



# USP-RP

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



## Gabarito: USP-RP

2026 | SP

---

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

## Comentários e Explicações

### Questão 1

#### ANÁLISE DO CASO

O paciente de 55 anos realiza rastreamento de câncer de próstata e apresenta um quadro clínico e laboratorial de baixo risco. Para definir a conduta, devemos analisar os seguintes pontos:

1. Exame Físico: O toque retal descreve uma próstata de consistência fibroelástica, sem nódulos e com peso estimado em 30 g, o que representa um exame físico normal para a idade.
2. Avaliação Laboratorial: Conforme a tabela de exames, o PSA total de 1,2 ng/mL está dentro da faixa de normalidade (referência até 3,0 ng/mL). Além disso, os refinamentos do PSA reforçam a benignidade: a relação PSA livre/total é de 42% (valores acima de 20-25% indicam baixo risco) e a densidade do PSA é de 0,06 ng/mL/cm<sup>3</sup> (valores abaixo de 0,15 são considerados normais).
3. Avaliação por Imagem: A Ressonância Magnética Multiparamétrica não demonstrou nódulos ou lesões suspeitas, o que a classifica provavelmente como PI-RADS 1 ou 2, afastando a necessidade de investigação adicional por este método.
4. Sintomatologia: O escore IPSS de 6/35 classifica os sintomas do trato urinário inferior como leves (pontuação de 0 a 7).

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): Diante de um rastreamento negativo (toque retal sem alterações, PSA baixo e Ressonância Magnética sem lesões suspeitas), a conduta adequada é manter o acompanhamento periódico. Como o paciente tem 55 anos e antecedente familiar, o rastreamento deve ser anual.

Alternativa B (INCORRETA): A fluxometria urinária é um exame funcional para avaliar o débito urinário, geralmente solicitado em pacientes com sintomas obstrutivos moderados a graves para planejamento terapêutico de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). Não é um exame de rastreamento para câncer e não se justifica em um paciente com sintomas leves (IPSS 6).

Alternativa C (INCORRETA): O tratamento medicamentoso combinado (alfa-bloqueador + inibidor da 5-alfa-redutase) é indicado para pacientes com HPB sintomática (IPSS > 8) e próstatas aumentadas de volume (geralmente acima de 40

g). O paciente tem sintomas leves e uma próstata pequena (21-30 g), não havendo indicação para essa terapia.

Alternativa D (INCORRETA): A biópsia de próstata é um procedimento invasivo indicado apenas quando há suspeita de neoplasia, como toque retal com nódulos, PSA elevado (ou densidade de PSA alterada) ou lesões suspeitas na ressonância (PI-RADS 4 ou 5). Como todos os exames do paciente são normais, a biópsia é contraindicada.

## Questão 2

Para compreender esta questão, é fundamental diferenciar os dois principais mecanismos de isquemia arterial aguda: a embolia e a trombose. O quadro clínico descreve um paciente com Isquemia Aguda de Membro (IAM), caracterizada pela instalação súbita de dor, palidez, ausência de pulsos e pé frio.

O ponto-chave para o diagnóstico diferencial reside na história progressiva. O paciente já apresentava claudicação intermitente para menos de 200 metros, o que denuncia a presença de uma doença arterial obstrutiva crônica (aterosclerose) subjacente.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A embolia arterial aguda geralmente ocorre em pacientes sem histórico de claudicação prévia. A fonte costuma ser cardíaca (como fibrilação atrial ou infarto prévio). O início é classicamente mais dramático e súbito (em segundos ou minutos), e o membro contralateral costuma ter pulsos normais, pois não há doença aterosclerótica sistêmica tão avançada quanto na trombose.

b) Incorreta. A flegmasia cerúlea dolens é uma complicação grave de uma trombose venosa profunda (TVP) maciça. Caracteriza-se por edema importante de todo o membro, dor intensa e cianose profunda (membro roxo/azulado), podendo evoluir para gangrena venosa. O quadro do paciente é de isquemia pálida e sem edema relatado, típica de obstrução arterial.

c) Correta. A trombose arterial aguda ocorre, na maioria das vezes, sobre uma placa de ateroma previamente existente que sofreu ruptura ou erosão. O histórico de claudicação intermitente é o principal indício de que o paciente já possuía estenoses crônicas. O agravamento agudo (8 horas de dor em repouso) indica que o fluxo, que já era reduzido, foi totalmente interrompido pela formação de um trombo no local da placa. A ausência de sinais ao Doppler confirma a gravidade da oclusão.

d) Incorreta. Embora o paciente tenha uma insuficiência arterial crônica que se

agravou, o termo técnico preciso para uma oclusão súbita do fluxo arterial em um vaso previamente doente é trombose arterial aguda. O termo "descompensada" é genérico e não define a fisiopatologia do evento agudo que exige intervenção imediata para salvamento do membro.

Resumo do diagnóstico diferencial:

- Trombose: História de claudicação + início em horas + doença aterosclerótica prévia.
- Embolia: Sem história de claudicação + início súbito (minutos) + fonte emboligênica (ex: arritmia).

---

### Questão 3

O quadro clínico descreve um paciente com tromboembolismo venoso (TEV), manifestado como embolia pulmonar (TEP) e trombose venosa profunda (TVP), em um contexto de pós-operatório de cirurgia ortopédica de grande porte e ausência de profilaxia. Para definir a conduta, devemos estratificar o risco do paciente e observar contraindicações.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A trombólise sistêmica é indicada apenas para pacientes com TEP de alto risco, caracterizado por instabilidade hemodinâmica (choque obstrutivo ou hipotensão arterial persistente). O paciente em questão apresenta taquicardia e queda de saturação, mas não há menção à hipotensão. Além disso, ele está no 3º dia de pós-operatório de uma grande cirurgia, o que representa uma contraindicação absoluta ou relativa importante à trombólise pelo altíssimo risco de sangramento.

Alternativa b) Incorreta. O manejo com heparina não fracionada (HNF) seguida de varfarina é uma estratégia clássica, porém o enunciado propõe apenas 24 horas de heparina. O início da varfarina exige uma sobreposição (ponte) com anticoagulante parenteral por, no mínimo, 5 dias e até que o RNI esteja na faixa terapêutica (2,0 a 3,0) em duas medidas consecutivas. O tempo sugerido de 24 horas é insuficiente para garantir a anticoagulação efetiva.

Alternativa c) Correta. Os anticoagulantes orais diretos (DOACs), como a rivaroxabana, são atualmente a primeira linha de tratamento para TEV em pacientes hemodinamicamente estáveis, devido à conveniência de não necessitarem de monitorização laboratorial frequente e possuírem eficácia similar à varfarina com menor risco de sangramento grave. O esquema posológico para rivaroxabana no tratamento agudo do TEV é exatamente o descrito: 15 mg duas vezes ao dia (de

12/12h) por 21 dias, seguido por 20 mg uma vez ao dia. O tempo de tratamento recomendado para um primeiro episódio provocado por fator de risco cirúrgico é de 3 a 6 meses.

Alternativa d) Incorreta. Embora a dabigatrana seja um DOAC eficaz, ela não pode ser iniciada imediatamente no tratamento do TEV agudo. Diferente da rivaroxabana e da apixabana, a dabigatrana exige que o paciente receba anticoagulação parenteral (geralmente heparina de baixo peso molecular) por pelo menos 5 a 10 dias antes da primeira dose oral. Portanto, o uso "imediato" torna a alternativa errada.

---

#### Questão 4

O caso descreve um paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) grave que apresenta um Pneumotórax Espontâneo Secundário (PES). O ponto central da questão é a conduta diante de uma fuga aérea persistente (fístula broncopleural) e a ausência de reexpansão pulmonar após 72 horas de drenagem torácica em selo d'água.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O uso de broncoscopia para instilação de cola biológica ou colocação de válvulas endobrônquicas é uma opção terapêutica reservada geralmente para pacientes que não possuem condições clínicas para suportar um procedimento cirúrgico (altíssimo risco cirúrgico) ou como medida de exceção. Embora o paciente tenha DPOC grave, ele encontra-se estável, e a cirurgia por vídeo é o padrão-ouro para resolver a causa-base da fuga aérea.

b) Correta. Em casos de pneumotórax espontâneo secundário, a persistência de fuga aérea por mais de 48 a 72 horas, associada à falha na reexpansão pulmonar, é uma indicação clássica de intervenção cirúrgica. A videotoracoscopia (VATS) permite a identificação da bolha que está causando o vazamento, sua ressecção (grampeamento/bulectomia) e a realização de pleurodese mecânica (abrasão pleural) ou química para prevenir recorrências, que são muito comuns em pacientes com DPOC. É a conduta definitiva e mais eficaz para o quadro apresentado.

c) Incorreta. A pleurodese química (seja com talco, doxiciclina ou nitrato de prata) através do dreno torácico só deve ser realizada se o pulmão estiver totalmente expandido, permitindo o contato entre a pleura visceral e a pleura parietal. Como o enunciado afirma que a radiografia mostra ausência de expansão pulmonar significativa, a pleurodese química pelo dreno falharia, pois o agente irritante não conseguiria "colar" as duas superfícies pleurais.

d) Incorreta. Retirar o dreno de um paciente que mantém fuga aérea ativa e pulmão colapsado é um erro grave. Isso resultaria no acúmulo imediato de ar no espaço pleural, podendo levar a um pneumotórax hipertensivo, insuficiência respiratória aguda e óbito, especialmente em um paciente com reserva funcional já limitada pela DPOC grave.

Resumo do raciocínio médico:

Diante de um pneumotórax secundário com fístula persistente (fuga aérea) e falha de reexpansão após 72 horas de drenagem adequada, a conduta de escolha para pacientes com estabilidade clínica é a abordagem cirúrgica (preferencialmente por vídeo) para tratar a fístula e realizar a pleurodese.

---

## Questão 5

Análise do quadro clínico e da imagem:

A paciente de 12 anos apresenta um quadro de abdome agudo obstrutivo associado a sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão e redução da diurese), o que sugere um componente isquêmico grave. Na tomografia de abdome (reconstrução coronal), observa-se o sinal patognomônico conhecido como sinal do redemoinho (\*whirlpool sign\*). Esse sinal ocorre quando as alças intestinais e os vasos mesentéricos giram em torno do eixo da artéria mesentérica superior, confirmando a presença de um volvo (torção).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A apendicite aguda é uma causa comum de dor abdominal nessa faixa etária e, em casos complicados, pode gerar peritonite generalizada e choque séptico. No entanto, a imagem tomográfica não mostra sinais localizados de inflamação no apêndice ou coleções purulentas típicas, mas sim uma torção vascular e de alças na região central do abdome.

b) Incorreta. A intussuscepção ileocólica é mais prevalente em lactentes (3 meses a 3 anos). Em crianças maiores, geralmente está associada a um fator causal (como um pólipos ou divertículo de Meckel). O aspecto radiológico clássico seria o sinal do alvo ou do pseudorrim, caracterizado por uma alça dentro da outra, o que difere da torção mesentérica observada.

c) Correta. A hipótese mais provável é a torção intestinal (volvo de delgado), frequentemente secundária a uma má rotação intestinal prévia. O sinal do redemoinho na tomografia é definitivo para o diagnóstico. A gravidade do estado geral da paciente (hipotensão e prostração) decorre do comprometimento vascular

agudo, que leva à isquemia intestinal, translocação bacteriana e choque.

d) Incorreta. Embora um corpo estranho possa causar obstrução intestinal, ele não explicaria o padrão de torção dos vasos mesentéricos visto na imagem. Além disso, corpos estranhos que causam obstrução completa e isquemia em 24 horas são menos comuns nessa faixa etária sem um histórico de ingestão acidental específica.

Conclusão: O achado de imagem é soberano e demonstra uma emergência cirúrgica na qual o mesentério está torcido, configurando o diagnóstico da alternativa C.

---

## Questão 6

Esta questão aborda o manejo inicial do trauma cervical penetrante. O ponto central para a resolução é o reconhecimento de que ferimentos cervicais que ultrapassam o músculo platísmo são potencialmente graves devido à densidade de estruturas vitais na região (vasos sanguíneos, via aérea e esôfago).

Análise do caso clínico:

O paciente está hemodinamicamente estável e sem sinais de alerta imediatos (sinais "duros" de lesão vascular ou aerodigestiva, como hematoma expansivo, choque refratário ou sopro). No entanto, há um detalhe fundamental: a presença de um coágulo aderido. No trauma, um coágulo nunca deve ser removido ou manipulado fora de um ambiente controlado (centro cirúrgico), pois ele pode estar exercendo um efeito de tamponamento em um vaso importante. A sua remoção inadvertida pode causar uma hemorragia maciça e fatal no pronto-socorro.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A limpeza local e a remoção do coágulo são condutas perigosas no pronto-socorro. Se houver uma lesão vascular subjacente, a retirada do coágulo provocará sangramento imediato que pode ser de difícil controle fora do ambiente cirúrgico. A sutura de pele sem a devida exploração ou avaliação por imagem em casos penetrantes também é contraindicada, pois pode mascarar uma lesão interna grave.

b) Correta. Esta é a conduta mais segura. O objetivo é não manipular o ferimento para evitar o sangramento. O curativo simples protege a ferida e o encaminhamento para um centro especializado (ou a solicitação de exames de imagem avançados, como a angiotomografia, se disponível no local) garante que a avaliação definitiva seja feita por uma equipe preparada para intervir cirurgicamente, se necessário.

c) Incorreta. A radiografia simples de pescoço tem utilidade muito limitada no trauma

penetrante (pode mostrar ar no subcutâneo ou corpos estranhos, mas não avalia bem as estruturas vitais). O teste de deglutição com líquidos é proscrito na fase inicial, pois, se houver lesão esofágica, o líquido pode causar mediastinite ou ser aspirado para a via respiratória.

d) Incorreta. A exploração manual ou digital de ferimentos cervicais no pronto-socorro é formalmente contraindicada. Além do risco de remover o coágulo e causar hemorragia, a exploração cega pode aprofundar a lesão ou causar danos a nervos e vasos que estavam preservados. A exploração de feridas cervicais deve ser realizada apenas no centro cirúrgico por cirurgião treinado.

Gabarito: Letra (b).

---

## Questão 7

Análise do caso:

O paciente apresenta um quadro de trauma abdominal contuso com dor epigástrica importante. A imagem da tomografia computadorizada revela uma descontinuidade total do parênquima pancreático (fratura) na região do corpo, situada à esquerda da coluna vertebral e dos vasos mesentéricos. Essa imagem é característica de uma lesão pancreática de Grau III na escala da AAST (American Association for the Surgery of Trauma), que se define pela transecção do órgão com envolvimento do ducto pancreático principal à esquerda dos vasos mesentéricos superiores.

Explicação das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A pancreaticoduodenectomia (cirurgia de Whipple) é uma operação complexa indicada apenas em situações de extrema gravidade, como lesões de Grau V, que envolvem a destruição maciça da cabeça do pâncreas e do duodeno. Como a lesão deste paciente é distal (no corpo do pâncreas), esse procedimento seria excessivo e inadequado.

Alternativa B: Incorreta. A drenagem percutânea não é o tratamento inicial indicado para uma transecção pancreática aguda com ruptura ductal. Ela costuma ser reservada para o manejo de complicações tardias, como coleções fluidas infectadas ou pseudocistos, mas não resolve a interrupção anatômica do órgão no momento do trauma.

Alternativa C: Incorreta. O tratamento não operatório (conservador) é seguro apenas para lesões de baixo grau (Grau I e II), onde o parênquima sofreu apenas contusão ou lacerações superficiais sem atingir o ducto pancreático principal. A imagem

demonstra uma fratura completa, o que implica em lesão ductal e alto risco de fístulas pancreáticas graves, exigindo intervenção cirúrgica.

Alternativa D: Correta. Diante de uma lesão de Grau III (transecção de corpo ou cauda do pâncreas com lesão do ducto de Wirsung), a conduta padrão é a pancreatectomia distal. A remoção da porção distal à fratura previne o extravasamento de suco pancreático na cavidade abdominal, reduzindo drasticamente a morbidade e a mortalidade associadas a esse tipo de trauma. O procedimento pode ser realizado com ou sem a preservação do baço, dependendo da estabilidade do paciente e das condições técnicas locais.

## Questão 8

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma mulher jovem (27 anos) com dor abdominal aguda que evoluiu de uma localização inicial (epigástrio e andar inferior) para uma dor difusa com sinais de irritação peritoneal franca (dor à descompressão brusca difusamente). A paciente apresenta febre, leucocitose e PCR elevada, indicando um processo inflamatório/infeccioso sistêmico. O uso prévio de ciprofloxacino sem melhora reforça que a hipótese de infecção urinária simples estava incorreta e que estamos diante de um abdome agudo cirúrgico (provável apendicite aguda perfurada ou Doença Inflamatória Pélvica complicada).

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

A videolaparoscopia é o método padrão-ouro neste cenário por ser, simultaneamente, diagnóstica e terapêutica. Em mulheres jovens com dor em andar inferior do abdome, o diagnóstico diferencial entre causas ginecológicas (como DIP ou cisto roto) e causas cirúrgicas (como apendicite) pode ser difícil apenas clinicamente. A laparoscopia permite a visualização direta de todos os órgãos pélvicos e do apêndice. Além disso, o IMC de 38 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau II) torna a abordagem laparoscópica ainda mais vantajosa, pois reduz o risco de infecção de ferida operatória e deiscências, além de proporcionar uma melhor visualização da cavidade em comparação com a laparotomia em pacientes obesos.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Ultrassom transvaginal: Embora seja um excelente exame para avaliar anexos e útero, a paciente já apresenta sinais clínicos claros de peritonite generalizada (descompressão brusca difusa). O diagnóstico de abdome agudo cirúrgico já é clínico. Retardar o tratamento definitivo para realizar exames de imagem em uma paciente

com peritonite pode postergar a resolução do quadro, além de a obesidade dificultar a janela acústica de exames abdominais.

c) Laparotomia mediana: A laparotomia é uma via de acesso válida para o tratamento de peritonite, mas, em pacientes estáveis e com IMC elevado, a videolaparoscopia é preferencial. A laparotomia mediana é mais invasiva, tem maior tempo de recuperação e maiores taxas de complicações incisionais em pacientes obesos. Ela seria reservada para casos de instabilidade hemodinâmica grave ou impossibilidade técnica da laparoscopia.

d) Escalonar antibiótico: Esta conduta seria puramente clínica. A presença de descompressão brusca difusa (sinal de Blumberg generalizado) indica inflamação do peritônio parietal, o que caracteriza uma emergência cirúrgica. O tratamento apenas com antibióticos (conduta conservadora) é contraindicado na vigência de peritonite difusa por perfuração de víscera oca ou abscesso roto.

---

### Questão 9

O caso clínico apresenta um paciente idoso com uma neoplasia cutânea de crescimento rápido sobre uma cicatriz de queimadura antiga (ocorrida há mais de 60 anos) que cicatrizou por segunda intenção (sem enxertia). Essa descrição é o quadro clássico da Úlcera de Marjolin.

Análise das alternativas:

a) Úlcera de Marjolin: Alternativa correta. A Úlcera de Marjolin refere-se ao surgimento de um carcinoma, mais comumente o carcinoma espinocelular (CEC), sobre áreas de cicatrizes crônicas, úlceras de insuficiência venosa, osteomielite crônica ou, como no caso, cicatrizes de queimaduras extensas que não foram devidamente enxertadas. A imagem mostra uma lesão exofítica, ulcerada, com bordos irregulares e áreas de necrose/crostas, surgindo sobre uma pele com aspecto cicatricial (atrófica e hipocrômica), o que corrobora o diagnóstico. O longo período de latência (décadas) e o crescimento agressivo são características marcantes.

b) Melanoma: Alternativa incorreta. Embora o melanoma possa surgir em qualquer local da pele, ele se caracteriza clinicamente pela regra do ABCDE (assimetria, bordas irregulares, cores variadas, diâmetro > 6 mm e evolução). Apesar de a imagem mostrar uma lesão irregular, a história epidemiológica de surgimento sobre cicatriz de queimadura profunda de longa data direciona o diagnóstico especificamente para a Úlcera de Marjolin (CEC).

c) Ceratose seborreica: Alternativa incorreta. Trata-se de uma lesão benigna,

epitelial, com aspecto de "carimbo" ou "massa de modelar colada à pele", geralmente verrucosa e de crescimento lento. Não apresenta o comportamento invasivo, ulcerado e de crescimento rápido descrito no enunciado, nem possui associação com cicatrizes de queimadura.

d) Lesão por pressão: Alternativa incorreta. As lesões por pressão ocorrem devido à isquemia tecidual prolongada em áreas de proeminência óssea em pacientes imobilizados. Embora a região poplíteia possa sofrer pressão em casos específicos, a história de uma tumoração que cresce rapidamente sobre uma cicatriz de 63 anos e o aspecto vegetante da imagem são indicativos de neoplasia maligna, e não de uma úlcera de decúbito simples.

A associação entre a imagem e o enunciado confirma que a instabilidade crônica da cicatriz de queimadura, sem a proteção biológica da enxertia, predispõe a transformação maligna para um carcinoma espinocelular, definindo a Úlcera de Marjolin.

