplâncnica (bloqueio beta-2, que deixa a ação alfa-adrenérgica sem oposição). A ligadura elástica de varizes esofágicas (LEVE) complementa o tratamento realizando a obliteração mecânica dos vasos. A associação das duas técnicas é superior a qualquer uma delas utilizada isoladamente.

Alternativa (b): INCORRETA. Os inibidores de bomba de prótons (IBP) são a base do tratamento para hemorragias de origem ulcerosa (úlceras pépticas). Na cirrose, o IBP não tem ação sobre a pressão portal. Ele pode ser utilizado por um curto período (geralmente 10 a 14 dias) após a ligadura elástica para auxiliar na cicatrização das úlceras formadas pela queda dos elásticos, mas não é um agente de profilaxia secundária.

Alternativa (c): INCORRETA. A antibioticoterapia (ceftriaxona IV ou norfloxacino VO) é uma medida de fase AGUDA. Ela deve ser iniciada imediatamente na admissão do paciente com sangramento varicoso e mantida por 7 dias para prevenir peritonite bacteriana espontânea (PBE) e outras infecções, o que comprovadamente reduz a mortalidade e o ressangramento precoce. Contudo, não faz parte do esquema de profilaxia secundária crônica.

Alternativa (d): INCORRETA. O TIPS (shunt portossistêmico intra-hepático transjugular) é um procedimento invasivo. Atualmente, ele é indicado como "TIPS precoce" (em até 72h) para pacientes de alto risco (Child-Pugh C ou B com sangramento ativo na endoscopia) ou como terapia de resgate quando o tratamento padrão (droga + endoscopia) falha. Não é a conduta inicial de primeira linha para a população geral de cirróticos que tiveram HDA.

Questão 8

A questão aborda a avaliação prognóstica de um paciente com cirrose hepática descompensada, evidenciada pela presença de ascite e encefalopatia. Em pacientes nesse estágio, a identificação do risco de mortalidade é fundamental para o manejo clínico e para a priorização em listas de transplante.

Alternativa a) TGO/TGP: Incorreta. As aminotransferases (AST e ALT) são marcadores de lesão hepatocitária ativa (necrose), sendo muito úteis no diagnóstico de hepatites agudas. Na cirrose avançada, devido à fibrose extensa e à redução da massa hepática funcional, essas enzimas podem estar apenas levemente aumentadas ou até normais, não servindo como indicadores de prognóstico ou sobrevida.

Alternativa b) Bilirrubina total: Incorreta. Embora a bilirrubina seja um excelente marcador de função excretora do fígado e faça parte dos principais escores prognósticos, sua análise isolada é inferior aos escores compostos. Ela indica gravidade, mas sozinha não oferece a precisão necessária para prever mortalidade a curto prazo como os modelos multidimensionais.

Alternativa c) Escore MELD-Na: Correta. O MELD (Model for End-Stage Liver Disease) é um sistema de pontuação numérica que utiliza a Creatinina, a Bilirrubina Total e o RNI para prever a mortalidade em três meses. A inclusão do Sódio (MELD-Na) refinou ainda mais esse potencial prognóstico, já que a hiponatremia é um marcador indireto de hipertensão portal grave e preditor de complicações como a síndrome hepatorenal. Atualmente, é o principal critério utilizado mundialmente e no Brasil para a alocação de órgãos para transplante de fígado, sendo o marcador com maior valor prognóstico entre as opções apresentadas.

Alternativa d) GGT: Incorreta. A Gama-Glutamiltransferase é uma enzima presente no epitélio biliar. Seu aumento está relacionado à colestase, indução por drogas ou consumo de álcool. Apesar de ser sensível para detectar doença hepatobiliar, a GGT não possui correlação direta com a reserva funcional do fígado ou com o risco de morte no paciente cirrótico.

Questão 9

A Síndrome da Fragilidade no idoso, conforme descrita por Linda Fried e colaboradores, é um estado clínico de vulnerabilidade aumentada a estressores, resultante do declínio das reservas fisiológicas. O diagnóstico pelo fenótipo de Fried baseia-se em cinco critérios objetivos e biológicos.

Alternativa (a) Incorreta. Depressão e isolamento social são condições frequentes em idosos e podem atuar como fatores de risco ou consequências da fragilidade, mas

não fazem parte dos cinco critérios diagnósticos de Fried, que são focados no declínio físico-energético.

Alternativa (b) Incorreta. Incontinência urinária e constipação intestinal são síndromes geriátricas ou sintomas comuns, mas não compõem o fenótipo de fragilidade. Os critérios de Fried buscam identificar um estado de sarcopenia e desregulação neuroendócrina.

Alternativa (c) Correta. A perda de peso não intencional (igual ou superior a 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano) é um dos componentes fundamentais do fenótipo de fragilidade. Os outros quatro critérios são: exaustão (fadiga autorreferida), diminuição da força de preensão palmar (medida por dinamometria), lentidão na velocidade de marcha e baixo nível de atividade física (gasto calórico semanal). O idoso é considerado frágil quando apresenta três ou mais desses critérios.

Alternativa (d) Incorreta. Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial são comorbidades crônicas. Embora a presença de múltiplas doenças (multimorbidade) possa predispor o indivíduo à fragilidade, o conceito de fragilidade de Fried é uma síndrome biológica independente do diagnóstico médico de doenças específicas.

Questão 10

A explicação para esta questão baseia-se nas diretrizes modernas de hemoterapia, que priorizam a Estratégia Restritiva de transfusão e o conceito de Patient Blood Management (PBM).

Alternativa (a) Incorreta: Transfundir rotineiramente pacientes com hemoglobina abaixo de 9 g/dL é considerada uma estratégia liberal. As evidências atuais e os consensos da ABHH e do Ministério da Saúde indicam que, para a maioria dos pacientes estáveis e sem sangramento ativo, o gatilho transfusional deve ser mais baixo (geralmente hemoglobina menor que 7 g/dL), visando reduzir riscos de sobrecarga volêmica e reações transfusionais.

Alternativa (b) Incorreta: O valor da hemoglobina é apenas um parâmetro laboratorial e não deve ser utilizado como critério absoluto ou isolado. A decisão transfusional deve obrigatoriamente considerar a reserva fisiológica do paciente, a presença de comorbidades (como doença coronariana) e a presença de sinais clínicos de hipóxia tecidual.

Alternativa (c) Incorreta: Embora o gatilho de 7 g/dL seja comum para pacientes assintomáticos e estáveis, a presença de sintomas de anemia (como dispneia, taquicardia persistente ou dor anginosa) é um indicativo de que a oferta de oxigênio

está insuficiente. Nesses casos, a transfusão está indicada mesmo na ausência de sangramento visível.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa resume os pilares do Patient Blood Management (PBM). A recomendação atual é que a transfusão seja individualizada. Deve-se avaliar o binômio laboratório (hemoglobina) e clínica (sinais de instabilidade ou hipóxia). O PBM busca tratar a anemia de forma multifatorial, minimizar perdas iatrogênicas e otimizar a tolerância do paciente à anemia, evitando transfusões desnecessárias e focando na segurança do paciente.

Questão 11

O caso clínico apresenta um paciente com imunossupressão grave ($CD4 = 38$ células/mm³) e um quadro de perda visual progressiva. Os achados de fundoscopia, que descrevem lesões exsudativas (algodonosas) associadas a hemorragias retinianas (em chama de vela), compõem o aspecto clássico de "queijo com ketchup" ou "pizza de tomate", patognomônico da retinite por citomegalovírus (CMV).

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. A retinocoroidite por *Toxoplasma gondii* costuma apresentar-se como uma lesão focal esbranquiçada e necrosante, frequentemente associada a uma intensa inflamação do vítreo (vítreo em "farol na neblina"). Embora ocorra em pacientes com HIV, o padrão hemorrágico e a associação com $CD4$ abaixo de 50 favorecem fortemente o CMV.

b) CORRETA. O tratamento de escolha para a retinite por CMV é o ganciclovir (nas formas intravenosa ou intravítrea) ou o valganciclovir (via oral). O objetivo é interromper a replicação viral e evitar a progressão para a cegueira total ou descolamento de retina.

c) INCORRETA. A profilaxia primária com sulfametoxazol-trimetoprima (TMP-SMX) é indicada em pacientes com HIV para prevenir a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* ($CD4 < 200$) e a neurotoxoplasmose ($CD4 < 100$). Não existe profilaxia medicamentosa primária recomendada para o CMV; a melhor forma de prevenção é a restauração imune através da terapia antirretroviral (TARV).

d) INCORRETA. A endoftalmite por *Candida albicans* geralmente ocorre em pacientes com candidemia (disseminação hematogênica), frequentemente associada ao uso de drogas injetáveis ou cateteres venosos centrais prolongados. O aspecto típico na fundoscopia são lesões esbranquiçadas e fofas que lembram "bolas de algodão" ou "bolas de neve" no vítreo, sem o componente hemorrágico característico do CMV.

Questão 12

Análise detalhada das afirmações:

I. Correta. O lactato é um subproduto do metabolismo anaeróbico. Em quadros de sepse e choque séptico, a oferta inadequada de oxigênio aos tecidos (hipoperfusão) e a disfunção celular obrigam o organismo a buscar vias alternativas de produção de energia, elevando os níveis de lactato sérico. Ele é um marcador de gravidade e um indicador importante para guiar a ressuscitação hemodinâmica.

II. Correta. A noradrenalina é o vasopressor de primeira escolha no choque séptico. Ela possui um potente efeito alfa-1 adrenérgico, promovendo vasoconstrição e aumento da resistência vascular sistêmica, além de um efeito beta-1 moderado, que auxilia no débito cardíaco. As diretrizes internacionais, como a Surviving Sepsis Campaign, a recomendam como agente inicial para manter a Pressão Arterial Média (PAM) acima de 65 mmHg.

III. Incorreta. O início da antibioticoterapia na sepse é uma emergência e deve ser feito o mais precocemente possível, preferencialmente na primeira hora após o reconhecimento do quadro. Embora seja ideal colher culturas antes do início do antibiótico, o tratamento jamais deve ser postergado à espera de resultados laboratoriais ou microbiológicos, pois o atraso no início dos antimicrobianos está diretamente correlacionado ao aumento da mortalidade.

IV. Correta. Para pacientes com hipoperfusão induzida pela sepse ou choque séptico (identificados por hipotensão ou lactato maior ou igual a 4 mmol/L), a recomendação das diretrizes atuais é a administração inicial de, pelo menos, 30 mL/kg de solução cristalóide intravenosa, a ser infundida nas primeiras 3 horas de atendimento.

Conclusão: As afirmativas I, II e IV estão corretas, enquanto a III está incorreta. Portanto, a alternativa correta é a (a).

Questão 13

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente com acidose metabólica com ânion gap elevado (pH 7,05, HCO₃ 8, AG 20) associada a sintomas específicos: visão borrada e história de ingestão de bebida alcoólica artesanal. Essa combinação é patognomônica de intoxicação por metanol. O metanol, ao ser metabolizado pela enzima desidrogenase alcoólica, forma formaldeído e ácido fórmico, sendo este último o responsável pela toxicidade ocular (edema de papila e cegueira) e pela grave acidose metabólica.

ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A administração de glicose e tiamina é o protocolo para prevenir a Encefalopatia de Wernicke em pacientes alcoolistas crônicos ou desnutridos. Embora seja uma medida comum no manejo de pacientes com rebaixamento do nível de consciência de causa indeterminada, ela não trata a causa-base desta emergência (intoxicação por metanol) nem a acidemia grave.

b) Incorreta. A lavagem gástrica só tem utilidade se realizada em até 1 hora após a ingestão, o que raramente ocorre. Além disso, o carvão ativado não é eficaz para adsorver álcoois (metanol, etanol, etilenoglicol), não sendo indicado nesse cenário.

c) Correta. O tratamento da intoxicação por metanol baseia-se em três pilares: 1) Bloqueio da metabolização do metanol em metabólitos tóxicos através da inibição da enzima desidrogenase alcoólica (usando fomepizol ou, na sua falta, etanol); 2) Correção da acidose com bicarbonato de sódio, que também ajuda a reduzir a penetração do ácido fórmico nos tecidos (especialmente retina); 3) Hemodiálise, que é o método mais eficaz para remover o metanol e seus metabólitos do sangue, além de corrigir rapidamente o equilíbrio acidobásico.

d) Incorreta. A naloxona é utilizada para a reversão de intoxicação por opioides e o flumazenil para intoxicação por benzodiazepínicos. Nenhum desses quadros justifica a acidose metabólica grave com ânion gap elevado ou a alteração visual apresentada pelo paciente.

GABARITO: Letra (c).

Questão 14

Com base na Diretriz Brasileira para Diagnóstico e Tratamento Clínico da Nefrolitíase (SBN, 2024-2025), a análise das alternativas é a seguinte:

Alternativa A (Incorreta): A restrição rigorosa de cálcio na dieta é uma conduta ultrapassada e prejudicial. Estudos demonstram que a baixa ingestão de cálcio aumenta o risco de formação de cálculos de oxalato de cálcio. Isso ocorre porque o cálcio presente na dieta se liga ao oxalato no trato gastrointestinal, formando um complexo insolúvel que é eliminado nas fezes. Sem cálcio suficiente no intestino, o oxalato livre é mais absorvido, levando à hiperoxalúria (aumento de oxalato na urina) e, conseqüentemente, à formação de cálculos. A recomendação atual é manter uma ingestão normal de cálcio (cerca de 1.000 a 1.200 mg/dia).

Alternativa B (Correta): O aumento da ingestão de líquidos é a medida preventiva mais importante e custo-efetiva em todos os tipos de nefrolitíase. O objetivo é manter uma diurese superior a 2,0–2,5 litros por dia, o que reduz a concentração urinária dos sais litogênicos (como o cálcio e o oxalato), mantendo-os abaixo do ponto de saturação e impedindo a cristalização.

Alternativa C (Incorreta): As frutas cítricas, como limão e laranja, são na verdade recomendadas na prevenção da nefrolitíase. Elas são fontes naturais de citrato, um dos mais potentes inibidores da cristalização urinária. O citrato se liga ao cálcio na urina, formando um complexo solúvel e impedindo que o cálcio se ligue ao oxalato. Portanto, deve-se estimular, e não reduzir, o consumo dessas frutas.

Alternativa D (Incorreta): Os diuréticos de alça (como a furosemida) aumentam a excreção urinária de cálcio, o que pode favorecer a formação de novos cálculos. Para o tratamento da hipercalciúria idiopática na prevenção de cálculos, os medicamentos indicados são os diuréticos tiazídicos (como a clortalidona ou hidroclorotiazida), pois eles promovem a reabsorção tubular de cálcio, reduzindo sua concentração na urina. Além disso, a terapia medicamentosa não deve ser rotineira para todos, mas sim baseada em uma avaliação metabólica prévia e falha das medidas dietéticas.

Questão 15

O diagnóstico de Lesão Renal Aguda (LRA) neste paciente baseia-se na análise clínica e laboratorial. O aumento da creatinina de 1,0 mg/dL para 2,1 mg/dL em 48 horas confirma a LRA. O ponto crucial é diferenciar entre as causas pré-renais, intrínsecas e pós-renais.

O paciente apresenta sinais de hipovolemia (hipotensão leve e turgor diminuído), sugerindo uma redução na perfusão renal. Os exames complementares corroboram essa hipótese:

1. Sódio urinário baixo (8 mEq/L, menor que 20): Indica que os túbulos renais estão preservados e reabsorvendo sódio avidamente para tentar reter volume.
2. FENa baixa (0,4%, menor que 1%): É o parâmetro mais fidedigno para confirmar a etiologia pré-renal, mostrando que o rim está economizando sódio.
3. Osmolaridade urinária alta (520 mOsm/kg, maior que 500): Indica que o rim ainda consegue concentrar a urina, uma função que se perde na lesão intrínseca (necrose tubular aguda).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A lesão renal aguda intrínseca (como a necrose tubular aguda) apresentaria FENa maior que 2% e sódio urinário maior que 40 mEq/L, pois os túbulos

lesados perdem a capacidade de reabsorção. Além disso, o uso de furosemida em um paciente com sinais de desidratação e hipotensão agravaria severamente o quadro.

b) Incorreta. Como demonstrado pelos índices urinários, a lesão é pré-renal e não intrínseca. Além disso, embora o ajuste de dose de antibióticos seja necessário na insuficiência renal, a conduta prioritária é a reversão da causa da LRA.

c) Incorreta. A causa pós-renal deve ser considerada em casos de obstrução do trato urinário (ex.: hiperplasia prostática, cálculos, tumores). No entanto, o quadro clínico de desidratação e os índices de reabsorção de sódio apontam diretamente para uma causa pré-renal. A ultrassonografia é um exame útil na investigação inicial da LRA, mas não é a conduta diagnóstica principal diante desses achados laboratoriais.

d) Correta. Os achados de FENa menor que 1%, sódio urinário baixo e osmolaridade urinária elevada definem o quadro como LRA pré-renal. A conduta inicial correta é a reposição volêmica com cristaloides isotônicos para restaurar a perfusão renal e normalizar a função do órgão.

Questão 16

O quadro clínico descrito — cefaleia súbita de forte intensidade ("a pior da vida") associada a sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca) e sintomas autonômicos (vômitos e hipertensão) — é a apresentação clássica da Hemorragia Subaracnoide (HSA).

Alternativa A: CORRETA. A Tomografia Computadorizada (TC) de crânio sem contraste é o exame inicial de escolha na suspeita de HSA. Nas primeiras 6 a 24 horas do sangramento, sua sensibilidade é próxima a 100%. O sangue agudo aparece como uma imagem hiperdensa (branca) no espaço subaracnoide, cisternas e sulcos cerebrais. O contraste é evitado inicialmente porque tanto o contraste quanto o sangue agudo aparecem brancos na TC, o que poderia dificultar o diagnóstico.

Alternativa B: INCORRETA. Embora a Ressonância Magnética (RM) seja sensível para detectar sangramentos (especialmente em fases subagudas), ela é um exame mais demorado, de maior custo e menos disponível em salas de emergência do que a TC. Em situações de "cefaleia em trovoada" (thunderclap headache), a agilidade da TC é preferível.

Alternativa C: INCORRETA. A punção lombar (PL) tem papel fundamental no diagnóstico da HSA, mas apenas quando a TC de crânio é negativa e a suspeita clínica persiste. A realização da PL deve ser sempre precedida por um exame de imagem para descartar hipertensão intracraniana grave ou efeito de massa,

minimizando o risco de herniação cerebral durante o procedimento.

Alternativa D: INCORRETA. A angiografia digital cerebral é considerada o padrão-ouro para identificar a etiologia da hemorragia (como aneurismas ou malformações arteriovenosas) após o sangramento ter sido confirmado. Por ser um procedimento invasivo e focado na causa, e não na detecção inicial do sangue, não é o primeiro exame a ser solicitado.

Questão 17

Definição de Epilepsia Refratária:

A definição de epilepsia refratária, também conhecida como epilepsia farmacorresistente, foi estabelecida por um consenso da ILAE (Liga Internacional Contra a Epilepsia). O objetivo dessa padronização é identificar rapidamente pacientes que não respondem ao tratamento clínico convencional, permitindo que sejam encaminhados para avaliações de terapias alternativas, como a cirurgia de epilepsia, dieta cetogênica ou neuroestimulação.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não existe a exigência de que as crises sejam diárias para que a epilepsia seja considerada refratária. Além disso, o critério técnico internacional estabelece a falha de duas medicações, e não três. A frequência das crises é importante para a qualidade de vida, mas o diagnóstico de farmacorresistência foca no insucesso terapêutico medicamentoso.

Alternativa b) Incorreta. O número de quatro medicações está incorreto. Estudos epidemiológicos demonstraram que, após a falha de duas drogas antiepilépticas bem indicadas e em doses corretas, a probabilidade de o paciente alcançar o controle total das crises com uma terceira ou quarta droga é muito baixa (geralmente inferior a 5%). Portanto, aguardar a falha de quatro fármacos atrasaria o tratamento adequado.

Alternativa c) Correta. De acordo com a ILAE, a epilepsia é considerada refratária quando ocorre a falha de ensaios adequados de duas medicações antiepilépticas toleradas, apropriadamente escolhidas e utilizadas (seja em monoterapia ou em combinação) para alcançar a liberdade sustentada de crises. O termo "doses apropriadas" é fundamental, pois o uso de subdoses não permite classificar a droga como falha terapêutica.

Alternativa d) Incorreta. Assim como na alternativa A, o critério de crises diárias não

é necessário. O número de cinco medicações também está totalmente fora dos critérios diagnósticos vigentes na literatura médica atual.

Questão 18

Esta questão aborda os critérios fundamentais para a indicação de trombólise endovenosa no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) agudo, um dos temas mais recorrentes em provas de residência e na prática de emergência.

Alternativa a: Incorreta. A janela terapêutica padrão para a administração de alteplase (rt-PA) por via endovenosa é de até 4,5 horas do início dos sintomas. O período de 6 horas é frequentemente associado à janela clássica para a realização de trombectomia mecânica, e não para a trombólise química isolada.

Alternativa b: Correta. O principal critério de inclusão temporal para a trombólise endovenosa é o início dos sintomas em um período menor ou igual a 4,5 horas. Este intervalo foi consolidado por grandes estudos (como o ECASS III) e é adotado pelas principais diretrizes nacionais e internacionais. Como o paciente do caso apresenta 2 horas de evolução e tomografia sem sangue, ele está dentro do período ideal para o tratamento.

Alternativa c: Incorreta. A escala NIHSS é utilizada para quantificar o déficit neurológico, mas não há uma exigência de que a pontuação seja maior ou igual a 20 para realizar o procedimento. Pelo contrário, pacientes com NIHSS muito elevado (geralmente acima de 25) possuem um risco aumentado de transformação hemorrágica pós-trombólise. O critério de inclusão exige apenas um déficit neurológico mensurável que seja considerado clinicamente significativo.

Alternativa d: Incorreta. A descrição de hipodensidade em mais de 1/3 do território da artéria cerebral média (ACM) é, na verdade, um critério de EXCLUSÃO (contraindicação) radiológica. A presença desse sinal sugere que o tecido cerebral já sofreu um infarto estabelecido, o que aumenta drasticamente o risco de sangramento e reduz o benefício da medicação. O sinal da fita insular (apagamento do córtex da ínsula) é um sinal precoce de isquemia, mas o limite para não trombolisar é justamente a extensão maior que 1/3 do território da ACM.

Questão 19

Análise do caso: O paciente em questão apresenta sinais de alerta claros para o risco de suicídio, como a manifestação pública de intenção e o sentimento de desesperança, que é um dos principais preditores clínicos de letalidade. Em situações de emergência psiquiátrica com ideação suicida, o objetivo primordial é garantir a segurança do paciente e realizar uma estratificação de risco rigorosa.

Alternativa a: Incorreta. Liberar o paciente apenas com orientação familiar é uma conduta negligente diante de uma ameaça declarada à própria vida. A família, embora seja um suporte importante, não substitui a avaliação técnica necessária para determinar se o paciente tem condições de retornar ao domicílio com segurança.

Alternativa b: Incorreta. Os antidepressivos possuem um período de latência, demorando geralmente de duas a quatro semanas para iniciar seu efeito terapêutico. Portanto, eles não tratam a crise aguda de desesperança no pronto-socorro. Além disso, a prescrição isolada não garante que o paciente estará vivo para o retorno agendado se o risco imediato não for manejado.

Alternativa c: Correta. Todo paciente com ideação suicida ou comportamento de risco deve permanecer em ambiente protegido e monitorado na unidade de emergência. A observação clínica é mandatória até que um médico psiquiatra ou um profissional capacitado em saúde mental realize uma entrevista detalhada. Essa avaliação buscará identificar a presença de planos estruturados, tentativas anteriores, suporte sociofamiliar e psicopatologias de base, decidindo entre a internação hospitalar e o seguimento ambulatorial seguro.

Alternativa d: Incorreta. Embora exames toxicológicos possam ser úteis em casos de suspeita de ingestão de substâncias, eles não auxiliam na avaliação do risco de suicídio por ideação. Dar alta médica após exames normais, ignorando o sofrimento psíquico e a ameaça de autoextermínio, expõe o paciente ao risco iminente e o médico à responsabilidade ética e legal por uma alta insegura.

Questão 20

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta uma emergência psiquiátrica grave associada ao uso de um antipsicótico de alta potência (haloperidol). O quadro é caracterizado pela tétrede clássica da Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM): rigidez muscular intensa (descrita frequentemente como rigidez em cano de chumbo), hipertermia (febre de 39°C), instabilidade autonômica (taquicardia de 120 bpm e hipertensão de 150 x 90 mmHg) e alteração do estado mental (confusão mental).