---

### Questão 10

A análise dos gráficos de monitorização ventilatória permite identificar a transição entre dois modos ventilatórios. No gráfico da esquerda (Antes), observamos o modo Ventilação Controlada a Volume (VCV), caracterizado por uma onda de fluxo quadrada (fluxo constante em rosa) e uma onda de pressão em rampa (em amarelo), apresentando um pico de pressão seguido de uma pausa inspiratória (platô). No gráfico da direita (Depois), observamos o modo Ventilação Controlada a Pressão (PCV), caracterizado por uma onda de pressão quadrada (pressão limitada e constante em amarelo) e uma onda de fluxo com perfil desacelerado (em rosa).

Alternativa a) Incorreta. Ao observar o eixo da pressão (Paw), nota-se que no modo VCV (Antes) a pressão de pico atingia aproximadamente 25 cmH<sub>2</sub>O. Após a mudança para PCV (Depois), a pressão foi limitada em um patamar de 20 cmH<sub>2</sub>O. Portanto, houve uma redução da pressão máxima nas vias aéreas, e não um aumento.

Alternativa b) Incorreta. O aprisionamento de ar (auto-PEEP) é identificado no gráfico de fluxo quando a curva de expiração (parte negativa da curva rosa) não retorna à linha de base (zero) antes do início da próxima inspiração. Em ambos os gráficos, observa-se que o fluxo expiratório atinge o zero, indicando que o tempo expiratório é suficiente para o esvaziamento pulmonar completo.

Alternativa c) Incorreta. A mudança foi para o modo PCV, onde a ciclagem (transição da inspiração para a expiração) é feita por tempo, baseada no tempo inspiratório ajustado no ventilador. A ciclagem a fluxo é uma característica do modo Pressão de

Suporte (PSV), o que não corresponde ao padrão de onda quadrada de pressão com tempo inspiratório fixo apresentado no segundo gráfico.

Alternativa d) Correta. No modo VCV com fluxo constante (onda quadrada), como visto no gráfico "Antes", é possível calcular facilmente a resistência das vias aéreas. A fórmula utilizada é: Resistência = (Pressão de Pico - Pressão de Platô) / Fluxo. Como o fluxo é mantido constante durante toda a inspiração, a diferença entre a pressão necessária para vencer a resistência (pico) e a pressão necessária para manter os alvéolos abertos (platô) permite a mensuração direta da carga resistiva do sistema. No modo de fluxo desacelerado (Depois), esse cálculo é dificultado, pois o fluxo varia continuamente.

### Questão 11

O quadro clínico descreve uma paciente de 60 anos com um infarto agudo do miocárdio (IAM) de parede anterior extenso (com supra de ST), evoluindo com insuficiência cardíaca aguda e edema agudo de pulmão. Os achados de hipoxemia (PO<sub>2</sub> baixa), lactato elevado (má perfusão), infiltrado bilateral no raio X e disfunção sistólica no ecocardiograma confirmam a origem cardiogênica do problema respiratório.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o sistema linfático atue tentando drenar o excesso de líquido do interstício pulmonar, o edema não ocorre por uma diminuição da sua capacidade de drenagem primária. O que ocorre é um desequilíbrio nas forças de Starling, em que a taxa de filtração de líquido para fora dos capilares excede a capacidade máxima de transporte dos linfáticos.

b) Correta. Esta é a base fisiopatológica do edema agudo de pulmão cardiogênico. Após um infarto extenso, o ventrículo esquerdo (VE) perde sua capacidade contrátil (disfunção sistólica). Com o esvaziamento incompleto, o volume e a pressão dentro do VE ao final da diástole aumentam (aumento da pressão diastólica final do VE — PDFVE). Como não há válvulas entre o átrio esquerdo e as veias pulmonares, esse aumento de pressão é transmitido retrogradamente para o átrio esquerdo e, conseqüentemente, para os capilares pulmonares. Quando a pressão hidrostática capilar supera a pressão oncótica plasmática, ocorre o extravasamento de líquido para o interstício e para os alvéolos, gerando o infiltrado pulmonar e a dificuldade respiratória.

c) Incorreta. A circulação pulmonar é, na verdade, um sistema de alta capacitância e baixa resistência em condições fisiológicas. A causa do quadro não é uma

característica intrínseca de baixa capacitância, mas sim o aumento patológico das pressões hidrostáticas devido à falência do ventrículo esquerdo.

d) Incorreta. O recrutamento e a distensão dos capilares pulmonares são mecanismos fisiológicos que o pulmão utiliza para acomodar aumentos no débito cardíaco (como durante o exercício) sem elevar drasticamente a pressão arterial pulmonar. No contexto da questão, embora possa haver distensão capilar devido à congestão passiva, o que explica o "quadro pulmonar" (edema/infiltrado) é o aumento da pressão hidrostática que leva à transudação, e não o recrutamento capilar em si.

## Questão 12

Para resolver essa questão, devemos seguir as diretrizes mais recentes do ATLS (11ª edição), que mantêm a tendência de evitar a sobrecarga hídrica (o chamado fluid creep) observada em protocolos antigos.

Cálculo da Superfície Corporal Queimada (SCQ):

Para o cálculo da hidratação no trauma, apenas as queimaduras de segundo e terceiro grau devem ser consideradas. Queimaduras de primeiro grau não entram no cálculo. Portanto:

- 20% (segundo grau) + 10% (terceiro grau) = 30% de SCQ.

Fórmula da Hidratação (ATLS 11ª Edição):

A recomendação para queimaduras térmicas em adultos é de 2 mL de Ringer lactato por quilo de peso por percentual de SCQ (2 mL/kg/%SCQ).

- Cálculo: 2 mL x 80 kg x 30 = 4.800 mL nas primeiras 24 horas.

Distribuição do Volume:

Metade do volume total calculado deve ser administrada nas primeiras 8 horas, contadas a partir do momento da queimadura.

- Volume para as primeiras 8 horas:  $4.800 / 2 = 2.400$  mL.

- Velocidade de infusão:  $2.400 \text{ mL} / 8 \text{ horas} = 300$  mL por hora.

Meta de Diurese (Débito Urinário):

Em adultos, a hidratação deve ser titulada para manter uma diurese de 0,5 mL/kg/hora.

- Cálculo:  $0,5 \text{ mL} \times 80 \text{ kg} = 40$  mL por hora.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O valor de 500 mL por hora não condiz com o cálculo de 300 mL/h

derivado da fórmula atualizada de 2 mL/kg/%SCQ para um paciente de 80 kg com 30% de área queimada relevante.

b) Incorreta. Esta alternativa utiliza um volume total de 6.400 mL (que seria o resultado se considerássemos os 40% de área total, incluindo o primeiro grau, o que é um erro técnico). Além disso, a meta de diurese de 80 mL/h (1,0 mL/kg/h) é indicada para crianças ou casos de queimadura elétrica com mioglobulinúria, não para queimaduras térmicas em adultos.

c) Correta. O cálculo de 4.800 mL totais está correto ( $2 \times 80 \times 30$ ). A velocidade de 300 mL/h corresponde à infusão da metade desse volume (2.400 mL) nas primeiras 8 horas. A meta de diurese de 40 mL/h está correta para o peso do paciente (0,5 mL/kg/h).

d) Incorreta. O volume de 6.400 mL e a velocidade de 400 mL/h estão errados porque consideraram erroneamente a queimadura de primeiro grau no cálculo (40% de SCQ), totalizando  $2 \times 80 \times 40 = 6.400$  mL. No trauma, queimaduras de primeiro grau são apenas dolorosas e não causam o extravasamento capilar que justifica a reposição volêmica agressiva.

---

### Questão 13

O diagnóstico do paciente é de Carcinoma Medular de Tireoide (CMT). Esta conclusão é extraída do enunciado ao mencionar que a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) revelou neoplasia originada de células parafoliculares, também conhecidas como células C. O CMT possui características biológicas e marcadores de acompanhamento distintos dos carcinomas diferenciados da tireoide (papilífero e folicular).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A tireoglobulina é produzida exclusivamente pelas células foliculares da tireoide. Ela é o marcador de escolha para o seguimento de carcinomas diferenciados (papilífero e folicular). Como o CMT se origina das células parafoliculares, a tireoglobulina não é expressa e não tem utilidade no seguimento deste paciente.

Alternativa b) Incorreta. O paratormônio (PTH) seria dosado no rastreamento de hiperparatireoidismo primário, que pode estar associado ao CMT dentro da síndrome de Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2A (NEM 2A). Contudo, o enunciado informa que a pesquisa de mutação germinativa no gene RET foi negativa, o que indica tratar-se de um CMT esporádico e não hereditário, tornando a dosagem rotineira de PTH desnecessária para o seguimento oncológico.

Alternativa c) Incorreta. Embora a ultrassonografia cervical seja um exame de imagem importante, ela não é o parâmetro isolado mais sensível para o acompanhamento inicial. No pós-operatório do CMT, a monitorização bioquímica é a ferramenta mais precoce para detectar recidivas ou doença persistente. Exames de imagem são habitualmente direcionados pelos resultados dos marcadores séricos.

Alternativa d) Correta. A calcitonina é o hormônio produzido pelas células parafoliculares e funciona como o marcador tumoral mais sensível e específico para o CMT. Após a tireoidectomia total com esvaziamento linfonodal, espera-se que os níveis de calcitonina tornem-se indetectáveis. O acompanhamento pós-operatório baseia-se fundamentalmente na dosagem periódica de calcitonina sérica (muitas vezes associada ao CEA - antígeno carcinoembrionário) para monitorar o sucesso cirúrgico e identificar precocemente qualquer recorrência da doença.

---

### Questão 14

O caso clínico descreve um paciente com Doença Renal Crônica (DRC) em estágio terminal (em hemodiálise há 12 anos) que apresenta um quadro de hipercalcemia associado a níveis muito elevados de paratormônio (PTH) e fósforo. Para compreender a alternativa correta, devemos analisar a evolução do hiperparatireoidismo na doença renal.

No cenário da DRC, o paciente inicialmente desenvolve o hiperparatireoidismo secundário. Isso ocorre devido à retenção de fósforo e à deficiência de vitamina D ativa (calcitriol), o que leva à hipocalcemia e estimula as glândulas paratireoides a produzirem mais PTH para tentar normalizar o cálcio.

Com o passar de muitos anos de estímulo crônico (12 anos no caso do paciente), as glândulas paratireoides sofrem um processo de hiperplasia progressiva. Em certo ponto, essa hiperplasia torna-se autônoma e as glândulas perdem a sensibilidade aos níveis de cálcio circulante, passando a secretar PTH de forma desenfreada. Quando isso ocorre, o PTH elevado provoca hipercalcemia, caracterizando o chamado hiperparatireoidismo terciário. Como o paciente já suspendeu o uso de cálcio e calcitriol há 4 meses e permanece hipercalcêmico com PTH muito alto, a causa é endógena e autonômica.

Análise das alternativas:

a) Correta. A hiperplasia das glândulas paratireoides é a base fisiopatológica do hiperparatireoidismo terciário. Após anos de estímulo na insuficiência renal crônica, as glândulas crescem e passam a funcionar de forma independente, resultando em

níveis elevados de PTH que levam à hipercalcemia.

b) Incorreta. A produção ectópica de PTH verdadeiro é extremamente rara. O que comumente ocorre em neoplasias é a produção da proteína relacionada ao PTH (PTHrP), que causa hipercalcemia, mas o PTH intacto costuma estar suprimido (baixo), o que é o oposto do laboratório apresentado.

c) Incorreta. Em pacientes com DRC avançada, há uma redução drástica da ativação da vitamina D (conversão de 25-OH-D em 1,25-(OH)<sub>2</sub>-D), pois os rins não conseguem realizar a 1-alfa-hidroxilação de forma eficiente. Além disso, o paciente parou de tomar o calcitriol.

d) Incorreta. Embora o rim seja um local de depuração de fragmentos do PTH, o aumento massivo e sustentado do PTH intacto (780 pg/mL) associado à hipercalcemia em um paciente de longa data na diálise é decorrente da hipersecreção glandular (hiperplasia/autonomia) e não apenas de uma falha na eliminação do hormônio.

---

## Questão 15

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de colecistite aguda calculosa, caracterizado por dor no hipocôndrio direito, febre, sinal de Murphy positivo e achados ultrassonográficos compatíveis (parede espessada, cálculo impactado e líquido pericolecístico). No entanto, o ponto crucial para a decisão terapêutica é o perfil de gravidade e as comorbidades do paciente. Ele é idoso, cardiopata grave (infarto recente há 6 meses), pneumopata grave (DPOC em uso de oxigênio domiciliar) e está em uso de dupla antiagregação plaquetária (AAS e clopidogrel). Segundo os Critérios de Tokyo (TG18), este paciente possui um risco cirúrgico extremamente elevado (provável ASA IV).

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

A colecistostomia percutânea guiada por imagem associada à antibioticoterapia é a conduta de escolha para pacientes com colecistite aguda que apresentam alto risco cirúrgico ou contraindicações formais para a anestesia geral e o procedimento cirúrgico imediato. A drenagem permite o controle do foco infeccioso (descompressão da vesícula) de forma minimamente invasiva, estabilizando o paciente sem expô-lo aos riscos de uma cirurgia de grande porte sob efeito de antiagregantes e com reserva cardiopulmonar limitada.

## POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O tratamento conservador apenas com antibióticos e suporte tem maior taxa de falha em casos de colecistite moderada a grave ou em pacientes com sinais sistêmicos importantes (taquicardia e hipotensão limite). Postergar a intervenção sem garantir a drenagem do foco purulento em um paciente de alto risco pode levar à piora do quadro séptico.

Alternativa B: Embora a colecistectomia videolaparoscópica seja o padrão-ouro para o tratamento da colecistite, ela é contraindicada neste momento devido ao altíssimo risco cardiovascular e pulmonar. O pneumoperitônio necessário para a laparoscopia pode ser mal tolerado pelo paciente com DPOC avançado, e o uso de clopidogrel aumenta significativamente o risco de sangramento intraoperatório.

Alternativa C: A colecistostomia por via cirúrgica aberta é uma opção terapêutica histórica, mas atualmente é considerada mais invasiva que a via percutânea. A drenagem por radiologia intervencionista (percutânea) é preferível por evitar a necessidade de anestesia geral e incisão abdominal, apresentando menores taxas de complicação em pacientes críticos.

## RESUMO DA CONDUTA

Em pacientes com colecistite aguda e risco cirúrgico proibitivo ou instabilidade que impeça a cirurgia imediata, a estratégia de "drenar agora para operar depois" (ou manter apenas a drenagem como tratamento definitivo em casos selecionados) através da colecistostomia percutânea é a conduta preconizada pelos consensos internacionais.

## Questão 16

Análise do caso: O paciente apresenta um trauma vascular de extremidade com sinais claros de gravidade, conhecidos na literatura como sinais de certeza ou sinais duros de lesão arterial: hematoma expansivo, sangramento ativo, ausência de pulsos distais e déficit sensitivo-motor discreto (indicando isquemia aguda). A angiotomografia confirma a lesão na artéria femoral superficial, que é o principal vaso de suprimento sanguíneo para o membro inferior abaixo do nível da coxa.

Alternativa a: Incorreta. A embolização endovascular é uma técnica que consiste na oclusão intencional de um vaso para interromper um sangramento. No caso da artéria femoral superficial, por ser um tronco arterial principal e essencial para a viabilidade do membro, a sua oclusão levaria à isquemia crítica e provável perda da perna por necrose. A embolização é reservada para ramos arteriais menores ou

vasos não essenciais.

Alternativa b: Incorreta. O manejo conservador com compressão e observação é absolutamente contraindicado em lesões arteriais maiores que apresentam hematoma expansivo e sinais de isquemia distal. Essa conduta permitiria a progressão do choque hipovolêmico e o agravamento da isquemia, resultando em danos irreversíveis ao membro em poucas horas.

Alternativa c: Correta. A exploração cirúrgica imediata é a conduta de escolha para lesões de grandes artérias periféricas em pacientes que apresentam sinais de certeza de lesão vascular. O objetivo da cirurgia é o controle rápido da hemorragia e a restauração do fluxo sanguíneo (revascularização), que pode ser feita através de reparo direto (sutura), anastomose término-terminal ou interposição de enxerto venoso ou sintético. Essa abordagem também permite a avaliação de lesões venosas ou nervosas associadas e o desbridamento de tecidos lesados pelo projétil.

Alternativa d: Incorreta. Embora o tratamento endovascular com stent revestido possa ser utilizado em casos selecionados e estáveis, ele não é a primeira escolha neste cenário. O ferimento por arma de fogo é considerado uma ferida contaminada, o que aumenta o risco de infecção de próteses endovasculares. Além disso, a artéria femoral superficial é um vaso sujeito a grandes forças de flexão e torção, o que pode levar à fratura ou oclusão do stent. A cirurgia aberta permite um controle mais seguro e definitivo em situações de urgência com sangramento ativo e hematoma expansivo.

---

### Questão 17

A questão aborda a anatomia cirúrgica do pescoço, especificamente os riscos envolvidos na biópsia de linfonodos cervicais. Para responder corretamente, é fundamental correlacionar os níveis ganglionares com as estruturas nobres adjacentes.

O nível V da classificação cervical compreende o triângulo posterior do pescoço, delimitado anteriormente pela borda posterior do músculo esternocleidomastoideo, posteriormente pela borda anterior do músculo trapézio e inferiormente pela clavícula. Este nível é subdividido em Va (superior) e Vb (inferior).

Análise das alternativas:

a) Nervo acessório: Esta é a alternativa correta. O nervo acessório (XI par craniano) atravessa o triângulo posterior do pescoço (Nível V) de forma relativamente superficial logo após emergir da borda posterior do esternocleidomastoideo. Ele

caminha em direção ao músculo trapézio, ao qual fornece inervação motora. Devido à sua localização no tecido adiposo do triângulo posterior, ele é a estrutura nervosa mais vulnerável durante procedimentos cirúrgicos nessa região, como a biópsia excisional de linfonodos do nível V. Sua lesão causa queda do ombro e dificuldade de abdução do braço acima de 90 graus por paralisia do trapézio.

b) Gânglio estrelado: Incorreto. O gânglio estrelado faz parte da cadeia simpática cervical e resulta da fusão do gânglio cervical inferior com o primeiro gânglio torácico. Ele está localizado profundamente no pescoço, anterior ao processo transversal de C7 e ao colo da primeira costela, atrás da artéria vertebral. Não é uma estrutura de risco em uma biópsia superficial de linfonodo no nível Vb.

c) Nervo frênico: Incorreto. Embora o nervo frênico esteja localizado na região inferior do pescoço, ele situa-se profundamente à fáscia pré-vertebral, repousando sobre a face anterior do músculo escaleno anterior. Em uma biópsia de nível Vb, o cirurgião teria que dissecar planos muito profundos e ultrapassar a fáscia cervical profunda para colocá-lo em risco, tornando o nervo acessório uma preocupação muito mais imediata e superficial.

d) Nervo hipoglosso: Incorreto. O nervo hipoglosso (XII par craniano) localiza-se na região superior do pescoço, transitando pelos níveis I e II. Ele passa profundamente ao ventre posterior do músculo digástrico e segue em direção à língua. Não possui relação anatômica com o nível Vb (região supraclavicular/triângulo posterior inferior).

Em resumo, ao realizar uma biópsia no nível V, a preservação do nervo acessório é a principal prioridade técnica do cirurgião para evitar sequelas motoras no ombro do paciente.

---

### Questão 18

A gangrena de Fournier é uma emergência cirúrgica caracterizada por uma fascíte necrosante de rápida progressão na região perineal. O pilar do tratamento baseia-se no tripé: suporte hemodinâmico, antibioticoterapia de amplo espectro e, fundamentalmente, desbridamento cirúrgico agressivo.

Análise da questão e imagem:

O paciente apresenta sinais claros de falha no controle do foco infeccioso no 3º dia pós-operatório, manifestados por choque séptico persistente, necessidade de vasopressores e piora dos marcadores inflamatórios (leucocitose e lactato). A imagem corrobora o exame físico descrito, mostrando uma ferida extensa com tecidos desvitalizados, secreção fibrinopurulenta e focos de necrose (visíveis como áreas acinzentadas e amareladas sobre os testículos e leito da ferida). Na fascíte

necrosante, o desbridamento inicial raramente é definitivo. O padrão de cuidado exige reavaliações frequentes e novos desbridamentos seriados (second look) até que não haja mais tecido desvitalizado.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. Embora o ajuste da antibioticoterapia seja importante, o quadro clínico de sepse refratária com necrose visível indica que o problema principal é a falta de controle de foco cirúrgico. Antibióticos não penetram em tecidos necróticos e avasculares; portanto, apenas o escalonamento medicamentoso não interromperá a progressão da doença.

b) Correta. A conduta imediata é soberana diante da progressão da necrose e piora clínica e o novo desbridamento cirúrgico. É fundamental remover todo o tecido infectado e desvitalizado até atingir bordas de tecido saudável e sangrante. A coleta de fragmentos de tecido (e não apenas swab superficial) é a conduta correta para guiar a terapia antimicrobiana de forma precisa.

c) Incorreta. A oxigenoterapia hiperbárica é considerada uma terapia adjuvante e opcional, nunca devendo substituir ou atrasar a reintervenção cirúrgica em um paciente com choque séptico e foco infeccioso evidente.

d) Incorreta. O fechamento da ferida com retalhos é uma etapa de reconstrução tardia. Tentar fechar uma ferida com sinais ativos de infecção e necrose residual seria um erro grave, pois aprisionaria a infecção nos espaços profundos, levando a uma rápida progressão da sepse e possível óbito. O fechamento só é realizado após a total limpeza da ferida e presença de tecido de granulação saudável.

---

## Questão 19

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente jovem com quadro de Retocolite Ulcerativa (RCU) grave, sugerido pela história de diarreia sanguinolenta intensa e uso crônico de corticoides. A evolução para instabilidade hemodinâmica, febre, dor abdominal difusa e sinais de peritonite indica uma complicação cirúrgica grave, como o megacólon tóxico ou perfuração colônica.

A macroscopia da peça cirúrgica (colectomia total) é fundamental para o diagnóstico: observa-se um acometimento contínuo e difuso, com mucosa intensamente inflamada, hiperemiada e ulcerada, estendendo-se do reto aos cólons. Essa característica de continuidade e a ausência de áreas de mucosa preservada (skip

lesions) são típicas da RCU, diferenciando-a da Doença de Crohn.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. Este achado descreve a Colite Pseudomembranosa, causada pela toxina da bactéria *Clostridioides difficile*. Embora também cause diarreia e possa evoluir para megacólon, a macroscopia típica revela placas amareladas (pseudomembranas) aderidas à mucosa, e não uma ulceração contínua e difusa como a descrita e vista na imagem.

b) Incorreta. Estes são os achados clássicos da Doença de Crohn: inflamação transmural (que atinge todas as camadas da parede intestinal), presença de granulomas não caseosos e o padrão de acometimento salteado (áreas doentes intercaladas com áreas normais). O enunciado enfatiza que a inflamação é contínua e difusa, o que exclui essa hipótese.

c) Incorreta. Depósitos amiloides e vasculite não são achados primários ou característicos das doenças inflamatórias intestinais idiopáticas. A amiloidose pode ser uma complicação rara de doenças inflamatórias crônicas, mas não define a patologia descrita.

d) Correta. A Retocolite Ulcerativa caracteriza-se histologicamente por um processo inflamatório que, na grande maioria dos casos, fica restrito à mucosa e à submucosa. Os achados mais específicos incluem a distorção da arquitetura das criptas colônicas (indicando cronicidade), a presença de infiltrado inflamatório plasmocitário basal e os abscessos de cripta (coleções de neutrófilos no lúmen das criptas glandulares), que confirmam a atividade da doença. A imagem da peça cirúrgica corrobora esse diagnóstico ao mostrar a perda completa da integridade da mucosa de forma uniforme.

---

### Questão 20

Texto Original:

O caso clínico descreve um paciente de 58 anos com doença hemorroidária de grau IV. Essa classificação é definida pela presença de prolapso persistente e irreduzível. O exame físico e a imagem confirmam um prolapso circunferencial volumoso com um componente cutâneo externo importante. Quando o tratamento conservador falha em casos avançados, a cirurgia é indicada.

Alternativa a: Incorreta. A desarterialização hemorroidária guiada por Doppler com mucopexia (THD) é uma técnica não excisional que visa reduzir o fluxo sanguíneo para os mamilos e fixar a mucosa prolapsada. Ela é indicada principalmente para

hemorroidas de graus II e III, especialmente quando o sangramento é a queixa principal. Ela não é eficaz para tratar o componente externo volumoso ou o prolapso fibrótico e irreduzível do grau IV.

Alternativa b: Incorreta. A hemorroidopexia grampeada (PPH) utiliza um grampeador circular para ressecar uma faixa de mucosa retal acima da linha pectínea, "levantando" o tecido prolapsado. Embora trate o prolapso interno, ela não aborda o componente hemorroidário externo nem os plicomas cutâneos. Em casos de volumoso componente externo, como o do paciente, o PPH deixaria tecido residual, resultando em insatisfação e falha terapêutica.

Alternativa c: Correta. A hemorroidectomia excisional (seja pela técnica aberta de Milligan-Morgan ou fechada de Ferguson) é considerada o padrão-ouro para o tratamento de hemorroidas de grau IV e para pacientes com componente externo significativo. É o único método que garante a remoção completa dos mamilos internos e externos e do excesso de pele, tratando definitivamente a "massa" referida pelo paciente e visualizada na imagem.

Alternativa d: Incorreta. A esclerose ou ablação com laser de diodo é uma técnica minimamente invasiva utilizada para graus iniciais (I, II ou alguns casos selecionados de grau III). Ela não possui eficácia comprovada para resolver prolapso circunferenciais volumosos, irreduzíveis e com grande excesso de pele externa.

Associação com a imagem: A foto mostra um prolapso hemorroidário evidente, com sinais de congestão e edema, englobando toda a circunferência anal. Observa-se que o tecido exteriorizado não é apenas mucosa interna, mas também envolve a transição para a pele perianal, caracterizando a necessidade de uma técnica que realize a exérese desse tecido excedente.

---

## Questão 21

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é estruturado em quatro componentes principais. A imagem apresentada ilustra a interação entre o indivíduo e os diversos sistemas em que ele está inserido.

Alternativa (a) - Correta: O componente de Entendendo a pessoa como um todo busca integrar a doença e a experiência da pessoa com seu contexto de vida e ciclo vital. A figura mostra claramente essa visão biopsicossocial e sistêmica. No lado esquerdo, vemos a dimensão individual (Sentimentos, Ideias, Funcionamento e Expectativas - o mnemônico SINFET). À direita, a imagem expande essa visão para os contextos Próximo (família, rede social imediata), Amplo (trabalho, comunidade, lazer) e Macro (economia, cultura, ambiente). A união dessas dimensões representa a

compreensão da totalidade da pessoa.

Alternativa (b) - Incorreta: Intensificar a relação entre a pessoa e o médico é o quarto componente do MCCP. Ele foca na construção de vínculo, compaixão, empatia e no uso terapêutico do próprio médico durante a consulta. Embora os contextos influenciem a relação, a imagem não descreve a interação entre os dois atores, mas sim a estrutura de vida do paciente.

Alternativa (c) - Incorreta: Explorar a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a doença é o primeiro componente do método. Ele foca especificamente em diferenciar a patologia (disease) da experiência subjetiva de estar doente (illness), representada na figura apenas pelo pequeno círculo à esquerda (Pessoa). O restante da imagem (os círculos de contexto) ultrapassa esse componente, entrando na definição de pessoa como um todo.

Alternativa (d) - Incorreta: Elaborar um plano conjunto de manejo de problemas é o terceiro componente. Ele envolve a pactuação, a definição de metas comuns e a negociação do tratamento entre médico e paciente. A figura é descritiva sobre a realidade do paciente e não ilustra um processo de negociação ou decisão compartilhada.

Em suma, ao apresentar as camadas contextuais (próximo, amplo e macro) conectadas ao indivíduo, a questão exige o reconhecimento do componente que avalia o paciente inserido em seu ecossistema, o que define o entendimento da pessoa como um todo.

---

## Questão 22

O modelo das três demoras, proposto por Thaddeus e Maine, é uma ferramenta fundamental em saúde pública para identificar em quais pontos a assistência falha e resulta em morte materna. Ele divide o problema em três fases temporais e logísticas:

Primeira demora: É a demora na decisão de procurar assistência médica. Ocorre por falta de conhecimento sobre sinais de alerta, barreiras culturais ou questões socioeconômicas da família.

Segunda demora: É a demora em chegar à unidade de saúde. Está relacionada à acessibilidade geográfica, falta de transporte adequado, estradas precárias ou distância física entre a residência e o hospital.

Terceira demora: É a demora em receber o tratamento adequado e oportuno dentro

da unidade de saúde. Ocorre quando a paciente já está no hospital, mas enfrenta falta de insumos, equipe despreparada, ausência de especialistas ou lentidão na execução de condutas clínicas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O aconselhamento genético é um serviço ambulatorial e geralmente eletivo. A terceira demora foca na assistência às complicações obstétricas agudas que levam ao óbito (como hemorragias e pré-eclâmpsia). Além disso, a espera por consultas especializadas eletivas não é o foco principal desse modelo de mortalidade.

Alternativa (b) Correta. A criação de protocolos específicos de atendimento (como o protocolo de hemorragia pós-parto ou de crise hipertensiva) visa padronizar e agilizar a assistência dentro do hospital. Se a equipe sabe exatamente o que fazer assim que a paciente chega, reduz-se o tempo interno de resposta, combatendo diretamente a terceira demora.

Alternativa (c) Incorreta. O transporte sanitário é a ferramenta utilizada para levar a paciente até a unidade de saúde ou transferi-la. Portanto, ações de melhoria no transporte visam reduzir a segunda demora.

Alternativa (d) Incorreta. Orientar a gestante sobre sinais de gravidade serve para que ela e seus familiares reconheçam o perigo e decidam buscar ajuda rapidamente. Essa intervenção atua na primeira demora.

---

### Questão 23

Para resolver esta questão, devemos analisar três pilares fundamentais da pediatria: a velocidade de crescimento, a altura-alvo e o desenvolvimento puberal.

Análise clínica e da imagem:

Ao observar o gráfico de Estatura por Idade, os pontos plotados mostram que a criança está crescendo de forma paralela às curvas de percentis, embora esteja situada abaixo do percentil 3. Isso indica que a velocidade de crescimento é normal. Se projetarmos a linha de crescimento atual do paciente até o final da adolescência (19 anos), ele atingirá aproximadamente 164 cm. Este valor coincide exatamente com a altura-alvo calculada pela médica (1,64 m).

Além disso, o paciente já iniciou a puberdade (Tanner G2P2), o que é esperado para a idade de 12 anos, e sua idade óssea (13 anos) está compatível com sua idade

cronológica e estágio puberal. O peso adequado para a altura e a ausência de sintomas reforçam a saúde da criança.

Diagnóstico: Baixa Estatura Familiar. Esta é uma variante normal do crescimento, em que a criança apresenta estatura baixa porque segue o padrão genético de seus pais, mas mantém uma velocidade de crescimento adequada e atingirá seu potencial familiar.

Justificativa das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não há indicação de dosagem hormonal (como IGF-1 para avaliação de GH ou TSH para tireoide) neste momento. Esses exames seriam indicados se a velocidade de crescimento estivesse reduzida (curva horizontalizada ou caindo entre os percentis) ou se houvesse atraso puberal significativo.

Alternativa b) Incorreta. O rastreamento de doenças inflamatórias, reumatológicas ou sistêmicas (como doença celíaca) é indicado quando a criança apresenta perda de peso, sintomas gastrintestinais ou quando a curva de crescimento sofre uma deflexão (parada de crescimento), o que não é o caso deste paciente saudável.

Alternativa c) Correta. Como o crescimento é normal para o potencial genético do paciente (está "dentro do canal familiar") e a velocidade de crescimento é preservada, a conduta correta é apenas o acompanhamento clínico periódico na puericultura. O médico deve tranquilizar a família sobre a normalidade do processo.

Alternativa d) Incorreta. O encaminhamento ao especialista não é necessário. O médico de família ou o pediatra geral pode manejar variantes normais do crescimento. O encaminhamento seria reservado para casos de baixa estatura patológica ou quando a previsão de estatura final estivesse muito abaixo da altura-alvo.

---

## Questão 24

A questão aborda o manejo do tabagismo na Atenção Primária, fundamentado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. Para definir a melhor conduta, devemos considerar o grau de dependência, as comorbidades do paciente e os componentes do tratamento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O tratamento do tabagismo baseia-se em dois pilares: a abordagem humanizada (aconselhamento terapêutico estruturado) e o tratamento

medicamentoso. O paciente apresenta indicação clara de farmacoterapia, pois tem um escore de Fagerström igual a 7 (alta dependência) e fuma 20 cigarros por dia. A terapia de reposição de nicotina (adesivos e/ou goma/pastilha) é segura para este paciente. O seguimento preconizado pelo Ministério da Saúde é de 12 meses, divididos em sessões semanais no primeiro mês (fase intensiva), seguidas de sessões quinzenais e, posteriormente, mensais (fase de manutenção) até completar um ano, visando à prevenção de recaídas.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico ou a suspeita de DPOC não deve retardar o início do tratamento para a cessação do tabagismo. O médico da Unidade de Saúde da Família está capacitado para iniciar o tratamento imediatamente, que é a intervenção de maior impacto na história natural de doenças respiratórias relacionadas ao fumo.

Alternativa c) Incorreta. Embora a abordagem intensiva esteja correta, o tratamento apenas com aconselhamento é insuficiente para este paciente. De acordo com o PCDT, pacientes com escore de Fagerström maior ou igual a 5, ou que fumam 20 ou mais cigarros por dia, têm indicação formal de associação de medicamentos à abordagem comportamental. Além disso, o tempo de seguimento de 3 meses é insuficiente para garantir a manutenção da abstinência conforme os protocolos oficiais.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa contém uma contraindicação absoluta. O paciente é portador de epilepsia. A bupropiona é um medicamento que reduz o limiar convulsivo, sendo formalmente contraindicada para pessoas com antecedentes de crises convulsivas ou diagnóstico de epilepsia, mesmo que controlada. Portanto, a escolha medicamentosa para este caso deve recair obrigatoriamente sobre a terapia de reposição de nicotina.

Resumo do caso: O paciente tem indicação de tratamento medicamentoso devido à alta dependência (Fagerström 7). Como possui epilepsia, a bupropiona não pode ser utilizada, restando a nicotina como opção segura associada ao aconselhamento estruturado, com acompanhamento total de 12 meses.

---

## Questão 25

### ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e Hipertensão Arterial, com um controle glicêmico inadequado (Hemoglobina Glicada de 9,2%), mesmo em uso de dose plena de Metformina (2000 mg/dia). O dado laboratorial mais importante para a decisão terapêutica é a estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG) de 53,9

mL/min, que classifica a paciente como portadora de Doença Renal Crônica (DRC) Estágio 3a. Atualmente, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da ADA e da KDIGO recomendam que pacientes com DM2 e DRC recebam medicações que, além de controlar a glicemia, ofereçam proteção renal e cardiovascular.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A insulina NPH poderia ser indicada se a paciente estivesse sintomática (perda de peso, poliúria, polidipsia) ou com HbA1c acima de 10%. Como a paciente está assintomática e possui doença renal, existem outras classes de antidiabéticos orais que devem ser priorizadas por oferecerem benefícios de nefroproteção que a insulina não possui.

Alternativa b) Incorreta. A gliclazida é uma sulfonilureia de nova geração. Embora possa ser utilizada com cautela em pacientes com taxa de filtração glomerular reduzida, ela não é a melhor escolha neste cenário, pois não apresenta os benefícios comprovados de redução da progressão da doença renal crônica e redução de eventos cardiovasculares demonstrados pelos inibidores do SGLT2.

Alternativa c) Incorreta. A glibenclamida é uma sulfonilureia de segunda geração com metabolismo renal e alto risco de hipoglicemia prolongada. Ela é formalmente contraindicada ou deve ter seu uso evitado em pacientes com TFG abaixo de 60 mL/min, devido ao risco elevado de acúmulo de metabólitos ativos e eventos hipoglicêmicos graves.

Alternativa d) Correta. A dapagliflozina é um inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2). Esta classe é a escolha de eleição para pacientes com DM2 e Doença Renal Crônica (com TFG acima de 20-25 mL/min). Além de auxiliar na redução da HbA1c, os iSGLT2 demonstraram, em grandes estudos clínicos (como o DAPA-CKD), uma redução significativa no risco de perda definitiva da função renal, necessidade de diálise e morte por causas cardiovasculares. Portanto, é a medicação que traz maior benefício clínico global para esta paciente.

---

#### Questão 26

A questão apresenta o caso de uma paciente de 45 anos com quadro de insônia inicial (dificuldade para iniciar o sono) e cansaço diurno há 3 semanas. O quadro clínico está claramente associado a fatores estressores psicossociais (preocupação com a saúde da mãe e medo de perder o emprego). O exame físico mostra IMC normal (24,2 kg/m<sup>2</sup>), o que reduz a probabilidade de apneia obstrutiva do sono.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: O diagnóstico clínico é de insônia aguda ou de curto prazo, secundária a estresse situacional. A abordagem inicial de primeira linha para distúrbios do sono deve sempre priorizar medidas não farmacológicas. A higiene do sono consiste em um conjunto de orientações comportamentais e ambientais (como manter horários regulares, evitar cafeína e telas antes de dormir e criar um ambiente propício ao descanso) que visam restabelecer o ciclo sono-vigília sem os riscos de efeitos colaterais de medicamentos.

Alternativa (b) INCORRETA: A polissonografia não é o exame inicial para o diagnóstico de insônia, que é essencialmente clínico. Este exame é reservado para casos em que se suspeita de outros distúrbios, como apneia obstrutiva do sono (geralmente associada a roncos e obesidade) ou movimentos periódicos de pernas, o que não é o quadro típico desta paciente.

Alternativa (c) INCORRETA: O manejo da insônia inicial e do estresse agudo faz parte das competências da Atenção Primária à Saúde e do médico generalista. Não há sinais de alerta ou sintomas neurológicos focais que justifiquem o encaminhamento ao especialista neste momento. O foco deve ser o acolhimento e a orientação comportamental.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora o zolpidem seja um hipnótico utilizado para indução do sono, ele não deve ser a primeira conduta em um quadro de apenas 3 semanas de evolução sem antes tentar medidas comportamentais. O uso de medicação pode mascarar o problema sem tratar a causa (estresse) e traz riscos de tolerância, dependência e efeitos adversos cognitivos. No caso desta paciente, que trabalha como diarista (função que exige esforço físico e atenção), os efeitos residuais de sonolência no dia seguinte poderiam, inclusive, prejudicar ainda mais seu desempenho laboral.

---

## Questão 27

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um acidente escorpiônico em uma criança de 6 anos. A criança apresenta dor local intensa, acompanhada de manifestações sistêmicas como vômitos (2 episódios), sudorese, palidez, sialorreia (excesso de saliva) e tremores. De acordo com a classificação do Ministério da Saúde, o quadro é definido da seguinte forma:

1. Leve: Apenas dor local e parestesia.
2. Moderado: Dor local associada a algumas manifestações sistêmicas como sudorese

discreta, náusea, vômitos ocasionais e taquicardia.

3. Grave: Vômitos profusos e frequentes, sudorese profusa, sialorreia intensa, prostração, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão e choque.

O paciente em questão apresenta um quadro classificado como MODERADO. Em crianças, especialmente menores de 7 anos, o risco de progressão rápida para formas graves é muito alto, exigindo intervenção imediata.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: Embora o soro deva ser administrado, manter a criança apenas em observação na Unidade de Saúde da Família (USF) é perigoso. Casos moderados e graves em pediatria exigem monitorização contínua e suporte de terapia intensiva, pois podem evoluir para complicações cardíacas e pulmonares súbitas que uma unidade rural geralmente não consegue manejar.

Alternativa (b) Incorreta: Apenas a observação é indicada para casos leves (apenas sintomas locais). Como a criança já apresenta sinais sistêmicos (vômitos, sialorreia, sudorese), o tratamento com soro específico é obrigatório e urgente.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta preconizada pelo Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos. Se a unidade possui o soro antiescorpiônico (ou antiaracnídico), ele deve ser administrado o mais precocemente possível para neutralizar o veneno circulante. Em seguida, a criança deve ser transferida para um hospital de referência que possua suporte de UTI, devido ao risco de piora clínica. Administrar o soro antes da transferência aumenta significativamente as chances de sobrevivência.

Alternativa (d) Incorreta: Transferir imediatamente sem administrar o soro disponível na unidade é um erro grave. O tempo é um fator determinante no prognóstico do envenenamento escorpiônico. Se o soro está disponível na USF, ele deve ser feito antes do transporte para evitar que a criança chegue ao hospital já em quadro de choque ou edema agudo de pulmão.

---

### Questão 28

O quadro clínico descreve uma paciente idosa, com fatores de risco cardiovascular (obesidade e hipertensão), apresentando uma Síndrome Vestibular Aguda (SVA), caracterizada por vertigem contínua, náuseas e vômitos. Em casos de tontura persistente, a ferramenta diagnóstica mais importante à beira do leito é o protocolo HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew), que diferencia causas periféricas (como neurite vestibular) de causas centrais (como um Acidente Vascular Cerebral –

AVC de tronco ou cerebelo).

Análise dos achados do HINTS nesta paciente:

1. Nistagmo: O nistagmo da paciente é bidirecional (muda de direção conforme o olhar), o que é um sinal clássico de origem central.
2. Teste do Impulso Cefálico (Head Impulse Test): Foi negativo (normal). Em uma vertigem periférica aguda, o reflexo vestibulo-ocular estaria alterado. Um teste normal na presença de vertigem contínua sugere fortemente causa central.
3. Teste de Skew (Desvio Vertical do Olhar): Foi positivo (presença de desalinhamento vertical dos olhos), achado altamente específico para lesões no tronco encefálico.

A presença de qualquer um desses três sinais "red flags" (nistagmo bidirecional, impulso cefálico normal ou skew positivo) indica uma etiologia central até que se prove o contrário.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Diante da suspeita de um evento neurológico agudo (como um AVC cerebelar ou de tronco), a conduta imediata deve ser o encaminhamento para um serviço de urgência para a realização de neuroimagem (preferencialmente ressonância magnética, já que a tomografia tem baixa sensibilidade para a fossa posterior) e avaliação especializada.