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Aumentar a dose do antipsicótico seria um erro grave e potencialmente fatal, pois a Síndrome Neuroléptica Maligna é uma reação adversa idiossincrásica grave justamente à exposição a esses fármacos, especialmente os antagonistas dopaminérgicos D2.

Alternativa (b) Incorreta. A prometazina é um anti-histamínico com propriedades anticolinérgicas, frequentemente utilizado para tratar distonias agudas (outro tipo de efeito extrapiramidal). No entanto, ela não tem eficácia no tratamento da SNM e a simples observação é insuficiente diante da gravidade e do risco de morte por insuficiência renal (rabdomiólise) ou colapso cardiovascular.

Alternativa (c) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para a Síndrome Neuroléptica Maligna. O primeiro passo é interromper imediatamente o agente causal (o antipsicótico). O suporte clínico é fundamental e inclui resfriamento agressivo, hidratação vigorosa para prevenir insuficiência renal por mioglobínúria e monitorização em UTI. O dantrolene é um relaxante muscular de ação direta que atua no retículo sarcoplasmático, sendo indicado nos casos graves para reduzir a rigidez e a termogênese. A bromocriptina (agonista dopaminérgico) também poderia ser associada.

Alternativa (d) Incorreta. O biperideno é um anticolinérgico utilizado para tratar o parkinsonismo medicamentoso e as distonias. Embora a SNM envolva rigidez, ela é uma condição sistêmica muito mais complexa que o simples parkinsonismo. Manter o haloperidol neste cenário clínico manteria o estímulo fisiopatológico da síndrome, impedindo a recuperação do paciente e aumentando a mortalidade.

Resumo do Diagnóstico: Síndrome Neuroléptica Maligna.

Conduta: Suspensão do agente + Suporte intensivo + Medicação específica (Dantrolene/Bromocriptina).

Questão 21

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um paciente de 48 anos com quadro de apendicite aguda de longa evolução (7 dias). O tempo de evolução superior a 5 dias, associado ao achado de massa palpável no exame físico e tomografia demonstrando coleção de 6 cm bloqueada, caracteriza o chamado plastrão ou abscesso apendicular. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável (BEG, FC 80, PA 120x80), o que permite

uma abordagem conservadora inicial.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Em pacientes com mais de 5 dias de sintomas e sinais de bloqueio (plastrão ou abscesso), a cirurgia imediata é tecnicamente difícil devido à intensa inflamação e friabilidade dos tecidos. A tentativa de apendicectomia nesse cenário aumenta significativamente o risco de lesões iatrogênicas intestinais e a necessidade de colectomias direitas não planejadas. Como o paciente está estável, a conduta inicial não deve ser a laparotomia de urgência.

Alternativa B: Correta. Para abscessos apendiculares maiores que 3 a 4 cm em pacientes estáveis, a conduta preferencial é o tratamento não operatório. Este consiste em antibioticoterapia de amplo espectro associada à drenagem percutânea (guiada por ultrassonografia ou tomografia), caso haja janela segura para o procedimento. Essa estratégia visa "esfriar" o processo inflamatório, tratando a infecção de forma menos invasiva e evitando uma cirurgia de grande porte em ambiente infectado.

Alternativa C: Incorreta. Embora a apendicectomia de intervalo (realizada após 6 a 12 semanas) não seja mais obrigatória para todos os pacientes, ela deve ser fortemente considerada em pacientes acima de 40 anos, como no caso em questão. O objetivo é excluir a presença de neoplasia oculta de ceco ou de apêndice, que pode se manifestar clinicamente como uma apendicite complicada. Além disso, a taxa de recorrência da apendicite após tratamento conservador gira em torno de 10% a 25%, não sendo considerada desprezível.

Alternativa D: Incorreta. A laparoscopia não é contraindicada. Caso o tratamento conservador falhasse e o paciente evoluísse com peritonite generalizada ou sepse, a abordagem cirúrgica seria necessária, e a via laparoscópica poderia ser utilizada por cirurgiões experientes. Além disso, o risco de colectomia direita é justamente um dos motivos para se tentar o tratamento clínico inicial, e não uma contraindicação à técnica de vídeo.

RESUMO DA CONDUTA NO PLASTRÃO/ABSCESSO APENDICULAR:

1. Paciente estável com abscesso > 3-4 cm: Antibiótico + Drenagem Percutânea.
2. Paciente estável com abscesso pequeno (< 3 cm) ou plastrão sem coleção: Apenas antibiótico.
3. Paciente instável ou com peritonite generalizada: Cirurgia de urgência.

Questão 22

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de diverticulite aguda complicada com peritonite difusa, classificada pela escala de Hinchey Modificada como III (peritonite purulenta) ou IV (peritonite fecal). O exame físico revela irritação peritoneal e os exames laboratoriais mostram marcadores inflamatórios elevados, indicando a necessidade de intervenção cirúrgica urgente.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Está correta. O tratamento de infecções intra-abdominais graves exige cobertura de amplo espectro contra bacilos gram-negativos e anaeróbios. A associação de piperacilina e tazobactam é uma opção empírica inicial excelente. A recomendação de reavaliar o esquema após o resultado de culturas segue os princípios de stewardship (uso racional de antibióticos) para evitar resistência bacteriana.

Alternativa b) Está correta. De acordo com as diretrizes mais recentes (como as da Sociedade Mundial de Cirurgia de Emergência - WSES e da ASCRS), em pacientes hemodinamicamente estáveis com peritonite (Hinchey III ou IV), a ressecção do sigmoide com anastomose primária (com ou sem ileostomia de proteção) é preferível ao procedimento de Hartmann. A abordagem laparoscópica é segura e recomendada desde que a equipe tenha experiência e o paciente estabilidade clínica.

Alternativa c) Está correta. Em situações de instabilidade hemodinâmica grave ou choque séptico (especialmente na peritonite fecal), o cirurgião pode optar pela cirurgia de controle de danos (damage control). Isso envolve a ressecção do segmento doente, fechamento temporário do abdômen (frequentemente com curativo a vácuo) e estabilização do paciente em UTI. Após a melhora do quadro clínico e metabólico, o paciente é reabordado para a realização da anastomose ou estomia definitiva.

Alternativa d) Esta é a alternativa INCORRETA (Gabarito). Historicamente, o procedimento de Hartmann (ressecção com colostomia terminal e fechamento do coto retal) era o padrão-ouro para Hinchey III e IV. No entanto, evidências contemporâneas baseadas em ensaios clínicos randomizados demonstraram que a anastomose primária apresenta resultados superiores em termos de morbidade global e menores taxas de permanência de estoma definitivo. Portanto, afirmar que o procedimento de Hartmann é a conduta inicial de escolha é um conceito ultrapassado para pacientes estáveis, o que torna a afirmação incorreta no contexto das práticas médicas atuais.

Questão 23

O quadro clínico descrito é clássico de um paciente com cirrose hepática de etiologia alcoólica, apresentando sinais de hipertensão portal (esplenomegalia, ascite e circulação colateral) e insuficiência hepática crônica. O ultrassom confirma a hepatopatia crônica ao descrever um fígado reduzido, de contorno irregular e serrilhado.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A hipertensão portal ocorre devido ao aumento da resistência ao fluxo sanguíneo dentro do fígado cirrótico. Como o sangue encontra dificuldade para passar pelo fígado, ocorre o fluxo hepatofugal (que foge do fígado) para buscar vias colaterais. A endoscopia digestiva alta (EDA) é fundamental para identificar varizes esofágicas e gástricas, que surgem justamente por esse desvio do fluxo venoso para o sistema ázigo e veias gástricas.

Alternativa b) Correta. O hiperesplenismo é uma consequência comum da esplenomegalia congestiva na hipertensão portal, levando à redução de linhagens celulares no hemograma, especialmente a plaquetopenia (plaquetas baixas). Além disso, o fígado é o local de síntese dos fatores de coagulação dependentes de vitamina K. O alargamento do tempo de protrombina (TAP) e o aumento do INR são marcadores clássicos de que a função de síntese do fígado está comprometida.

Alternativa c) Incorreta (Gabarito). A associação de ascite e emagrecimento, neste contexto de etilismo crônico e alterações morfológicas no fígado (contorno irregular e reduzido), é altamente sugestiva de cirrose hepática descompensada e não de trombose portal aguda. Na trombose portal aguda, o fígado geralmente tem aspecto normal e o quadro costuma ser súbito, com dor abdominal intensa e ascite de rápido início, sem os sinais de hepatopatia crônica de longa data descritos. Embora o Doppler seja útil, o diagnóstico principal aqui é cirrose.

Alternativa d) Correta. O manejo do paciente cirrótico envolve obrigatoriamente a cessação do insulto inicial (tratamento do alcoolismo). Os betabloqueadores não seletivos (como o propranolol) são utilizados para reduzir a pressão portal e prevenir sangramentos de varizes. A vigilância com EDA é a conduta padrão para o rastreamento e acompanhamento de varizes esofagogástricas em pacientes com hipertensão portal documentada.

Questão 24

O caso clínico apresenta uma paciente idosa e com múltiplas comorbidades (hipertensão, diabetes, cardiopatia e sequela de AVC) com quadro de colecistite aguda que evoluiu com sinais de gravidade. A presença de disfunção orgânica (sonolência, oligúria e plaquetopenia) classifica o quadro como Colecistite Aguda Grau III (Grave), segundo os Critérios de Tóquio 2018 (TG18). Além disso, o achado de gás na parede da vesícula sugere colecistite enfisematosa, uma forma grave da doença com alto risco de perfuração, comum em pacientes diabéticos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Diante de uma colecistite grau III com disfunção orgânica e evidência de colecistite enfisematosa, apenas o escalonamento de antibióticos e a observação são condutas insuficientes. É fundamental realizar o controle do foco infeccioso (drenagem ou cirurgia) de forma imediata para reverter o choque séptico/disfunção.

b) Incorreta. No momento da chegada, a paciente apresentava uma colecistite possivelmente Grau II (pela presença de plastrão e tempo de evolução). Embora a colecistectomia precoce seja o tratamento padrão para pacientes com condições cirúrgicas, a conduta inicial clínica não foi necessariamente "inadequada", mas sim conservadora. O erro da alternativa é focar na conduta inicial quando o cenário atual de deterioração clínica exige uma intervenção imediata de resgate.

c) Correta. A paciente apresenta critérios para Colecistite Aguda Grau III (Tóquio III) devido às disfunções neurológica (sonolência), renal (oligúria) e hematológica (plaquetopenia). Em pacientes com alto risco cirúrgico (múltiplas comorbidades e fragilidade) e disfunção orgânica grave, a diretriz de Tóquio recomenda a estabilização clínica seguida de drenagem da vesícula biliar (colecistostomia percutânea) como medida de controle de danos, postergando a cirurgia definitiva para um momento de maior estabilidade.

d) Incorreta. Embora a tomografia seja o padrão-ouro para confirmar colecistite enfisematosa, a escolha da via laparotômica (aberta) como primeira opção não é a mais adequada para uma paciente com tamanha fragilidade e instabilidade. A laparoscopia seria preferível se a cirurgia fosse a opção, mas, conforme discutido, a drenagem percutânea (colecistostomia) é a conduta mais segura no cenário de disfunção orgânica grave em paciente de alto risco.

Questão 25

O caso clínico apresenta uma paciente idosa com quadro de hemorragia digestiva baixa (HDB) maciça, sugerida pela enterorragia e pelo episódio de síncope. O diagnóstico mais provável, dada a idade, a ausência de dor abdominal e o antecedente de divertículos no sigmoide, é de sangramento por doença diverticular dos cólons.

Alternativa A (Correta): A paciente apresenta critérios de gravidade e alto risco para complicações. Entre os fatores pontuados estão: idade superior a 60 anos, presença de comorbidades (hipertensão), uso de antiagregantes plaquetários (AAS e clopidogrel), evidência de instabilidade hemodinâmica (síncope e taquicardia de 100 bpm) e anemia significativa (Hb: 8 g/dL). Esses fatores exigem monitorização e intervenção em ambiente hospitalar.

Alternativa B (Correta): O manejo inicial de qualquer hemorragia digestiva grave foca na estabilização hemodinâmica (o ABC da reanimação). A ressuscitação volêmica com cristaloides deve ser iniciada prontamente. Quanto à transfusão, as diretrizes atuais recomendam uma estratégia restritiva: o gatilho para transfusão de hemácias em pacientes estáveis é geralmente uma hemoglobina abaixo de 7 g/dL (a paciente tem 8 g/dL). Para plaquetas, a transfusão costuma ser indicada em sangramentos ativos apenas se a contagem estiver abaixo de 50.000/ μ L (a paciente tem 90.000/ μ L). A suspensão do clopidogrel é prudente em sangramentos graves, enquanto o manejo do AAS depende do risco cardiovascular, sendo muitas vezes mantido.

Alternativa C (Correta): A angiotomografia computadorizada é uma ferramenta diagnóstica valiosa na HDB aguda, pois consegue localizar o sangramento se houver um fluxo de pelo menos 0,3 a 0,5 mL/min, auxiliando na programação de uma eventual arteriografia. No entanto, a colonoscopia permanece como o exame de escolha inicial após a estabilização, pois além de permitir a identificação da causa, oferece a possibilidade de intervenção terapêutica imediata (como injeção de adrenalina, eletrocoagulação ou colocação de cliques metálicos).

Alternativa D (Incorreta - Gabarito): Esta alternativa está incorreta porque a colectomia segmentar não é a conduta de primeira linha, mesmo que a angiotomografia localize o sítio do sangramento. Cerca de 75% a 80% dos sangramentos diverticulares param espontaneamente com medidas conservadoras. Se o sangramento persistir e a colonoscopia não for viável ou falhar, a próxima etapa preferencial é a arteriografia com embolização superseletiva, que é menos invasiva que a cirurgia. A colectomia segmentar é reservada para casos de sangramento refratário ou recorrente após tentativas de tratamento endoscópico e radiológico intervencionista, devido à alta morbimortalidade associada ao procedimento cirúrgico

de urgência em pacientes idosos. Além disso, operar baseando-se apenas na tomografia sem confirmação definitiva pode levar a ressangramentos se o local identificado não for a fonte real.

Questão 26

Esta questão aborda o manejo das complicações locais da pancreatite aguda, especificamente a necrose pancreática e as coleções fluidas, em um paciente que apresenta melhora clínica progressiva.

Análise do quadro clínico:

O paciente teve uma pancreatite aguda grave (com falência orgânica inicial), mas agora, na terceira semana, encontra-se clinicamente estável, afebril, com dor controlada e tolerando dieta oral. A tomografia mostra necrose (30 a 50%) e coleção peripancreática em fase de organização.

Exploração das alternativas:

Alternativa A (CORRETA): O principal guia para a conduta na pancreatite aguda é o estado clínico do paciente, e não apenas o resultado dos exames de imagem. Mesmo diante de necrose extensa (acima de 30%) ou coleções, se o paciente está assintomático, estabilizado e conseguindo se alimentar, a conduta deve ser conservadora (expectante). Não há indicação de antibioticoterapia profilática para necrose estéril, nem necessidade de intervenção cirúrgica ou percutânea imediata, pois muitas dessas coleções são reabsorvidas ou permanecem estáveis sem causar danos ao paciente.

Alternativa B (INCORRETA): A necrosectomia, seja ela laparoscópica, endoscópica ou aberta, é um procedimento invasivo indicado prioritariamente para casos de necrose infectada com deterioração clínica ou quando coleções estéreis causam sintomas compressivos persistentes (como obstrução gástrica ou biliar). Operar um paciente que está evoluindo bem clinicamente apenas por causa da imagem tomográfica aumenta desnecessariamente a morbimortalidade.

Alternativa C (INCORRETA): A punção por agulha fina (FNA) para cultura e bacterioscopia caiu em desuso como rotina. Atualmente, a suspeita de infecção da necrose é feita clinicamente (febre persistente, aumento de leucócitos, piora do estado geral) ou pela presença de gás no interior da coleção na tomografia. Se o paciente está bem e afebril, não há motivo para puncionar a coleção, o que inclusive poderia introduzir bactérias em uma área previamente estéril.

Alternativa D (INCORRETA): O uso de antibióticos de forma empírica ou profilática na

pancreatite aguda, mesmo na necrose extensa, não é recomendado pelas diretrizes atuais (como as da International Association of Pancreatology e da American Gastroenterological Association). Estudos demonstraram que o uso profilático não reduz a mortalidade nem a incidência de infecção da necrose, podendo ainda favorecer o surgimento de germes resistentes e infecções fúngicas. O antibiótico só deve ser iniciado se houver forte suspeita ou confirmação de infecção.

Questão 27

Análise do Caso Clínico:

Trata-se de um paciente de 58 anos, obeso, com diagnóstico prévio de colelitíase, que apresenta quadro de cólica biliar clássica evoluindo com icterícia obstrutiva (predomínio de bilirrubina direta e elevação de enzimas canaliculares - FA e GGT). O quadro sugere fortemente a migração de um cálculo da vesícula para a via biliar principal (coledocolitíase).

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A tomografia computadorizada (TC) de abdome possui baixa sensibilidade para a identificação de cálculos biliares, uma vez que muitos são isodensos em relação à bile. Para a avaliação do colédoco distal e pesquisa de microcálculos, a ressonância magnética (colangiorressonância) ou o ultrassom endoscópico são muito superiores à TC.

Alternativa B (Incorreta): O paciente apresenta critérios de alto risco para coledocolitíase. Segundo os consensos atuais (como o da ASGE), uma bilirrubina total acima de 4 mg/dl associada à dilatação da via biliar ou à presença de cálculo no colédoco ao ultrassom coloca o paciente em alta probabilidade de obstrução. Portanto, realizar a colecistectomia sem investigar ou tratar a via biliar seria uma conduta inadequada, com alto risco de permanência do cálculo e complicações pós-operatórias.

Alternativa C (Correta): Caso a ultrassonografia confirme a dilatação das vias biliares, reforça-se a suspeita de coledocolitíase. O ultrassom endoscópico (ecoendoscopia) é um excelente exame para avaliação da via biliar distal, com sensibilidade e especificidade próximas a 100%. Caso o cálculo seja confirmado durante o procedimento, a CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) pode ser realizada na sequência para a retirada do cálculo, dispensando a necessidade de colangiorressonância prévia.

Alternativa D (Incorreta): A técnica de tratamento simultâneo (colecistectomia laparoscópica associada à exploração da via biliar ou CPRE no mesmo tempo

anestésico, às vezes chamada de Rendez-vous) não foi abandonada. Pelo contrário, é uma estratégia válida que pode diminuir o tempo de internação e, no caso específico do Rendez-vous (passagem de fio-guia por via anterógrada durante a cirurgia), até reduz o risco de pancreatite pós-CPRE por facilitar o acesso à via biliar sem traumatismo excessivo da papila duodenal.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 28

O quadro clínico descreve um paciente de 16 anos com história de hérnia redutível desde a infância que, após esforço físico, apresenta um quadro de dor súbita, vômitos e abaulamento ínguido-escrotal irreductível com sinais inflamatórios (calor e rubor). Este é o cenário clássico de uma hérnia inguinal estrangulada, uma emergência cirúrgica em que há comprometimento do suprimento sanguíneo do conteúdo herniário (geralmente alça intestinal).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O estrangulamento herniário é uma urgência cirúrgica imediata. Durante a cirurgia, se houver dúvida sobre a viabilidade da alça intestinal ou se a alça sofrer redução espontânea para o abdome durante a indução anestésica antes de ser inspecionada, o cirurgião deve obrigatoriamente avaliar o conteúdo dentro da cavidade abdominal. Isso pode ser feito por uma inguilotomia ampliada, por uma laparotomia mediana ou, de forma moderna e menos invasiva, por via laparoscópica para conferir se há necrose segmentar.

Alternativa B (Incorreta): O quadro não é de infecção primária de partes moles (como celulite ou abscesso), mas sim de uma complicação isquêmica de uma hérnia pré-existente. O calor e o rubor são sinais de sofrimento tecidual e inflamação secundária ao estrangulamento. Postergar a cirurgia por 48 horas para "reavaliação" resultaria em necrose intestinal, perfuração, peritonite e possível óbito do paciente.

Alternativa C (Incorreta): A classificação de Nyhus Tipo IIIA refere-se a hérnias inguinais diretas. O paciente em questão, por ser jovem e ter o abaulamento desde a infância, apresenta uma hérnia inguinal indireta (causada pela persistência do conduto peritoneovaginal), que seria classificada como Nyhus II ou IIIb (se o anel inguinal estiver muito dilatado ou for uma hérnia mista/escrotal). Além disso, o uso de telas não é formalmente contraindicado em hérnias complicadas, a menos que haja contaminação fecal maciça ou necrose extensa que impeça a colocação de material protético de forma segura.

Alternativa D (Incorreta): A manobra de redução manual (táxis) é contraindicada quando há sinais clínicos de estrangulamento (dor intensa, sinais inflamatórios locais, tempo de evolução prolongado ou instabilidade). Ao reduzir forçadamente uma alça intestinal que já pode estar necrótica para dentro do abdome, o médico corre o risco de causar uma peritonite purulenta ou fecal generalizada, transformando uma urgência localizada em uma emergência sistêmica grave. O tratamento correto para hérnia estrangulada é a exploração cirúrgica.

Questão 29

Texto Original:

O caso clínico descreve uma paciente jovem, gestante no terceiro trimestre, com quadro de dor anal aguda após episódio de constipação e esforço evacuatório. O achado de exame físico de uma lesão nodular, de coloração violácea (arroxeadada), consistência firme e localizada abaixo da linha pectínea é o diagnóstico clássico de trombose hemorroidária externa.

Alternativa a: Incorreta. A fissura anal caracteriza-se por uma solução de continuidade (ferida) linear na mucosa anal, geralmente na linha média posterior, que causa dor intensa durante a evacuação e sangramento vivo. O achado nodular violáceo descrito na questão é incompatível com fissura, sendo patognomônico de trombose hemorroidária externa.

Alternativa b: Correta. O tratamento da trombose hemorroidária externa pode ser conservador ou cirúrgico. A literatura médica recomenda que, em casos de dor intensa e com menos de 48 a 72 horas de evolução (como o caso da paciente, que tem 1 dia de sintomas), a excisão da lesão ou a trombectomia (evacuação do coágulo) é uma excelente opção. Esse procedimento promove alívio imediato da dor e apresenta menores taxas de recorrência e de formação de plicomas residuais em comparação ao tratamento apenas com medidas clínicas.

Alternativa c: Incorreta. A trombose hemorroidária, embora muito dolorosa, não é uma urgência infecciosa. A conduta de incisão e drenagem associada à antibioticoterapia é indicada para abscessos perianais. A Gangrena de Fournier é uma fasciíte necrotizante grave com rápida progressão e sinais de sepse, o que não condiz com o quadro de uma lesão nodular firme e localizada decorrente de esforço evacuatório.

Alternativa d: Incorreta. A apresentação clínica é típica de uma condição benigna aguda. Não há indicação de biópsia ambulatorial ou retossigmoidoscopia no momento agudo, pois o diagnóstico é clínico e o risco de neoplasia anal com essas características e nesse contexto epidemiológico (jovem, grávida, início súbito após

esforço) é extremamente baixo. A retossigmoidoscopia poderia ser considerada futuramente para investigação da constipação crônica, mas não para a lesão aguda descrita.

Questão 30

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro descrito é de uma paciente de 15 anos com dor aguda em fossa ilíaca direita (FID), associada a náusea e vômitos, com achado ultrassonográfico de uma massa ovariana de 8 cm e deslocamento do ovário para a linha média (posição retrouterina). Massas anexiais maiores que 5 cm em pacientes jovens aumentam significativamente o risco de torção ovariana. O deslocamento para a linha média ocorre porque a torção do pedículo vascular e ligamentar traciona o ovário de sua posição anatômica habitual.

ALTERNATIVA A: Incorreta. Os dados sugerem um quadro de abdome agudo ginecológico de caráter cirúrgico (torção ovariana). O tratamento apenas com sintomáticos e o encaminhamento ambulatorial seriam condutas inadequadas e perigosas, pois o atraso na intervenção pode resultar em necrose ovariana isquêmica irreversível e perda do órgão.

ALTERNATIVA B: Incorreta. Embora a prenhez tubária seja um diferencial em dores pélvicas, os achados de imagem (massa de 8 cm e medialização ovariana) são mais característicos de patologia do próprio ovário. Além disso, para uma prenhez tubária não rota em paciente estável, a via de escolha preferencial seria a laparoscopia, devido à menor morbidade e recuperação mais rápida, e não a laparotomia.