Alternativa B (Incorreta): As manobras de Dix-Hallpike e Epley são indicadas para o diagnóstico e tratamento da Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB). A VPPB manifesta-se com episódios breves de vertigem (segundos) desencadeados pelo movimento da cabeça, o que difere totalmente do quadro de vertigem contínua e persistente de 2 dias apresentado pela paciente.

Alternativa C (Incorreta): Medicamentos sintomáticos, como benzodiazepínicos ou antieméticos, podem mascarar os sintomas, mas não tratam a causa-base. Em uma Unidade de Saúde da Família, o foco deve ser o diagnóstico diferencial e a identificação de gravidade. Retardar o diagnóstico de um AVC central pode ser fatal ou deixar sequelas graves.

Alternativa D (Incorreta): O uso de supressores vestibulares (bloqueadores de canal de cálcio, como flunarizina, ou anti-histamínicos, como cinarizina) e repouso domiciliar é contraindicado quando há sinais de alerta para vertigem central no exame físico. A paciente necessita de investigação hospitalar imediata, e não de tratamento ambulatorial sintomático.

## Questão 29

Esta questão aborda um ponto fundamental na prática clínica: a correlação entre o exame físico e os exames de imagem na investigação do câncer de mama.

A paciente apresenta achados clínicos altamente suspeitos: um nódulo firme de 2 cm associado a um linfonodo axilar endurecido de 3 cm. Na propedêutica mamária, quando existe uma alteração palpável suspeita ao exame físico (o que chamamos de achado clínico), a conduta deve ser guiada por essa suspeição, mesmo que os exames de imagem sugiram benignidade ou sejam inconclusivos.

O laudo de mamografia BI-RADS 0 indica uma avaliação incompleta, necessitando de exames complementares ou comparação com exames anteriores. Já o ultrassom BI-RADS 3 sugere uma lesão provavelmente benigna, para a qual a conduta habitual em rastreamento seria a repetição em 6 meses. No entanto, o nódulo é palpável e o linfonodo axilar é volumoso e endurecido, o que eleva a suspeita clínica de malignidade. Em casos de discordância clínico-radiológica em que o exame físico é suspeito, a biópsia é obrigatória para excluir câncer de mama.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ressonância magnética não é o exame de escolha para definir a conduta diante de um nódulo palpável suspeito. Ela é um exame complementar usado em situações específicas, como avaliação de mamas densas, planejamento cirúrgico ou rastreamento de pacientes de altíssimo risco. O próximo passo lógico é a obtenção de diagnóstico tecidual (biópsia).

b) Incorreta. O BI-RADS 0 não autoriza o acompanhamento em 6 meses; ele exige complementação imediata (seja com novas incidências mamográficas, ultrassom ou biópsia, dependendo do caso). Além disso, ignorar um nódulo palpável e um linfonodo endurecido por 6 meses é uma conduta insegura, que pode atrasar o diagnóstico de uma neoplasia.

c) Correta. Diante da suspeita clínica (nódulo firme + linfonodo axilar alterado), o encaminhamento ao mastologista para a realização de biópsia (geralmente biópsia por agulha grossa ou core biopsy) é a conduta mais adequada. O diagnóstico definitivo em mastologia baseia-se no tripé: exame clínico, exame de imagem e anatomopatológico. Se o exame clínico é suspeito, a biópsia deve ser realizada independentemente do BI-RADS 3.

d) Incorreta. A conduta de repetir o ultrassom em 6 meses seria adequada apenas se o achado BI-RADS 3 fosse incidental em uma paciente assintomática (rastreamento). Como a paciente apresenta um nódulo palpável e linfonodopatia axilar, o

acompanhamento semestral é insuficiente e perigoso.

### Questão 30

Para compreender o desempenho de um teste diagnóstico, é necessário analisar a relação entre os valores preditivos e os erros inerentes ao teste, que são os resultados falsos-positivos e falsos-negativos.

O Valor Preditivo Positivo (VPP) indica a probabilidade de um paciente realmente ter a doença quando o teste resulta positivo. O cálculo do VPP leva em conta os Verdadeiros Positivos divididos pelo total de testes positivos (Verdadeiros Positivos + Falsos-Positivos). Portanto, quanto menor o VPP, maior é a proporção de resultados falsos-positivos no grupo de pacientes que testaram positivo.

O Valor Preditivo Negativo (VPN) indica a probabilidade de o paciente não ter a doença quando o teste resulta negativo. O cálculo do VPN utiliza os Verdadeiros Negativos divididos pelo total de testes negativos (Verdadeiros Negativos + Falsos-Negativos). Um VPN elevado indica que há poucos resultados falsos-negativos entre aqueles que tiveram teste negativo.

No estudo citado, os dados são:

Sensibilidade: 75%

Especificidade: 76%

VPP: 51,9%

VPN: 89,8%

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Um elevado VPN (89,8%) indica justamente o contrário: que a ocorrência de resultados falsos-negativos é baixa. Se o VPN é alto, temos alta confiança de que o resultado negativo é verdadeiro.

Alternativa b) Incorreta. O baixo VPP está relacionado a uma ocorrência elevada de resultados falsos-positivos, e não de falsos-negativos. Quem determina a ocorrência de falsos-negativos é o VPN ou a Sensibilidade.

Alternativa c) Incorreta. O VPN elevado indica baixa ocorrência de falsos-negativos. A ocorrência de falsos-positivos é indicada pelo VPP (que, neste caso, é baixo, sugerindo muitos falsos-positivos) ou pela especificidade.

Alternativa d) Correta. Com um VPP de 51,9%, quase metade dos pacientes que apresentaram teste positivo não tinha tuberculose confirmada (48,1% de

falsos-positivos). Assim, o baixo VPP é um indicador direto de que o teste gera uma quantidade considerável de resultados falsos-positivos na população estudada.

### Questão 31

Texto Original:

A questão aborda as recomendações atualizadas da Nota Técnica Conjunta nº 251/2024 do Ministério da Saúde sobre a suplementação de cálcio na gestação para prevenção da pré-eclâmpsia. O ponto central é a mudança de paradigma: a suplementação agora é indicada não apenas para gestantes de alto risco clínico, mas também para aquelas com baixa ingestão dietética de cálcio (inferior a 600-900 mg/dia), como é o caso da paciente descrita (baixo consumo de laticínios e vegetais).

Alternativa (a): Correta. A Nota Técnica recomenda a oferta de 1.000 mg a 2.000 mg de cálcio elementar por dia para gestantes com baixa ingestão. O comprimido disponível no SUS é o carbonato de cálcio de 1.250 mg, que fornece 500 mg de cálcio elementar. Portanto, a dose de 2 comprimidos por dia (1.000 mg de cálcio elementar) está correta. A administração em dose única à noite é uma estratégia para melhorar a adesão e, fundamentalmente, garantir o intervalo mínimo de 2 horas em relação ao sulfato ferroso, pois o cálcio inibe a absorção do ferro se tomados simultaneamente.

Alternativa (b): Incorreta. Embora a dose total esteja correta, o erro reside na orientação de tomar o cálcio junto com o sulfato ferroso. O cálcio compete com o ferro pelo transportador de metais bivalentes no intestino, o que prejudica a absorção de ambos os nutrientes.

Alternativa (c): Incorreta. Os fitatos (presentes em feijões e cereais) e oxalatos são antinutrientes que diminuem a biodisponibilidade do cálcio ao formarem complexos insolúveis no trato gastrointestinal. Portanto, associar o cálcio a refeições ricas em fitatos prejudica a sua absorção, em vez de melhorá-la.

Alternativa (d): Incorreta. A conduta de apenas observar não é adequada para esta paciente. Segundo a nova diretriz do Ministério da Saúde (2024), a baixa ingestão de cálcio referida na anamnese é indicação suficiente para iniciar a suplementação, independentemente da ausência de outros fatores de risco, como hipertensão prévia ou nuliparidade. A medida visa reduzir o risco de desenvolvimento de síndromes hipertensivas da gestação em populações com dieta deficitária.

## Questão 32

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descrito é clássico para o diagnóstico de sarampo. A paciente apresenta o período prodrômico caracterizado por febre, tosse, coriza e hiperemia conjuntival (conjuntivite). A Figura 1 evidencia as manchas de Koplik, que são pequenos pontos esbranquiçados na mucosa bucal, na altura dos pré-molares, considerados um sinal patognomônico do sarampo. As Figuras 2 e 3 mostram o exantema maculopapular morbiliforme, que se inicia na região retroauricular e face, progredindo de forma craniocaudal para o tronco e membros. O contexto de vulnerabilidade social e alimentar aumenta o risco de complicações por deficiência nutricional.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A penicilina benzatina é um antibiótico indicado para infecções bacterianas, como a faringite estreptocócica ou sífilis. O sarampo é uma doença causada por um vírus (morbilivírus), logo, o uso de antibióticos não é indicado no tratamento da doença de base, sendo reservado apenas para complicações bacterianas secundárias comprovadas (como pneumonia ou otite).

Alternativa b) Correta. A administração de vitamina A é a conduta padrão recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde para todas as crianças no momento do diagnóstico de sarampo. A infecção pelo vírus consome as reservas de vitamina A do organismo, o que pode levar a danos oculares e comprometer a integridade das mucosas respiratória e intestinal. A suplementação reduz significativamente a gravidade da doença, o risco de cegueira e a mortalidade por complicações como pneumonia e diarreia.

Alternativa c) Incorreta. A cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração utilizada para infecções bacterianas de pele ou do trato urinário. Não há indicação para seu uso no tratamento de uma infecção viral primária como o sarampo, especialmente quando o exame físico não aponta focos infecciosos bacterianos (pulmões limpos, otoscopia normal e ausência de placas nas amígdalas).

Alternativa d) Incorreta. A hidratação é uma medida de suporte importante, mas a criança foi descrita ao exame físico como "hidratada" e "aceitando líquidos". A hidratação intensiva (geralmente venosa) é reservada para casos de desidratação grave ou choque. O enunciado solicita a "melhor conduta além de sintomáticos", e a vitamina A é a intervenção específica que altera o prognóstico da doença.

### Questão 33

O conhecimento sobre a imunização no período gestacional baseia-se no princípio de que vacinas de agentes vivos atenuados são, em regra, contraindicadas, enquanto vacinas inativadas, de subunidades ou de RNA mensageiro são seguras e recomendadas para a proteção da mãe e do feto.

Alternativa d (Correta):

Esta alternativa apresenta as vacinas que devem ser orientadas e administradas conforme o calendário vacinal da gestante:

1. dTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular): Deve ser administrada em toda gestação, a partir da 20ª semana, para garantir a transferência transplacentária de anticorpos contra a coqueluche, protegendo o recém-nascido até que ele complete seu próprio esquema vacinal.
2. Hepatite B: Indicada para gestantes que não possuem o esquema vacinal completo (3 doses). Pode ser iniciada ou completada em qualquer trimestre.
3. Influenza: Recomendada para todas as gestantes em qualquer idade gestacional, dada a maior vulnerabilidade a complicações respiratórias.
4. Covid-19: Recomendada para gestantes em qualquer fase da gestação, utilizando as vacinas permitidas para este grupo (como as de vírus inativado ou RNAm).

Alternativa a (Incorreta):

O erro principal reside na febre amarela. Trata-se de uma vacina de vírus vivo atenuado. De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), sua administração em gestantes é uma contraindicação relativa, sendo evitada e indicada apenas em situações de risco epidemiológico muito alto ou viagem inevitável para área de transmissão, não sendo uma orientação de rotina para o terceiro trimestre.

Alternativa b (Incorreta):

A vacina contra a dengue disponível atualmente no calendário nacional (Qdenga) é composta por vírus vivo atenuado e é estritamente contraindicada para gestantes. Além disso, a inclusão da febre amarela nesta alternativa também a torna incorreta para a rotina pré-natal.

Alternativa c (Incorreta):

A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) é composta por vírus vivos atenuados. Ela é formalmente contraindicada durante toda a gestação devido ao risco teórico de malformações fetais e infecção congênita (especialmente pelo componente da rubéola). Mulheres em idade fértil que recebem esta vacina são orientadas a evitar a gravidez por pelo menos 30 dias após a dose.

## Questão 34

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O sistema de identificação unívoca mencionado no texto é o Cartão Nacional de Saúde (CNS). Ele funciona como uma chave de identificação do cidadão em todo o território nacional, permitindo que o histórico de atendimentos e os dados do paciente sejam vinculados a uma única base de dados, garantindo a continuidade do cuidado e a organização da rede.

No contexto da interface entre o SUS e a Saúde Suplementar (planos de saúde), o CNS desempenha um papel fundamental no processo de Ressarcimento ao SUS. De acordo com a Lei n. 9.656/1998, as operadoras de planos de saúde devem reembolsar o Estado quando seus clientes utilizam serviços do sistema público. Para que isso seja operacionalizado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza o cruzamento de dados entre os atendimentos realizados no SUS e o banco de dados de beneficiários de planos privados.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. A auditoria de contas hospitalares nas operadoras é um processo interno ou de gestão direta entre a operadora e sua rede credenciada. O sistema nacional de identificação (CNS) visa à integração do sistema público e à rastreabilidade do paciente, não sendo a ferramenta primária de auditoria interna do setor privado.

Alternativa B: Incorreta. O SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) é voltado para o monitoramento e financiamento das ações da Atenção Primária. O processo de ressarcimento ao SUS foca principalmente em atendimentos de média e alta complexidade, que são notificados via sistemas de internação e ambulatoriais, e não especificamente pelo SISAB.

Alternativa C: Correta. O Aviso de Beneficiário Identificado (ABI) é o documento gerado pela ANS para notificar as operadoras de planos de saúde sobre atendimentos prestados aos seus beneficiários na rede do SUS. O uso do CNS é o que permite identificar com segurança que aquele paciente atendido no SUS possui um plano de saúde ativo, possibilitando a cobrança do ressarcimento de forma justa e transparente.

Alternativa D: Incorreta. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é um instrumento exclusivo de registro e pagamento de internações dentro do SUS. Na Saúde Suplementar, as operadoras utilizam guias próprias padronizadas pela ANS (Padrão TISS - Troca de Informações na Saúde Suplementar) para autorizar

procedimentos.

GABARITO: Letra (c).

### Questão 35

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer as atualizações recentes do Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde, especificamente a transição ocorrida entre 2024 e 2025.

Aos 15 meses de idade, o calendário vacinal preconiza:

1. Primeiro reforço da DTP (difteria, tétano e coqueluche).
2. Reforço da vacina contra a poliomielite.
3. Dose única da Hepatite A.
4. Vacina Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela).

Análise das alternativas:

a) Correta. Esta alternativa reflete a mudança mais significativa do calendário de 2025: a substituição definitiva da Vacina Oral Poliomielite (VOP — a "gotinha") pela Vacina Inativada Poliomielite (VIP — injetável). A partir de agora, todos os reforços de poliomielite (aos 15 meses e aos 4 anos) devem ser feitos exclusivamente com a VIP. Além disso, a DTP é a vacina de rotina para reforço na rede pública, e a Hepatite A e a Tetraviral completam o esquema previsto para essa idade.

b) Incorreta. O erro está na indicação da VOP (poliomielite oral). Conforme as novas diretrizes do Ministério da Saúde para 2025, a vacina oral foi descontinuada e substituída pela VIP (inativada/injetável) em todas as etapas do esquema vacinal, visando maior segurança e seguindo recomendações internacionais para a erradicação do vírus.

c) Incorreta. Apresenta dois erros principais. Primeiro, a indicação de DTPa (acelular); na Unidade Básica de Saúde, para crianças híidas e sem histórico de eventos adversos graves, utiliza-se a DTP (células inteiras). A DTPa é reservada para Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Segundo, menciona apenas o reforço da Tríplice Viral, ignorando a necessidade da vacina contra a varicela, que nesta idade é administrada preferencialmente na formulação Tetraviral.

d) Incorreta. Erra ao indicar a DTPa e a VOP. Como mencionado, a DTPa não é a vacina de rotina do programa nacional para este perfil de paciente, e a VOP foi retirada do calendário brasileiro em 2025, sendo substituída pela VIP.

Resumo da atualização 2025:

A principal mudança cobrada na questão é a substituição da VOP pela VIP nos reforços. O esquema de poliomielite passa a ser 100% VIP (2, 4, 6 meses + reforços aos 15 meses e 4 anos).

### Questão 36

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta testes treponêmicos (Teste Rápido e ELISA) e teste não treponêmico (VDRL 1:2) reagentes. Como ele nega tratamento prévio, o diagnóstico de sífilis está confirmado. Devido à ausência de manifestações clínicas no momento e no passado, ele se enquadra na fase de sífilis latente. Como o paciente refere exposição de risco nos últimos três anos e não possui exames anteriores para definir a data da infecção, o caso deve ser classificado como sífilis latente de duração ignorada (ou latente tardia).

Alternativa A: Incorreta. O tratamento com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI é preconizado para as fases iniciais da doença: sífilis primária, secundária e latente recente (aquela com menos de um ano de evolução documentada). No caso descrito, não é possível afirmar que a infecção ocorreu há menos de um ano.

Alternativa B: Incorreta. A punção lombar para investigação de neurosífilis não está indicada rotineiramente para pacientes assintomáticos. Ela deve ser solicitada em pacientes com sintomas neurológicos, oculares ou auditivos, ou naqueles com evidências de sífilis terciária (como lesões gomosas ou cardiovasculares). O estado geral do paciente é bom e o exame físico é normal.

Alternativa C: Correta. De acordo com os protocolos vigentes do Ministério da Saúde, a conduta para sífilis latente de duração ignorada ou latente tardia consiste na aplicação de benzilpenicilina benzatina na dose total de 7,2 milhões de UI, dividida em três doses semanais de 2,4 milhões de UI cada. O monitoramento pós-tratamento deve ser feito com testes não treponêmicos (como o VDRL) para observar a queda da titulação.

Alternativa D: Incorreta. O conceito de cicatriz sorológica aplica-se a indivíduos que já foram adequadamente tratados e que mantêm títulos baixos e estáveis em testes não treponêmicos. Como o paciente nunca recebeu tratamento para a doença, os exames reagentes indicam infecção ativa e não cicatriz. Além disso, em um paciente nunca tratado, qualquer valor de VDRL acompanhado de teste treponêmico positivo exige tratamento.

### Questão 37

Para compreender esta questão, devemos analisar o comportamento das curvas de Risco Relativo (RR) em função da temperatura média diária apresentadas nos gráficos C (mulheres) e D (homens).

O ponto mais baixo de cada curva representa a Temperatura de Mortalidade Mínima (MMT), onde o risco é igual a 1.0. A partir desse ponto, observamos dois fenômenos distintos:

1. Efeito do Calor (lado direito do gráfico): À medida que a temperatura aumenta (sobe de 20 para 30 graus), o risco de óbito também aumenta. Quando duas variáveis caminham no mesmo sentido (ambas aumentam), temos uma associação direta. Portanto, o extremo calor tem associação direta com o risco de óbito.
2. Efeito do Frio (lado esquerdo do gráfico): À medida que a temperatura diminui (cai de 20 para -30 graus), o risco de óbito aumenta. Quando as variáveis caminham em sentidos opostos (uma diminui e a outra aumenta), temos uma associação indireta ou inversa. Portanto, o extremo frio tem associação indireta com o risco de óbito.
3. Estratificação: Note que existem três linhas diferentes em cada gráfico, correspondentes às faixas etárias (0-59, 60-74 e 75+ anos). As inclinações das curvas e a magnitude do risco são maiores nas populações mais idosas, e há pequenas variações entre os sexos. Isso demonstra que os riscos são distintos para cada subgrupo, e não uniformes.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Ela inverte os conceitos. O calor tem associação direta (ambos sobem) e o frio tem associação indireta (a temperatura cai e o risco sobe).

Alternativa b) Incorreta. O calor possui associação direta, não indireta. Além disso, os resultados não são uniformes; as curvas mostram claramente que idosos sofrem maior impacto que jovens, evidenciando distinção entre as faixas etárias.

Alternativa c) Incorreta. O frio possui associação indireta, não direta. Da mesma forma, afirma erroneamente que o risco é uniforme, ignorando a clara separação das linhas por faixa etária nos gráficos.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o gráfico: associação direta para o calor (mais calor = mais risco), associação indireta para o frio (menos calor = mais risco) e reconhecimento de que esses efeitos variam (são distintos) conforme o sexo e a idade da população estudada.

### Questão 38

#### ANÁLISE DO TIPO DE ESTUDO

O estudo descrito baseia-se na análise de dados agregados, ou seja, dados que não identificam indivíduos isoladamente, mas sim grupos populacionais (neste caso, a população brasileira de crianças de até 12 meses). Esses dados foram extraídos de sistemas de informação oficiais (DATASUS/PNI) para avaliar uma tendência ao longo de oito anos (2013-2020). Na epidemiologia, estudos que utilizam a população como unidade de análise e dados secundários para descrever a distribuição de eventos de saúde são classificados como estudos ecológicos ou levantamentos epidemiológicos descritivos.

A) INCORRETA. O estudo de caso-controle é um desenho de pesquisa individualizado e retrospectivo. Ele parte de indivíduos que já possuem uma doença ou desfecho (casos) e os compara com indivíduos saudáveis (controles) para buscar exposições no passado. O enunciado deixa claro que a unidade de análise não foi o indivíduo, mas sim tendências populacionais.

B) INCORRETA. O estudo transversal (ou seccional) realiza uma medição de exposição e desfecho em um único ponto no tempo, como uma fotografia instantânea. Embora a tabela mostre vários anos, o foco principal aqui é a evolução temporal de dados agregados de toda uma nação, caracterizando uma série temporal, e não uma amostra individual transversal.

C) CORRETA. O termo levantamento epidemiológico refere-se a estudos que utilizam dados de sistemas de vigilância e informações em saúde para descrever a ocorrência e a distribuição de doenças ou indicadores de saúde (como a cobertura vacinal) em uma população. Como o estudo analisou o impacto da pandemia sobre indicadores coletivos nacionais utilizando bancos de dados públicos, ele se enquadra perfeitamente nesta categoria. É um estudo ecológico de série temporal.

D) INCORRETA. O estudo de coorte prospectivo acompanha um grupo de indivíduos saudáveis ao longo do tempo para observar quem desenvolverá determinada condição ou desfecho. É um estudo longitudinal individualizado e de alto custo, que não condiz com a descrição de análise de dados agregados de bancos de dados governamentais.

#### ASSOCIAÇÃO COM A IMAGEM (TABELA 1)

A Tabela 1 é a prova visual do delineamento do estudo. Observe que as colunas representam anos (2013 a 2020) e as linhas representam os tipos de vacinas. Os dados inseridos não são prontuários de pacientes, mas sim porcentagens de cobertura vacinal (dados agregados). A tabela permite observar a queda brusca

mencionada no texto, como a média geral, que passou de 84,44% em 2019 para 75,07% em 2020, o que caracteriza a descrição de uma tendência epidemiológica populacional.

### Questão 39

Para compreender essa questão, devemos analisar dois critérios principais do Protocolo de Profilaxia Antirrábica Humana do Ministério da Saúde: a gravidade do acidente e a condição do animal agressor (cão ou gato).

1. Análise do Acidente: O paciente sofreu uma mordida profunda na mão, o que classifica o acidente como GRAVE. Pelo manual, ferimentos em mãos, pés, face, pescoço ou polpas digitais, bem como ferimentos profundos ou múltiplos, são sempre considerados graves.

2. Análise do Animal: O cão é conhecido (domiciliado), apresenta comportamento normal e o acidente foi "provocado" (mexer na vasilha de comida), o que diminui a suspeição de raiva. O ponto crucial é que o animal pode ser observado por 10 dias.

Conduta Segundo o Fluxograma do Ministério da Saúde:

Para acidentes graves em que o cão ou gato é sadio e pode ser observado, a conduta inicial é apenas a observação do animal por 10 dias. Não se iniciam vacina nem soro de imediato. Se, durante o período de observação, o animal morrer, desaparecer ou apresentar sinais sugestivos de raiva, inicia-se imediatamente o esquema de profilaxia (vacina e, dependendo do caso, o soro).

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Reflete exatamente o protocolo para um cão sadio que pode ser monitorado pelo proprietário. A observação clínica do animal por 10 dias é suficiente para descartar a transmissão do vírus no momento da mordida, pois o cão só transmite a raiva se já estiver em fase de eliminação viral, período no qual ele adoecerá e morrerá em poucos dias.

Alternativa (b) INCORRETA: O soro antirrábico não deve ser administrado de forma isolada nem precocemente neste caso. Ele é indicado em acidentes graves, mas, se o animal é passível de observação e está sadio, aguarda-se o período de 10 dias antes de qualquer intervenção imunobiológica.

Alternativa (c) INCORRETA: O esquema de vacinação nos dias 0, 3, 7 e 14 associado à observação seria a conduta se o animal fosse considerado "suspeito" de raiva no momento do atendimento (ex.: animal com mudança de comportamento ou clínica

inespecífica). Como o cão está sadio, a vacinação não é iniciada de imediato.

Alternativa (d) INCORRETA: Esta conduta (vacina + soro imediato) é reservada para acidentes graves nos quais o animal agressor é um animal silvestre (incluindo morcegos) ou quando o cão/gato está comprovadamente raivoso, desapareceu ou morreu logo após o acidente, impossibilitando a observação.

Em resumo: Em acidentes com cães ou gatos sadios que podem ser observados, a regra de ouro é "observar primeiro". Só se realiza o tratamento se o animal apresentar sinais da doença.

---

### Questão 40

O quadro clínico descrito é clássico de loxoscelismo, o acidente causado pela aranha-marrom (*Loxosceles* spp.). A história epidemiológica de manipulação de entulhos e tijolos em um jardim abandonado é um fator de risco típico, pois essas aranhas habitam locais escuros e secos.

O ponto crucial para o diagnóstico é a evolução da lesão. Diferentemente de outros acidentes por animais peçonhentos, a picada da *Loxosceles* costuma ser pouco dolorosa no início, muitas vezes passando despercebida. Após algumas horas, surge uma sensação de queimação e prurido. Entre 24 e 72 horas, desenvolve-se a placa livedoide, que é a lesão visualizada na imagem: uma área central de isquemia (palidez) entremeada por áreas hemorrágicas (cianose/violáceas) e eritema periférico. Com o passar dos dias, essa placa evolui para necrose seca e formação de escara.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O acidente por escorpião *Tityus bahiensis* (escorpião-marrom) caracteriza-se por dor local imediata e intensa, frequentemente acompanhada de parestesia. Não evolui com a formação de placa livedoide ou necrose cutânea tardia como a demonstrada no caso.

b) Incorreta. O *Tityus serrulatus* (escorpião-amarelo) é responsável pelos acidentes escorpiônicos mais graves no Brasil. Assim como o *T. bahiensis*, causa dor imediata lancinante e pode evoluir com manifestações sistêmicas graves (vômitos, sudorese, arritmias), mas não provoca a lesão necrótica progressiva descrita.

c) Correta. A aranha *Loxosceles* spp. (aranha-marrom) explica perfeitamente a epidemiologia (tijolos/jardim), a evolução temporal (dor tardia/queimação após algumas horas) e a morfologia da lesão (placa livedoide com vesículas evoluindo para

necrose). A ação da enzima esfingomielinase D no veneno causa vasculite, trombose de pequenos vasos e hemorragia local, resultando no aspecto clínico apresentado.

d) Incorreta. O acidente por *Phoneutria* spp. (aranha-armadeira) é marcado por dor local imediata de altíssima intensidade que irradia para o membro. Os sinais locais costumam ser discretos (edema e eritema leve), sem tendência à necrose. Além disso, a *Phoneutria* é uma aranha agressiva, e o paciente geralmente percebe o momento exato do acidente devido à dor excruciante.

### Questão 41

Para diferenciar a cianose central da periférica, devemos observar a origem do problema e a distribuição clínica. A cianose central ocorre devido à dessaturação do sangue arterial ou à presença de hemoglobinas anormais, manifestando-se tanto na pele quanto em mucosas e língua. Suas causas principais em pediatria são doenças cardíacas congênitas cianóticas e doenças respiratórias graves. Já a cianose periférica resulta da extração excessiva de oxigênio nos tecidos periféricos devido à lentidão da circulação (como no frio, baixo débito cardíaco ou obstrução venosa), poupando geralmente as mucosas.

No Caso 1, trata-se de um recém-nascido com cianose, taquipneia (56 ipm) e sopro contínuo audível no dorso. O sopro contínuo no dorso sugere a persistência do canal arterial ou outras colaterais sistêmico-pulmonares. A presença de sopro cardíaco e cianose em um neonato com pulmões limpos aponta diretamente para uma cardiopatia congênita. Como há uma mistura de sangue ou falta de oxigenação pulmonar afetando a circulação sistêmica, a cianose é classificada como central.

No Caso 2, temos um lactente de 4 meses com história de cianose ao choro (crise hipercianótica) e sopro sistólico no rebordo esternal esquerdo alto. Esta é a descrição clássica da Tetralogia de Fallot. Durante o choro, ocorre um aumento da resistência na via de saída do ventrículo direito, acentuando o shunt (desvio de sangue) da direita para a esquerda, o que envia sangue não oxigenado diretamente para a aorta. Essa queda na saturação arterial de oxigênio caracteriza a cianose central.

Análise das alternativas:

a) Correta. Conforme analisado, ambos os casos apresentam patologias cardíacas que levam à dessaturação do sangue arterial sistêmico, o que define a cianose central em ambos os pacientes.

b) Incorreta. O Caso 1 não é periférico. A cianose periférica não apresentaria sopro cardíaco contínuo e taquipneia como sinais primários; ela está mais associada a

condições de má perfusão tecidual localizada ou ao frio.

c) Incorreta. O Caso 2 não é periférico. A piora da cianose com o esforço (choro) em uma criança com sopro cardíaco é um sinal patognomônico de shunt cardíaco ou obstrução de fluxo pulmonar, indicando origem central.

d) Incorreta. Ambos os casos possuem características clínicas de etiologia cardiovascular central, descartando a classificação de cianose periférica para qualquer um deles.

---

## Questão 42

O quadro clínico descrito — menina de 7 anos com pródromo de infecção de vias aéreas superiores, púrpura palpável em membros inferiores, artralgia e dor abdominal — é patognomônico da Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), também conhecida como Vasculite por IgA. Trata-se da vasculite de pequenos vasos mais comum na infância. O hemograma normal afasta púrpuras trombocitopênicas, confirmando o caráter vascular da lesão.

A imagem apresentada mostra lesões purpúricas típicas que, em casos mais intensos, podem evoluir com vesículas, bolhas hemáticas e até áreas de necrose central, conforme observado na lesão maior da foto.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O ecocardiograma com Doppler é o exame padrão-ouro para o rastreamento de aneurismas de artérias coronárias na Doença de Kawasaki, outra vasculite da infância. Na PHS, não há envolvimento cardíaco típico que justifique esse exame.

b) Incorreta. A biópsia de pele poderia mostrar uma vasculite leucocitoclástica com depósitos de IgA. No entanto, o diagnóstico da PHS é eminentemente clínico. O enunciado solicita o exame mais importante para avaliar as complicações relacionadas ao quadro atual (dor abdominal importante), e a biópsia não auxilia nessa avaliação de urgência.

c) Correta. A dor abdominal na PHS ocorre devido ao edema e hemorragia na parede intestinal (vasculite mesentérica). A complicação cirúrgica aguda mais temida e comum é a intussuscepção intestinal (invaginação de um segmento do intestino sobre outro). Como a paciente apresenta dor abdominal importante e dor à palpação profunda, a ultrassonografia de abdome é o exame de escolha para o diagnóstico rápido de intussuscepção, permitindo a intervenção adequada.

d) Incorreta. Embora a PHS possa causar glomerulonefrite (nefrite por IgA), a biópsia renal só é indicada em casos de síndrome nefrótica persistente, piora rápida da função renal ou proteinúria maciça. A paciente apresenta apenas hematúria microscópica (10 hemácias por campo), o que indica um comprometimento renal leve que exige apenas monitoramento clínico e laboratorial periódico, e não um procedimento invasivo imediato.

### Questão 43

A questão aborda o manejo do aleitamento materno e a conservação do leite humano ordenhado no ambiente doméstico, um tema recorrente em provas de residência médica com base nas diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Para responder corretamente, é necessário memorizar os tempos de conservação estipulados para garantir a segurança microbiológica e a integridade nutricional do leite:

1. Geladeira (refrigeração): O leite materno ordenhado deve ser armazenado em prateleira (nunca na porta, devido à oscilação de temperatura) por, no máximo, 12 horas.
2. Freezer ou Congelador: O leite pode ser mantido congelado por um período de até 15 dias.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O prazo de 24 horas na geladeira é excessivo perante as normas brasileiras, que o limitam a 12 horas. O período de 3 semanas no freezer também ultrapassa o limite de 15 dias recomendado.

Alternativa b) Incorreta. Os prazos de 48 horas e de 4 semanas são considerados inseguros para o armazenamento doméstico, pois favorecem a proliferação bacteriana e a perda de propriedades imunológicas do leite.

Alternativa c) Incorreta. Embora 8 horas na geladeira seja um tempo seguro (pois está dentro das 12 horas permitidas), o prazo de 1 semana no freezer está subestimado, uma vez que a recomendação oficial permite até 15 dias (2 semanas).

Alternativa d) Correta. Esta alternativa está em perfeita consonância com o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos do Ministério da Saúde. O tempo máximo é de 12 horas sob refrigeração e de 15 dias (aproximadamente 2 semanas) se mantido congelado.

Gabarito: Alternativa (d).

## Questão 44

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de Insuficiência Aórtica (IAo). Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Sopros diastólico em foco aórtico: Característico do refluxo de sangue da aorta para o ventrículo esquerdo durante a diástole.
2. Pressão arterial divergente (110x40 mmHg): A pressão diastólica está significativamente reduzida (40 mmHg) devido ao escape de sangue da aorta de volta para o ventrículo, gerando uma grande diferença entre a pressão sistólica e a diastólica (pressão de pulso aumentada).
3. Histórico familiar: O irmão com cirurgia valvar aórtica sugere uma possível etiologia congênita, como a valva aórtica bicúspide, que frequentemente evolui com disfunção valvar.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A diferença de pulsos ou de pressão entre os membros superiores é um achado típico de Dissecção Aguda de Aorta ou de Coarctação de Aorta. Embora a coarctação possa estar associada à valva aórtica bicúspide, os dados do exame físico (sopro diastólico e pressão divergente) direcionam especificamente para a insuficiência aórtica.

b) CORRETA. O pulso em martelo d'água (também conhecido como pulso de Corrigan ou pulso célere) é o achado clássico da Insuficiência Aórtica. Ele se caracteriza por uma expansão rápida e um colapso súbito da artéria. Isso ocorre porque o volume de ejeção é elevado (gerando a subida rápida), mas a pressão cai rapidamente durante a diástole devido ao refluxo de sangue para o ventrículo esquerdo e para a periferia (gerando o colapso).

c) INCORRETA. O pulso paradoxal é definido como uma queda superior a 10 mmHg na pressão arterial sistólica durante a inspiração. É um sinal clínico clássico de tamponamento cardíaco, mas também pode ser visto em crises graves de asma ou DPOC e pericardite constrictiva. Não possui relação com a insuficiência aórtica isolada.

d) INCORRETA. O pulso parvus et tardus (pequeno e lento) é a alteração típica da Estenose Aórtica. Nele, o pulso tem baixa amplitude e demora a atingir o seu pico devido à obstrução à saída de sangue pelo orifício valvar reduzido. O paciente em

questão apresenta o oposto: uma valva que não fecha, e não uma valva que não abre.

## Questão 45

Análise do caso:

O paciente é um lactente com quadro de linfonodomegalia difusa (envolvendo múltiplas cadeias, como cervicais, axilares e inguinais) que persiste há um mês após um episódio febril. Na prática pediátrica, quando estamos diante de linfonodopatia generalizada persistente, a investigação deve focar em agentes que causam síndromes mononucleosoides ou infecções de curso crônico/subagudo.

Alternativa a) Correta. Esta alternativa contempla os principais agentes etiológicos para o quadro clínico descrito. O vírus Epstein-Barr (EBV) é o agente clássico da mononucleose infecciosa, que cursa com febre e linfonodomegalia que pode durar várias semanas. A toxoplasmose, em sua forma adquirida, é uma causa comum de linfonodomegalia generalizada em crianças, muitas vezes apresentando-se de forma isolada ou com sintomas inespecíficos. O HIV é um diagnóstico diferencial obrigatório em casos de linfonodomegalia generalizada persistente, especialmente em crianças ainda em aleitamento materno, em que o status sorológico materno atualizado é fundamental para descartar transmissão vertical ou pós-natal.

Alternativa b) Incorreta. Embora o HIV e o citomegalovírus (CMV) possam causar linfonodomegalia, o parvovírus B19 não é uma causa típica de linfonodomegalia generalizada persistente. O parvovírus B19 está mais associado ao eritema infeccioso (exantema cutâneo) e a quadros de crise aplástica em pacientes com anemias hemolíticas.

Alternativa c) Incorreta. A dengue é uma infecção viral aguda e autolimitada. Embora possa haver linfonodomegalia na fase febril da doença, ela não persiste por um mês. O parvovírus, como citado anteriormente, também não se encaixa como prioridade diagnóstica para este quadro clínico.

Alternativa d) Incorreta. A sífilis adquirida é uma causa rara de linfonodomegalia difusa em lactentes desta idade, a menos que houvesse suspeita de abuso ou transmissão vertical não tratada (que geralmente teria outras manifestações mais precoces). Além disso, a dengue é descartada pela característica de persistência dos sintomas por 30 dias, o que foge da história natural da arbovirose.

Resumo: A investigação inicial de linfonodomegalia generalizada persistente no lactente deve priorizar a pesquisa de Epstein-Barr, toxoplasmose e HIV por serem as

causas infecciosas mais prováveis e de maior relevância clínica para o cenário apresentado.

### Questão 46

**DIAGNÓSTICO:** O quadro clínico apresentado é clássico de Escarlatina. Trata-se de uma doença exantemática causada pelas exotoxinas pirogênicas do *Streptococcus pyogenes* (Estreptococo beta-hemolítico do grupo A), que geralmente ocorre associada a um quadro de faringite estreptocócica em crianças em idade escolar.

#### ANÁLISE DOS DADOS CLÍNICOS:

1. Pródromos: Febre e dor de garganta (odinofagia) precedendo o exantema.
2. Exantema: Descrito como maculopapular, mas com a característica crucial de pele áspera (sinal da lixa ou lixáceo).
3. Sinal de Pastia: Acentuação do exantema em regiões de dobras e flexão, como axilas e virilhas, que não desaparece à digitopressão.
4. Enantema: Língua com papilas proeminentes (língua em morango), associada à hiperemia de orofaringe.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A escarlatina é uma infecção bacteriana. O uso exclusivo de sintomáticos e observação é inadequado, pois a falta de antibioticoterapia aumenta o risco de complicações supurativas (como abscessos peritonsilares) e não supurativas, sendo a principal delas a Febre Reumática.

Alternativa b) Correta. O tratamento de escolha para a escarlatina/faringite estreptocócica é a antibioticoterapia para erradicar o *Streptococcus pyogenes*. A Penicilina G Benzatina em dose única é o tratamento padrão-ouro devido à sua posologia simplificada e eficácia comprovada na prevenção da febre reumática. Alternativamente, poderia ser utilizada Amoxicilina por 10 dias. A hidratação da pele é recomendada, pois a escarlatina evolui tipicamente com uma descamação lamelar fina após a resolução do exantema.

Alternativa c) Incorreta. O quadro descrito é uma reação tóxica a uma infecção bacteriana, e não um processo alérgico primário ou urticária. Antialérgicos e corticoides não possuem papel no tratamento etiológico da escarlatina.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa descreve o manejo da Doença de Kawasaki. Embora a Doença de Kawasaki compartilhe sinais como febre, exantema e língua em morango, ela exige critérios específicos, como febre por pelo menos 5 dias, conjuntivite não purulenta, alterações em extremidades e linfonodomegalia cervical.

O quadro de 3 dias de febre com odinofagia inicial e sinal da lixa direciona o diagnóstico especificamente para Escarlatina.

### Questão 47

A questão apresenta o caso de uma adolescente com uma crise convulsiva tônico-clônica inédita, associada a níveis pressóricos significativamente elevados (160x105 mmHg) e alteração do nível de consciência (Glasgow 13) com cefaleia. Diante desse quadro em uma paciente jovem, após descartar gestação (eclâmpsia), o diagnóstico principal a ser conduzido é uma Emergência Hipertensiva, especificamente uma Encefalopatia Hipertensiva.

O objetivo terapêutico imediato em uma emergência hipertensiva com lesão de órgão-alvo aguda (neste caso, o sistema nervoso central) é a redução controlada da pressão arterial com medicação de uso intravenoso, permitindo ajuste rápido e titulação precisa.

Análise das alternativas:

- a) Incorreto. O captopril é um inibidor da ECA de uso oral. Em situações de emergência hipertensiva, medicações por via oral não são indicadas devido à demora no início da ação e à impossibilidade de titular a dose minuto a minuto. Além disso, a paciente apresenta rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 13), o que contraindica a via oral pelo risco de broncoaspiração.
- b) Incorreto. O levetiracetam é um anticonvulsivante. Embora a paciente tenha tido uma crise convulsiva, esta já foi cessada pelo uso de diazepam. O foco terapêutico agora deve ser a causa-base da convulsão, que é a crise hipertensiva. Tratar apenas a convulsão sem controlar a pressão arterial não interrompe o processo fisiopatológico da encefalopatia.
- c) Incorreto. O manitol é um diurético osmótico utilizado para o manejo da hipertensão intracraniana (HIC) em casos de edema cerebral importante ou risco de herniação. Embora a encefalopatia hipertensiva envolva um componente de edema vasogênico, o tratamento padrão-ouro é a redução da pressão arterial para restaurar a autorregulação cerebral. O manitol não é a droga de primeira escolha para o controle da crise hipertensiva em si.
- d) Correto. O nitroprussiato de sódio é um vasodilatador arterial e venoso de ação ultrarrápida, administrado via intravenosa contínua. É o medicamento de escolha em diversas emergências hipertensivas, pois permite um controle rigoroso e imediato dos níveis pressóricos. Na encefalopatia hipertensiva, o objetivo é reduzir a pressão

arterial média em cerca de 20% a 25% na primeira hora, evitando reduções bruscas que poderiam causar isquemia cerebral, o que é facilitado pela meia-vida curta do nitroprussiato.