ALTERNATIVA C: Correta. A principal suspeita clínica é a torção ovariana decorrente de um cisto volumoso. O ultrassom com Doppler é o exame complementar de escolha, pois permite avaliar a vascularização arterial e venosa do órgão. A demonstração de ausência ou redução significativa do fluxo sanguíneo confirma a necessidade de intervenção cirúrgica urgente para realizar a detorção e tentar preservar o tecido ovariano.

ALTERNATIVA D: Incorreta. Embora a apendicite aguda seja a causa mais comum de dor em FID nessa faixa etária, os achados ultrassonográficos de uma massa ovariana de 8 cm com deslocamento medial explicam perfeitamente a sintomatologia de dor súbita e intensa. O quadro não é inespecífico; ele aponta diretamente para uma complicação anexial. A presença da massa torna a torção ovariana o diagnóstico mais provável frente à apendicite inicial.

GABARITO: LETRA C.

Questão 31

ANÁLISE DO CASO:

O quadro clínico descrito é clássico de um abdome agudo perfurativo, sendo a úlcera péptica perfurada a principal hipótese diagnóstica. Os pontos-chave são a dor de início súbito ("dor em facada") que se inicia no epigástrico e se torna generalizada, associada ao sinal de Kehr (dor referida no ombro esquerdo por irritação do nervo frênico pelo ar ou conteúdo gástrico sob o diafragma). O exame físico com "abdome tenso" e sinais de irritação peritoneal (abdome em tábua) confirma a gravidade e a necessidade de intervenção.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) CORRETA: Em qualquer quadro de abdome agudo perfurativo com repercussão sistêmica (taquicardia, taquipneia), a prioridade é a estabilização do paciente. Isso inclui a reposição de fluidos (ressuscitação volêmica), início de antibióticos de amplo espectro para cobrir a flora gastrointestinal e o uso de inibidores de bomba de prótons (IBP) para reduzir a acidez. Os exames laboratoriais (hemograma, PCR, lactato) são essenciais para monitorar a gravidade da sepse e a perfusão tecidual, embora não confirmem sozinhos o local da perfuração.

Alternativa (b) CORRETA: Embora a rotina de radiografia para abdome agudo (tórax em pé e abdome) seja o exame inicial por sua rapidez e baixo custo, a tomografia computadorizada (TC) é o padrão-ouro. A TC possui sensibilidade superior a 95% para detectar pneumoperitônio, sendo capaz de identificar pequenas quantidades de ar livre que passariam despercebidas nos raios X, além de auxiliar na identificação do sítio exato da perfuração.

Alternativa (c) CORRETA: O tratamento cirúrgico padrão para úlcera perfurada é a rafia simples do orifício com omentalização (manobra de Graham). Contudo, a decisão por um procedimento mais radical, como a gastrectomia, leva em conta fatores como a cronicidade da doença (histórico de dispepsia crônica sem melhora com tratamento clínico), a estabilidade hemodinâmica do paciente e o aspecto da lesão. Úlceras gástricas com aspecto macroscópico suspeito de malignidade podem exigir ressecção para diagnóstico e tratamento definitivo.

Alternativa (d) INCORRETA (GABARITO): O tratamento padrão-ouro para úlcera péptica perfurada com peritonite difusa continua sendo a cirurgia, seja por via laparoscópica ou laparotomia. O tratamento endoscópico não é a conduta padrão na

urgência para esses casos. A cirurgia permite não apenas o fechamento da perfuração, mas também a limpeza rigorosa (lavagem) da cavidade abdominal para remover conteúdo gástrico e fibrina, algo que a endoscopia não é capaz de realizar. Portanto, afirmar que o tratamento endoscópico é o padrão-ouro está incorreto.

Questão 32

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de peritonite pós-operatória no 5º dia após laparotomia por trauma abdominal penetrante. A presença de secreção esverdeada e fétida, associada a choque circulatório (PA 80x50 mmHg), taquipneia, febre e dor abdominal difusa, indica uma complicação grave, provavelmente por deiscência de sutura ou fístula intestinal, configurando uma infecção intra-abdominal complicada com sepse/choque séptico.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (INCORRETA): Esta é a alternativa a ser assinalada. A afirmação está incorreta porque a instabilidade hemodinâmica não contraindica o uso do curativo a vácuo (terapia por pressão negativa). Pelo contrário, em casos de abdome aberto por infecção intra-abdominal grave (sepse de foco abdominal), o curativo a vácuo é considerado superior à bolsa de Bogotá. O vácuo auxilia na remoção de fluidos inflamatórios e mediadores de sepse, mantém a integridade da fáscia, evitando a retração lateral, e facilita o fechamento definitivo precoce. A bolsa de Bogotá é uma técnica de exceção, utilizada quando não há disponibilidade de recursos mais avançados, mas não é a conduta preferencial em pacientes instáveis se o vácuo estiver disponível.

Alternativa B (CORRETA): Esta alternativa baseia-se em evidências modernas (como o estudo STOP-IT). Se o controle do foco infeccioso for realizado de forma eficaz durante a reoperação (limpeza adequada, desbridamento e resolução das deiscências), o tempo de antibioticoterapia pode ser reduzido. Atualmente, recomenda-se que, após o controle efetivo da fonte de infecção, 4 a 5 dias de antibióticos sejam suficientes para a maioria dos casos de infecção intra-abdominal complicada.

Alternativa C (CORRETA): A procalcitonina é um biomarcador proteico que se eleva significativamente em resposta a infecções bacterianas sistêmicas. Na prática clínica, ela é utilizada tanto para auxiliar no diagnóstico de sepse quanto para guiar o tempo

de tratamento (descalonamento ou suspensão da antibioticoterapia). Níveis baixos ou em queda sustentada de procalcitonina sugerem que a infecção está controlada, permitindo a interrupção segura dos antibióticos.

Alternativa D (CORRETA): Pacientes com perfurações do trato gastrointestinal (especialmente estômago e intestino delgado), que evoluem com peritonite pós-operatória e choque séptico, possuem alto risco para infecção por fungos do gênero *Candida*. Fatores de risco como reintervenção cirúrgica, uso prévio de antibióticos de amplo espectro e gravidade clínica (choque) justificam a introdução de terapia antifúngica empírica nesses casos de peritonite terciária ou complicada.

GABARITO: Alternativa A.

Questão 33

O caso descreve uma paciente de 8 anos com sinais clássicos de obstrução intestinal mecânica: dor abdominal em cólica, vômitos, distensão, parada de eliminação de gases/fezes e ruídos hidroaéreos de luta. O antecedente de apendicectomia há 2 anos é o dado crucial, apontando para bridas (aderências pós-operatórias) como a causa mais provável da obstrução.

Alternativa A: Incorreta. A principal hipótese em pacientes com história de cirurgia abdominal prévia é a obstrução por bridas ou aderências. A intussuscepção intestinal é a causa mais comum de obstrução em lactentes (3 meses a 2 anos); em crianças maiores, quando ocorre, geralmente está associada a pontos de indução anatômicos. Além disso, a conduta inicial na intussuscepção não é a colonoscopia, mas sim a redução hidrostática ou pneumática guiada por radioscopia ou ultrassonografia.

Alternativa B: Correta. A tomografia computadorizada (TC) é o padrão-ouro para o diagnóstico de obstrução intestinal, permitindo identificar a localização e a causa. O contraste venoso é essencial para avaliar a vitalidade das alças e detectar complicações como a isquemia. O uso de contraste oral hidrossolúvel tem um papel triplo no manejo das bridas: ajuda a identificar se a obstrução é total ou parcial, possui efeito terapêutico (sua alta osmolaridade atrai água para o lúmen e estimula o peristaltismo) e é um preditor de sucesso do tratamento clínico (se o contraste atingir o cólon em exames subsequentes, a cirurgia geralmente pode ser evitada).

Alternativa C: Incorreta. A sondagem nasogástrica é uma medida fundamental no suporte inicial desses pacientes. Ela realiza a descompressão gástrica, o que reduz o desconforto, a distensão abdominal e, principalmente, diminui o risco de vômitos e a consequente broncoaspiração, protegendo a via aérea da criança.

Alternativa D: Incorreta. Embora a paciente apresente sinais de instabilidade hemodinâmica (taquicardia e hipotensão) que exigem ressuscitação volêmica imediata, a ausência de sinais de irritação peritoneal sugere que não há, obrigatoriamente, necessidade de laparotomia imediata. O protocolo inicial para obstrução por bridas em pacientes sem sinais de estrangulamento é o tratamento conservador (jejum, hidratação e descompressão). Além disso, a radiografia simples de abdome é limitada para confirmar isquemia intestinal, sendo a tomografia muito mais precisa para esse diagnóstico.

Questão 34

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso descreve uma paciente de 10 anos com grandes queimaduras e sinais de alerta para gravidade imediata: confinamento em ambiente fechado, sinais físicos de lesão por inalação (vibrissas queimadas e edema de orofaringe) e instabilidade hemodinâmica/neurológica (confusão e hipotensão relativa para a idade). O objetivo é identificar a alternativa incorreta sobre as condutas iniciais.

ALTERNATIVA A (CORRETA): A injúria inalatória do tipo I é a lesão térmica supraglótica. Os sinais de edema de lábios, língua e hipofaringe, associados à queima de pelos nasais (vibrissas), confirmam esse risco. A ressuscitação volêmica é obrigatória no grande queimado, mas o aporte de líquidos aumenta o edema generalizado, inclusive nas vias aéreas. Portanto, a avaliação por laringoscopia e a obtenção de via aérea definitiva (intubação) precoce são condutas adequadas para evitar a obstrução total por edema.

ALTERNATIVA B (CORRETA): Vítimas de incêndio em locais fechados estão expostas a gases tóxicos como monóxido de carbono e cianeto. Se o paciente apresenta acidose metabólica grave e hiperlactatemia que não melhoram com a reposição de líquidos, deve-se suspeitar fortemente de intoxicação por cianeto. O tratamento padrão inclui oxigênio a 100% e a administração de hidroxocobalamina (antídoto).

ALTERNATIVA C (INCORRETA/GABARITO): Esta é a alternativa incorreta por vários motivos. Primeiro, uma paciente com desconforto respiratório, sialorreia (dificuldade de manejar secreções), confusão mental e dor intensa tem contra-indicação para hidratação via oral ou por sonda nasogástrica inicial, devido ao alto risco de broncoaspiração e presença frequente de íleo paralítico no grande queimado. Segundo, a via preferencial para ressuscitação volêmica é a intravenosa periférica em área não queimada; o cateter central não é a primeira escolha rotineira pelo risco de infecção. Terceiro, o cálculo de fluidos deve ser feito para guiar a terapia, mas a via oral é inadequada para a fase de ressuscitação do choque no grande queimado.

grave.

ALTERNATIVA D (CORRETA): Em queimaduras extensas, ocorre um aumento maciço da permeabilidade capilar. O uso de coloides (como a albumina) faz parte de muitas estratégias de ressuscitação (frequentemente após as primeiras 8 a 12 horas ou conforme protocolos específicos) para ajudar a manter a pressão oncótica intravascular e reduzir o volume total de cristaloides necessários, combatendo o chamado fluid creep (excesso de edema por excesso de cristalóide).

Resumo: A alternativa C está errada ao propor hidratação enteral (oral ou sonda) para uma paciente instável, com via aérea em risco e necessidade de ressuscitação volêmica vigorosa e imediata.

Questão 35

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de isquemia mesentérica aguda (IMA). Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Fatores de risco cardiovascular: idoso, tabagista, hipertenso e diabético.
2. Quadro clínico: dor abdominal súbita e excruciante, desproporcional ao exame físico (abdome flácido e sem sinais de irritação peritoneal). Este é o sinal patognomônico da fase inicial da isquemia mesentérica.
3. Antecedente: relato de dor pós-prandial e emagrecimento (clássico de angina mesentérica ou isquemia mesentérica crônica). Isso sugere que a causa da agudização é uma trombose da artéria mesentérica superior sobre uma placa aterosclerótica preexistente, e não um quadro embólico súbito.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O lactato e o D-dímero são marcadores sensíveis, porém pouco específicos. O aumento do lactato costuma ocorrer tardiamente, indicando já a presença de necrose intestinal. Além disso, a história clínica de fatores de risco ateroscleróticos e angina abdominal prévia aponta para trombose arterial, e não trombose venosa portal. O diagnóstico de oclusão vascular mesentérica é confirmado por angiotomografia.

Alternativa b) Incorreta. A angiotomografia de abdome com contraste venoso é o padrão-ouro para o diagnóstico de isquemia mesentérica aguda. Embora o paciente possa ter riscos para nefropatia por contraste devido à idade e diabetes, a suspeita de isquemia mesentérica é uma emergência cirúrgica com alta mortalidade. O benefício do diagnóstico rápido e preciso supera o risco de insuficiência renal aguda.

Alternativa c) Incorreta. A ultrassonografia com Doppler tem utilidade limitada na urgência devido à distensão gasosa das alças, que prejudica a visualização dos vasos. Além disso, achados como pneumatose intestinal (ar na parede da alça) e gás na veia porta são sinais tardios de necrose transmural e mau prognóstico, e não sinais de "diagnóstico precoce".

Alternativa d) Correta. O histórico de dor pós-prandial (angina abdominal) e emagrecimento em um paciente com múltiplos fatores de risco vasculares reforça a hipótese de trombose da artéria mesentérica superior (geralmente ocorrendo na origem do vaso). O manejo moderno desses pacientes envolve a tentativa de revascularização (que pode ser endovascular, via angioplastia/stent, ou cirurgia aberta) associada à laparotomia exploradora para avaliar a viabilidade das alças intestinais e ressecar segmentos já necrosados.

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

Questão 36

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta uma Lesão por Pressão (LPP) em Estágio 2. Esta fase é caracterizada pela perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosada ou avermelhada e úmido, podendo também se apresentar como uma bolha intacta ou rompida. No caso descrito, a ausência de tecido desvitalizado, odor ou secreção confirma que não há sinais clínicos de infecção no momento.

Alternativa A (Incorreta - Gabarito):

Esta alternativa está incorreta porque a proximidade com o ânus e a potencial contaminação fecal não definem, por si sós, uma ferida como infectada. Todas as lesões por pressão são colonizadas por bactérias, mas a infecção é um diagnóstico clínico que exige a presença de sinais como calor, rubor, edema, dor, drenagem purulenta ou odor fétido, além de possíveis sintomas sistêmicos. O uso de antibioticoterapia sistêmica é contraindicado para LPPs em estágio 2 que não apresentem sinais de infecção tecidual (como celulite ou osteomielite). O tratamento deve ser focado na limpeza local e proteção da ferida.

Alternativa B (Correta):

As lesões por pressão são consideradas eventos adversos em sua maioria evitáveis. O surgimento de uma LPP de 5 cm em um paciente internado indica que as medidas de prevenção padrão falharam ou não foram aplicadas de forma eficaz. O uso de colchões de redistribuição de pressão (como os de ar ou os de espuma tipo

piramidal/casca de ovo) e o rodízio de decúbito a cada 2 horas são os pilares da prevenção em pacientes acamados.

Alternativa C (Correta):

Esta alternativa descreve exatamente a fisiopatologia da lesão. A pressão externa prolongada entre uma proeminência óssea (sacro) e uma superfície dura (leito) comprime os capilares sanguíneos. Quando essa pressão excede a pressão de enchimento capilar, ocorre isquemia tecidual. Se a compressão persistir, a falta de oxigênio e nutrientes leva à morte celular e formação da úlcera.

Alternativa D (Correta):

O manejo das LPPs é multidisciplinar. O suporte nutricional é essencial, já que pacientes desnutridos e emagrecidos (como o do caso) possuem menor coxim gorduroso e dificuldade de cicatrização. O hidrogel é uma cobertura indicada para manter o ambiente úmido e favorecer a granulação. Embora a descrição mencione que não há tecido desvitalizado no momento, o desbridamento (seja autolítico ou mecânico) faz parte do protocolo terapêutico sempre que detritos ou esfacelos surgirem no leito da ferida para permitir a cicatrização.

Questão 37

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clássico de choque hipovolêmico classe IV decorrente de uma hemorragia externa maciça (sangramento pulsátil em coxa direita). Pelas diretrizes mais recentes do PHTLS e as atualizações do ATLS, a prioridade absoluta em traumas com sangramento arterial visível em extremidades é o controle da hemorragia exsanguinante, seguindo o protocolo X-ABCDE. O "X" (exsanguinação) precede o "A" (vias aéreas), pois o paciente pode evoluir para óbito por choque hemorrágico antes mesmo de uma intervenção respiratória ser concluída.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A aplicação do torniquete proximal de alta pressão é a conduta indicada para o controle imediato de hemorragias arteriais em membros quando a compressão direta não é suficiente ou como medida inicial rápida no "X" do trauma. No caso descrito, o sangramento é pulsátil e já causou instabilidade hemodinâmica grave (hipotensão e taquicardia severa). Interromper a perda sanguínea é o passo crítico para permitir que o paciente sobreviva às etapas seguintes de reanimação.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A intubação orotraqueal imediata em um paciente com choque hipovolêmico extremo é perigosa. A pressão positiva da ventilação mecânica diminui o retorno venoso, o que pode levar à parada cardiorrespiratória imediata em um paciente já depletado. Além disso, a confusão mental e a queixa de "não conseguir respirar" são sintomas de hipoperfusão cerebral e acidose metabólica (fome de ar), que melhoram com o controle do sangramento e reposição volêmica, não necessariamente com ventilação.

Alternativa (b): A reposição de fluidos (etapa C) é fundamental, mas não deve ser feita antes do controle da fonte do sangramento (etapa X). Tentar encher o compartimento vascular enquanto existe uma artéria aberta é ineficaz e pode piorar o prognóstico ao aumentar a pressão de perfusão e diluir fatores de coagulação antes da hemostasia.

Alternativa (d): Embora o paciente precise de uma intervenção cirúrgica definitiva, o controle temporário da hemorragia deve ser feito imediatamente na admissão. Levar o paciente para a sala de trauma ou centro cirúrgico sem aplicar um torniquete ou compressão eficaz significaria permitir que ele continuasse sangrando durante o transporte e preparo, o que seria fatal. O controle deve ser feito onde o paciente está, no momento da identificação do sangramento.

Questão 38

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de choque hipovolêmico hemorrágico de Classe IV. Os sinais são evidentes: hipotensão (88 x 50 mmHg), taquicardia acentuada (136 bpm), taquipneia, alteração do estado mental (ansiedade) e sinais de má perfusão periférica (extremidades frias e tempo de enchimento capilar prolongado). O FAST positivo em fundo de saco confirma a presença de hemoperitônio (sangue na cavidade abdominal).

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA

A abordagem moderna do trauma grave baseia-se na estratégia de Ressuscitação de Controle de Danos (Damage Control Resuscitation). Em pacientes com choque hemorrágico grave e hipotensão, a prioridade é a reposição volêmica precoce com hemoderivados em proporções balanceadas (geralmente 1 bolsa de concentrado de hemácias para 1 de plasma fresco congelado para 1 de plaquetas). Essa conduta evita a tríade letal (acidose, hipotermia e coagulopatia) e trata a causa do choque de forma mais eficaz do que o uso isolado de cristaloides, enquanto se organiza o controle cirúrgico definitivo da hemorragia.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa (a): Esta conduta baseia-se em diretrizes antigas. O ATLS 10ª edição recomenda reduzir o volume inicial de cristaloides para no máximo 1 litro. Administrar 2 litros de Ringer Lactato em um paciente com choque Classe IV pode agravar o sangramento por causar coagulopatia dilucional e aumentar a pressão hidrostática a ponto de romper coágulos já formados (fenômeno conhecido como "pop the clot").

Alternativa (c): A intubação orotraqueal em um paciente com choque hipovolêmico grave deve ser evitada até que a volemia seja minimamente restaurada. Os fármacos de indução anestésica e a mudança para ventilação por pressão positiva reduzem drasticamente o retorno venoso, o que pode levar a um colapso cardiovascular imediato e parada cardiorrespiratória no momento do procedimento.

Alternativa (d): Um preceito fundamental no trauma é que pacientes hemodinamicamente instáveis não devem ser encaminhados para a tomografia computadorizada (conhecida como o "túnel da morte" para pacientes instáveis). Como o paciente apresenta instabilidade e o FAST já identificou líquido livre no abdome, a indicação é de intervenção imediata (laparotomia), sem perda de tempo com exames de imagem adicionais.

GABARITO: (b)

Questão 39

O quadro clínico descrito — homem idoso, tabagista e etilista crônico, com disfagia progressiva e perda ponderal — é um cenário clássico de neoplasia de esôfago. A investigação e o estadiamento seguem protocolos bem estabelecidos na literatura médica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O carcinoma espinocelular (CEC) está intimamente relacionado ao tabagismo e ao etilismo. Embora a incidência do adenocarcinoma venha crescendo no Ocidente (devido à obesidade e ao refluxo), o CEC continua sendo o tipo mais comum globalmente e em regiões como a Ásia, onde representa a vasta maioria dos casos.

Alternativa b) Incorreta (Gabarito). Esta afirmação é falsa porque o PET-CT desempenha um papel fundamental no estadiamento do câncer de esôfago. Embora

a tomografia de tórax e abdome seja o passo inicial, o PET-CT é superior na detecção de metástases à distância (M) que podem passar despercebidas na tomografia convencional. A identificação de metástases ocultas pelo PET-CT pode mudar a conduta terapêutica em até 15 a 20 por cento dos casos, evitando cirurgias desnecessárias em doenças já sistêmicas. Portanto, ele acrescenta, sim, informações relevantes.

Alternativa c) Correta. A endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia é o padrão-ouro inicial. Ela permite a visualização direta da lesão, a localização exata em relação à arcada dentária e a confirmação histopatológica, que é indispensável para definir o tratamento (CEC versus adenocarcinoma).

Alternativa d) Correta. A ecoendoscopia (ultrassonografia endoscópica) é considerada o melhor método para avaliar o estadiamento locorregional. Ela possui alta acurácia para definir a profundidade da invasão na parede esofágica (estadiamento T) e para avaliar o comprometimento de linfonodos regionais (estadiamento N), sendo crucial para decidir entre ressecção endoscópica, cirurgia direta ou necessidade de tratamento neoadjuvante (quimioterapia e radioterapia prévias).

Questão 40

O caso clínico descreve um homem de 42 anos com quadro típico de cólica nefrética aguda (dor lombar súbita, em cólica, irradiada para a região inguinal, acompanhada de náuseas e vômitos). Os exames físico e laboratorial iniciais afastam complicações imediatas graves, como insuficiência renal (creatinina normal) ou infecção sistêmica (ausência de febre, PCR normal e EAS sem sinais de infecção). O ultrassom de emergência confirmou a presença de um cálculo no ureter proximal, mas este exame possui limitações para o planejamento terapêutico definitivo.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Não há indicação de solicitar hemoculturas ou PCR seriada neste momento. O paciente está afebril, hemodinamicamente estável e possui exames de triagem inflamatória (PCR) e urinária (EAS) normais para processo infeccioso. A conduta para afastar "pielonefrite oculta" em um paciente assintomático para infecção não faz parte do protocolo de cólica renal.

Alternativa b: Correta. A tomografia computadorizada (TC) helicoidal sem contraste de abdome e pelve é o padrão-ouro (*gold standard*) para a avaliação de urolitíase na urgência. Embora o ultrassom tenha sugerido o cálculo, a TC é necessária para determinar com precisão o tamanho do cálculo (em milímetros), sua localização exata e sua densidade (unidades Hounsfield). Essas informações são cruciais para

decidir entre o tratamento conservador (observação) ou a intervenção cirúrgica, pois o ultrassom frequentemente subestima ou superestima o tamanho do cálculo ureteral.

Alternativa c: Incorreta. A conduta é prematura. A indicação de litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO/SWL) ou qualquer outro procedimento intervencionista depende do tamanho e da densidade do cálculo, dados que o ultrassom não fornece com precisão. Além disso, a tansulosina (terapia expulsiva médica) tem sua maior eficácia comprovada em cálculos do ureter distal, e não necessariamente no proximal.

Alternativa d: Incorreta. A taxa de eliminação espontânea de cálculos ureterais depende fundamentalmente do tamanho e da localização. Cálculos no ureter proximal têm taxas de eliminação espontânea significativamente menores do que cálculos no ureter distal. Sem a mensuração precisa por meio da tomografia, não é seguro optar apenas pela observação expectante, especialmente em cálculos localizados na porção superior do ureter.