### Questão 48

O caso clínico apresenta um lactente de 3 meses com quadro de tosse persistente há 11 dias, evoluindo com vômitos após os episódios de tosse (vômitos pós-tussígenos) e ausência de febre. O painel viral negativo para os principais vírus respiratórios (VSR, influenza, coronavírus) e o atraso vacinal importante (a criança tem 3 meses e recebeu apenas as vacinas de recém-nascido, perdendo a dose de 2 meses da vacina pentavalente) direcionam o diagnóstico para coqueluche, causada pela bactéria *\*Bordetella pertussis\**.

A coqueluche é uma doença de transmissão respiratória que exige medidas de controle de infecção hospitalar específicas.

Análise das alternativas:

a) De contato: Incorreta. A precaução de contato é utilizada para evitar a transmissão de microrganismos por contato direto ou indireto com o paciente ou seu ambiente. É indicada em casos de infecções por bactérias multirresistentes, infecções cutâneas disseminadas ou diarreias infecciosas (como por norovírus). A coqueluche não é transmitida primariamente por essa via.

b) Para gotículas: Correta. A *\*Bordetella pertussis\** é transmitida por meio de gotículas respiratórias, que são partículas maiores (superiores a 5 micra) expelidas durante a tosse, fala ou espirro. Essas partículas percorrem distâncias curtas (geralmente até 2 metros) e não permanecem suspensas no ar por muito tempo. Para pacientes com suspeita ou confirmação de coqueluche, a recomendação é o isolamento por gotículas, que exige o uso de máscara cirúrgica pelo profissional de saúde ao entrar no quarto e o isolamento do paciente em quarto privativo ou em coorte.

c) Para aerossóis: Incorreta. A precaução para aerossóis é necessária para patógenos que permanecem suspensos no ar em partículas muito pequenas (menores que 5 micra) e podem percorrer distâncias maiores, como o bacilo da tuberculose, o vírus do sarampo e o da varicela. Nestes casos, exige-se o uso de máscara N95 pelo profissional e quarto com pressão negativa. A coqueluche não requer essa medida rotineiramente.

d) Padrão: Incorreta. A precaução padrão é o conjunto de medidas básicas que

devem ser aplicadas no atendimento de todos os pacientes (higienização das mãos, uso de luvas e avental se houver risco de contato com fluidos). No entanto, para doenças infectocontagiosas específicas como a coqueluche, a precaução padrão é insuficiente, sendo obrigatória a adição da precaução específica para a via de transmissão do agente (neste caso, gotículas).

Gabarito: Letra (b).

---

### Questão 49

Análise do caso clínico:

O quadro descreve uma criança de 6 anos com uma reação sistêmica aguda após provável picada de inseto (dor aguda, hiperemia e edema local). A paciente apresenta envolvimento de três sistemas orgânicos em apenas 15 minutos: pele (urticária), sistema respiratório superior (coriza e espirros) e sistema gastrointestinal (vômitos). Pelos critérios atuais, a presença de sintomas em dois ou mais sistemas após contato com alérgeno provável define o diagnóstico de anafilaxia.

A anafilaxia é uma emergência médica de rápida progressão. O tratamento imediato é crucial para impedir a evolução para o choque anafilático ou insuficiência respiratória.

Alternativa (a) Adrenalina intramuscular: Esta é a conduta correta. A adrenalina (epinefrina) é o único tratamento de primeira linha para anafilaxia. Ela atua como um antagonista fisiológico dos mediadores da anafilaxia, promovendo vasoconstrição (tratando a hipotensão e o edema), broncodilatação e redução da liberação de novos mediadores pelos mastócitos e basófilos. A aplicação deve ser feita preferencialmente no vasto lateral da coxa por via intramuscular, devido à absorção mais rápida e segura.

Alternativa (b) Anti-histamínico via oral: Está incorreta. Embora os anti-histamínicos possam ser utilizados como terapia adjuvante para aliviar sintomas cutâneos (prurido e urticária), eles não revertem o broncoespasmo, o edema de via aérea ou o colapso circulatório. Eles não salvam vidas e nunca devem atrasar a administração de adrenalina.

Alternativa (c) Corticoide via oral: Está incorreta. Os corticosteroides são medicamentos de ação lenta, demorando várias horas para atingir seu efeito pleno. Eles são recomendados no manejo posterior para tentar prevenir as reações bifásicas (retorno dos sintomas após melhora inicial), mas não têm papel no tratamento da fase aguda inicial da anafilaxia.

Alternativa (d) Antiemético intramuscular: Está incorreta. Os vômitos neste contexto são sinais de gravidade sistêmicos da anafilaxia e não devem ser tratados isoladamente. O foco deve ser a interrupção da cascata alérgica grave com a adrenalina, que eventualmente cessará os sintomas gastrointestinais como consequência da estabilização do quadro.

Gabarito: Letra (a).

### Questão 50

A questão aborda a evolução esperada da vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin), que é administrada rotineiramente ao nascimento para prevenir formas graves de tuberculose.

A imagem mostra uma lesão no braço direito do lactente, na região do deltoide, caracterizada por um nódulo eritematoso com uma pequena crosta central. Essa aparência é absolutamente típica para o tempo decorrido desde a vacinação (cerca de 4 semanas ou 1 mês). A evolução natural da BCG segue cronologicamente estas etapas:

1. Pápula imediata após a aplicação.
2. Nódulo (caroço) que surge entre a 3ª e a 4ª semana (fase em que o paciente se encontra).
3. Pustulização (formação de pus) e posterior ulceração (ferida) entre a 4ª e a 6ª semana.
4. Cicatrização final, geralmente entre a 6ª e a 12ª semana.

Análise das alternativas:

a) Iniciar cefalexina: Incorreto. Não há sinais de infecção bacteriana secundária (celulite, calor local excessivo, febre ou secreção purulenta volumosa). A reação observada é uma resposta inflamatória esperada ao Mycobacterium bovis atenuado presente na vacina. O uso de antibióticos é desnecessário.

b) Observar a evolução: Correto. Como a lesão apresenta características e cronologia normais, a conduta é expectante. Deve-se orientar a mãe de que se trata de uma reação vacinal normal, recomendando apenas a limpeza local com água e sabão durante o banho, sem a necessidade de curativos, pomadas ou medicamentos.

c) Drenagem da secreção: Incorreto. Nunca se deve espremer, drenar ou manipular a lesão da BCG, mesmo que ela apresente aspecto de "pus". A manipulação pode

causar infecção secundária ou retardar a cicatrização.

d) Iniciar isoniazida: Incorreto. O tratamento com isoniazida estaria indicado apenas em casos de eventos adversos específicos e graves, como abscessos subcutâneos frios muito grandes (maiores que 15 mm) ou linfadenopatia regional supurada volumosa (maior que 3 cm), o que não é o caso deste paciente, que apresenta uma reação cutânea padrão.

## Questão 51

Para resolver essa questão, devemos seguir um passo a passo sistemático de análise da gasometria arterial e dos eletrólitos.

1. Análise do pH e bicarbonato ( $\text{HCO}_3$ ):

O pH de 7,30 indica uma acidemia (pH normal: 7,35 a 7,45). O bicarbonato está baixo (15 mEq/L), o que caracteriza o distúrbio primário como uma acidose metabólica.

2. Cálculo do ânion gap (AG):

O ânion gap nos ajuda a diferenciar as causas da acidose metabólica. A fórmula é:  $\text{AG} = \text{Sódio} - (\text{Cloro} + \text{Bicarbonato})$ .

$$\text{AG} = 140 - (103 + 15)$$

$$\text{AG} = 140 - 118$$

$$\text{AG} = 22 \text{ mEq/L.}$$

O valor normal do AG situa-se entre 8 e 12 mEq/L. Como o resultado foi 22, estamos diante de uma acidose metabólica de ânion gap aumentado. Isso é esperado na ingestão de fluido de radiador (etilenoglicol), onde o acúmulo de ácidos orgânicos (como o ácido oxálico) eleva o AG.

3. Avaliação da compensação respiratória:

Para saber se existe um distúrbio respiratório associado, usamos a fórmula de Winter para calcular a  $\text{PCO}_2$  esperada:  $\text{PCO}_2 \text{ esperada} = (1,5 \times \text{HCO}_3) + 8 (+/- 2)$ .

$$\text{PCO}_2 \text{ esperada} = (1,5 \times 15) + 8$$

$$\text{PCO}_2 \text{ esperada} = 22,5 + 8 = 30,5 (+/- 2).$$

O intervalo esperado para a  $\text{PCO}_2$  é de 28,5 a 32,5 mmHg. Como a  $\text{PCO}_2$  do paciente é 30 mmHg (está dentro do intervalo), a resposta respiratória é considerada adequada e puramente compensatória. Não há, portanto, um distúrbio respiratório concomitante.

4. Gap osmolar (Dado adicional):

A questão fornece a osmolaridade plasmática medida (320 mOsm/L). Calculando a osmolaridade plasmática estimada:  $(2 \times \text{Na}) + (\text{Glicose} / 18) + (\text{Ureia} / 6)$ .

$$\text{Osm estimada} = (2 \times 140) + (72 / 18) + (36 / 6) = 280 + 4 + 6 = 290 \text{ mOsm/L.}$$

O gap osmolar (medido - estimado) é de 30 mOsm/L (normal até 10). Esse aumento reforça o diagnóstico de intoxicação por álcoois (etilenoglicol).

Análise das alternativas:

a) Correta. Conforme os cálculos, o paciente apresenta uma acidose metabólica com ânion gap elevado (22) e uma compensação respiratória esperada para o nível de bicarbonato apresentado.

b) Incorreta. Para haver alcalose respiratória aguda associada, a PCO<sub>2</sub> deveria estar abaixo do limite inferior calculado pela fórmula de Winter (neste caso, menor que 28,5 mmHg). A queda da PCO<sub>2</sub> observada é apenas o mecanismo compensatório fisiológico.

c) Incorreta. O ânion gap está aumentado (22), não normal. Além disso, para haver acidose respiratória aguda, a PCO<sub>2</sub> deveria estar acima do limite superior calculado (maior que 32,5 mmHg), o que indicaria uma falha na ventilação.

d) Incorreta. O cálculo do ânion gap (Sódio - [Cloro + Bicarbonato]) resulta em 22, o que define uma acidose de gap aumentado. Acidose de gap normal (hiperclorêmica) ocorre em situações como perdas digestivas baixas ou acidose tubular renal.

---

## Questão 52

Análise do Quadro Clínico:

O paciente de 15 anos apresenta diarreia crônica (duração superior a 4 semanas) associada a sinais de alarme, como dor abdominal e perda de peso. O dado laboratorial fundamental é a calprotectina fecal elevada (300 microgramas por grama). A calprotectina é uma proteína presente no citoplasma de neutrófilos; sua presença nas fezes indica migração dessas células para a mucosa e lúmen intestinal, servindo como um marcador sensível de inflamação. Em adolescentes com diarreia crônica e calprotectina acima de 250 microgramas por grama, a principal suspeita diagnóstica são as Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), como a Doença de Crohn ou a Retocolite Ulcerativa.

Alternativa a) Incorreta. A calprotectina fecal é um excelente exame de triagem. Uma vez que o valor encontrado está significativamente elevado e o paciente apresenta sintomas de consumo (perda de peso), não há indicação de apenas monitorar os níveis de forma seriada. O resultado já autoriza a progressão para exames invasivos que confirmem o diagnóstico.

Alternativa b) Correta. A colonoscopia com ileoscopia e biópsias é o exame de

escolha para investigar Doenças Inflamatórias Intestinais. O procedimento permite a visualização direta da mucosa do cólon e do íleo terminal, identificando úlceras, erosões e a distribuição da inflamação. As biópsias são fundamentais para o diagnóstico definitivo e para a diferenciação histopatológica entre Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa.

Alternativa c) Incorreta. A dosagem de antitransglutaminase IgA e IgA sérica é o teste de triagem para Doença Celíaca. Embora a Doença Celíaca possa causar diarreia e perda de peso, ela é uma enteropatia imunomediada que, em geral, não eleva a calprotectina fecal de forma tão acentuada quanto as DIIs. Diante de uma calprotectina de 300 em um paciente com dor abdominal, a investigação de inflamação intestinal via colonoscopia é prioritária.

Alternativa d) Incorreta. A intolerância à lactose é uma condição não inflamatória causada pela deficiência da enzima lactase. O quadro clínico típico envolve diarreia osmótica, flatulência e distensão abdominal após a ingestão de laticínios, mas não cursa com elevação de marcadores inflamatórios como a calprotectina, nem com perda de peso significativa.

---

### Questão 53

A questão apresenta um lactente de 9 meses com uma massa abdominal palpável em flanco que não ultrapassa a linha média, associada a dois achados fundamentais: macroglossia e hemi-hiperplasia (crescimento assimétrico de membros). Este conjunto de sinais clínicos é clássico da Síndrome de Beckwith-Wiedemann, uma síndrome de hipercrecimento que predispõe ao desenvolvimento de tumores embrionários.

Alternativa (a) Incorreta: O hepatoblastoma é um tumor hepático que também pode estar associado à Síndrome de Beckwith-Wiedemann. No entanto, a descrição de massa em flanco, tipicamente retroperitoneal e renal, direciona o raciocínio prioritariamente para o Tumor de Wilms. O hepatoblastoma costuma se manifestar como uma massa em hipocôndrio direito ou epigástrico.

Alternativa (b) Incorreta: O linfoma abdominal em crianças (frequentemente o Linfoma de Burkitt) costuma se manifestar com crescimento muito rápido, dor abdominal, distensão e, por vezes, sintomas constitucionais ou obstrução intestinal. Não possui associação com macroglossia ou hemi-hiperplasia.

Alternativa (c) Correta: O Tumor de Wilms (ou nefroblastoma) é a neoplasia renal primária mais comum da infância. Caracteriza-se por ser uma massa lisa, firme e que raramente ultrapassa a linha média (ao contrário do neuroblastoma). Sua associação

com síndromes genéticas é um tema recorrente em provas: a Síndrome de Beckwith-Wiedemann (macroglossia, onfalocele, hemi-hiperplasia e visceromegalias) e a Síndrome WAGR. O quadro clínico descrito é a apresentação clássica dessa associação.

Alternativa (d) Incorreta: O neuroblastoma é o tumor sólido extracraniano mais comum na infância. Diferentemente do Tumor de Wilms, ele costuma se apresentar como uma massa irregular, fixa e que frequentemente ultrapassa a linha média abdominal por se originar da cadeia simpática ou medula da suprarrenal. Além disso, não está associado à macroglossia ou à hemi-hiperplasia.

---

### Questão 54

O quadro clínico apresentado é altamente sugestivo de tireotoxicose (hipertireoidismo). A paciente apresenta uma combinação de sintomas adrenérgicos e metabólicos: perda de peso (mesmo com provável apetite mantido), palpitações, sudorese, tremores de extremidades, aumento da frequência evacuatória e irregularidade menstrual. No exame físico, a presença de taquicardia importante (138 bpm), agitação psicomotora e pressão arterial com pulso amplo (148x62 mmHg - sistólica elevada com diastólica baixa) reforça essa suspeita diagnóstica.

O eletrocardiograma (ECG) fornecido mostra um ritmo de taquicardia sinusal. É possível observar ondas P positivas em DII precedendo cada complexo QRS, com intervalos RR regulares e complexos QRS estreitos. A taquicardia sinusal é a alteração eletrocardiográfica mais comum no hipertireoidismo.

Análise das alternativas:

a) Correta. Diante da forte suspeita de hipertireoidismo, a avaliação da função tireoidiana (TSH e T4 livre) é o passo inicial e essencial para confirmar o diagnóstico. O hemograma e a função hepática são importantes tanto para o diagnóstico diferencial quanto para a avaliação basal antes do início de drogas antitireoidianas (como o metimazol ou propiltiuracil), que podem causar efeitos colaterais como agranulocitose e hepatotoxicidade.

b) Incorreta. Embora a paciente apresente sintomas que simulem um transtorno de ansiedade ou depressivo (choro imotivado, crises de ansiedade), estes são secundários à condição orgânica (hipertireoidismo). Prescrever um inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) sem tratar a causa-base não resolveria o quadro e atrasaria o diagnóstico correto.

c) Incorreta. O ECG não mostra uma arritmia que demande anticoagulação ou

antiarrítmicos de emergência (como fibrilação atrial com alto risco embólico). O tratamento da taquicardia sinusal no hipertireoidismo é feito preferencialmente com betabloqueadores (como o propranolol), que controlam os sintomas adrenérgicos enquanto se aguarda o efeito das medicações específicas para a tireoide.

d) Incorreta. Apesar de a triagem toxicológica ser uma conduta válida em adolescentes com agitação psicomotora súbita na emergência, o histórico de 7 meses de evolução, a perda de peso significativa e as alterações menstruais e intestinais direcionam o raciocínio clínico para uma patologia endócrina crônica, e não apenas para um surto psicótico ou uso de substâncias. A avaliação psiquiátrica pode ser necessária futuramente, mas a prioridade atual é a investigação orgânica.

---

### Questão 55

O caso clínico apresenta um lactente com quadro de insuficiência adrenal secundária, especificamente uma crise adrenal decorrente da suspensão abrupta de corticoterapia prolongada.

O ponto-chave da questão é o histórico de uso de dexametasona por 45 dias. O uso de corticosteroides por período superior a duas semanas causa a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Quando o medicamento é interrompido subitamente, as glândulas adrenais não conseguem retomar a produção endógena de cortisol de imediato, levando a um estado de deficiência hormonal aguda.

A análise dos exames laboratoriais na imagem confirma essa hipótese:

1. Glicemia de 51 mg/dL: A hipoglicemia é um achado clássico da insuficiência adrenal, pois o cortisol é um hormônio contrarregulador essencial para a gliconeogênese.
2. Sódio de 133 mmol/L: A hiponatremia leve ocorre pela perda da inibição do hormônio antidiurético (ADH) que o cortisol normalmente exerce, levando à retenção de água livre.
3. Potássio de 4,3 mmol/L: Diferente da insuficiência adrenal primária (onde há falta de aldosterona e consequente hipercalemia), na insuficiência secundária (supressão do eixo) a produção de mineralocorticoides costuma estar preservada, explicando o potássio normal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A salina hipertônica a 3% é indicada para correção de hiponatremia aguda sintomática grave (geralmente sódio abaixo de 120-125 mmol/L com convulsões ou coma). O sódio de 133 mmol/L não justifica essa medida, e a causa-base é a falta de cortisol.

b) Correta. A conduta imediata e definitiva é a reposição do corticosteroide (como hidrocortisona em dose de estresse). Isso reverte a hipoglicemia, corrige o distúrbio hidroeletrólítico e melhora o estado neurológico da criança ao suprir a carência hormonal aguda.

c) Incorreta. A restrição hídrica é o tratamento para a Síndrome de Secreção Inapropriada de ADH (SIADH). Embora a clínica possa ter semelhanças, o histórico de uso de corticoide e a hipoglicemia direcionam o diagnóstico para insuficiência adrenal.

d) Incorreta. Não há evidências de infecção bacteriana que justifiquem antibioticoterapia de amplo espectro. O paciente nega febre, a ureia e a creatinina estão normais (afastando choque séptico com disfunção renal) e o hemograma apresenta apenas uma leucocitose discreta, que pode ser reacional ao estresse clínico.

Portanto, diante da supressão iatrogênica do eixo adrenal, a reposição hormonal é a medida salvadora de vida.

---

## Questão 56

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um recém-nascido pré-termo tardio (36 semanas) que apresenta desconforto respiratório de início precoce (2 horas de vida), caracterizado principalmente por taquipneia e sinais leves de esforço. O ponto fundamental para a resolução da questão é a interpretação da radiografia de tórax, que revela a presença de líquido nas fissuras interlobares e congestão hilar (trama vascular peri-hilar aumentada), achados clássicos do "pulmão úmido".

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

A Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN), também conhecida como Síndrome do Pulmão Úmido, ocorre devido ao retardo na reabsorção do líquido pulmonar fetal pelos linfáticos e capilares pulmonares. É mais comum em prematuros tardios e bebês nascidos de parto cesárea sem trabalho de parto. O quadro clínico é tipicamente de taquipneia de início nas primeiras horas de vida, com evolução benigna e autolimitada (geralmente resolve-se em 24 a 72 horas). Os achados radiológicos descritos (estrias lineares peri-hilares, congestão vascular e fluido nas cissuras) são patognomônicos dessa condição.

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

a) Pneumonia congênita: Embora possa cursar com desconforto respiratório precoce, geralmente está associada a fatores de risco maternos (como rotura prolongada de membranas, febre materna ou corioamnionite). Radiologicamente, costuma apresentar infiltrados alveolares difusos ou localizados, semelhantes à Doença da Membrana Hialina, e não o padrão de congestão vascular e líquido em fendas.

b) Hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido: Caracteriza-se por uma falha na transição da circulação fetal para a neonatal, mantendo uma resistência vascular pulmonar elevada. Clinicamente, o recém-nascido apresenta cianose intensa que não melhora proporcionalmente à oferta de oxigênio (hipoxemia grave). Ocorre mais frequentemente em recém-nascidos a termo ou pós-termo, associada a episódios de asfixia ou aspiração meconial, o que difere do quadro de desconforto leve e taquipneia isolada aqui apresentado.

c) Síndrome de aspiração meconial: Esta condição exige obrigatoriamente a presença de líquido amniótico meconial. É uma patologia de recém-nascidos a termo ou pós-termo. O padrão radiológico é caracterizado por infiltrados grosseiros e heterogêneos ("em remendos"), áreas de atelectasia e hiperinsuflação pulmonar, o que não condiz com a descrição radiológica da questão.

---

## Questão 57

### ANÁLISE DO CASO

O recém-nascido apresenta um resultado de triagem neonatal (teste do pezinho) com níveis de fenilalanina significativamente elevados (21,5 mg/dL), sendo que o valor de referência é de até 1,3 mg/dL. Esse quadro é altamente sugestivo de fenilcetonúria (PKU), uma doença genética autossômica recessiva causada pela deficiência da enzima fenilalanina hidroxilase (PAH), que converte a fenilalanina em tirosina.

A conduta imediata em casos de níveis de fenilalanina acima de 10-12 mg/dL é o início imediato do tratamento dietético, visando à neuroproteção, uma vez que o excesso de fenilalanina é altamente tóxico para o sistema nervoso central em desenvolvimento, podendo causar deficiência intelectual irreversível.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Correta. Diante de valores de fenilalanina superiores a 10 mg/dL (e especialmente tão altos quanto 21,5 mg/dL), as diretrizes do Ministério da Saúde e protocolos internacionais recomendam iniciar imediatamente a dieta especial com fórmula

metabólica isenta de fenilalanina. O objetivo é reduzir os níveis séricos o mais rápido possível para evitar danos neurológicos. O aleitamento materno não deve ser totalmente suspenso, mas deve ser complementado e monitorado rigorosamente pela equipe de genética e nutrição.

b) Incorreta. A sapropterina é uma forma sintética do BH4 (tetra-hidrobiopterina), um cofator da enzima PAH. Ela é utilizada apenas em pacientes que apresentam responsividade ao cofator (geralmente formas mais leves da doença ou deficiências específicas do metabolismo do BH4). Não é a conduta inicial padrão para um recém-nascido com níveis críticos detectados na triagem antes de uma avaliação especializada e testes de responsividade.

c) Incorreta. O sequenciamento do gene PAH pode ser utilizado para confirmação diagnóstica, aconselhamento genético e correlação genótipo-fenótipo, mas não é a prioridade inicial. O manejo da fenilcetonúria é baseado nos níveis bioquímicos (dosagem de fenilalanina). Postergar o tratamento para aguardar um teste genético colocaria em risco o desenvolvimento cognitivo da criança.

d) Incorreta. Embora a coleta de uma segunda amostra para confirmação diagnóstica faça parte do protocolo, não se deve "aguardar" o resultado para intervir quando o valor inicial é muito elevado. Em níveis de 21,5 mg/dL, a probabilidade de um falso-positivo que não necessite de intervenção é mínima, e o risco de dano cerebral pela demora no tratamento é proibitivo. A intervenção deve ser simultânea à investigação confirmatória.

---

### Questão 58

O caso clínico descreve um recém-nascido de 11 dias com sinais de alerta graves: febre, apatia e apneia (pausas respiratórias de 15 a 20 segundos). Esses sintomas, em um neonato nessa faixa etária, indicam um quadro de sepse neonatal ou infecção sistêmica grave. O exame físico revela conjuntivite purulenta e hepatomegalia. No entanto, o achado patognomônico para o diagnóstico está na imagem.

Análise da Imagem:

A foto mostra um agrupamento de pequenas vesículas sobre uma base eritematosa (avermelhada). Esse padrão de lesão cutânea é característico das infecções pelo vírus herpes simples (HSV). No período neonatal, a infecção por HSV costuma se manifestar entre a primeira e a terceira semana de vida, podendo apresentar-se de três formas: localizada (pele, olhos e boca — SEM), sistema nervoso central ou disseminada. O paciente em questão apresenta sinais de acometimento cutâneo, ocular (secreção amarelada) e sistêmico (apneia e febre), sugerindo herpes neonatal.

#### Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O relato de exantema no primeiro trimestre de gestação é relevante para a investigação de infecções congênitas do grupo TORCH, como a rubéola ou o citomegalovírus. Embora essas infecções possam causar hepatomegalia e icterícia, elas geralmente apresentam sinais ao nascimento (como microcefalia ou petéquias) e não costumam causar o aparecimento agudo de lesões vesiculares agrupadas no 11º dia de vida.

b) Incorreta. O uso de penicilina benzatina na gestação refere-se ao tratamento da sífilis. A sífilis congênita pode causar hepatomegalia e lesões cutâneas, mas as lesões típicas são o pênfigo palmoplantar (bolhas grandes) ou a rinite sífilítica, e não vesículas em cacho. Além disso, o tratamento adequado da mãe com penicilina excluiria o diagnóstico de sífilis congênita no RN.

c) Incorreta. O histórico vacinal materno incompleto poderia sugerir suscetibilidade a doenças como a varicela ou a rubéola. No entanto, o quadro clínico de vesículas localizadas e a cronologia dos sintomas são muito mais específicos para herpes simples do que para varicela neonatal, que costuma apresentar lesões em diferentes estágios de evolução espalhadas por todo o corpo.

d) Correta. A principal via de transmissão do herpes simples para o recém-nascido é o canal de parto, através do contato direto com secreções genitais maternas infectadas (transmissão vertical). A história de lesões genitais durante a gestação ou no momento do parto é o dado epidemiológico mais importante para confirmar a suspeita de herpes neonatal. Mesmo que a mãe seja assintomática, ela pode apresentar excreção viral, mas o histórico de lesões prévias aumenta significativamente a probabilidade diagnóstica diante de um RN com vesículas e sinais sistêmicos.

---

#### Questão 59

O quadro clínico apresenta um pré-escolar com recusa à deambulação, dor à manipulação e febre esporádica, sintomas que em pediatria devem sempre levantar a suspeita de processos infecciosos ou inflamatórios osteoarticulares. Como a ultrassonografia de quadris foi normal, a investigação deve progredir para a coluna vertebral.

#### Análise da imagem de Ressonância Magnética (RM):

A imagem demonstra uma alteração de sinal (hipersinal na sequência ponderada em T2/STIR ou realce pós-contraste) acometendo dois corpos vertebrais adjacentes e, fundamentalmente, o espaço discal entre eles. Há evidência de redução da altura do

disco intervertebral e irregularidade das placas terminais. Esse padrão de acometimento "vértebra-disco-vértebra" é o sinal radiológico patognomônico da espondilodiscite.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A infiltração leucêmica na medula óssea pode causar dor óssea e recusa à deambulação em crianças, mas geralmente apresenta-se com alterações hematológicas no hemograma e, na RM, costuma mostrar um padrão de substituição difusa da medula óssea em múltiplos níveis, sem predileção pelo espaço discal ou destruição do disco.

b) Incorreta. Embora a espondilodiscite seja uma forma de infecção óssea, o termo "osteomielite", isolado, refere-se à infecção do osso propriamente dito. Na coluna, a infecção raramente fica restrita apenas ao corpo vertebral na criança; devido à vascularização persistente do disco nessa faixa etária, o disco é precocemente envolvido, configurando a espondilodiscite.

c) Correta. A espondilodiscite é a principal hipótese diagnóstica. Em crianças pequenas, a apresentação pode ser insidiosa, com irritabilidade, perda de marcos motores (parar de andar) e dor à palpação da coluna ou manobra de Lasègue positiva. A RM é o padrão-ouro para o diagnóstico, revelando o comprometimento inflamatório/infeccioso do disco intervertebral e das vértebras adjacentes, exatamente como observado na imagem.

d) Incorreta. O osteossarcoma é um tumor maligno extremamente raro nessa faixa etária (mais comum em adolescentes) e costuma acometer metáfises de ossos longos (como o fêmur distal). Além disso, tumores ósseos tipicamente não cruzam o espaço discal para envolver a vértebra vizinha de forma simétrica como ocorre nos processos infecciosos.

---

### Questão 60

O caso clínico descreve um menino de 3 anos com a téttrade clássica da Síndrome Nefrótica: edema (palpebral e ascite), proteinúria na faixa nefrótica, hipoalbuminemia e dislipidemia. A idade do paciente e, principalmente, a remissão completa da proteinúria em apenas três semanas após o início da prednisona (corticoide) confirmam o diagnóstico clínico de Doença de Lesões Mínimas (DLM). Esta é a causa mais comum de Síndrome Nefrótica em crianças, caracterizando-se por ser altamente responsiva a corticoides.

Epidemiologicamente, a Doença de Lesões Mínimas é responsável por cerca de 80%

a 90% dos casos de Síndrome Nefrótica em crianças pré-escolares. Sua maior incidência ocorre entre os 2 e 6 anos de idade. À medida que a criança cresce, a prevalência proporcional da DLM diminui, enquanto outros tipos histológicos, como a Glomeruloesclerose Segmentar e Focal (GESF), tornam-se mais frequentes.

Análise das alternativas e gráficos:

a) Gráfico 1: Representa uma frequência estática de 50% em todas as idades. Está incorreto porque a Doença de Lesões Mínimas tem uma variação epidemiológica nítida conforme a faixa etária.

b) Gráfico 3: Mostra uma doença cuja frequência aumenta de forma linear com a idade. Está incorreto, pois a Doença de Lesões Mínimas é muito mais prevalente na primeira infância do que na adolescência.

c) Gráfico 2: Apresenta uma curva com picos nos extremos e queda no meio da infância. Não corresponde ao comportamento de nenhuma das glomerulopatias primárias comuns da infância.

d) Gráfico 4: Este gráfico representa corretamente a Doença de Lesões Mínimas. Ele mostra um pico de frequência muito alto (próximo a 80%) nos primeiros anos de vida (faixa de 1 a 4 anos) e uma queda progressiva e gradual dessa proporção à medida que a idade avança para os 15 anos. Essa distribuição é o padrão clássico estudado em nefropediatria para a DLM.

Portanto, a alternativa correta é a letra (d), correspondente ao Gráfico 4.

---

### Questão 61

Esta paciente de 70 anos apresenta sangramento uterino anormal na pós-menopausa, um sintoma que sempre exige investigação imediata para afastar malignidade endometrial. Ela possui fatores de risco importantes para o câncer de endométrio, como a obesidade (IMC de 34 kg/m<sup>2</sup>), idade avançada e nuliparidade.

Análise das imagens:

A primeira imagem (ultrassonografia transvaginal) revela um espessamento endometrial focal com áreas císticas sugestivas de um pólipó endometrial. A segunda imagem (histeroscopia) confirma a presença de uma lesão polipoide projetando-se na cavidade uterina.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A histerectomia total é uma conduta excessiva como primeiro passo. Diante de uma lesão focal visível à histeroscopia, o protocolo inicial é a exérese da lesão para estudo histopatológico. A cirurgia radical só seria indicada se houvesse confirmação prévia de neoplasia maligna ou hiperplasia com atipias.

b) Incorreta. O dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel é uma opção terapêutica para hiperplasias endometriais sem atipias ou para controle de sangramento em pacientes específicas. Ele não trata a lesão estrutural (pólipo) e não permite o diagnóstico anatomopatológico necessário nesta paciente.

c) Correta. A ressecção da lesão (polipectomia), preferencialmente por via histeroscópica, é a conduta padrão-ouro. Ela é simultaneamente diagnóstica e terapêutica: resolve o sangramento causado pelo pólipo e fornece material para a biópsia, essencial para excluir focos de adenocarcinoma ou atipias que podem estar presentes em até 5% dos pólipos em mulheres após a menopausa.

d) Incorreta. Assim como a alternativa (a), a histerectomia com salpingectomia é um tratamento cirúrgico definitivo que não deve ser realizado sem um diagnóstico tecidual prévio que justifique tal agressividade, especialmente em uma paciente idosa e hipertensa, visando evitar morbidades cirúrgicas desnecessárias.

---

### Questão 62

Análise do caso: Trata-se de uma paciente de 42 anos com Sangramento Uterino Anormal (SUA) causado por leiomiomatose uterina (miomas intramurais e subserosos). Ela apresenta comorbidades importantes, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e obesidade grau 1. Atualmente, está em uso de análogo do GnRH há 9 meses, o que controlou o sangramento, mas resultou em efeitos colaterais decorrentes do hipoestrogenismo (sintomas vasomotores e ressecamento vaginal).

Alternativa a) Incorreta. A histeroscopia cirúrgica é indicada para o tratamento de miomas submucosos (aqueles que distorcem a cavidade endometrial, classificados como FIGO 0, 1 ou 2). O ultrassom da paciente descreve apenas miomas intramurais e subserosos, que não podem ser abordados por via histeroscópica.

Alternativa b) Correta. O análogo do GnRH é uma medicação de exceção, usada temporariamente para reduzir o volume uterino ou preparar a paciente para cirurgia devido aos seus efeitos colaterais e riscos à saúde óssea. Como a paciente já apresenta sintomas de hipoestrogenismo e o sangramento está controlado, a transição para uma terapia de manutenção é necessária. O progestagênio isolado (seja via oral, injetável ou sistema intrauterino de levonorgestrel) é eficaz no controle do fluxo menstrual e é a escolha mais segura para esta paciente. Isso ocorre porque

ela possui fatores de risco cardiovascular (idade > 35 anos, hipertensão e obesidade), situações em que o uso de estrogênio (presente nos combinados) deve ser evitado ou cautelosamente avaliado.

Alternativa c) Incorreta. O uso do análogo do GnRH por 9 meses já excede o tempo habitualmente recomendado (3 a 6 meses). A manutenção prolongada sem terapia de reposição estrogênica de baixa dose (\*add-back therapy\*) aumenta significativamente o risco de osteoporose e compromete a qualidade de vida devido aos sintomas climatéricos que a paciente já apresenta.

Alternativa d) Incorreta. Embora o contraceptivo combinado possa controlar o sangramento uterino, ele é contraindicado ou deve ser evitado em pacientes com hipertensão arterial, mesmo que controlada, especialmente quando associada a outros fatores como obesidade e idade superior a 35 anos. O componente estrogênico aumenta o risco de eventos tromboembólicos e cardiovasculares nessas condições, tornando o progestagênio isolado uma opção muito mais segura.

---

### Questão 63

#### ANÁLISE DO CASO

A paciente de 30 anos apresenta infertilidade primária há um ano. A investigação básica revela:

1. Fator masculino: Normal (espermograma sem alterações).
2. Fator tubário: Normal (histerossalpingografia sem anormalidades).
3. Reserva ovariana: Preservada (FSH de 6,3 e contagem de folículos antrais adequada).
4. Ciclos ovulatórios: Prováveis, devido à regularidade menstrual.
5. Fator uterino/pélvico: Exames de imagem (ultrassonografia e ressonância) normais.

A principal hipótese diagnóstica é a Infertilidade Sem Causa Aparente (ISCA). A presença de dismenorrea moderada a intensa, apesar dos exames de imagem normais, levanta a suspeita de endometriose mínima ou leve (estágios I ou II da American Society for Reproductive Medicine), que frequentemente não é detectada por métodos de imagem convencionais.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A fertilização in vitro (FIV) é uma técnica de alta complexidade. É indicada como primeira linha em casos de fator tubário bilateral (obstrução), fator masculino grave, idade materna avançada (geralmente acima de 40 anos) ou após

falha de tratamentos de baixa complexidade. Pela idade da paciente (30 anos) e pela permeabilidade tubária preservada, devem-se considerar opções menos invasivas inicialmente.

b) INCORRETA. Os análogos agonistas do GnRH promovem um bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, levando a paciente a um estado de menopausa farmacológica. Embora eficaz para o controle da dor na endometriose, essa conduta impede a ovulação e a gravidez durante o tratamento, não sendo indicada para tratar a infertilidade do casal no momento.

c) CORRETA. A Inseminação Intrauterina (IIU) com indução da ovulação (seja com gonadotrofinas, seja com indutores orais) é o tratamento de escolha para casais jovens com ISCA ou endometriose leve com tubas pÉrvias. O objetivo é aumentar a oferta de gametas (indução controlada de 2 a 3 folículos) e facilitar o encontro desses gametas ao colocar o sÊmen processado e capacitado dentro da cavidade uterina no momento da ovulação.

d) INCORRETA. A videolaparoscopia cirúrgica já foi o padrão-ouro para o diagnóstico de infertilidade, mas seu papel atual é discutível quando não há evidências de doença em exames de imagem. Em casos de suspeita de endometriose leve em pacientes jovens, as diretrizes atuais recomendam priorizar o tratamento com reprodução assistida (como a IIU ou FIV) em vez de submeter a paciente a um procedimento cirúrgico invasivo, a menos que a dor pélvica seja o sintoma principal e não responda ao tratamento clínico.

## CONCLUSÃO

Diante de um quadro de infertilidade sem causa aparente ou suspeita de endometriose inicial em mulher jovem com tubas pÉrvias e parceiro com sÊmen normal, a abordagem terapêutica mais adequada para iniciar o tratamento é a inseminação intrauterina com indução da ovulação.

---

## Questão 64

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de abortamento esporádico. Trata-se de uma mulher de 32 anos com histórico de apenas uma perda gestacional precoce (8 semanas e 3 dias). O aborto espontâneo é a complicação mais comum da gestação, ocorrendo em cerca de 15% a 20% das gravidezes clinicamente reconhecidas. Na grande maioria dos casos, especialmente no primeiro trimestre, a causa é uma aneuploidia (alteração cromossômica) esporádica e acidental, não indicando uma

doença subjacente do casal ou risco elevado de repetição.

Justificativa das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Esta é a conduta preconizada pelos principais protocolos nacionais e internacionais (como FEBRASGO e ACOG). A investigação detalhada para causas de aborto só é indicada quando a paciente se enquadra no diagnóstico de abortamento habitual (perda de duas ou três gestações consecutivas, dependendo da referência utilizada). Após um único episódio de aborto em uma paciente jovem e sem comorbidades, a conduta é o aconselhamento e o reassseguramento de que as chances de uma futura gestação bem-sucedida são excelentes (superiores a 80%). Como ela já está em uso de ácido fólico e já se passaram três meses do procedimento, ela pode ser liberada para nova gestação imediatamente.

Alternativa (b) Incorreta: Não há evidências científicas que sustentem a necessidade de aguardar seis meses para uma nova tentativa após um abortamento espontâneo. Estudos recentes sugerem que intervalos curtos (menores que 6 meses) entre o aborto e a nova concepção podem, inclusive, estar associados a menores índices de novas perdas e complicações. Três meses é um intervalo de tempo mais do que suficiente para a recuperação física e emocional na maioria dos casos.

Alternativa (c) Incorreta: A solicitação de cariótipo do casal e a dosagem de TSH fazem parte da propedêutica de abortamento habitual. O cariótipo busca identificar translocações balanceadas em um dos genitores, o que ocorre em uma minoria dos casais com perdas recorrentes. O TSH avalia disfunções tireoidianas que podem estar ligadas a perdas de repetição. Nenhum desses exames tem indicação após um único evento de aborto.

Alternativa (d) Incorreta: A pesquisa de anticorpos para a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido (SAAF) segue critérios clínicos rigorosos. Para considerar a investigação por perdas gestacionais, a paciente precisaria ter tido: 1) Três ou mais abortos consecutivos antes de 10 semanas; ou 2) Uma morte fetal com mais de 10 semanas de morfologia normal; ou 3) Um parto prematuro antes de 34 semanas por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave. A paciente do caso não preenche nenhum critério para rastreio de trombofilias adquiridas ou hereditárias.

### Questão 65

O desogestrel na dose de 75 mcg é uma pílula de progestogênio isolado. Diferente dos anticoncepcionais hormonais combinados (que contêm estrogênio e progestogênio), os progestogênios isolados não promovem uma supressão profunda e constante do eixo hipotálamo-hipófise-ovário.

O principal mecanismo de ação do desogestrel é a inibição da ovulação, que ocorre através da supressão do pico de LH (hormônio luteinizante) no meio do ciclo. No entanto, a secreção basal das gonadotrofinas (FSH e LH) não é completamente anulada. Com isso, o recrutamento folicular e o desenvolvimento inicial de folículos ovarianos persistem em muitos ciclos, o que garante a produção endógena de estradiol. Dessa forma, os níveis laboratoriais encontrados costumam estar dentro da faixa de normalidade, geralmente comparáveis aos níveis da fase folicular de um ciclo menstrual normal.

Analise das alternativas:

- a) Incorreta. Este perfil de FSH, LH e estradiol baixos (hipogonadismo hipogonadotrófico) é típico do uso de anticoncepcionais combinados, que possuem etinilestradiol e causam um feedback negativo muito mais potente sobre a hipófise, ou do uso de análogos do GnRH. O desogestrel isolado não atinge esse grau de supressão.
- b) Incorreta. Não se espera que o FSH esteja baixo e o estradiol baixo simultaneamente no uso de desogestrel, uma vez que o estímulo do FSH é necessário para a produção de estradiol e ambos tendem a se manter em níveis basais normais.
- c) Correta. No uso de desogestrel, a mulher mantém a produção basal de FSH e LH, permitindo que os folículos cresçam e produzam estradiol em níveis fisiológicos normais (fase folicular), ainda que o pico de LH seja inibido para evitar a ruptura folicular (ovulação).
- d) Incorreta. Embora o desogestrel impeça o aumento súbito (pico) de LH para evitar a ovulação, o nível basal de LH medido em dosagens hormonais isoladas permanece dentro da faixa de normalidade para a fase folicular, não ficando persistentemente baixo.