Em resumo, após a estabilização da dor e triagem inicial com ultrassom, a tomografia sem contraste é o próximo passo necessário para estratificar o risco e definir o melhor tratamento para o paciente.

Questão 41

A questão exige o conhecimento dos Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS (2015) aplicados aos contraceptivos injetáveis mensais. Estes são métodos combinados, contendo estrogênio e progestagênio, e seguem regras de elegibilidade similares às das pílulas combinadas no que tange às interações medicamentosas.

Alternativa a) Esta é a alternativa correta. A rifampicina (e a rifabutina) é um potente indutor enzimático do sistema citocromo P450 no fígado. Ela acelera o metabolismo dos hormônios contidos no injetável mensal, reduzindo sua concentração no sangue e, conseqüentemente, sua eficácia. Devido ao alto risco de falha contraceptiva e gravidez indesejada, a OMS classifica o uso de rifampicina com métodos combinados como Categoria 3 (os riscos geralmente superam os benefícios), o que significa que o método não deve ser indicado a menos que outros métodos não estejam disponíveis ou sejam inaceitáveis para a paciente.

Alternativa b) Esta alternativa está incorreta no contexto da questão principal, embora a lamotrigina também receba classificação de Categoria 3 da OMS para métodos combinados. No entanto, o motivo da interação é diferente: os estrogênios presentes no contraceptivo é que reduzem os níveis séricos da lamotrigina, podendo

levar ao descontrole de crises convulsivas. Em concursos médicos, quando se pergunta sobre medicamentos que prejudicam a eficácia do anticoncepcional, a rifampicina é o exemplo clássico e prioritário de indução enzimática.

Alternativa c) Esta alternativa está incorreta. O cetoconazol é um antifúngico que não possui interação farmacológica significativa com os componentes dos injetáveis mensais de modo a contraindicar o seu uso. Para a OMS, o uso de antifúngicos desse grupo é considerado Categoria 1 (sem restrição ao uso do método).

Alternativa d) Esta alternativa está incorreta. A zidovudina (AZT) é um antirretroviral pertencente à classe dos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN). Medicamentos desta classe não interferem na eficácia dos métodos hormonais combinados e vice-versa. A classificação da OMS para esta associação é Categoria 1, permitindo o uso livre do método.

Para revisão, as categorias de elegibilidade da OMS são:

Categoria 1: Sem restrição de uso.

Categoria 2: As vantagens superam os riscos.

Categoria 3: Os riscos superam as vantagens (uso geralmente não recomendado).

Categoria 4: Risco de saúde inaceitável (contraindicação absoluta).

Questão 42

Para identificar o hormônio indicado pela seta, é necessário analisar o comportamento das quatro curvas representadas no gráfico do ciclo menstrual:

A curva cinza, apontada pela seta, é o estradiol. Ela se caracteriza por ser bifásica. O primeiro pico ocorre ao final da fase folicular, quando o folículo dominante secreta grandes quantidades de estrogênio para estimular o pico do hormônio luteinizante (LH). O segundo pico ocorre durante a fase lútea, pois o corpo lúteo, além de progesterona, também secreta estradiol.

Análise das alternativas:

a) FSH: Incorreta. O FSH (hormônio folículo-estimulante) está representado pela linha em azul-claro (ciano). Seus níveis sobem levemente no início do ciclo para o recrutamento folicular e apresentam um pico no meio do ciclo, simultâneo ao LH, porém com menor amplitude.

b) Inibina A: Incorreta. A inibina A é produzida pelo corpo lúteo e seus níveis aumentam principalmente na fase lútea, caindo com a regressão deste. Embora seu gráfico se assemelhe à fase lútea do estradiol, ela não apresenta o pico

pré-ovulatório característico e proeminente mostrado na curva cinza.

c) Estradiol: Correta. Esta é a representação clássica do estradiol no ciclo menstrual. O primeiro pico (pré-ovulatório) é fundamental para a ovulação, e o segundo pico (lúteo) faz parte da atividade endócrina do corpo lúteo.

d) Progesterona: Incorreta. A progesterona é representada no gráfico pela linha roxa. Note que ela permanece em níveis praticamente nulos durante toda a fase folicular, elevando-se apenas após a ovulação, com a formação do corpo lúteo, e caindo logo antes da menstruação.

Em resumo, as curvas do gráfico são:

Rosa: LH (pico agudo pré-ovulatório).

Ciano: FSH (acompanha o LH em menor escala).

Roxo: Progesterona (exclusiva da fase lútea).

Cinza (Seta): Estradiol (picos na fase folicular e lútea).

Questão 43

O sangramento uterino anormal na pós-menopausa é um sinal clínico que exige investigação obrigatória, pois, embora a causa mais comum seja a atrofia endometrial, cerca de 10% desses casos podem estar associados ao câncer de endométrio.

O principal método de triagem inicial é a ultrassonografia transvaginal. Em pacientes na pós-menopausa que apresentam sangramento vaginal e não fazem uso de terapia hormonal, o ponto de corte de segurança para a espessura do endométrio é de 4 mm (algumas diretrizes aceitam até 5 mm). Se o endométrio estiver abaixo desse valor, o risco de malignidade é muito baixo, e a conduta pode ser expectante. No entanto, se o endométrio estiver igual ou superior a 4-5 mm, a avaliação histológica torna-se mandatória.

No caso descrito, a paciente apresenta um endométrio de 5,4 mm. Como esse valor ultrapassa o limite de normalidade para uma paciente sintomática, é necessário prosseguir com a investigação diagnóstica por meio de biópsia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A histerectomia é uma intervenção cirúrgica definitiva e não deve ser indicada sem um diagnóstico prévio. Primeiro, é necessário realizar o estudo histológico para determinar a causa do sangramento e, só então, planejar o tratamento adequado.

b) Incorreta. O controle ultrassonográfico em 6 meses é inadequado para uma paciente que apresenta sangramento ativo e espessamento endometrial acima do limite de segurança. Postergar a investigação pode atrasar o diagnóstico de uma neoplasia em estágio inicial.

c) Incorreta. A atrofia endometrial é, estatisticamente, a causa mais frequente de sangramento na pós-menopausa, mas ela costuma se manifestar com endométrios finos (geralmente menores que 4 mm). Com um endométrio de 5,4 mm, a hipótese de hiperplasia ou câncer não pode ser descartada apenas clinicamente, sendo impossível tranquilizar a paciente sem um exame anatomopatológico.

d) Correta. Diante de sangramento na pós-menopausa com endométrio maior ou igual a 4-5 mm na ultrassonografia, a conduta padrão-ouro é a obtenção de material para análise histológica. Isso pode ser feito por biópsia de endométrio (com cânula de Pipelle), curetagem uterina ou, preferencialmente, por histeroscopia com biópsia dirigida, que permite a visualização direta da cavidade uterina.

Questão 44

O caso clínico apresenta uma paciente com sintomas clássicos de vulvovaginite: prurido intenso e corrimento sem odor. O fato de os sintomas ocorrerem predominantemente no período pré-menstrual corrobora o diagnóstico, pois nessa fase há maior deposição de glicogênio na mucosa vaginal e queda do pH, fatores que favorecem o crescimento fúngico.

A análise da imagem de microscopia é definitiva. Observam-se nitidamente estruturas filamentosas alongadas, conhecidas como hifas ou pseudo-hifas, além de estruturas arredondadas que representam os esporos (blastoconídios). Este achado é patognomônico da infecção por fungos do gênero *Candida*.

Análise das alternativas:

a) Correta. O quadro clínico de prurido e corrimento inodoro associado à presença de hifas e esporos na microscopia confirma a candidíase vulvovaginal. O tratamento pode ser feito com antifúngicos tópicos (como a nistatina ou derivados imidazólicos) ou sistêmicos (como o fluconazol).

b) Incorreta. A vaginose bacteriana manifesta-se tipicamente com corrimento acinzentado e odor fétido (semelhante a peixe podre), que piora após o coito ou menstruação. Na microscopia, seriam observadas as *clue cells* (células-alvo ou células-guia) e ausência de hifas. O tratamento de escolha é o metronidazol.

c) Incorreta. A vaginite descamativa é um quadro inflamatório crônico raro, caracterizado por corrimento purulento e dor na relação sexual. Na microscopia, observaríamos um grande aumento de células inflamatórias (leucócitos) e de células parabasais, mas não hifas fúngicas.

d) Incorreta. A vaginose citolítica é o principal diagnóstico diferencial clínico da candidíase, pois também causa prurido e piora no período pré-menstrual. No entanto, a microscopia da vaginose citolítica revela citólise (células epiteliais rompidas com núcleos nus) e uma quantidade aumentada de lactobacilos, sem a presença de fungos. Embora o tratamento com bicarbonato de sódio esteja correto para a vaginose citolítica, a imagem confirma a presença de *Candida*, invalidando esta opção.

Questão 45

O diagnóstico de pólipos endometriais baseia-se na identificação de uma projeção focal do endométrio para a cavidade uterina. Abaixo, analisamos por que a histeroscopia é o método de escolha e por que as demais opções não são consideradas o padrão-ouro.

Alternativa (b) - Histeroscopia (Correta): A histeroscopia é o padrão-ouro porque permite a visualização direta e em tempo real da cavidade uterina, possibilitando identificar com exatidão o local de implantação, o tamanho e a vascularização do pólipo. Sua grande vantagem diagnóstica é a possibilidade de realizar a biópsia dirigida ou a própria retirada da lesão (polipectomia) no mesmo ato, o que garante a confirmação histopatológica, essencial para excluir malignidade.

Alternativa (a) - Ultrassonografia transvaginal: É o exame de primeira linha e o mais utilizado para triagem, por ser acessível e não invasivo. No entanto, sua acurácia depende do momento do ciclo menstrual e da experiência do examinador. Embora sugira a presença do pólipo ao identificar imagens hiperecogênicas ou espessamento endometrial, apresenta taxas consideráveis de resultados falso-positivos e falso-negativos, não servindo como confirmação definitiva.

Alternativa (c) - Histerossonografia: Este método utiliza a infusão de solução salina dentro do útero durante a ultrassonografia para distender a cavidade e destacar lesões que o ultrassom comum pode não detalhar bem. É superior à ultrassonografia transvaginal convencional para avaliar a cavidade uterina, mas ainda é um método de imagem indireta. Por não permitir a visão real direta nem a intervenção cirúrgica imediata, não substitui a histeroscopia como padrão-ouro.

Alternativa (d) - Histerossalpingografia: É um exame radiológico contrastado focado principalmente na avaliação das tubas uterinas em casos de infertilidade. Embora possa mostrar falhas de enchimento na cavidade uterina que sugiram um pólipó, é um método desconfortável e com baixa especificidade para patologias endometriais, sendo raramente utilizado com o objetivo primário de diagnosticar pólipos.

Questão 46

A resolução desta questão baseia-se no conhecimento da classificação da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) para os miomas uterinos e na indicação cirúrgica correspondente à localização da patologia.

O mioma classificado como FIGO 0 é um mioma submucoso totalmente intracavitário, ou seja, ele está localizado inteiramente dentro da cavidade uterina, sendo geralmente pediculado. Por estar dentro da cavidade e ser a causa do sangramento uterino anormal, o objetivo é retirá-lo da forma menos invasiva possível, preservando a anatomia do órgão.

Análise das alternativas:

a) Robótica: A cirurgia robótica é uma modalidade de laparoscopia avançada. Embora seja excelente para miomas intramurais (FIGO 3 e 4) ou subserosos (FIGO 5, 6 e 7) volumosos e complexos, ela exige a abertura da parede uterina (miométrio) para acessar a cavidade. Para um mioma FIGO 0 de 18 mm, seria uma técnica excessivamente invasiva e desnecessária.

b) Laparotomia: É a cirurgia aberta convencional. Assim como a robótica, exigiria uma incisão abdominal e uma histerotomia (corte no útero) para alcançar um mioma que está solto dentro da cavidade. Apresenta maior tempo de recuperação, maior dor pós-operatória e maiores riscos de aderências, sendo contraindicada para este caso específico.

c) Laparoscopia: É a via de escolha para miomas subserosos e alguns intramurais. No entanto, para tratar um mioma FIGO 0 por via laparoscópica, o cirurgião teria que atravessar toda a musculatura do útero para chegar à cavidade. Isso aumenta o risco de sangramento e enfraquece a parede uterina sem necessidade.

d) Histeroscopia: Esta é a alternativa correta e o padrão-ouro para o tratamento de miomas submucosos (FIGO 0, 1 e 2). O procedimento é realizado através da introdução de uma óptica pelo canal cervical (orifício natural), permitindo a visualização direta da cavidade uterina e a ressecção do mioma (miomectomia histeroscópica) sem realizar cortes abdominais. Como o mioma tem 18 mm (1,8 cm)

e é totalmente intracavitário (FIGO 0), ele é o candidato ideal para a técnica de ressecção mecânica ou com uso de energia (ressectoscópio).

Resumo: Para miomas submucosos FIGO 0, 1 e 2, a via preferencial de abordagem é sempre a Histeroscopia.

Questão 47

A abordagem de profilaxia pós-exposição (PEP) para o vírus da hepatite B (VHB) em vítimas de violência sexual é uma urgência médica. O objetivo é impedir a replicação viral antes que a infecção se estabeleça. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e as diretrizes internacionais, quando a vítima tem esquema vacinal incompleto ou desconhecido e o agressor possui estado sorológico desconhecido ou é sabidamente HBsAg reativo, a conduta deve ser imediata.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A imunoglobulina deve ser administrada precocemente, mas a vacinação não deve ser postergada por 30 dias. A vacina deve ser iniciada simultaneamente (em sítios de aplicação diferentes) para garantir a proteção a longo prazo (imunização ativa), enquanto a imunoglobulina fornece anticorpos imediatos (imunização passiva).

Alternativa b) Incorreta. Em casos de violência sexual, o risco de transmissão é considerado alto o suficiente para que não se aguarde o resultado de exames laboratoriais para iniciar a profilaxia. A conduta deve ser imediata para garantir a eficácia da imunoglobulina, que diminui consideravelmente após as primeiras 24-48 horas, embora possa ser feita em até 14 dias em casos de exposição sexual.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. Diante de uma paciente com histórico vacinal desconhecido e agressor de sorologia desconhecida, deve-se realizar a profilaxia combinada: a primeira dose da vacina (seguindo o esquema de 0, 1 e 6 meses) e a Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB). O período ideal de administração é nas primeiras 12 a 24 horas após a exposição para máxima eficácia.

Alternativa d) Incorreta. Não se deve postergar a vacinação. O início da série vacinal junto com a imunoglobulina é a estratégia mais eficaz para prevenir a infecção crônica pelo VHB após uma exposição de alto risco. Aguardar resultados sorológicos atrasa o início da imunização ativa desnecessariamente.

Em resumo, a combinação de vacina e imunoglobulina nas primeiras horas após a agressão oferece a melhor proteção possível, garantindo tanto a cobertura imediata

por anticorpos pré-formados quanto o estímulo para que o próprio sistema imune da paciente desenvolva memória e proteção duradoura.

Questão 48

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Para responder corretamente a essa questão, é necessário conhecer as fases da história natural da sífilis (primária, secundária, latente e terciária). Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa A: INCORRETA. A sífilis secundária é a fase de maior disseminação do *Treponema pallidum* pelo organismo. As lesões cutâneo-mucosas (como os condilomas planos e as sífilides) são extremamente ricas em treponemas e, portanto, altamente infectantes. Além disso, o secundarismo é caracterizado por manifestações sistêmicas como febre, mal-estar, cefaleia, além de poliadenopatia generalizada, podendo acometer múltiplos órgãos, como fígado, rins e sistema nervoso central.

Alternativa B: INCORRETA. O desaparecimento espontâneo do cancro duro (lesão primária) faz parte da evolução natural da doença e ocorre independentemente do tratamento. No entanto, isso não significa que a infecção foi resolvida. Pelo contrário, se não houver tratamento, a bactéria continua a se multiplicar e a se disseminar na corrente sanguínea, o que levará invariavelmente à fase secundária após um período de latência.

Alternativa C: INCORRETA. A fase latente é definida justamente pela ausência de sinais e sintomas clínicos, mas com persistência da sororreatividade (testes treponêmicos e não treponêmicos positivos). Se não houvesse sororreatividade, não haveria diagnóstico de sífilis nessa fase. Quanto ao tempo, a fase latente recente é geralmente considerada o período de até um ano (ou dois anos, dependendo da literatura/diretriz adotada) após a infecção inicial.

Alternativa D: CORRETA. A fase latente tardia ocorre após o primeiro ou segundo ano de infecção e é assintomática. Muitos indivíduos podem permanecer nessa fase pelo resto da vida, mas em cerca de 15% a 30% dos casos não tratados, a doença pode evoluir para a fase terciária após um longo período (que pode ultrapassar 30 anos). O surgimento de sinais clínicos de acometimento tecidual grave (gomas sífilíticas, sífilis cardiovascular ou neurosífilis tardia) marca o fim da latência e o início da sífilis terciária.

Questão 49

Análise da Questão: Endometriose e Manejo Clínico Inicial

O caso descreve uma paciente com a tríade clássica sugestiva de endometriose: dismenorreia progressiva, dispareunia de profundidade e dor pélvica cíclica. O exame físico reforça a suspeita ao identificar dor nos ligamentos uterossacos, local comum de implantes da doença. Entretanto, exames de imagem (mesmo os realizados por especialistas com protocolo específico) podem não detectar focos de endometriose superficial ou pequenas lesões, o que não exclui o diagnóstico.

Alternativa a) Incorreta. Antigamente, a videolaparoscopia era considerada o padrão-ouro e o primeiro passo para o diagnóstico definitivo. Atualmente, as diretrizes internacionais (como ESHRE e ACOG) e nacionais (FEBRASGO) recomendam evitar a cirurgia diagnóstica precoce. A laparoscopia deve ser reservada para casos de falha do tratamento clínico, presença de massas anexiais (endometriomas) suspeitas, obstruções de vias urinárias ou intestinais, ou quando o diagnóstico permanece incerto após falha terapêutica.

Alternativa b) Correta. O tratamento empírico é a conduta inicial recomendada para pacientes com quadro clínico sugestivo de endometriose, mesmo na ausência de confirmação por imagem ou biópsia. Iniciar anticoncepcionais combinados, progestagênios isolados ou anti-inflamatórios visa o controle da dor e a melhora da qualidade de vida. Se houver melhora dos sintomas, o diagnóstico clínico é reforçado, evitando os riscos inerentes a um procedimento cirúrgico desnecessário e reduzindo a ansiedade da paciente através do alívio algíco.

Alternativa c) Incorreta. A ressonância magnética (RM) tem acurácia diagnóstica muito similar à ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal (protocolo IDEA) realizada por mãos experientes. Se um exame de alta qualidade já foi realizado e resultou negativo, a RM dificilmente alterará a conduta imediata, que deve ser o controle dos sintomas da paciente. A RM não substitui a necessidade de iniciar o tratamento clínico diante da suspeita sintomática.

Alternativa d) Incorreta. Não há recomendação formal de que a fase folicular precoce aumente significativamente a sensibilidade do protocolo IDEA para detecção de focos que já não seriam vistos no 14º dia. A falha da ultrassonografia em detectar a doença em pacientes sintomáticas geralmente ocorre porque a endometriose superficial (peritoneal) está abaixo do limite de resolução dos métodos de imagem atuais, independentemente do dia do ciclo menstrual.

Conclusão: Diante de uma forte suspeita clínica de endometriose em uma paciente com exames de imagem normais, a conduta mais adequada e humanizada é o início

imediate do tratamento clínico (terapia empírica) para controle da dor.

Questão 50

A paciente descrita apresenta um quadro clínico e radiológico clássico de uma lesão provavelmente benigna, compatível com a classificação BI-RADS 3. A conduta em casos de nódulos mamários deve considerar a idade da paciente, as características físicas da lesão e os achados nos exames de imagem.

Alternativa (a) Correta: A classificação BI-RADS 3 indica que a lesão tem um risco de malignidade inferior a 2%. Para esses casos, a conduta preconizada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e por diretrizes internacionais é o acompanhamento de curto prazo. O objetivo é documentar a estabilidade morfológica e dimensional da lesão. O protocolo padrão consiste em repetir o exame de imagem (no caso, a ultrassonografia) após 6 meses, seguido de novos controles aos 12 e 24 meses. Se a lesão permanecer estável por um período de 2 a 3 anos, ela pode ser reclassificada como BI-RADS 2 (benigna), retornando ao rastreamento habitual para a idade.

Alternativa (b) Incorreta: A realização de biópsia (como a core biopsy) não é a conduta inicial mandatória para toda lesão sólida palpável. Se o exame físico é compatível com benignidade (móvel, fibroelástico) e o exame de imagem reforça essa impressão (BI-RADS 3), o acompanhamento é seguro. A biópsia seria reservada para lesões classificadas como BI-RADS 4 ou 5, ou se a lesão BI-RADS 3 apresentasse crescimento ou alteração de características durante o seguimento.

Alternativa (c) Incorreta: A mamografia não é o exame de primeira linha para mulheres jovens (26 anos) devido à alta densidade glandular da mama nessa faixa etária, o que limita a sensibilidade do método. Além disso, a diferenciação entre fibroadenoma e tumor filóide é um desafio diagnóstico mesmo para patologistas, e a mamografia não possui acurácia superior à ultrassonografia para distinguir essas duas entidades fibroepiteliais, uma vez que ambas podem se apresentar como massas circunscritas.

Alternativa (d) Incorreta: Não há discordância entre o exame clínico e a ultrassonografia neste caso. Ambos sugerem uma lesão benigna (provável fibroadenoma). A ressonância magnética é um exame de alta complexidade e custo, indicado para situações específicas como rastreamento de pacientes de alto risco genético, avaliação de implantes de silicone ou planejamento cirúrgico de câncer de mama confirmado, não sendo indicada para a avaliação de nódulos BI-RADS 3 em pacientes jovens sem fatores de risco.

Questão 51

O caso apresenta uma gestante no primeiro trimestre com teste rápido treponêmico (TR) reagente e sem histórico de tratamento para sífilis. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, a conduta em gestantes visa prioritariamente à prevenção da sífilis congênita, o que exige agilidade no tratamento.

Alternativa (a) Incorreta: O teste rápido já é um teste treponêmico de alta sensibilidade e especificidade. Solicitar um teste treponêmico laboratorial (como o FTA-Abs ou ELISA) apenas para confirmação geraria um atraso desnecessário no tratamento, aumentando o tempo de exposição do feto à infecção.

Alternativa (b) Incorreta: O VDRL (teste não-treponêmico) é essencial para o acompanhamento, mas não deve ser aguardado para iniciar a terapia. A ideia de "descartar cicatriz sorológica" só se aplicaria se a paciente tivesse histórico de tratamento documentado. Como ela refere nunca ter sido tratada, o teste treponêmico reagente indica infecção atual ou antiga não tratada, exigindo intervenção imediata.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde. Diante de qualquer teste reagente para sífilis na gestante (seja treponêmico ou não-treponêmico), sem registro de tratamento anterior adequado, deve-se iniciar o tratamento com penicilina benzatina imediatamente na primeira consulta. O VDRL deve ser coletado no mesmo momento para servir como base de comparação para o seguimento (controle de cura), mas o tratamento não deve ser retardado pelo resultado do exame.

Alternativa (d) Incorreta: Assim como nas alternativas anteriores, a estratégia de aguardar testes laboratoriais para uma "definição terapêutica posterior" é contraindicada na gestação. Cada consulta perdida ou atraso no tratamento representa um risco elevado de transmissão vertical e sequelas graves para o recém-nascido. O tratamento é iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não-treponêmico).

Questão 52

Análise do Perfil Sorológico:

O resultado apresentado (IgG reagente e IgM não reagente) em uma gestante na 18ª semana de gestação indica uma infecção crônica, ou seja, uma infecção ocorrida previamente à gestação. O IgG positivo marca a memória imunológica, enquanto o IgM negativo afasta uma infecção aguda recente.

Interpretação da Conduta:

De acordo com o Protocolo de Notificação e Investigação da Toxoplasmose Gestacional e Congênita do Ministério da Saúde, gestantes com esse perfil sorológico são consideradas imunes. Portanto, não há risco de transmissão vertical do parasita nesta gestação, não sendo necessários novos exames sorológicos para toxoplasmose, testes de avidéz, procedimentos invasivos ou terapias medicamentosas.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O teste de avidéz de IgG é indicado apenas quando o IgM é reagente (especialmente se identificado antes de 16 semanas), para diferenciar infecção aguda recente de infecção antiga. No caso de IgM não reagente, a avidéz é desnecessária. Não há indicação de amniocentese ou tratamento, pois não há suspeita de infecção ativa.

Alternativa (b) Correta: O perfil IgG reagente e IgM não reagente confirma imunidade (infecção antiga). Como não existe risco para o feto, a paciente deve ser tranquilizada e mantida no pré-natal de risco habitual (baixo risco).

Alternativa (c) Incorreta: O esquema terapêutico com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico (esquema tríplice) é utilizado apenas em casos de infecção fetal confirmada (via amniocentese/PCR) ou em casos de alta suspeita de infecção aguda materna após a 18ª semana. Aqui, a sorologia descarta infecção aguda.

Alternativa (d) Incorreta: Embora identifique corretamente que se trata de uma infecção antiga, a alternativa propõe erroneamente a realização de amniocentese e tratamento. Procedimentos invasivos e medicamentos com potencial toxicidade (como a pirimetamina) são contraindicados para gestantes imunes.

Questão 53

Para compreender esta questão, é fundamental revisar a fisiologia do líquido amniótico (LA). A partir da segunda metade da gestação, especificamente por volta da 20ª semana, a principal fonte de produção do líquido amniótico é a urina fetal. Paralelamente, a principal via de eliminação/reabsorção desse líquido é a deglutição fetal. Portanto, o volume de LA depende diretamente do equilíbrio entre a diurese e a deglutição.

Alternativa (a): Correta. Como a urina é o principal componente do líquido amniótico a partir do segundo trimestre, qualquer malformação que comprometa a função renal ou a excreção urinária levará ao oligodrâmio (baixo volume de líquido). No caso de rins policísticos bilaterais, o parênquima renal está substituído por cistos e não é

funcional, resultando em baixa ou nenhuma produção de urina (anúria ou oligúria fetal), o que explica o diagnóstico de oligodrâmnio acentuado.

Alternativa (b): Incorreta. A atresia de esôfago impede que o feto degluta o líquido amniótico. Se a produção de urina está normal, mas o feto não consegue "beber" o líquido para que ele seja reabsorvido pelo trato gastrointestinal, o resultado será o acúmulo excessivo de líquido, ou seja, um quadro de polidrâmnio.

Alternativa (c): Incorreta. Na gastrosquise, ocorre uma herniação das alças intestinais através de um defeito na parede abdominal. Embora o contato das alças com o líquido possa causar uma reação inflamatória no intestino, não há um mecanismo de absorção maciça de líquido pelas alças expostas que justifique um oligodrâmnio acentuado. Geralmente, o volume de líquido amniótico na gastrosquise é normal.

Alternativa (d): Incorreta. Disrafias de coluna, como a mielomeningocele, não estão associadas ao aumento da deglutição de líquido amniótico. Pelo contrário, defeitos do fechamento do tubo neural (especialmente os cefálicos, como a anencefalia) costumam cursar com polidrâmnio, seja pela deficiência no reflexo de deglutição, seja pela transudação de líquidos pelas meninges expostas. Não existe correlação clínica entre disrafia e aumento da deglutição que leve ao oligodrâmnio.

Questão 54

O sinal solicitado na questão é o de Hegar, que é um dos sinais de probabilidade de gestação identificados durante o exame físico ginecológico no primeiro trimestre. Abaixo segue a explicação detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: O sinal de Nobile-Budin refere-se à percepção do preenchimento dos fundos de saco vaginais (fórnices laterais) pelo corpo uterino. À medida que o útero cresce e se torna mais globoso, ele passa a ocupar esses espaços, o que é detectado no toque vaginal.

Alternativa (b) Incorreta: O sinal de McDonald caracteriza-se pela facilidade de flexionar o corpo do útero sobre o colo uterino. Embora ocorra devido às alterações gravídicas, não é a definição específica para o amolecimento isolado do istmo.

Alternativa (c) Incorreta: O sinal de Piskacek consiste na percepção de uma assimetria uterina à palpação. Isso ocorre porque, no início da gestação, o útero pode apresentar um abaulamento ou amolecimento irregular no local onde o embrião se implantou (nidação), geralmente em um dos cornos uterinos.

Alternativa (d) Correta: O sinal de Hegar é definido especificamente como o

amolecimento da região do istmo uterino (a zona de transição entre o corpo e o colo do útero). Durante o toque bimanual, essa região torna-se tão macia e compressível que o examinador tem a sensação de que o corpo do útero e o colo são estruturas independentes ou que quase se tocam através da parede uterina. Esse sinal costuma estar presente entre a 6ª e a 8ª semana de gestação.

Questão 55

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A questão apresenta uma gestante com múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia (PE). O principal fator de alto risco identificado é a gestação gemelar. Além disso, a paciente possui fatores de risco moderado: é primigesta e apresenta obesidade (IMC de 31 kg/m²). O Doppler de artérias uterinas, embora útil para rastreamento, apresenta resultado normal (percentil 60, sendo o corte de normalidade geralmente abaixo do percentil 95).

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, da Rede Brasileira de Hipertensão e da FEBRASGO, a profilaxia para pré-eclâmpsia deve ser iniciada com base em fatores de risco clínicos, independentemente do resultado do Doppler, se o risco for considerado elevado.

A recomendação atual indica o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) em dose baixa (100 a 150 mg) e suplementação de cálcio (1,5 a 2,0 g/dia, especialmente em populações com baixa ingestão dietética) para pacientes com:

1. Pelo menos um fator de alto risco (gestação múltipla, pré-eclâmpsia em gestação anterior, hipertensão crônica, diabetes mellitus, doença renal ou doença autoimune).
2. Dois ou mais fatores de risco moderado (primiparidade, obesidade, história familiar de PE, idade materna acima de 35 anos ou características sociodemográficas específicas).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A conduta expectante de apenas vigilância pressórica é insuficiente para esta paciente. O AAS não deve ser reservado apenas para casos de história prévia de PE ou Doppler alterado; a gemelaridade por si só já é indicação formal de profilaxia.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora o Doppler seja tecnicamente normal (abaixo do percentil 95), ele não anula o risco clínico. O rastreamento da pré-eclâmpsia é prioritariamente clínico. A presença da gestação gemelar impõe a necessidade de medicação profilática.

Alternativa (c) INCORRETA: O momento ideal para iniciar a profilaxia com AAS é entre a 12ª e a 16ª semana de gestação, período em que ocorre a segunda onda de migração trofoblástica. Aguardar o morfológico do segundo trimestre (20-24 semanas) faria com que o tratamento perdesse sua eficácia na prevenção da doença.

Alternativa (d) CORRETA: A alternativa descreve a conduta padrão-ouro para este caso. A gestação gemelar é um fator de alto risco que justifica o início do AAS e do cálcio. O fato de o Doppler estar normal não contraindica a medicação, pois a sensibilidade do exame isolado não substitui a análise do risco clínico no primeiro trimestre. O início deve ocorrer preferencialmente antes de 16 semanas para otimizar a placentação.

Questão 56

Para a correta interpretação do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75 g de glicose na gestação, utilizamos os critérios diagnósticos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotados pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO.

O diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é feito quando pelo menos um dos valores do teste é igual ou superior aos seguintes pontos de corte:

- Jejum: 92 mg/dL
- 1 hora após a sobrecarga: 180 mg/dL
- 2 horas após a sobrecarga: 153 mg/dL

Analisando os dados da paciente apresentados na questão:

- Jejum: 84 mg/dL (Normal, pois é menor que 92)
- 1 hora: 178 mg/dL (Normal, pois é menor que 180)
- 2 horas: 139 mg/dL (Normal, pois é menor que 153)

Como todos os três valores estão abaixo dos limites de corte, o exame não preenche critérios para diabetes.

Explicação das alternativas:

a) Correta. O teste é considerado normal porque nenhum dos valores atingiu ou ultrapassou os limites de referência para o diagnóstico de diabetes na gestação.

b) Incorreta. O termo "intolerância à glicose" não é a nomenclatura utilizada para classificar os resultados do TOTG durante a gestação, conforme os protocolos atuais. Se os valores estivessem alterados, o diagnóstico seria Diabetes Mellitus Gestacional.

c) Incorreta. Para ser Diabetes Mellitus Gestacional, seria necessário que ao menos um valor estivesse alterado (Jejum ≥ 92 , 1 h ≥ 180 ou 2 h ≥ 153). Note que o valor de 1 hora (178 mg/dL) foi próximo do limite, mas ainda permaneceu na faixa de normalidade.

d) Incorreta. O Diabetes Mellitus pré-gestacional (ou "overt diabetes") é diagnosticado na gestação quando a glicemia de jejum é maior ou igual a 126 mg/dL em qualquer fase da gravidez, ou quando o valor de 2 horas no TOTG é maior ou igual a 200 mg/dL. Os valores da paciente estão bem abaixo desses parâmetros.

Questão 57

Para compreender a conduta nesta questão, é fundamental conhecer o rastreamento da anemia fetal na gestante aloimunizada por meio do Doppler da artéria cerebral média (ACM). O parâmetro avaliado é o Pico de Velocidade Sistólica (PVS), cujos resultados são expressos em Múltiplos da Mediana (MoM).

De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde e os critérios estabelecidos na literatura (Mari et al.), os pontos de corte para o seguimento são:

1. PVS menor que 1,0 MoM: O risco de anemia é baixo. O exame deve ser repetido em 2 semanas.
2. PVS entre 1,0 e 1,5 MoM: Existe um risco moderado ou necessidade de vigilância maior. O exame deve ser repetido em 1 semana (7 dias).
3. PVS maior ou igual a 1,5 MoM: Há alto risco de anemia fetal grave. A conduta indicada é a cordocentese para confirmação diagnóstica (hemoglobina e hematócrito) e, se necessário, transfusão intrauterina.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O parto não é a conduta indicada para um Doppler alterado em um feto de 28 semanas. Nessa idade gestacional, a prematuridade extrema traria riscos elevados. O objetivo no manejo da aloimunização é tratar a anemia intraútero (via transfusão) para permitir que o feto atinja uma idade gestacional mais segura para o nascimento (geralmente após a 34ª ou 35ª semana).

Alternativa b) Correta. De acordo com o gabarito oficial e os protocolos de vigilância seriada, a repetição do Doppler em 7 dias é a conduta para monitorar fetos com risco de anemia que ainda estão em acompanhamento ambulatorial. Embora o enunciado mencione 1,65 MoM (valor que tecnicamente já ultrapassa o limite de 1,5 MoM), em

muitas questões de prova baseadas em protocolos do Ministério da Saúde, a estratégia de repetir o exame em uma semana é valorizada para confirmar a tendência de ascensão da velocidade sistólica e evitar procedimentos invasivos imediatos em casos em que não há sinais de hidropisia. Nota-se que, em muitas versões dessa mesma questão em concursos, o valor citado é 1,45 MoM, o que tornaria essa alternativa a única tecnicamente precisa.

Alternativa c) Incorreta. Tecnicamente, na prática clínica, um valor de 1,65 MoM (por ser maior que 1,5 MoM) é uma indicação clássica para cordocentese e possível transfusão intrauterina. No entanto, o examinador, ao definir a alternativa B como correta, prioriza o protocolo de seguimento de curto prazo (vigilância semanal) em vez da intervenção invasiva imediata, possivelmente considerando a ausência de sinais de descompensação (hidropisia) ou a necessidade de uma segunda medida para confirmar a gravidade.

Alternativa d) Incorreta. A ultrassonografia seriada pode ser usada para identificar sinais tardios de anemia, como a hidropisia fetal (ascite, derrame pleural, edema cutâneo). Contudo, ela não substitui o Doppler da ACM, que é o padrão-ouro para detectar a anemia em sua fase inicial e permitir a intervenção antes que o feto sofra danos graves ou hidropisia.

Questão 58

Para responder a essa questão, é necessário conhecer a estratificação de risco para hemorragia pós-parto (HPP) adotada pelo Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, que divide os fatores em risco baixo, moderado e alto.

Alternativa (a) Incorreta: A presença de uma cesariana prévia   classificada pelo Ministério da Saúde como um fator de risco moderado para hemorragia pós-parto. Embora exija aten o, não preenche os critérios de "alto risco" na tabela de estratifica o oficial para o manejo preventivo imediato.

Alternativa (b) Incorreta: A corioamnionite (infec o das membranas e do líquido amniótico)   um fator que predispõe   atonia uterina devido ao processo inflamatório e infeccioso no miom rio. No entanto, segundo o manual citado, ela   categorizada como fator de risco moderado.

Alternativa (c) Correta: A placenta prévia   considerada um fator de alto risco para hemorragia pós-parto. Isso ocorre porque, nessa condi o, a placenta se insere no segmento inferior do útero. Diferentemente do fundo uterino, o segmento inferior possui menos fibras musculares e uma camada muscular mais fina, o que prejudica a forma o das "ligaduras vivas de Pinard" (contra o muscular que oclui os vasos

sanguíneos após o descolamento da placenta), resultando em sangramentos volumosos e de difícil controle. Além da placenta prévia, outros fatores de alto risco incluem o acretismo placentário, o descolamento prematuro de placenta, distúrbios de coagulação conhecidos e sangramento ativo na admissão.

Alternativa (d) Incorreta: A macrossomia fetal (feto com peso superior a 4.000 g) promove a sobredistensão das fibras musculares uterinas, o que pode levar à atonia uterina no pós-parto. Contudo, assim como a gestação múltipla e o polidrâmnio, a macrossomia é classificada como fator de risco moderado pelo Ministério da Saúde.

Questão 59

A tuberculose pulmonar materna não é uma contraindicação ao aleitamento materno, segundo as normas do Ministério da Saúde do Brasil. A transmissão da doença ocorre por via respiratória (aerossóis e gotículas) e não através do leite materno. Além disso, os fármacos utilizados no esquema básico de tratamento (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) são excretados no leite em quantidades mínimas, sendo considerados seguros para o lactente.

Alternativa (d) - CORRETA: Como a transmissão da tuberculose é aérea, o risco para o recém-nascido reside no contato próximo com as vias respiratórias da mãe enquanto ela ainda for bacilífera (tiver bacilos no escarro). A recomendação é manter a amamentação, orientando a mãe a utilizar máscara cirúrgica durante as mamadas e ao prestar cuidados ao bebê, além de manter a higienização das mãos. O recém-nascido de mãe bacilífera também deve receber quimioprofilaxia (preventiva) e ter a vacina BCG adiada até a conclusão do esquema profilático.

Alternativa (a) - INCORRETA: A suspensão do aleitamento e a substituição por fórmula infantil são indicadas em casos de infecção materna pelo HIV ou HTLV 1 e 2. Na tuberculose, o benefício do leite materno é superior ao risco de transmissão, desde que as medidas de barreira (máscara) sejam adotadas.

Alternativa (b) - INCORRETA: Não se deve interromper a amamentação temporariamente. A negatificação do escarro pode demorar semanas, e a interrupção nesse período crítico compromete o estabelecimento do vínculo e a nutrição do bebê, além de aumentar o risco de desmame precoce. A máscara cirúrgica é suficiente para proteger o lactente nesse intervalo.

Alternativa (c) - INCORRETA: O tratamento da tuberculose dura, no mínimo, seis meses. Proibir a amamentação até a conclusão do tratamento é uma medida desnecessária e prejudicial à saúde da criança. A mãe deixa de ser infectante geralmente após 15 dias de tratamento adequado, mas a amamentação é permitida

desde o primeiro dia, com o uso de máscara.

Questão 60

A questão aborda a conduta obstétrica diante de uma gestante com condilomas acuminados (verrugas genitais) causados pelo HPV. O ponto central é entender quando a presença dessas lesões altera a via de parto, baseando-se nas diretrizes do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Segundo o Ministério da Saúde, a via de parto em gestantes com HPV deve ser baseada em critérios puramente obstétricos. A presença de condilomas, por si só, não justifica uma cesariana. Isso ocorre porque a cesariana não previne a transmissão vertical do vírus nem o desenvolvimento da papilomatose respiratória recorrente no recém-nascido, que é uma complicação rara, mas grave. Portanto, se não houver obstrução ou risco de sangramento, o parto vaginal é permitido.

Alternativa (b) Incorreta: Diferente do que ocorre no HIV ou no herpes simples com lesão ativa, a cesariana eletiva no HPV não demonstrou eficácia na redução da transmissão vertical ou na prevenção da papilomatose laríngea no bebê. O vírus pode ser transmitido por via transplacentária ou no período pós-natal.

Alternativa (c) Incorreta: A quantidade de condilomas ("múltiplos") não é o critério para a indicação de cesárea. A cirurgia só está indicada se as lesões forem de tal magnitude que causem obstrução mecânica do canal de parto (impedindo a passagem do feto) ou se houver risco de hemorragia intensa devido à friabilidade das lesões durante o desprendimento fetal. O enunciado afirma explicitamente que não há obstrução.

Alternativa (d) Incorreta: A genotipagem do HPV (identificação de tipos de alto ou baixo risco) não influencia a escolha da via de parto. A decisão é clínica e baseada na morfologia e localização das lesões. Tipos de alto risco estão mais ligados à oncogênese cervical, enquanto os tipos 6 e 11 (baixo risco) são os principais responsáveis pelos condilomas e pela papilomatose respiratória, mas nenhum deles exige cesariana profilática.

Resumo da conduta: A via de parto é de indicação obstétrica, exceto se houver lesões volumosas que obstruam o canal de parto ou que apresentem risco de sangramento profuso.

Questão 61

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um recém-nascido com uma tríade clássica da pediatria e cirurgia pediátrica: Síndrome de Down, polidrâmnio na gestação e vômitos biliosos precoces. O sinal radiológico da dupla bolha é o achado definitivo para o diagnóstico.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A atresia duodenal é a causa mais comum de obstrução intestinal alta no período neonatal. Cerca de 30% dos pacientes com essa malformação possuem Síndrome de Down. O polidrâmnio materno ocorre porque o feto não consegue deglutir e processar o líquido amniótico devido à obstrução. Após o nascimento, o acúmulo de ar e secreções no estômago e na porção proximal do duodeno (antes da obstrução) gera a imagem de duas bolhas de ar no RX simples de abdome (uma maior à esquerda, o estômago, e outra menor à direita, o bulbo duodenal), sem ar no restante do intestino. Os vômitos são biliosos porque a maioria das atresias ocorre abaixo da ampola de Vater.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Má rotação do intestino médio: Embora possa causar obstrução duodenal (através das bridas de Ladd) e vômitos biliosos, o sinal da dupla bolha com ausência total de gás distal é muito mais característico da atresia. Além disso, a associação com a Síndrome de Down é especificamente forte para a atresia duodenal. A má rotação com volvo é uma emergência cirúrgica que costuma apresentar rápida deterioração clínica e sinais de isquemia intestinal.

b) Invaginação intestinal: É uma patologia raríssima em recém-nascidos de 30 horas de vida. O pico de incidência ocorre entre os 6 e 24 meses de idade. O quadro clínico típico envolve dor abdominal em cólica, massa palpável em "salsicha" e fezes em "geleia de morango", não apresentando o sinal da dupla bolha.

d) Doença de Hirschsprung: Também conhecida como megacólon aganglionar congênito, causa atraso na eliminação de mecônio e pode estar associada à Síndrome de Down. No entanto, é uma obstrução intestinal baixa. O RX de abdome mostraria múltiplas alças intestinais dilatadas e ausência de ar no reto, e não o sinal da dupla bolha, que é exclusivo de obstruções altas (duodenais). No Hirschsprung, o toque retal costuma provocar a saída explosiva de fezes e gases, o que não condiz com a descrição do caso.

Questão 62

A resolução desta questão depende da interpretação correta do teste de avidéz de IgG para toxoplasmose no contexto gestacional.

O teste de avidéz avalia a força de ligação entre os anticorpos IgG e o antígeno do parasita. Logo após a infecção, os anticorpos produzidos possuem baixa afinidade (baixa avidéz). Com o passar do tempo, ocorre a maturação da resposta imune e a avidéz torna-se alta. Um resultado de alta avidéz de IgG no primeiro trimestre da gestação (idealmente até a 12ª ou 16ª semana) é um marcador seguro de que a infecção ocorreu há pelo menos 4 meses.

No caso descrito, a mãe apresentou sorologia positiva para IgM e IgG com 9 semanas de gestação, e o teste de avidéz foi alto. Como ela estava apenas na 9ª semana, a alta avidéz confirma que a infecção ocorreu antes da concepção. Em mulheres imunocompetentes, a infecção crônica (pré-gestacional) não apresenta risco de transmissão vertical. Portanto, não há risco de toxoplasmose congênita para este recém-nascido.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O tratamento tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico) é indicado apenas quando há confirmação ou suspeita fundamentada de infecção congênita. Solicitar PCR de líquido também é um procedimento invasivo desnecessário neste cenário, pois a transmissão vertical já foi descartada pelo teste de avidéz materno precoce.

Alternativa b: Correta. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e diretrizes de infectologia pediátrica, se a gestante apresenta alta avidéz de IgG no primeiro trimestre, a infecção é considerada crônica e pré-gestacional. Não há indicação de investigação laboratorial, exames de imagem ou acompanhamento especializado para o recém-nascido, restando apenas tranquilizar a família.

Alternativa c: Incorreta. A solicitação de sorologias específicas (IgM e IgA) no recém-nascido e a teleregulação para infectologia pediátrica seriam condutas apropriadas caso houvesse risco de transmissão vertical, como em casos de soroconversão materna durante a gravidez ou baixa avidéz no primeiro trimestre.

Alternativa d: Incorreta. A ultrassonografia transfontanelar é utilizada para buscar calcificações ou ventriculomegalia em bebês com suspeita de infecção congênita. Não existe tratamento profilático para toxoplasmose congênita no período neonatal; ou se trata a doença confirmada/suspeita, ou não se faz intervenção medicamentosa. Como o risco é inexistente, a conduta é expectante.

Questão 63

O quadro clínico de João apresenta a tríade clássica da Síndrome Nefrítica: edema, hipertensão arterial (120 x 80 mmHg está acima do percentil 95 para sua idade) e hematúria importante (identificada no EAS como hemoglobina +++ e hemácias $>100.000/\text{mm}^3$). Embora exista proteinúria (++) , ela é de intensidade moderada (subnefrótica), e a presença marcante de hipertensão e hematúria aponta diretamente para um processo inflamatório glomerular agudo.

Na faixa etária de 7 anos, a principal causa de Síndrome Nefrítica é a Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNDA) pós-estreptocócica. O diagnóstico etiológico baseia-se na confirmação de uma infecção estreptocócica prévia (faringite ou piodermite) e na demonstração de consumo de complemento por via alternativa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A síndrome nefrótica caracteriza-se fundamentalmente por proteinúria maciça, hipoalbuminemia e edema. Embora o paciente apresente edema, a hematúria franca e a hipertensão arterial são elementos que definem a síndrome nefrítica, tornando a hipótese nefrótica secundária.

b) Incorreta. O diagnóstico sindrômico está correto, porém os exames sugeridos não são os mais indicados para o caso. O p-ANCA é utilizado na investigação de vasculites sistêmicas (como a poliangiite microscópica), que são causas raras de nefrite em crianças quando comparadas à GNDA. O dismorfismo eritrocitário confirmaria a origem glomerular da hematúria, mas não é o exame principal para definir a etiologia.

c) Correta. A hipótese principal é Síndrome Nefrítica (especificamente a GNDA). Os exames padrão-ouro para iniciar a investigação etiológica em pediatria são o ASLO (Anti-estreptolisina O), que comprova o contato prévio com o *Streptococcus pyogenes*, e a dosagem do Complemento C3, que se encontra reduzido em cerca de 90% dos pacientes com GNDA na fase aguda da doença.

d) Incorreta. A clínica não é compatível com síndrome nefrótica pura. Além disso, a biópsia renal é um procedimento invasivo indicado apenas em casos atípicos (como complemento normal, insuficiência renal progressiva ou hematúria persistente por muito tempo), não sendo o exame de escolha inicial para um quadro sugestivo de GNDA.

Questão 64

Para resolver esta questão, é fundamental aplicar as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde para situações de perda do cartão vacinal e atualização de atrasos em lactentes.

A estratégia para pacientes sem comprovante vacinal é considerar a pessoa como não vacinada, com exceção daquelas vacinas que deixam marcas comprobatórias ou seguem critérios clínicos específicos.

Análise das alternativas:

a) Febre amarela: Incorreta. Pelo calendário nacional, a primeira dose da vacina contra febre amarela deve ser aplicada aos 9 meses de idade. Como o lactente tem um ano e não há registro de vacinação, ele deve receber esta dose agora.

b) BCG e tríplice viral: Incorreta. Embora a BCG não deva ser repetida (conforme explicado abaixo), a tríplice viral tem sua primeira dose prevista exatamente aos 12 meses (1 ano). Portanto, ela faz parte da atualização vacinal necessária para este paciente.

c) Varicela: Incorreta. A vacina da varicela está incluída no calendário básico. Atualmente, a primeira dose é aplicada aos 15 meses (como tetraviral) e a segunda aos 4 anos, mas, em casos de atraso ou situações epidemiológicas, ela entra no cronograma de atualizações da criança a partir de 1 ano de idade.

d) BCG e Rotavírus: Correta. Esta é a alternativa que apresenta as vacinas que NÃO serão atualizadas.

1. BCG: O exame físico identificou a presença da cicatriz vacinal no braço direito. Segundo a norma técnica, a presença da cicatriz é comprovação de vacinação prévia, não havendo indicação de revacinação, mesmo com a perda do cartão.

2. Rotavírus (VORH): Esta vacina possui prazos rigorosos de idade para aplicação devido ao risco de intussuscepção intestinal. A primeira dose deve ser administrada até os 3 meses e 15 dias, e a segunda dose deve ser administrada até, no máximo, os 7 meses e 29 dias. Como o lactente já tem 1 ano de idade, ele ultrapassou a idade-limite e não pode mais iniciar ou completar o esquema contra rotavírus.

Portanto, por possuir a cicatriz de BCG e ter ultrapassado a idade-limite para a vacina contra o rotavírus, essas duas vacinas não serão administradas no plano de atualização.

Questão 65

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito é clássico e patognomônico de sarampo. A questão apresenta um paciente de 3 anos com uma sequência cronológica típica da doença:

1. Período prodrômico (ou catarral): Caracterizado por febre alta, tosse seca, coriza intensa e conjuntivite.
2. Sinal de Koplik: As "pequenas manchas esbranquiçadas com halo avermelhado em mucosa jugal, na altura dos molares" são o sinal de Koplik, considerado um sinal patognomônico do sarampo, surgindo pouco antes do exantema.
3. Período exantemático: Exantema maculopapular eritematoso com progressão cefalocaudal (início na face e atrás das orelhas, progredindo para tronco e membros) e tendência à confluência.
4. Evolução: O exantema do sarampo tipicamente evolui com descamação fina (furfurácea).

O agente etiológico do sarampo é o Morbillivirus, pertencente à família Paramyxoviridae.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O Rubivirus é o agente da rubéola. Embora a rubéola também apresente exantema cefalocaudal e febre, o quadro costuma ser muito mais leve (febre baixa), com pródromos mínimos ou ausentes em crianças. A principal característica clínica que a diferencia é a presença de linfonodopatias retroauriculares, occipitais e cervicais posteriores, além da ausência das manchas de Koplik.

Alternativa (b) CORRETA: O Morbillivirus é o agente causal do sarampo. Todos os elementos descritos no enunciado — febre alta, a tríade de sintomas catarrais (tosse, coriza, conjuntivite), o sinal de Koplik e o padrão de exantema com descamação — são característicos desta patologia.

Alternativa (c) INCORRETA: O Parvovírus B19 é o agente do eritema infeccioso. Esta doença manifesta-se tipicamente em três fases: a face esbofetada (eritema malar), seguida por um exantema rendilhado em tronco e membros, que pode recorrer com exposição ao sol ou calor. Não apresenta o quadro prodrômico intenso de tosse e conjuntivite, nem as manchas de Koplik.

Alternativa (d) INCORRETA: A síndrome mão-pé-boca é causada geralmente pelo vírus Coxsackie A16 ou pelo Enterovírus 71. Caracteriza-se por lesões vesiculares em

cavidade oral (estomatite), mãos e pés, por vezes em região glútea, mas não apresenta o exantema maculopapular generalizado de progressão cefalocaudal e confluyente descrito na questão.

Questão 66

Esta questão aborda o manejo do recém-nascido (RN) em sala de parto que necessita de reanimação neonatal, focando na etapa fundamental: a ventilação. De acordo com as diretrizes internacionais (AHA/AAP) e brasileiras (SBP) de reanimação, o sucesso do procedimento depende quase inteiramente de uma ventilação pulmonar eficaz.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A massagem cardíaca só é indicada quando a frequência cardíaca (FC) permanece abaixo de 60 bpm, após pelo menos 30 segundos de ventilação por pressão positiva (VPP) efetiva, preferencialmente por via aérea avançada (cânula traqueal ou máscara laríngea). No caso clínico, a FC é de 80 bpm, portanto, não há indicação de compressões torácicas neste momento.

b) Correta. Este é o passo imediato e mais importante. Se o recém-nascido permanece em apneia ou com FC abaixo de 100 bpm após o início da VPP, a primeira conduta é avaliar a eficácia da ventilação. Isso inclui verificar o ajuste da máscara (selo facial), a abertura das vias aéreas (posicionamento da cabeça e aspiração, se necessário) e se a pressão aplicada no balão é suficiente para promover a expansão torácica. Na literatura, esses passos são frequentemente resumidos pelo mnemônico MR. SOPA (Máscara, Reposicionamento, Sucção, Boca aberta, Pressão, Via aérea alternativa).

c) Incorreta. Em recém-nascidos com idade gestacional maior ou igual a 35 semanas, a reanimação deve ser iniciada com ar ambiente (oxigênio a 21%). O aumento da concentração de oxigênio deve ser guiado pela oximetria de pulso e pelos alvos de saturação para cada minuto de vida. Oferecer 100% de oxigênio de forma indiscriminada, antes de garantir que a ventilação está sendo mecanicamente efetiva, é tecnicamente incorreto e pode causar lesão por estresse oxidativo.

d) Incorreta. Embora a intubação traqueal possa ser necessária caso a ventilação por máscara facial falhe, a diretriz prioriza a correção da técnica de máscara antes de proceder para a via aérea avançada, a menos que haja uma malformação evidente ou falha clara nos passos corretivos iniciais. A questão pede a conduta imediata para garantir a eficácia do que já está sendo feito.

Resumo do raciocínio:

O RN apresenta FC < 100 bpm e apneia após os passos iniciais, o que indica VPP. Se após o início da VPP a FC não sobe ou o bebê não melhora, o examinador quer saber se você conhece os "passos corretivos da ventilação". Sem garantir que o pulmão está sendo ventilado, nenhuma outra medida (oxigênio extra, massagem ou drogas) terá efeito. Por isso, a verificação da técnica (alternativa B) é a prioridade absoluta.

Questão 67

O caso clínico descreve um lactente de 10 meses com aumento de volume articular (hemartrose) nos joelhos, iniciado após o estímulo mecânico de engatinhar. O ponto fundamental para a resolução da questão reside na interpretação dos exames laboratoriais de coagulação.

Análise das alternativas:

a) Correta. A Hemofilia (A ou B) é um distúrbio recessivo ligado ao X que resulta na deficiência dos fatores VIII ou IX da coagulação, respectivamente. Ambos os fatores compõem a via intrínseca da cascata de coagulação. Laboratorialmente, isso se traduz por um Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa) prolongado, com Tempo de Protrombina (TAP) e contagem de plaquetas normais. Clinicamente, a hemartrose é a manifestação hemorrágica mais característica, ocorrendo frequentemente quando a criança começa a se movimentar mais ativamente (engatinhar ou andar), gerando impacto nas articulações de carga, como os joelhos. O quadro costuma ser indolor inicialmente e sem sinais flogísticos (calor e rubor), o que afasta processos infecciosos agudos.

b) Incorreta. A Artrite Idiopática Juvenil (antigamente chamada de reumatoide) pode causar edema articular crônico em crianças. No entanto, ela costuma apresentar marcadores inflamatórios alterados (como VHS e PCR elevados) e não justifica o prolongamento isolado do TTPa, que é um marcador de distúrbio da coagulação e não de inflamação autoimune.

c) Incorreta. A Sinovite Transitória é uma causa comum de dor e claudicação em crianças, mas acomete preferencialmente a articulação do quadril, geralmente após um quadro de infecção viral das vias aéreas superiores. É um quadro agudo e autolimitado, e os exames de coagulação apresentam-se normais.

d) Incorreta. A Artrite Séptica é uma emergência médica caracterizada por dor intensa, febre alta, recusa em movimentar o membro (pseudoparalisia), além de calor e rubor local. O hemograma tipicamente revelaria leucocitose com desvio à esquerda. O TTPa prolongado não faz parte do quadro clínico dessa patologia, a menos que houvesse uma evolução para sepse com coagulação intravascular

disseminada, o que não condiz com o estado geral preservado da criança descrita.

Resumo do raciocínio:

Diante de um sangramento articular (hemartrose) em um lactente do sexo masculino, associado a um TTPa prolongado com TAP normal, o diagnóstico obrigatório a ser investigado é a Hemofilia.

Questão 68

Para solucionar esta questão, devemos analisar o desenvolvimento e o comportamento da criança sob a ótica dos critérios diagnósticos do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Alternativa (a) Incorreta. O Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC) refere-se a uma dificuldade em como o sistema nervoso central utiliza a informação auditiva. Embora possa haver dificuldade de compreensão e irritabilidade com sons, o TPAC não justifica o isolamento social profundo, a ausência total de fala aos 3 anos, nem a presença de estereotípias (movimentos repetitivos das mãos) e rigidez com a rotina.

Alternativa (b) Incorreta. O TDAH caracteriza-se por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade. Embora a criança apresente agitação, os sintomas centrais do caso clínico são a falha na comunicação social e os comportamentos repetitivos. Além disso, o diagnóstico de TDAH raramente é fechado aos 3 anos, pois os sintomas de desatenção e hiperatividade nessa idade costumam ser manifestações de outros atrasos do desenvolvimento, como o próprio autismo.

Alternativa (c) Incorreta. Aos 3 anos, espera-se que uma criança já consiga formar frases curtas e possua um vocabulário amplo. A ausência total de fala nessa idade é um sinal de alerta ("red flag") que deve ser obrigatoriamente investigado. A timidez não explica a hipersensibilidade sensorial, os movimentos repetitivos das mãos nem a irritabilidade severa com a mudança de rotina.

Alternativa (d) Correta. O quadro clínico é clássico para o Transtorno do Espectro Autista (TEA). O diagnóstico de TEA é baseado em dois domínios fundamentais:

1. Déficits persistentes na comunicação e interação social: demonstrados pelo atraso na fala, isolamento social na creche e o fato de a criança não usar a fala para se comunicar, preferindo o uso instrumental do outro (conduzir pela mão).
2. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades: evidenciados pela rigidez com a rotina (irritabilidade com mudanças), hiper-reatividade a estímulos sensoriais (hipersensibilidade a sons) e estereotípias motoras (movimentos repetitivos das mãos).

O fato de os marcos motores estarem normais reforça que o atraso é específico do desenvolvimento social e da linguagem, característica comum em muitos níveis do espectro.

Questão 69

Análise do quadro clínico:

O caso descreve um paciente de 8 anos com artrite crônica (duração superior a 6 semanas), caracterizada por edema e limitação funcional no joelho, associada a um padrão inflamatório claro (rigidez matinal que melhora com a atividade). O diagnóstico principal para artrite de causa desconhecida, com início antes dos 16 anos e duração mínima de 6 semanas, é a Artrite Idiopática Juvenil (AIJ).

O subtipo mais provável neste caso é a AIJ oligoarticular, que acomete até quatro articulações nos primeiros seis meses de doença, sendo o joelho a articulação mais comumente afetada. A presença do FAN positivo (1:320) é um achado clássico que, embora não seja patognomônico, é um importante marcador de risco para o desenvolvimento de uveíte anterior crônica nesses pacientes, exigindo acompanhamento oftalmológico periódico.

Um ponto de confusão comum é o ASLO elevado (800 U Todd). No entanto, o ASLO isolado apenas indica contato prévio com o estreptococo e não confirma Febre Reumática. A Febre Reumática tipicamente causa uma poliartrite migratória e aguda, diferente da artrite persistente e crônica relatada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é uma desordem hematológica caracterizada por trombocitopenia isolada, manifestando-se clinicamente com petéquias, equimoses e sangramentos mucosos, sem relação com artrite crônica ou positividade de FAN.

b) Incorreta. A Artrite Gonocócica é uma forma de artrite séptica que costuma ter início agudo, febre e sinais flogísticos intensos. Embora possa acometer o joelho, a evolução de dois meses e o FAN em títulos elevados direcionam o diagnóstico para uma etiologia autoimune/idiopática, e não infecciosa.

c) Correta. O paciente preenche os critérios para Artrite Idiopática Juvenil: idade inferior a 16 anos, tempo de evolução superior a 6 semanas e exclusão de outras causas. O acometimento de grandes articulações (joelho) e a positividade do FAN corroboram o subtipo oligoarticular.

d) Incorreta. A Síndrome de Sjögren é extremamente rara na infância. Ela se manifesta principalmente por ceratoconjuntivite seca (olho seco) e xerostomia (boca seca) devido à infiltração linfocítica das glândulas exócrinas. Embora possa haver manifestações articulares, elas não costumam se apresentar como uma monoartrite crônica isolada de joelho em uma criança de 8 anos.

Questão 70

O caso clínico apresenta um menino de 6 anos com sintomas típicos de asma: episódios recorrentes de sibilância, tosse seca noturna e dispneia aos esforços, com histórico familiar positivo. Ao avaliar o manejo clínico e a eficácia do tratamento a longo prazo, o foco deve estar nos critérios de controle da doença.

Alternativa (a): Correta. A frequência de uso de broncodilatadores de curta ação (medicação de resgate) é um dos indicadores clínicos mais sensíveis e práticos para avaliar o controle da asma. De acordo com as diretrizes globais (como o GINA), o uso de medicação de resgate em dois ou mais dias por semana sinaliza que a inflamação das vias aéreas não está adequadamente controlada, sugerindo a necessidade de ajuste na terapia de manutenção (corticoides inalatórios) ou revisão da técnica de inalação e adesão ao tratamento.

Alternativa (b): Incorreta. A espirometria é uma ferramenta essencial para o diagnóstico e para o acompanhamento periódico da função pulmonar, mas não deve ser realizada de forma quinzenal. Na prática clínica, para uma criança com asma controlada ou em fase de ajuste, o intervalo recomendado para a prova de função pulmonar costuma ser de 3 a 6 meses. O controle clínico baseado em sintomas e uso de resgate é muito mais ágil para o manejo cotidiano.

Alternativa (c): Incorreta. A aferição da frequência respiratória e do pulso é fundamental para classificar a gravidade de uma crise aguda no momento do atendimento de urgência. No entanto, esses parâmetros não são úteis para monitorar o controle da doença a longo prazo, pois refletem apenas o estado fisiológico pontual durante uma exacerbação.

Alternativa (d): Incorreta. Exames de imagem, como a radiografia de tórax, não fazem parte do protocolo de monitoramento da asma. Eles são reservados para situações específicas, como a exclusão de diagnósticos diferenciais ou a identificação de complicações (pneumonia, atelectasias ou pneumotórax) durante crises graves. A realização desses exames a cada dois meses exporia a criança à radiação desnecessária sem trazer benefícios para a avaliação do controle clínico da asma.

Questão 71

A análise deste caso clínico fundamenta-se nos critérios de avaliação do estado de hidratação em pediatria, seguindo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (estratégia AIDPI).

Análise do quadro clínico:

A criança de 11 meses apresenta sinais que indicam uma perda volêmica substancial. Os pontos cruciais para a classificação são a irritabilidade, os olhos fundos e, fundamentalmente, o sinal da prega. Na semiologia pediátrica, o sinal da prega é avaliado da seguinte forma: desaparece imediatamente (normal), desaparece lentamente (menos de 2 segundos) ou desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos). O fato de a prega levar 6 segundos para se desfazer é um sinal patognomônico de desidratação grave, indicando uma perda de fluidos superior a 10% do peso corporal. A ausência de diurese há 6 horas corrobora o estado de choque ou pré-choque hipovolêmico.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. Na desidratação leve (ou quadro sem sinais de desidratação), a criança apresenta-se alerta, com olhos normais, lágrimas presentes, boca úmida e o sinal da prega desaparece instantaneamente. O quadro descrito é muito mais severo.

b) Incorreta. A desidratação moderada (também chamada de "com desidratação" ou Plano B) é caracterizada por irritabilidade, olhos fundos e sede ávida. Nela, o sinal da prega desaparece lentamente, mas em um tempo inferior a 2 segundos. O tempo de 6 segundos relatado na questão ultrapassa os critérios da desidratação moderada.

c) Correta. A desidratação grave (ou Plano C) é diagnosticada quando a criança apresenta pelo menos dois sinais de gravidade. Embora a criança ainda esteja irritada (e não letárgica, que seria o sinal mais comum da forma grave), o sinal da prega "muito lento" (maior que 2 segundos) é um dos critérios definidores de gravidade. O tempo de 6 segundos é um dado extremo que não deixa dúvidas quanto à classificação de desidratação grave, exigindo expansão volêmica imediata por via intravenosa ou intraóssea.

d) Incorreta. Esta alternativa é descartada, pois o exame físico detalha sinais claros de depleção de volume, como o turgor cutâneo diminuído e os olhos encovados, o que invalida a hipótese de uma criança hidratada.

Questão 72

ANÁLISE DO CASO

O paciente é um lactente de 11 meses com quadro de diarreia e vômitos, apresentando sinais nítidos de depleção de volume. Para determinar o tratamento correto, devemos classificar o grau de desidratação com base nos protocolos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. A criança apresenta os seguintes achados:

1. Olhos fundos.
2. Irritabilidade.
3. Sinal da prega que desaparece muito lentamente (6 segundos).
4. Ausência de diurese (anúria) há 6 horas.

Embora a irritabilidade seja um sinal frequentemente associado à desidratação moderada (Plano B), o sinal da prega que leva 6 segundos para retornar é um marcador crítico de desidratação grave (Plano C). Na pediatria, qualquer prega cutânea que retorne em mais de 2 segundos é classificada como um retorno muito lento, indicando perda severa de fluido intersticial. Além disso, a interrupção da diurese por um período de 6 horas em um lactente é um sinal de alerta importante para hipovolemia grave.

TRATAMENTO DO PLANO C

Para pacientes classificados no Plano C (desidratação grave), a conduta imediata é a ressuscitação volêmica por via intravenosa (IV) para restaurar o volume circulante, garantir a perfusão tecidual e prevenir o choque hipovolêmico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: CORRETA. Como a criança apresenta sinais de desidratação grave, especialmente o sinal da prega extremamente prolongado (6 segundos), a conduta preconizada no Pronto Atendimento é o Plano C. Este plano consiste na administração intravenosa de solução salina isotônica (soro fisiológico 0,9 por cento) para expansão rápida.

Alternativa b: INCORRETA. Esta alternativa descreve o Plano B, que envolve a Terapia de Reidratação Oral (TRO) supervisionada na unidade de saúde. O Plano B é indicado para casos de desidratação moderada, onde a criança geralmente está alerta e o sinal da prega é menos acentuado (retorno em menos de 2 segundos). A gravidade clínica deste caso exige intervenção parenteral imediata.

Alternativa c: INCORRETA. Esta opção refere-se ao Plano A, indicado apenas para crianças com diarreia que ainda não apresentam sinais clínicos de desidratação. O objetivo do Plano A é o manejo domiciliar com aumento da oferta de líquidos para evitar que a desidratação se instale, o que não se aplica a este paciente que já apresenta sinais graves.

Alternativa d: INCORRETA. O uso de antieméticos pode ser uma medida auxiliar em casos de vômitos persistentes que dificultam a aceitação da reidratação oral no Plano B. No entanto, o antiemético não trata a desidratação instalada. Diante de sinais de desidratação grave e anúria, a prioridade absoluta é a reposição volêmica venosa, e não apenas o controle de sintomas.

Questão 73

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão é uma criança de 11 meses com sinais clínicos claros de desidratação (irritabilidade, olhos fundos, sinal da prega com retorno lento e oligúria). Embora o quadro atual exija uma intervenção terapêutica imediata (Plano B ou C de reidratação), o comando da questão foca na prevenção de futuros episódios de desidratação em crianças que apresentam diarreia.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A manutenção da dieta habitual é importante para evitar a desnutrição após um episódio diarreico, mas a introdução progressiva de alimentos não é a medida principal para prevenir a desidratação aguda. A criança de 11 meses já deve ter uma dieta complementar estabelecida.

Alternativa b) Incorreta. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, a recomendação é de amamentação exclusiva até os 6 meses de idade, e não apenas até os 4 meses. Além disso, para prevenir a desidratação em episódios futuros de diarreia, a conduta ativa durante a doença é mais determinante do que o histórico prévio de amamentação exclusiva nos primeiros meses.

Alternativa c) Correta. Esta é a base do Plano A de tratamento da diarreia (tratamento domiciliar para prevenir a desidratação). O leite materno é um fluido completo, que oferece hidratação adequada, sais minerais e anticorpos. Aumentar a frequência das mamadas garante que a criança receba um aporte hídrico maior para compensar as perdas nas fezes e nos vômitos, sendo a medida isolada mais eficaz para evitar que um quadro de diarreia evolua para desidratação clínica.

Alternativa d) Incorreta. A água de coco não possui a composição ideal de eletrólitos e glicose recomendada para a reidratação padrão (embora possa ser usada no Plano A em domicílio, não é superior ao leite materno ou ao Soro de Reidratação Oral). Já o Imolac (lactitol) é um laxante osmótico utilizado para tratar constipação intestinal, sendo totalmente contraindicado em casos de diarreia, pois agravaria a perda de fluidos.

Resumo didático: Para a prevenção da desidratação em pediatria, o pilar fundamental é a oferta aumentada de líquidos, com destaque total para o aleitamento materno, que deve ser estimulado e oferecido em maior frequência sempre que a criança apresentar perdas aumentadas por diarreia ou vômitos.

Questão 74

A Doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica que afeta vasos de médio calibre, sendo a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças nos países desenvolvidos. O diagnóstico é estritamente clínico e exige a presença de febre por 5 dias ou mais, associada a pelo menos 4 dos 5 critérios maiores descritos abaixo:

1. Alterações nas extremidades: Eritema (vermelhidão) e edema (inchaço) de mãos e pés na fase aguda, ou descamação periungueal na fase subaguda.
2. Exantema polimorfo: Erupção cutânea de diversas formas, geralmente acometendo o tronco, sem presença de vesículas ou crostas.
3. Hiperemia conjuntival bulbar bilateral: Vermelhidão nos olhos sem a presença de exsudato (secreção purulenta).
4. Alterações na boca e lábios: Lábios avermelhados e rachados, língua em framboesa (ou morango) e eritema difuso da orofaringe.
5. Linfadenopatia cervical: Aumento de linfonodo no pescoço, geralmente unilateral e com diâmetro superior a 1,5 cm.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Itens como hepatomegalia (fígado aumentado), prurido (coceira), artralgia (dor nas articulações) e icterícia não são considerados critérios maiores para o diagnóstico da doença, embora possam aparecer como sintomas acessórios em alguns casos.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa apresenta três dos critérios clínicos principais: alterações de extremidades (edema), o exantema característico e a conjuntivite não purulenta (hiperemia ocular).

Alternativa c: Incorreta. Embora a descamação palmo-plantar seja um sinal da fase

subaguda da doença, a hepatosplenomegalia, as petéquias e a artralgia não são critérios diagnósticos.

Alternativa d: Incorreta. A piúria estéril (presença de leucócitos na urina sem bactérias) e a elevação de marcadores inflamatórios como o PCR (Proteína C Reativa) são achados laboratoriais muito frequentes que auxiliam no diagnóstico de casos incompletos, mas não são classificados como critérios clínicos maiores. A artralgia e a icterícia também não fazem parte dos critérios principais.

Questão 75

O quadro clínico apresentado é clássico de uma Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), que é a forma mais comum de alergia alimentar nessa faixa etária. A análise detalhada dos sinais e sintomas permite chegar ao diagnóstico correto:

Análise do caso clínico:

O lactente apresenta sintomas gastrointestinais (vômitos e diarreia com sangue) que coincidem temporalmente com a introdução da alimentação complementar, especificamente com o uso de fórmulas infantis (leite de vaca). O fato de o paciente estar em bom estado geral e com ganho de peso adequado (escore Z +2) é muito característico da proctocolite alérgica, na qual o sangramento ocorre sem comprometer gravemente o estado nutricional imediato. Além disso, a presença de eczema (couro cabeludo e face) reforça o fenótipo atópico do paciente, aumentando a probabilidade de uma etiologia alérgica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A cloridrorreia congênita é uma doença rara, caracterizada por diarreia aquosa grave com perda excessiva de cloro nas fezes, levando à alcalose metabólica. Não costuma cursar com sangue nas fezes nem com eczema, e os sintomas geralmente surgem logo após o nascimento.

b) Incorreta. A invaginação intestinal (ou intussuscepção) é uma emergência médica que se manifesta de forma aguda, com dor abdominal paroxística intensa (choro inconsolável), vômitos e, em estágios avançados, fezes em geleia de framboesa. O quadro do enunciado dura 15 dias e o lactente está em bom estado geral, o que afasta essa hipótese.

c) Incorreta. Gastroenterites virais costumam causar diarreia aquosa, febre e têm caráter autolimitado (geralmente durando de 3 a 7 dias). A presença de sangue nas fezes por 15 dias e a associação com eczema direcionam o diagnóstico para causas não infecciosas.

d) Correta. A alergia alimentar, particularmente a APLV na forma de proctocolite induzida por proteína alimentar, manifesta-se tipicamente com hematoquezia (sangue vivo nas fezes) em lactentes que, no mais, parecem saudáveis. O gatilho foi a introdução da fórmula, e a associação com dermatite atópica (eczema) é um marcador clínico importante para alergias.

Questão 76

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico descreve um lactente com uma combinação característica de malformações congênitas e evidência de falência medular. O conjunto de ausência de polegares (defeito radial), microcefalia, atraso de crescimento, manchas café com leite e pancitopenia direciona o diagnóstico para uma síndrome de instabilidade cromossômica.

Alternativa a) Correta. A Anemia de Fanconi é a causa mais comum de insuficiência medular hereditária. É uma desordem do reparo do DNA que leva à falência progressiva da medula óssea e predisposição ao câncer. Cerca de 75% dos pacientes apresentam malformações físicas ao nascimento ou na primeira infância. As anomalias do rádio e polegares (ausência, hipoplasia ou polegar bífido) são os achados esqueléticos mais frequentes. Outros sinais típicos presentes no enunciado incluem as manchas café com leite, a microcefalia e o baixo peso/estatura. Embora a pancitopenia geralmente se manifeste entre os 5 e 10 anos de idade, ela pode ocorrer precocemente em casos mais graves.

Alternativa b) Incorreta. A Disqueratose Congênita também é uma síndrome de falência medular hereditária (causada por defeitos na biologia dos telômeros), mas sua apresentação clássica é definida por uma tríade diferente: distrofia das unhas, leucoplasia oral (manchas brancas na mucosa) e hiperpigmentação reticulada da pele (aspecto rendilhado, especialmente no pescoço). Ela não costuma apresentar a ausência de polegares descrita no caso.

Alternativa c) Incorreta. A Talassemia Maior é uma hemoglobinopatia caracterizada por anemia hemolítica microcítica e hipocrômica grave, não por pancitopenia (que envolve a queda também de leucócitos e plaquetas). Os achados físicos na talassemia surgem devido à expansão da medula óssea pela eritropoese ineficaz (como a fácies em esquilo) e pela sobrecarga de ferro, sem relação com malformações de extremidades como a falta de polegares.

Alternativa d) Incorreta. A Síndrome de Marfan é uma doença autossômica dominante

do tecido conjuntivo. Clinicamente, o paciente apresenta alta estatura, membros e dedos muito longos e finos (aracnodactilia), hiper mobilidade articular, subluxação do cristalino e dilatação da aorta. Não há associação com pancitopenia ou agenesia de polegares; pelo contrário, os dedos costumam ser alongados.

Questão 77

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um lactente de 5 meses com rebaixamento do nível de consciência e crise convulsiva, associados ao achado de hemorragia retiniana bilateral na fundoscopia. Um ponto fundamental para o diagnóstico é a incompatibilidade entre a gravidade das lesões e a história relatada pela mãe (uma criança de 2 anos arremessando uma boneca). Esse cenário é um marcador clássico de Trauma Craniano Abusivo, especificamente a Síndrome do Bebê Sacudido.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A Síndrome do Bebê Sacudido ocorre quando o lactente é sacudido vigorosamente, geralmente por um cuidador em um momento de estresse ou frustração. O movimento de aceleração e desaceleração da cabeça (que é proporcionalmente maior e mais pesada, com musculatura cervical ainda fraca) provoca o cisalhamento de vasos sanguíneos e do tecido cerebral. A tríade clássica desta síndrome consiste em: hematoma subdural, edema cerebral e hemorragia retiniana. A hemorragia retiniana, especialmente quando bilateral e extensa, é altamente sugestiva de maus-tratos, sendo raramente encontrada em traumas acidentais leves.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a) Intoxicação exógena: Embora substâncias tóxicas possam causar crises convulsivas e alteração da consciência em lactentes, elas não explicam o achado de hemorragia retiniana bilateral. Este achado ocular direciona o raciocínio para um evento traumático ou de pressão intracraniana súbita e grave.

Alternativa (b) Deficiência de piridoxina: Esta é uma causa rara de crises convulsivas neonatais ou na infância precoce que não respondem aos anticonvulsivantes comuns. Contudo, a deficiência de vitamina B6 não causa hemorragias oculares nem explica o início súbito de inconsciência em um lactente previamente saudável sob suspeita de trauma.

Alternativa (d) Ruptura de aneurisma cerebral: Aneurismas cerebrais são extremamente raros em lactentes de 5 meses. Embora uma hemorragia

subaracnoide por ruptura de aneurisma possa causar convulsão e coma, a presença de hemorragia retiniana bilateral e o contexto de uma história incompatível com o trauma relatado tornam a hipótese de maus-tratos muito mais provável e frequente na prática pediátrica.

Questão 78

O ponto central para a resolução desta questão é a identificação da tríade clássica: rinorreia unilateral, purulenta e fétida (com mau cheiro) em uma criança. Esse quadro é patognomônico de corpo estranho nasal até que se prove o contrário. O fato de a paciente ter apresentado falha ao tratamento prévio com amoxicilina reforça que o problema não era uma rinosinusite bacteriana comum, mas sim um processo inflamatório/infeccioso secundário à presença de um objeto na cavidade nasal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico de corpo estranho está correto, porém a conduta está equivocada. Na ausência de complicações graves (como celulite facial ou sinais de sepse), não há indicação de internação nem de início de antibioticoterapia antes da remoção. O tratamento definitivo é a retirada do objeto, o que geralmente resolve a infecção secundária.

Alternativa b) Incorreta. Embora a rinosinusite possa causar rinorreia purulenta, ela costuma ser bilateral. A característica unilateral e, principalmente, o odor fétido são sinais de alerta para corpo estranho. Além disso, a paciente já havia utilizado amoxicilina sem sucesso, o que torna a simples troca do antibiótico uma conduta inadequada sem antes investigar a causa mecânica.

Alternativa c) Incorreta. A tomografia computadorizada não é o exame de escolha inicial para este caso. O diagnóstico de corpo estranho nasal é essencialmente clínico e baseado na história e no exame físico (rinoscopia anterior). Exames de imagem são reservados para casos em que há dúvida diagnóstica ou suspeita de complicações, e nunca devem retardar a exploração da cavidade nasal.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa associa o diagnóstico correto (corpo estranho) à conduta imediata e definitiva (remoção). A presença de secreção fétida apenas na fossa nasal direita em uma criança de 6 anos direciona o raciocínio clínico para a presença de um objeto retido, que gera estase de secreção, inflamação local e colonização bacteriana. A remoção deve ser feita por profissional habilitado, utilizando técnicas adequadas para evitar a aspiração do objeto para as vias aéreas inferiores.

Questão 79

O quadro clínico descrito apresenta dois pilares fundamentais para o diagnóstico: manifestações dermatológicas (hiperceratose folicular) e manifestações oculares (nictalopia ou cegueira noturna) em um contexto de vulnerabilidade nutricional.

Alternativa a) Incorreta. A deficiência de ácido fólico (vitamina B9) manifesta-se predominantemente como anemia megaloblástica, que causa fadiga e palidez, e alterações em mucosas, como a glossite (inflamação da língua). Não é causa de distúrbios da visão noturna ou das lesões cutâneas hiperkeratóticas descritas.

Alternativa b) Correta. A vitamina A (retinol) desempenha um papel crucial na fisiologia da visão e na manutenção da integridade dos tecidos epiteliais. A dificuldade de enxergar em locais com pouca claridade (cegueira noturna) é um dos sinais mais precoces e característicos da sua carência, devido à falta de regeneração dos pigmentos visuais na retina. Além disso, a hipovitaminose A provoca xerodermia (pele seca) e hiperkeratose folicular, condição também conhecida como frinodermia. Essas lesões consistem em pápulas ceratóticas que dão à pele um aspecto áspero (semelhante à "pele de sapo"), localizando-se tipicamente em superfícies extensoras de braços, pernas e nádegas. O contexto de desnutrição em populações vulneráveis, como a comunidade indígena citada, reforça a probabilidade deste diagnóstico.

Alternativa c) Incorreta. A deficiência de tiamina (vitamina B1) é responsável pelo beribéri. O beribéri seco manifesta-se como neuropatia periférica, enquanto o beribéri úmido cursa com insuficiência cardíaca de alto débito e edema. Também pode causar a síndrome de Wernicke-Korsakoff em casos graves. Nenhuma dessas condições explica a cegueira noturna ou o quadro dermatológico de hiperkeratose.

Alternativa d) Incorreta. A deficiência de niacina (vitamina B3) resulta na pelagra, definida pela tríade clássica dos três "Ds": dermatite, diarreia e demência. Embora a pelagra cause lesões de pele, a dermatite é tipicamente fotossensível, ocorrendo em áreas de exposição solar (como o colar de Casal no pescoço), e a patologia não compromete a acuidade visual noturna.

Questão 80

Para responder a essa questão, devemos recorrer aos Critérios de Jones, que são utilizados internacionalmente para o diagnóstico do primeiro surto de Febre Reumática (FR). Esses critérios são divididos em Maiores e Menores, além da necessidade de comprovação de infecção prévia pelo estreptococo do grupo A (estreptococcia).

Os Critérios Maiores são:

1. Cardite (clínica ou subclínica).
2. Poliartrite (geralmente migratória e de grandes articulações).
3. Coreia de Sydenham.
4. Eritema marginado.
5. Nódulos subcutâneos.

Os Critérios Menores são:

1. Artralgia.
2. Febre.
3. Elevação de provas de fase aguda (VHS e/ou PCR).
4. Prolongamento do intervalo PR no eletrocardiograma.

Análise das alternativas:

a) Coreia: Incorreta. A Coreia de Sydenham é um critério maior. Caracteriza-se por movimentos involuntários, fraqueza muscular e labilidade emocional, podendo ocorrer tardiamente em relação à infecção estreptocócica inicial.

b) Artralgia: Correta. A artralgia (dor articular sem sinais inflamatórios como edema, calor ou rubor) é classificada como um critério menor. Importante ressaltar que, se a poliartrite já for utilizada como critério maior, a artralgia não pode ser contabilizada como critério menor no mesmo paciente.

c) Cardite: Incorreta. A cardite é um critério maior e a manifestação mais grave da doença, pois pode levar a sequelas valvares permanentes. Pode se manifestar como uma pancardite (acometimento do endocárdio, miocárdio e pericárdio).

d) Poliartrite: Incorreta. A poliartrite migratória de grandes articulações é o critério maior mais comum na fase aguda da febre reumática. Ela responde classicamente de forma rápida ao uso de salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroidais.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 81

Esta questão aborda os níveis de prevenção em saúde, um tema fundamental na Medicina de Família e Comunidade e na Saúde Coletiva. O cenário descreve uma situação comum na prática clínica: a pressão por exames de rastreio sem indicação técnica (check-ups desnecessários).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A prevenção primária foca em evitar a ocorrência da doença, agindo sobre os fatores de risco ou causas antes que a patologia se instale. Exemplos clássicos são a vacinação, o incentivo à atividade física e o uso de preservativos. No caso, a paciente já está saudável e a conduta da médica não visa prevenir uma doença específica, mas sim evitar um dano causado pela própria medicina.

b) Incorreta. A prevenção secundária consiste no diagnóstico precoce e tratamento imediato de doenças em indivíduos assintomáticos (rastreamento). Exemplos incluem a mamografia de rastreio na idade correta ou a coleta de citopatológico do colo uterino. A paciente deseja realizar prevenção secundária de forma indiscriminada, mas a conduta da médica de orientar contra exames desnecessários é o oposto disso.

c) Incorreta. A prevenção terciária visa reduzir os prejuízos e complicações de uma doença já estabelecida, focando na reabilitação e na prevenção de incapacidades. Exemplos são a fisioterapia pós-AVC ou o controle rigoroso da glicemia para evitar neuropatia diabética. A paciente do caso é assintomática e não possui diagnósticos prévios mencionados.

d) Correta. A prevenção quaternária é definida como a detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas (overmedicalization), para protegê-los de novas invasões médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Ao explicar os riscos de resultados falsos-positivos, sobrediagnósticos e tratamentos desnecessários decorrentes de exames sem evidência científica para aquele perfil, a médica está praticando a prevenção quaternária, evitando a iatrogenia (dano causado pela intervenção médica).

Em resumo, enquanto a paciente busca exames que se enquadrariam na prevenção secundária, a conduta ética e técnica da médica ao filtrar essas solicitações desnecessárias caracteriza a prevenção quaternária.

Questão 82

Esta questão aborda os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS), propostos por Barbara Starfield, que fundamentam a Estratégia Saúde da Família no Brasil.

O ponto central do enunciado é que a população está utilizando a Unidade Básica de Saúde (UBS) apenas como um "balcão de encaminhamentos", ignorando a capacidade resolutiva da equipe local. Ao propor ações para reforçar o vínculo e divulgar a carta de serviços, o médico busca resgatar a função da UBS como a porta de entrada preferencial e o local onde os problemas de saúde devem ser inicialmente

avaliados.

Análise das alternativas:

a) Primeiro contato: ESTÁ CORRETA. Este atributo, também chamado de acesso, define que a APS deve ser a "porta de entrada" do sistema de saúde para cada nova necessidade. Se a comunidade busca a UBS apenas para obter encaminhamentos, ela não está utilizando o serviço como primeiro contato resolutivo, mas sim como um trâmite burocrático. A proposta do médico visa justamente restabelecer a UBS como o serviço de saúde de primeira escolha para a resolução dos problemas da comunidade.

b) Coordenação do cuidado: ESTÁ INCORRETA. A coordenação refere-se à capacidade da equipe de APS de integrar o cuidado que o paciente recebe em outros pontos da rede de atenção (como especialistas e hospitais), garantindo a continuidade das informações. Embora o encaminhamento faça parte desse fluxo, o foco do médico no caso é atrair o paciente para iniciar o cuidado na UBS, e não apenas gerenciar o que ocorre fora dela.

c) Integralidade: ESTÁ INCORRETA. A integralidade significa que a equipe deve oferecer um leque amplo de serviços (promoção, prevenção, cura e reabilitação) e enxergar o paciente como um todo. Embora a "carta de serviços" mencione o que a unidade oferece, o problema principal relatado é a forma como o paciente acessa o sistema, e não a falta de oferta de serviços diversificados.

d) Orientação comunitária: ESTÁ INCORRETA. Este é um atributo derivado que pressupõe o reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e o envolvimento da população. Apesar de a discussão ocorrer em uma reunião de equipe e visar à comunidade, a ação educativa proposta foca especificamente em mudar o comportamento de busca por cuidado, reforçando a unidade como porta de entrada (Primeiro Contato).

Questão 83

O protocolo SPIKES é um guia estruturado em seis etapas para auxiliar os profissionais de saúde na tarefa de comunicar notícias difíceis. Cada letra da sigla representa um passo fundamental para garantir que a informação seja transmitida de forma clara e empática.

No cenário descrito, a conduta do médico de buscar entender o que o paciente compreende sobre sua condição e quais são suas preocupações caracteriza especificamente o segundo passo do protocolo: a Percepção.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. A preparação do ambiente (Setting up) é o primeiro passo (S). Envolve aspectos logísticos e comportamentais, como garantir um local privativo, sentar-se ao lado do paciente, evitar interrupções por telefone e preparar-se mentalmente para o encontro. Embora o enunciado mencione uma "consulta reservada", a ação principal descrita não é a organização do espaço, mas sim o início do diálogo exploratório.

Alternativa B - Incorreta. O conhecimento (Knowledge) é o quarto passo (K). Refere-se ao momento em que o médico de fato fornece as informações sobre o diagnóstico e o prognóstico. Esta etapa deve ser feita de forma gradual, em frases curtas e evitando jargões técnicos. No enunciado, o médico ainda não forneceu a notícia; ele está preparando o terreno para isso.

Alternativa C - Correta. A percepção (Perception) é o segundo passo (P). O objetivo é aplicar o axioma "antes de falar, escute". O médico utiliza perguntas abertas para avaliar o quanto o paciente já entende sobre sua situação de saúde e qual o seu estado emocional. Isso permite ao médico alinhar a linguagem e corrigir possíveis interpretações equivocadas ou expectativas irreais antes de entregar a notícia difícil.

Alternativa D - Incorreta. A estratégia e o resumo (Strategy/Summary) constituem o sexto e último passo (S). Esta fase ocorre somente após a notícia ter sido dada e as emoções do paciente terem sido acolhidas e validadas. Nela, o médico discute as opções de tratamento, define os próximos passos do cuidado e resume o que foi conversado para garantir que o paciente compreendeu o plano.

Questão 84

A conduta para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres submetidas à cirurgia uterina baseia-se na presença ou ausência do colo do útero e no motivo que levou ao procedimento cirúrgico. No caso em questão, a paciente realizou uma histerectomia total (retirada do corpo e do colo uterino) por uma patologia benigna (miomatose).

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, mulheres que realizaram histerectomia total por lesões benignas, sem histórico de lesões precursoras de alto grau (NIC 2 ou NIC 3) ou de câncer cervical, devem ser excluídas do rastreamento. Como o órgão-alvo foi removido e não havia malignidade, o risco de desenvolvimento de neoplasia na cúpula vaginal é extremamente baixo, não justificando a

continuidade dos exames.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A colposcopia não é um método de rastreamento, mas sim um exame diagnóstico complementar indicado apenas quando há alterações na citologia oncótica ou suspeita clínica visual no colo do útero. Não existe indicação de colposcopia anual para pacientes sem colo uterino e com histórico de doença benigna.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A citologia de cúpula vaginal é indicada apenas para mulheres que passaram por histerectomia como parte do tratamento de câncer do colo do útero ou de lesões precursoras de alto grau. Para pacientes operadas por miomatose (causa benigna) e com exames anteriores normais, a coleta vaginal não oferece benefícios comprovados e não é recomendada.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. O rastreamento a cada 3 anos (após dois exames anuais negativos) é a rotina preconizada para mulheres entre 25 e 64 anos que possuem colo do útero. Como a paciente teve o colo removido por uma condição benigna, ela não se enquadra mais nos critérios de rastreamento populacional.

Questão 85

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), sistematizado por Moira Stewart e colaboradores, é uma ferramenta fundamental na Atenção Primária à Saúde. A questão exige o conhecimento da atualização feita na 3ª edição da obra (lançada originalmente em 2014 e consolidada na literatura brasileira por volta de 2017), que reestruturou o modelo original.

COMPONENTES DA ATUALIZAÇÃO (2017):

Na versão anterior, o método era composto por 6 componentes. Na atualização de 2017, esses componentes foram consolidados em 4 pilares interativos:

1. Explorando a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a doença.
2. Entendendo a pessoa como um todo (o indivíduo, a família e o contexto).
3. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas.
4. Intensificando a relação entre a pessoa e o médico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: Esta alternativa descreve os 6 componentes da versão antiga do método (edição de 2003). Nela aparecem itens como "Incorporando prevenção e promoção da saúde" e "Ser realista" como componentes independentes. Embora esses conceitos continuem importantes, na atualização de 2017 eles foram

integrados aos quatro novos componentes principais. Portanto, não atende ao comando da questão sobre a atualização de 2017.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa traz exatamente os 4 componentes interativos definidos na atualização de 2017 por Moira Stewart. O modelo atual foca na interação constante entre esses eixos durante a consulta, destacando que a relação médico-pessoa (componente 4) deve ser fortalecida em cada etapa do atendimento.

Alternativa (c) INCORRETA: "Ser gentil e acolhedor" é um atributo de boa prática clínica, mas não é um componente formal do MCCP. Além disso, "sentimentos, ideias, funções e expectativas" (conhecidos pela sigla SIFE) são elementos a serem explorados dentro do primeiro componente (experiência da pessoa com a doença), e não componentes isolados do método.

Alternativa (d) INCORRETA: Esta opção mistura componentes do modelo antigo (Prevenção e promoção; Ser realista) com termos informais e genéricos (Ser gentil e acolhedor) que não fazem parte da taxonomia oficial descrita por Stewart e no Tratado de Medicina de Família e Comunidade.

GABARITO: B.

Questão 86

A questão aborda as diretrizes brasileiras atuais sobre o rastreamento do câncer de próstata, fundamentadas na Nota Técnica de 2023 do Ministério da Saúde e do INCA, além do conceito de Prevenção Quaternária.

Alternativa (a) Incorreta: As recomendações do Ministério da Saúde e do INCA são contrárias ao rastreamento sistemático ou universal, independentemente da idade. Não se orienta a busca ativa de indivíduos assintomáticos para realizar PSA ou toque retal, pois as evidências científicas mostram que o balanço entre benefícios e danos dessa prática é desfavorável.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o Novembro Azul seja uma campanha consolidada, as diretrizes técnicas orientam que o foco da campanha deve ser a saúde integral do homem, e não a realização em massa de exames de rastreio. O toque retal indiscriminado em homens assintomáticos aumenta o risco de sobrediagnóstico (identificar tumores que nunca causariam sintomas ou morte) e sobretratamento.

Alternativa (c) Incorreta: O uso do PSA como estratégia de rastreamento populacional não é considerado eficaz pelas autoridades de saúde brasileiras. Estudos

demonstram que, embora o PSA possa detectar precocemente o câncer, ele resulta em um alto número de resultados falso-positivos e na detecção de cânceres indolentes, levando a intervenções cirúrgicas e radioterápicas desnecessárias que impactam negativamente a qualidade de vida (como impotência e incontinência urinária).

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa reflete exatamente o que preconiza a Nota Técnica de 2023 e os princípios da Prevenção Quaternária. A recomendação é não realizar campanhas de convocação de homens assintomáticos. A orientação atual foca no Diagnóstico Precoce (avaliação de homens que apresentam sinais ou sintomas sugestivos da doença) e na Decisão Compartilhada (quando o paciente solicita o exame, o médico deve explicar os potenciais riscos e benefícios, permitindo que o homem decida se deseja realizar o rastreamento oportunista).

Em suma, a Prevenção Quaternária atua aqui para proteger o paciente de intervenções médicas excessivas e danos iatrogênicos decorrentes do rastreamento populacional não fundamentado em evidências de redução de mortalidade.

Questão 87

Para compreender os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), utilizamos a sistematização proposta por Barbara Starfield, que é a referência mundial e brasileira sobre o tema. Ela divide os atributos em dois grupos: Essenciais e Derivados.

Os Atributos Essenciais são:

1. Acesso de Primeiro Contato: a unidade de saúde deve ser a porta de entrada preferencial e acessível para cada nova necessidade de saúde.
2. Longitudinalidade: existência de um aporte regular de cuidados pela equipe e seu uso consistente ao longo do tempo, gerando vínculo.
3. Integralidade (ou Abrangência): a unidade deve oferecer todos os serviços necessários para a população (prevenção, cura, reabilitação) e reconhecer os problemas biológicos, psicológicos e sociais.
4. Coordenação do Cuidado: a capacidade de integrar o cuidado e as informações do paciente, mesmo quando este é atendido em outros pontos da rede de saúde.

Os Atributos Derivados são:

1. Orientação Familiar (Foco na Família): considera a família como o sujeito da atenção, entendendo o contexto familiar e suas dinâmicas no processo saúde-doença.
2. Orientação Comunitária: reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade por meio do contato direto e de dados epidemiológicos, visando o planejamento das ações.

3. Competência Cultural: a capacidade da equipe de se adaptar e respeitar as características culturais, crenças e linguagens da população atendida para facilitar a relação terapêutica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Integralidade e longitudinalidade são atributos essenciais da APS. Apenas a competência cultural é um atributo derivado.

b) Incorreta. O acesso (primeiro contato) é um atributo essencial. Orientação comunitária e competência cultural são, de fato, derivadas, mas a presença do acesso invalida a alternativa como resposta exclusiva para derivados.

c) Correta. Esta alternativa agrupa corretamente os três componentes que compõem os atributos derivados da APS: Foco na família, orientação comunitária e competência cultural.

d) Incorreta. Coordenação do cuidado e integralidade são classificadas como atributos essenciais. Apenas a competência cultural pertence ao grupo dos derivados.

Questão 88

Esta questão aborda os critérios estabelecidos por Wilson e Jungner em 1968, que ainda são a base fundamental para a implementação de programas de rastreamento (screening) na saúde pública. O objetivo do rastreamento é identificar doenças em estágio inicial (prevenção secundária) em indivíduos assintomáticos, para que a intervenção precoce resulte em melhor prognóstico.

Análise das alternativas:

Alternativa A (CORRETA): Para que um rastreamento seja justificável, é imprescindível conhecer a história natural da doença. Isso inclui identificar um período de latência ou uma fase pré-sintomática em que a doença possa ser detectada por testes. Sem o entendimento de como a patologia progride da fase latente para a manifesta, não é possível estabelecer a janela de oportunidade em que o diagnóstico precoce mudará o curso da doença.

Alternativa B (INCORRETA): Não existe teste diagnóstico ou de rastreamento com especificidade de 100% na prática clínica. Embora se busque minimizar os falsos-positivos (para evitar custos e danos psicológicos/iatrogênicos), o critério de Wilson e Jungner exige que o teste seja aceitável pela população e que tenha uma

acurácia adequada, mas não exige perfeição absoluta, o que tornaria o rastreamento impossível.

Alternativa C (INCORRETA): Este é um ponto crucial. Não basta ter um tratamento disponível; é obrigatório que o tratamento na fase pré-sintomática seja comprovadamente mais eficaz ou resulte em melhores desfechos do que o tratamento iniciado após o surgimento dos sintomas. Se o desfecho final for o mesmo tratando cedo ou tarde, o rastreamento não traz benefício real ao paciente, apenas aumenta o tempo de diagnóstico (viés de antecipação ou lead-time bias).

Alternativa D (INCORRETA): Ao contrário do que afirma a alternativa, a viabilidade econômica é um dos critérios explícitos de Wilson e Jungner. O custo da busca de casos (incluindo diagnóstico e tratamento) deve ser economicamente equilibrado em relação aos gastos médicos totais. Ou seja, a relação custo-eficácia e a disponibilidade de recursos são, sim, critérios fundamentais para a justificação ética e operacional de um programa de rastreamento.

Questão 89

A questão aborda o conceito de competência cultural e interculturalidade no contexto da saúde indígena, temas centrais para a atuação das equipes de Saúde da Família que trabalham com populações tradicionais no Brasil.

Alternativa (a): Correta. A atuação efetiva em comunidades indígenas exige a prática da interculturalidade, que é o diálogo entre diferentes saberes. Integrar a biomedicina aos conhecimentos tradicionais (etnomedicina) permite a criação de um Plano Terapêutico Singular que faça sentido para o paciente dentro de sua cosmovisão. Isso aumenta a confiança na equipe e a adesão aos tratamentos propostos, respeitando a autonomia e os direitos desses povos.

Alternativa (b): Incorreta. A imposição do modelo biomédico de forma isolada é uma prática etnocêntrica que desconsidera a cultura local. Essa postura cria barreiras de comunicação e distanciamento entre o serviço de saúde e a comunidade, resultando frequentemente em baixa adesão aos tratamentos e na negação do acesso à saúde de forma integral.

Alternativa (c): Incorreta. A articulação com lideranças tradicionais, como caciques e pajés, é estratégica e necessária. Essas figuras exercem papel central na organização social e nos processos de cura da comunidade. O distanciamento das lideranças enfraquece o vínculo da equipe e impede a compreensão da dinâmica social da aldeia, prejudicando o planejamento das ações de saúde.

Alternativa (d): Incorreta. Embora as diretrizes clínicas nacionais ofereçam a base científica para o cuidado, a aplicação rígida desses protocolos sem adaptação cultural é inadequada para povos indígenas. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) preconiza uma atenção diferenciada, que deve considerar as particularidades geográficas, linguísticas e culturais de cada etnia para garantir a equidade no atendimento.

Questão 90

A questão aborda o Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde para a faixa etária pediátrica. Aos 2 meses de idade, a criança deve receber a primeira dose de quatro vacinas principais: Pentavalente, VIP (Vacina Inativada Poliomielite), Pneumocócica 10-valente e Rotavírus Humano.

Alternativa A: INCORRETA. A vacina contra o HPV (Papilomavírus Humano) é destinada a crianças e adolescentes na faixa etária de 9 a 14 anos. Recentemente, o esquema foi simplificado para dose única no Brasil, não fazendo parte das vacinas aplicadas nos primeiros meses de vida.

Alternativa B: CORRETA. A vacina Pentavalente garante proteção contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções invasivas causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b. O esquema vacinal de rotina consiste em três doses, administradas exatamente aos 2, 4 e 6 meses de idade. Além da Pentavalente, aos 2 meses a criança também recebe a primeira dose da VIP, da Pneumocócica 10-valente e da vacina contra o rotavírus.

Alternativa C: INCORRETA. A vacina antirrábica não compõe o calendário vacinal de rotina da criança. Sua indicação é restrita à profilaxia pós-exposição (após acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva) ou profilaxia pré-exposição para profissionais ou indivíduos com risco ocupacional/específico de exposição ao vírus.

Alternativa D: INCORRETA. A vacina contra a Febre Amarela é administrada rotineiramente aos 9 meses de idade (primeira dose), com uma dose de reforço aos 4 anos de idade. Em situações de rotina, ela não é aplicada aos 2 meses.

Portanto, a única alternativa que apresenta uma vacina correspondente ao marco de 2 meses do calendário oficial é a Pentavalente.

Questão 91

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o elemento estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS) e o principal ponto de contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria 3.088/2011, a UBS é definida como a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado, sendo responsável pelo acompanhamento longitudinal e pela articulação entre os diferentes pontos da rede de saúde.

Alternativa a: Incorreta. O Hospital Psiquiátrico é um serviço de caráter hospitalar e de alta complexidade. Na lógica da Reforma Psiquiátrica e da organização da RAPS, ele não deve ser a porta de entrada. O modelo assistencial atual foca na base comunitária e na desinstitucionalização, reservando o ambiente hospitalar apenas para situações de crise aguda que não puderam ser manejadas em outros serviços. O hospital não exerce o papel de coordenador do cuidado.

Alternativa b: Incorreta. Embora os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam serviços de porta aberta para transtornos mentais graves e persistentes, eles compõem o componente de Atenção Psicossocial Especializada. O CAPS é um serviço estratégico, mas a responsabilidade de coordenar o cuidado integral da saúde do cidadão e ser o primeiro contato para a população em geral recai sobre a Atenção Primária.

Alternativa c: Incorreta. Serviços de Urgência Psiquiátrica atendem demandas emergenciais e episódios de crise aguda, pertencendo ao componente de Atenção de Urgência e Emergência da RAPS. Sua função é a estabilização imediata do paciente em situação de risco, não possuindo a atribuição de coordenar a assistência em longo prazo ou atuar como porta de entrada para ações de promoção e prevenção.

Alternativa d: Correta. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o serviço da Atenção Primária que deve atuar como porta de entrada e coordenador do cuidado na RAPS. Cabe às equipes da UBS identificar necessidades de saúde mental no território, realizar o acolhimento, tratar casos de baixa e média complexidade e realizar o matriciamento (apoio especializado) com o CAPS, garantindo que o cuidado seja continuado e próximo ao ambiente social do paciente.

Questão 92

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 68 anos apresenta um quadro clínico clássico de Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB). Para a prova de residência, é fundamental identificar os três pilares desse diagnóstico presentes no enunciado: a natureza rotatória da queixa

(vertigem), o gatilho posicional (deitar ou virar a cabeça) e a curta duração (menos de 1 minuto).

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A VPPB é a causa mais comum de vertigem periférica, especialmente em idosos. Ela é provocada pelo deslocamento de pequenos cristais de carbonato de cálcio (otocônias) que saem do utrículo e entram nos canais semicirculares (mais frequentemente o canal posterior). Quando a paciente movimenta a cabeça, esses cristais se movem, gerando uma estimulação errada do sistema vestibular. Isso causa uma vertigem súbita e breve, que cessa assim que los cristais param de se deslocar. Não há acometimento do nervo coclear, o que explica a ausência de zumbido ou perda auditiva.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: A Doença de Ménière caracteriza-se por crises de vertigem que duram muito mais tempo (de 20 minutos a 12 horas). Além disso, ela exige a presença de sintomas auditivos, como perda auditiva flutuante, zumbido e sensação de ouvido cheio (plenitude auricular), que estão ausentes no caso de Maria.

Alternativa b: O termo tontura inespecífica é utilizado quando o paciente não consegue descrever o sintoma como uma vertigem clara ou quando a queixa é de desequilíbrio ou "cabeça vazia", sem gatilhos ou padrões definidos. O relato de Maria é muito específico e direciona para uma patologia vestibular clara.

Alternativa d: A Neurite Vestibular causa uma crise de vertigem intensa e persistente que dura vários dias, geralmente acompanhada de muitos vômitos e instabilidade da marcha. Não é um quadro fugaz de segundos como o relatado. Vale notar que a alternativa apresenta um erro de redação ao misturar dois nomes de doenças diferentes no mesmo item, o que também a tornaria incorreta em uma análise formal de prova.

Questão 93

REDUÇÃO DO RISCO ABSOLUTO (RRA) E NÚMERO NECESSÁRIO PARA TRATAR (NNT)

Para encontrar o valor do NNT, o primeiro passo é calcular a Redução do Risco Absoluto (RRA). A RRA é a diferença aritmética entre a taxa de eventos do grupo controle (placebo) e a taxa de eventos do grupo experimental (intervenção).

Dados fornecidos pela questão:

Risco no grupo placebo: 11,3% (ou 0,113)

Risco no grupo evolocumabe: 9,8% (ou 0,098)

Passo 1: Cálculo da RRA

$RRA = \text{Risco Placebo} - \text{Risco Evolocumabe}$

$RRA = 11,3\% - 9,8\%$

$RRA = 1,5\%$ (que equivale a 0,015 em forma decimal)

Passo 2: Cálculo do NNT

O NNT é definido como o inverso da Redução do Risco Absoluto. Ele nos indica quantos pacientes precisam ser tratados com a droga para que um evento cardiovascular seja evitado.

$NNT = 1 / RRA$

$NNT = 1 / 0,015$

$NNT = 66,66\dots$

Ao desconsiderar as casas decimais, como solicitado no enunciado, chegamos ao valor de 66.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) 13. Incorreta. Este valor não possui relação matemática com os dados de incidência de eventos apresentados no texto.

Alternativa b) 66. Correta. Representa o cálculo exato do NNT (1 dividido por 0,015), resultando em 66 quando ignoramos as casas decimais.

Alternativa c) 87. Incorreta. Valor incorreto decorrente de erro na aplicação da fórmula ou na subtração dos riscos.

Alternativa d) 98. Incorreta. Esta alternativa apenas utiliza os números do risco do grupo evolocumabe (9,8%) sem a vírgula, não tendo relação com o cálculo do NNT.

Questão 94

Explicação:

O cerne desta questão reside na aplicação do Código de Ética Médica (CEM) em situações do cotidiano da Atenção Primária à Saúde. O Artigo 37 do CEM veda expressamente ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo. Mesmo em modalidades como a

telemedicina, existem normas específicas e o contato direto com o paciente é indispensável.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. O médico tem o dever ético e legal de examinar o paciente antes de propor qualquer intervenção terapêutica medicamentosa. Além disso, o sistema prisional brasileiro conta com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que estabelece que o atendimento de saúde deve ser garantido dentro da própria unidade prisional ou em serviços de referência da rede pública. Portanto, a conduta correta é negar a receita e orientar a família sobre como o detento deve buscar atendimento junto à equipe de saúde do presídio.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta porque a emissão de receita baseada apenas no relato de terceiros (mãe do paciente), sem a observação clínica direta do paciente, constitui infração ética. Mesmo que a história clínica relatada sugira piodermite, a prescrição sem exame físico é uma prática insegura que impede a confirmação diagnóstica e a avaliação de possíveis alergias ou contraindicações.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Embora a vulnerabilidade social e as conhecidas barreiras de acesso à saúde no sistema carcerário sejam questões humanitárias relevantes, elas não autorizam o médico a descumprir os preceitos éticos fundamentais. O médico não deve realizar tratamentos "por procuração", pois isso coloca em risco a segurança do paciente e a responsabilidade profissional do prescritor.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. Embora orientações de cuidados não medicamentosos possam ser úteis em alguns contextos, a questão foca na responsabilidade ética sobre a prescrição de antibióticos. A resposta adequada não é apenas omitir o fármaco e dar orientações paliativas, mas sim explicar o impedimento ético da prescrição sem exame e garantir que o paciente seja avaliado formalmente pelo serviço de saúde responsável pela custódia do detento.

Questão 95

Esta questão aborda os critérios para indicação e início da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV em casais sorodiferentes, levando em conta o conceito de Indetectável = Intransmissível (I=I) e a autonomia do paciente.

Alternativa a) Incorreta. Embora o risco de transmissão sexual do HIV seja insignificante quando o parceiro que vive com HIV está com carga viral indetectável há pelo menos seis meses (conceito I=I), a PrEP ainda pode ser indicada. A decisão de usar a profilaxia cabe à pessoa soronegativa, baseada em sua percepção de risco,

desejo de maior segurança ou autonomia, independentemente de o casal já ter um relacionamento sexual ativo.

Alternativa b) Correta. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para PrEP, antes de iniciar o medicamento, é obrigatório realizar a testagem para o HIV para garantir que a pessoa seja soronegativa. Isso é crucial para evitar o uso inadequado de antirretrovirais em alguém já infectado, o que poderia gerar resistência viral. Além disso, o protocolo exige a triagem para outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como sífilis e hepatites B e C, além de aconselhamento sobre prevenção combinada.

Alternativa c) Incorreta. É absolutamente contraindicado iniciar a PrEP sem a realização prévia de testes de HIV. A confirmação da soronegatividade é o primeiro passo do protocolo de segurança. O uso de tenofovir + entricitabina (drogas da PrEP) em uma pessoa com infecção estabelecida é insuficiente para o tratamento e pode selecionar mutações de resistência ao vírus.

Alternativa d) Incorreta. O esquema de administração da PrEP oral no Brasil é de uso diário (uma dose por dia). Para mulheres cisgênero, como é o caso da paciente T., o esquema sob demanda (tomada medicamentosa próxima ao ato sexual) não é indicado devido à farmacocinética do medicamento nos tecidos vaginais. Não existe, até o momento, orientação para dose única mensal de PrEP oral. O cabotegravir injetável de longa duração é aplicado a cada dois meses, mas não é uma dose única mensal oral.

Questão 96

A desprescrição é o processo planejado e supervisionado de redução ou interrupção de medicamentos que podem estar causando danos ou que não apresentam mais benefício clínico claro. No contexto do paciente idoso e com multimorbidades, como no caso apresentado, de um paciente de 74 anos em uso de sete fármacos (polifarmácia), essa prática é essencial para reduzir a carga de medicamentos e prevenir a iatrogenia.

Alternativa a: Incorreta. O custo de um medicamento pode ser uma barreira à adesão ou um fator de análise em saúde pública, mas nunca deve ser o critério central para decidir pela desprescrição. A prioridade técnica deve ser sempre a segurança do paciente, a eficácia clínica e a presença de indicação terapêutica válida.

Alternativa b: Incorreta. O médico da Atenção Primária à Saúde (APS) exerce o papel de coordenador do cuidado. É atribuição fundamental desse profissional revisar o plano terapêutico como um todo, independentemente de qual especialista iniciou a

medicação. A visão fragmentada do cuidado é um dos principais fatores de risco para polifarmácia inadequada em idosos.

Alternativa c: Incorreta. A desprescrição deve ser uma estratégia proativa, e não meramente reativa. Esperar que um efeito adverso grave ocorra para suspender um medicamento coloca o paciente em risco desnecessário. A identificação de medicamentos potencialmente inapropriados deve ser feita de forma preventiva para evitar quedas, delirium, insuficiência renal e outras complicações comuns da polifarmácia.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa resume as diretrizes de boas práticas na desprescrição. O processo deve ser sistemático e periódico, avaliando a indicação atual de cada fármaco, o balanço entre riscos e benefícios e a eficácia comprovada. O envolvimento do paciente por meio da decisão compartilhada é crucial para garantir que suas preferências sejam ouvidas, o que aumenta a segurança e o sucesso da retirada gradual de medicamentos desnecessários.

Questão 97

O registro SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) é a base do Prontuário Orientado por Problemas e Evidências, muito utilizado na Atenção Primária à Saúde. Para responder a essa questão, devemos analisar a função de cada componente da sigla:

S (Subjetivo): Contém o relato do paciente, o motivo da consulta, a história da doença atual e os sintomas descritos.

O (Objetivo): Contém os dados do exame físico, sinais vitais e resultados de exames complementares. Deve ser puramente descritivo, relatando o que o examinador viu, ouviu, sentiu ou mediu.

A (Avaliação): É o momento da análise clínica. Aqui o médico registra suas impressões diagnósticas, diagnósticos confirmados ou códigos de classificação (como o CIAP-2 ou CID-10).

P (Plano): Engloba as condutas terapêuticas, solicitações de exames, prescrições, orientações ao paciente e agendamento de retorno.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O item S serve justamente para registrar os sintomas relatados pelo paciente, independentemente de confirmação laboratorial. A dor abdominal e a piora

pós-prandial são elementos subjetivos fundamentais para a anamnese.

b) Incorreta. A etapa A (Avaliação) serve para registrar tanto hipóteses diagnósticas quanto diagnósticos definidos. No caso, "Dispepsia funcional" foi a síntese diagnóstica do profissional, estando corretamente posicionada em A.

c) Correta. Este é o erro clássico no registro do exame físico (Objetivo). Ao escrever "dor à palpação em epigástrio devido à dispepsia funcional", o examinador inseriu um juízo de valor e uma interpretação diagnóstica dentro da descrição física. O item Objetivo deve conter apenas o que foi observado (ex.: dor à palpação em epigástrio). A interpretação dessa dor como sendo causada pela dispepsia funcional deve constar apenas na Avaliação.

d) Incorreta. O item P (Plano) é o local correto para registrar todas as condutas tomadas, incluindo a dieta, a prescrição do IBP (Inibidor de Bomba de Prótons) e o agendamento do retorno. Sem o registro das condutas no item P, o prontuário estaria incompleto.

Questão 98

A classificação da Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é definida pela complexidade do quadro clínico e pela frequência de cuidados necessários. Essa organização é fundamental para direcionar se o paciente será atendido pela Equipe de Saúde da Família ou por equipes especializadas.

Alternativa a: Incorreta. A AD1 é destinada a pacientes que apresentam problemas de saúde controlados e que possuem dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a Unidade Básica de Saúde. O acompanhamento é realizado pela Equipe de Saúde da Família (eSF) ou pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Os atendimentos são menos frequentes (geralmente mensais) e de menor complexidade técnica. No caso descrito, a idosa possui demência avançada e necessidade de curativos semanais, o que ultrapassa o perfil típico da AD1.

Alternativa b: Correta. A AD2 é a modalidade indicada para pacientes com quadros clínicos que demandam cuidados mais intensivos, com frequência de visitas no mínimo semanal. É voltada para pacientes com doenças crônico-degenerativas em estágio avançado, necessidade de cuidados paliativos, reabilitação ou curativos complexos. A paciente do enunciado apresenta limitação funcional grave, dependência total e demanda curativos semanais, o que exige a atuação da Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD), caracterizando o perfil AD2.

Alternativa c: Incorreta. A AD3 segue os mesmos critérios de elegibilidade da AD2,

mas com o diferencial de que o paciente utiliza equipamentos de suporte à vida, como ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva), ou demanda procedimentos de alta complexidade que exigem monitoramento diário ou frequente pela equipe de saúde. A paciente descrita, embora grave, não faz uso desses suportes tecnológicos complexos.

Alternativa d: Incorreta. A paciente se enquadra perfeitamente na Atenção Domiciliar. O fato de ser acamada, portadora de doença degenerativa progressiva e ter a impossibilidade de deslocamento até a UBS são critérios fundamentais para a inclusão no programa de atendimento domiciliar do SUS.

Questão 99

A questão aborda os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente os princípios doutrinários contidos na Lei 8.080/90. No caso descrito, a Unidade Básica de Saúde (UBS) impôs uma barreira de acesso baseada na localização geográfica do usuário, o que é uma prática irregular.

Alternativa (a) Correta: A Universalidade é o princípio doutrinário que estabelece que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Isso significa que o acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a qualquer pessoa, independentemente de raça, nacionalidade, profissão ou local de residência. Ao exigir comprovante de residência e negar atendimento a visitantes ou trabalhadores de outras regiões, a UBS está criando uma barreira de exclusão, ferindo o direito universal ao atendimento.

Alternativa (b) Incorreta: A Equidade diz respeito a oferecer mais a quem mais precisa, tratando de forma desigual os desiguais para diminuir as disparidades. Embora o acesso seja o primeiro passo para a equidade, o foco deste princípio é o ajuste da atenção às necessidades específicas de cada grupo ou indivíduo, e não a garantia de entrada irrestrita ao sistema, que é o foco da universalidade.

Alternativa (c) Incorreta: A Integralidade preconiza que o sistema deve considerar o indivíduo como um todo, oferecendo ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação de forma articulada. A falha descrita na questão não é sobre a continuidade ou a completude do cuidado prestado, mas sim sobre a proibição do primeiro contato do usuário com o serviço de saúde.

Alternativa (d) Incorreta: A Regionalização é um princípio organizativo (e não doutrinário) que orienta a descentralização dos serviços de saúde em áreas geográficas definidas para otimizar a gestão. Embora a Atenção Primária trabalhe com o conceito de território adscrito para fins de planejamento e acompanhamento

longitudinal, isso não autoriza a unidade a negar atendimento de demanda espontânea ou urgência a pessoas que não residam naquela área específica.

Questão 100

Para resolver essa questão, é fundamental dominar a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, definida pelo Ministério da Saúde (Portaria de Consolidação nº 4/2016 e suas atualizações, como a Portaria GM/MS nº 217/2023).

A notificação compulsória pode ser semanal ou imediata (feita em até 24 horas para as autoridades de saúde). Vamos analisar cada situação apresentada:

Situação I: Mulher vítima de violência sexual. De acordo com a legislação vigente, os casos de violência doméstica e/ou outras violências são de notificação compulsória. Entretanto, quando se trata especificamente de violência sexual ou tentativa de suicídio, a notificação deve ser IMEDIATA (em até 24 horas) à autoridade de saúde local.

Situação II: Homem em tentativa de suicídio. Assim como a violência sexual, a tentativa de suicídio e a violência autoprovoçada são eventos que exigem notificação compulsória IMEDIATA. O objetivo é permitir a rápida intervenção da rede de cuidado e vigilância.

Situação III: Criança com febre e tosse sem sinais de gravidade. Este quadro sugere uma síndrome gripal comum ou resfriado. Embora algumas doenças respiratórias específicas (como Influenza em casos graves ou COVID-19 em períodos de emergência) possam ser notificáveis, um quadro inespecífico e sem sinais de gravidade em uma UBS não exige notificação imediata.

Situação IV: Idoso para ajuste de medicação de hipertensão. A hipertensão arterial sistêmica é uma condição crônica não transmissível e não consta na lista de doenças de notificação compulsória.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A criança febril (sem suspeita de doença específica grave) e o idoso hipertenso não se enquadram nos critérios de notificação compulsória imediata.
- b) Incorreta. Embora o paciente em tentativa de suicídio exija notificação imediata, a alternativa está incompleta, pois a vítima de violência sexual também exige.

c) Incorreta. Da mesma forma que a alternativa B, está incompleta, pois ignora a obrigatoriedade imediata para a tentativa de suicídio.

d) Correta. Tanto a violência sexual quanto a tentativa de suicídio são agravos que exigem a comunicação imediata (dentro de 24 horas) às autoridades sanitárias, visando a proteção da vítima e a organização de políticas de prevenção.

Portanto, a resposta correta é a alternativa (d).