## Questão 66

### ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta um quadro clínico compatível com Bexiga Hiperativa, caracterizado por urgência miccional e incontinência urinária de urgência. A perda de urina durante o orgasmo é um sintoma clássico de contração involuntária do músculo detrusor (hiperatividade do detrusor), diferenciando-se da perda durante a penetração, que costuma estar associada à incontinência de esforço.

O exame físico e o estadiamento POP-Q (Aa -3, Ba -3, Ap -3, Bp -3) mostram que não há prolapsos de órgãos pélvicos, pois os pontos da parede anterior e posterior estão em sua posição anatômica normal. A manobra de Valsalva negativa confirma a ausência de incontinência de esforço clínica. Além disso, a paciente possui diabetes tipo 2 mal controlado (HbA1c de 9%), o que gera glicosúria e poliúria, irritando a bexiga e agravando os sintomas de urgência. O IMC citado como 4 kg/m<sup>2</sup> é claramente um erro de digitação da questão original, provavelmente referindo-se a 34 ou 40 kg/m<sup>2</sup>, indicando obesidade.

### POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ CORRETA

O tratamento da incontinência urinária de urgência segue uma hierarquia de intervenções. A primeira linha de tratamento é sempre composta por medidas comportamentais e conservadoras. A perda de peso é fundamental, pois reduz a pressão intra-abdominal sobre a bexiga. A fisioterapia pélvica, que inclui o treinamento vesical (reeducação dos intervalos de micção) e exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, apresenta alta eficácia e baixos efeitos colaterais. No caso desta paciente, o controle rigoroso do diabetes também é uma medida conservadora essencial para a melhora dos sintomas.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa A: A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico com propriedades anticolinérgicas que pode ser usado em casos específicos de dor pélvica crônica ou como adjuvante em casos refratários, mas não é a terapia de escolha inicial para bexiga hiperativa.

Alternativa B: A aplicação de toxina botulínica intravesical é considerada uma terapia de terceira linha. Ela é reservada para pacientes que falharam tanto no tratamento comportamental (primeira linha) quanto no tratamento farmacológico oral (segunda linha). Por ser um procedimento invasivo, nunca é a conduta inicial.

Alternativa C: A oxibutinina é um agente anticolinérgico que representa a segunda

linha de tratamento (farmacológico). Embora seja eficaz, as diretrizes recomendam que se tente primeiro o tratamento não farmacológico (medidas comportamentais e fisioterapia) devido ao perfil de efeitos colaterais dos anticolinérgicos, como boca seca, constipação e visão turva.

### Questão 67

Texto Original:

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM), anteriormente chamada de atrofia vulvovaginal. O hipoestrogenismo após a menopausa causa adelgaçamento do epitélio vaginal e do trato urinário inferior, resultando em secura, prurido, ardência e sintomas irritativos urinários (disúria e polaciúria). O exame físico confirma a atrofia (coloração pálida e perda de rugosidades), e a urina tipo I normal descarta infecção urinária.

Alternativa (b) Correta: O uso de estriol por via vaginal é o tratamento padrão-ouro para a SGM moderada a grave. O estriol é um estrogênio de baixa potência com ação predominantemente local. Um ponto fundamental nesta questão é o antecedente de tromboembolismo venoso (TEV). Diferente da terapia hormonal sistêmica, o estrogênio tópico em baixas doses possui absorção sistêmica mínima e não aumenta o risco de novos eventos tromboembólicos, sendo considerado seguro pela maioria das diretrizes internacionais para pacientes com histórico de trombose que apresentam apenas sintomas geniturinários.

Alternativa (a) Incorreta: A terapia hormonal sistêmica (transdérmica ou oral) é indicada prioritariamente para o alívio de sintomas vasomotores (fogachos) e prevenção de osteoporose. Embora a via transdérmica seja mais segura que a oral em relação ao risco de trombose, ela ainda apresenta maior exposição sistêmica do que a via vaginal. Como a paciente apresenta apenas sintomas locais, a via vaginal é a escolha mais segura e eficaz.

Alternativa (c) Incorreta: O metronidazol é um antibiótico utilizado para tratar vaginose bacteriana ou tricomoníase. A descrição do conteúdo vaginal como "incharacterístico e sem odor", associada à palidez da mucosa e à idade da paciente, aponta para atrofia e não para um processo infeccioso ou inflamatório bacteriano.

Alternativa (d) Incorreta: Hidratantes vaginais de longa duração são considerados terapia de primeira linha para mulheres com sintomas leves ou para aquelas que possuem contraindicação absoluta ao uso de estrogênio (como câncer de mama dependente de hormônio em uso de inibidores da aromatase, embora isso ainda seja debatido). No entanto, para uma paciente com sintomas urinários e vaginais estabelecidos, o estrogênio tópico é mais eficaz na restauração da citologia vaginal,

do pH e do trofismo uretral, sendo a conduta mais adequada conforme as evidências clínicas.

## Questão 68

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta sangramento uterino anormal na pós-menopausa, o que obrigatoriamente exige a exclusão de câncer de endométrio. Ela possui múltiplos fatores de risco: obesidade (IMC 34), diabetes mellitus e, fundamentalmente, o uso de tamoxifeno. O tamoxifeno é um modulador seletivo do receptor de estrogênio que tem ação antagonista na mama, mas ação agonista no endométrio, aumentando significativamente o risco de hiperplasia e adenocarcinoma endometrial.

Embora a ultrassonografia transvaginal tenha revelado um endométrio de 3,5 mm (valor que habitualmente seria considerado normal para mulheres na pós-menopausa sem uso de tamoxifeno), o sangramento é recorrente. Em pacientes de alto risco ou com sintomas persistentes/recorrentes, a avaliação endometrial por imagem não é suficiente para descartar malignidade, sendo imperativa a coleta de material para estudo histopatológico.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Correta. A biópsia endometrial (seja por aspiração manual, curetagem ou, idealmente, por histeroscopia com biópsia dirigida) é o próximo passo necessário. O sangramento na pós-menopausa é um sinal de alerta que exige confirmação tecidual quando os sintomas persistem, mesmo diante de uma ultrassonografia com endométrio fino, especialmente em usuárias de tamoxifeno.

Alternativa b) Incorreta. Aguardar seis semanas para repetir um exame que já foi realizado atrasaria o diagnóstico de uma possível neoplasia. A ultrassonografia já mostrou suas limitações no caso, pois não explica a causa do sangramento recorrente.

Alternativa c) Incorreta. O uso de progestagênios sem antes realizar uma avaliação histopatológica do endométrio é contraindicado no sangramento da pós-menopausa. O tratamento hormonal só deve ser instituído após a exclusão de câncer. Além disso, em pacientes com histórico de câncer de mama, o uso de hormônios deve ser evitado ou criteriosamente avaliado.

Alternativa d) Incorreta. A ressonância magnética de pelve não é o exame inicial para investigação de sangramento uterino na pós-menopausa. Ela pode ser útil no

estadiamento do câncer de endométrio já diagnosticado, mas não substitui a necessidade de biópsia para o diagnóstico inicial.

## RESUMO

O padrão-ouro para investigação de sangramento persistente na pós-menopausa, independentemente da espessura endometrial ao ultrassom, é a avaliação histopatológica. O uso de tamoxifeno e a obesidade elevam a suspeição clínica, tornando a biópsia indispensável.

### Questão 69

Análise do caso:

A paciente apresenta uma história familiar fortemente sugestiva de Síndrome de Câncer de Mama e Ovário Hereditários (HBOC). Os principais critérios de alerta são a presença de dois parentes de primeiro grau com neoplasias relacionadas, especificamente o câncer de ovário na mãe e o câncer de mama em idade jovem (antes dos 50 anos) na irmã. Diante desse cenário de alta suspeição para uma predisposição genética, o manejo deve ser guiado pela identificação de mutações específicas.

Alternativa (a) Incorreta: A laqueadura tubária ou a salpingectomia (retirada das tubas) podem reduzir o risco de alguns tipos de câncer de ovário, já que se acredita que muitos carcinomas serosos de alto grau se originam na fímbria tubária. No entanto, em uma paciente com provável síndrome hereditária, a conduta isolada de laqueadura é insuficiente e não deve ser o primeiro passo antes da definição do risco genético real.

Alternativa (b) Incorreta: A salpingo-ooforectomia profilática bilateral é a estratégia de redução de risco mais eficaz para portadoras de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, devendo ser realizada preferencialmente após a prole constituída (geralmente entre 35 e 45 anos, dependendo da mutação). Contudo, por ser um procedimento invasivo que induz menopausa cirúrgica precoce, ela só deve ser indicada após a confirmação da presença de mutação patogênica por meio de testes genéticos.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta mais adequada no momento. O primeiro passo para uma paciente com critérios clínicos para síndromes de câncer hereditário é o aconselhamento genético seguido da pesquisa de mutações germinativas. O resultado desse exame definirá se a paciente precisa de medidas profiláticas agressivas (como a ooforectomia), qual a idade ideal para tais intervenções e como

deve ser o rastreamento mamário (incluindo ressonância magnética, se necessário).

Alternativa (d) Incorreta: O rastreamento de câncer de ovário com ultrassonografia transvaginal e dosagem de marcador tumoral CA 125 não é recomendado como rotina. Estudos populacionais demonstraram que esses exames não conseguem reduzir a mortalidade pela doença e apresentam um alto índice de resultados falsos-positivos, levando a intervenções cirúrgicas desnecessárias por achados benignos. Mesmo em pacientes de alto risco, esses exames não substituem a necessidade de avaliação genética e cirurgia profilática.

## Questão 70

Análise do caso: A paciente apresenta um quadro compatível com Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), caracterizado por irregularidade menstrual e hiperandrogenismo clínico, evidenciado pelo índice de Ferriman-Gallwey de 9 (valores acima de 8 são diagnósticos em mulheres adultas). A presença de acantose nigricans é um sinal físico importante que indica resistência insulínica. Os dados laboratoriais confirmam um estado de pré-diabetes, com glicemia de jejum de 112 mg/dL (faixa de pré-diabetes: 100 a 125 mg/dL) e glicemia de 2 horas após teste oral de tolerância à glicose (TOTG) de 150 mg/dL (faixa de pré-diabetes: 140 a 199 mg/dL).

Alternativa a: Correta. A Metformina é um agente sensibilizador da insulina. Na SOP, ela é indicada especificamente para o tratamento de alterações metabólicas, como a intolerância à glicose e o pré-diabetes. O medicamento ajuda a reduzir os níveis de insulina circulante, o que melhora a acantose nigricans e reduz o risco de progressão para Diabetes Mellitus tipo 2. Como a paciente já utiliza contraceptivo (Desogestrel) para o controle do ciclo, o foco terapêutico adicional deve ser o distúrbio metabólico.

Alternativa b: Incorreta. Embora os análogos de GLP-1 sejam potentes para perda de peso e controle glicêmico, eles não são a primeira linha de tratamento para o pré-diabetes associado à SOP em pacientes com sobrepeso (IMC de 27,1 kg/m<sup>2</sup>). A Metformina continua sendo a droga de escolha inicial nesses cenários devido ao custo-benefício e à vasta experiência clínica.

Alternativa c: Incorreta. A Sibutramina é um fármaco anorexígeno indicado para o tratamento da obesidade. A paciente em questão possui sobrepeso, e o foco da pergunta é o tratamento do "quadro metabólico" (resistência insulínica e pré-diabetes), para o qual a sibutramina não possui ação direta ou eficaz como os sensibilizadores de insulina.

Alternativa d: Incorreta. As estatinas são utilizadas para o tratamento de

dislipidemias (redução de colesterol LDL e triglicerídeos). A questão não fornece o perfil lipídico da paciente e enfatiza as alterações na glicemia e a resistência insulínica, tornando as estatinas inadequadas como resposta para o quadro metabólico descrito.

## Questão 71

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente é uma primigesta de 37 semanas (gestação a termo) com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES). O foco da questão é a interpretação dos parâmetros de vitalidade fetal:

1. **Cardiotocografia:** Apresenta-se reativa. É possível observar uma linha de base estável, variabilidade preservada e uma aceleração clara da frequência cardíaca fetal após o estímulo sonoro (indicado pela seta vermelha "ES"). Isso garante o bem-estar fetal no momento.
2. **Dopplerfluxometria:** Os índices de pulsatilidade da artéria umbilical (P70) e da artéria cerebral média (P15) estão dentro da normalidade (ambos entre o percentil 5 e 95), indicando que não há insuficiência placentária grave ou centralização fetal evidente.
3. **Perfil Biofísico Fetal (PBF):** O feto pontua para movimentos respiratórios, movimentos somáticos, tônus e cardiotocografia (8/10 pontos). No entanto, o maior bolsão vertical de líquido amniótico mede 1,5 cm.
4. **Diagnóstico de líquido:** O valor de referência para o maior bolsão vertical é de 2 a 8 cm. Um valor de 1,5 cm define oligoidramnia.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

**Alternativa A (Incorreta):** O retorno em uma semana com novo exame é uma conduta expectante. Diante de uma gestação de 37 semanas (termo) com oligoidramnia, a conduta expectante não é recomendada, pois o baixo volume de líquido amniótico aumenta o risco de compressão de cordão e morte súbita fetal, especialmente em uma gestante com patologia de base (LES).

**Alternativa B (Incorreta):** A resolução por cesárea não é mandatória neste caso. A cardiotocografia é reativa e os demais parâmetros do perfil biofísico estão normais, o que demonstra que o feto possui reserva de oxigenação para tolerar o trabalho de parto. A cesárea deve ser reservada para indicações obstétricas ou em caso de sofrimento fetal agudo, o que não se apresenta no momento.

**Alternativa C (Incorreta):** A reavaliação em 24 horas apenas postergaria a resolução

de um problema que já tem indicação de conduta definitiva. Como a gestação já atingiu 37 semanas, o risco da manutenção da gravidez com pouco líquido supera os benefícios da espera.

Alternativa D (Correta): Esta é a conduta mais adequada. A presença de oligoidramnia (bolsão < 2 cm) em uma gestação a termo é indicação de interrupção da gravidez. Como os testes de vitalidade (cardiotocografia e Doppler) mostram que o feto está em boas condições de oxigenação e não há centralização, a via de parto preferencial é a vaginal, mediante indução do trabalho de parto. O lúpus, por si só, quando controlado, não contraindica o parto vaginal.

Resumo da decisão: Termo + Oligoidramnia + Vitalidade Preservada = Indução do Parto.

---

## Questão 72

Texto Original:

A questão aborda o rastreamento do parto pré-termo por meio da medida do comprimento cervical no segundo trimestre de gestação. A paciente é uma primigesta (sem histórico de partos anteriores) em pré-natal de risco habitual.

Análise da Imagem:

A ultrassonografia transvaginal apresentada mostra a medida do colo uterino. No canto inferior direito da imagem, observa-se o valor de Comprimento: 30 mm.

Fundamentação Teórica:

O ponto de corte estabelecido pela literatura para definir um colo curto e indicar intervenção (como o uso de progesterona) em gestantes de baixo risco é de 25 mm. Como a paciente apresenta um colo de 30 mm, o resultado é considerado normal.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O pessário cervical é um dispositivo utilizado em casos selecionados de colo curto ou em protocolos de pesquisa para prevenção de parto pré-termo, não havendo indicação para sua inserção em colos de 30 mm.

b) Incorreta. A progesterona micronizada vaginal está indicada para a prevenção de prematuridade quando o colo uterino é menor ou igual a 25 mm no exame morfológico do segundo trimestre (entre 18 e 24 semanas), independentemente da história obstétrica. Como o colo da paciente mede 30 mm, não há indicação.

c) Correta. Por se tratar de uma paciente primigesta, sem fatores de risco para parto

pré-termo e com medida de comprimento cervical dentro da normalidade (30 mm), a conduta adequada é a manutenção do seguimento pré-natal de risco habitual, sem necessidade de intervenções adicionais.

d) Incorreta. A cerclagem cervical é um procedimento cirúrgico indicado em situações específicas, como insuficiência istmocervical (baseada no histórico de perdas gestacionais tardias) ou em casos de colo curto em pacientes com antecedente de parto pré-termo espontâneo. Não se aplica a uma primigesta com colo normal.

---

### Questão 73

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de abortamento habitual ou recorrente, definido pela ocorrência de dois ou mais episódios de perda gestacional. A investigação detalhada na questão descartou as causas mais comuns: a ultrassonografia normal afasta malformações uterinas grosseiras; a glicemia e o TSH normais descartam causas endócrinas (diabetes e hipotireoidismo); a pesquisa de anticorpos negativa exclui a Síndrome Antifosfolípide (SAF); e a cervicometria de 29 mm, somada ao histórico de perdas precoces (7 a 9 semanas), afasta a insuficiência cervical.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A associação de ácido acetilsalicílico e enoxaparina (heparina) é o tratamento de escolha para a Síndrome Antifosfolípide (SAF). Como os anticorpos para SAF foram negativos, não há indicação para o uso dessas medicações. O uso empírico de anticoagulantes em casos de aborto recorrente sem diagnóstico de trombofilia não traz benefícios comprovados.

Alternativa b) Correta. Em cerca de 50% dos casos de abortamento recorrente, a causa permanece desconhecida (idiopática) mesmo após investigação completa. Para essas pacientes, a conduta mais adequada é o acompanhamento pré-natal de alto fluxo, com consultas frequentes e suporte psicológico. Estudos demonstram que o acolhimento e o cuidado humanizado (conhecido na literatura como Tender Loving Care) estão associados a taxas de sucesso gestacional superiores a 70% em gestações subsequentes de causa idiopática.

Alternativa c) Incorreta. A progesterona micronizada vaginal é indicada para a prevenção de prematuridade em gestantes com colo curto (geralmente menor que 25 mm) ou em casos específicos de ameaça de aborto com sangramento e histórico de perdas. A paciente em questão tem colo de 29 mm e está assintomática, não preenchendo critérios obstétricos claros para essa prescrição neste momento da gestação (21 semanas).

Alternativa d) Incorreta. A cerclagem cervical é indicada para casos de Insuficiência Istmocervical (IIC). A IIC caracteriza-se por perdas fetais tardias (segundo trimestre), geralmente indolores e com eliminação de feto vivo. O histórico desta paciente é de perdas embrionárias precoces (entre 7 e 9 semanas) com batimentos presentes seguidos de morte embrionária, o que não sugere falha mecânica do colo uterino. Além disso, a medida atual do colo (29 mm) é considerada normal.

## Questão 74

Para resolver essa questão, devemos analisar o gráfico de monitorização contínua da glicose (CGM), correlacionando-o com os horários de aplicação das insulinas e das refeições da paciente. O objetivo no diabetes durante a gestação é manter a glicemia de jejum abaixo de 95 mg/dL e as pós-prandiais de 1 hora abaixo de 140 mg/dL, minimizando o tempo em hipoglicemia.

Análise do gráfico de tendências e eventos:

1. Período da madrugada e jejum (00h às 07h): O gráfico mostra que a mediana da glicemia está elevada, aproximando-se ou ultrapassando o limite de 140 mg/dL em parte da madrugada. Isso indica que a dose de insulina NPH das 22h não é suficiente para cobrir a necessidade basal noturna. Conduta: Aumentar a dose de NPH noturna.
2. Período da manhã (08h às 12h): O gráfico inferior (Eventos de Níveis Baixos) mostra uma concentração de episódios de hipoglicemia entre 08h e 12h. A NPH aplicada às 07h tem seu pico de ação justamente nesse intervalo, indicando que a dose está excessiva para esse horário. Ao mesmo tempo, o gráfico superior mostra uma elevação logo após o café da manhã, indicando que a insulina regular (rápida) das 06h30 é insuficiente para a carga de carboidratos da refeição. Conduta: Reduzir a NPH das 07h e aumentar a regular do café da manhã.
3. Período do almoço: Observa-se uma elevação glicêmica após a refeição das 12h no gráfico superior, o que sugere que a dose de insulina regular pré-almoço não está dando conta do pico pós-prandial. Conduta: Aumentar a insulina regular do almoço.
4. Período da tarde: A glicemia mantém-se relativamente estável e dentro do alvo, o que sugere que a dose de NPH das 12h está adequada para a manutenção basal vespertina. Conduta: Manter a NPH do almoço.
5. Período após o jantar (19h às 22h): O gráfico inferior mostra novos eventos de hipoglicemia significativos após o jantar. Como a paciente utiliza insulina regular 30 minutos antes do jantar (18h30), essa queda acentuada sugere que a dose de regular

está alta demais para essa refeição. Conduta: Reduzir a insulina regular do jantar.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Propõe aumentar a NPH no café da manhã, o que agravaria as hipoglicemias matinais já registradas no gráfico. Também sugere reduzir a regular no café, o que pioraria o pico de glicose observado logo após essa refeição.

Alternativa b) Incorreta. A manutenção das doses não é adequada, pois o gráfico revela que a paciente passa 32% do tempo acima do alvo e apresenta episódios recorrentes de hipoglicemia (5% do tempo abaixo do alvo e 9 eventos registrados), necessitando de ajuste fino.

Alternativa c) Correta. Esta opção aborda todos os problemas identificados: o aumento da NPH noturna controla a glicemia de jejum/madrugada; a redução da NPH da manhã e da regular do jantar previne as hipoglicemias detectadas nos gráficos de eventos baixos; o aumento da regular no café e no almoço corrige os picos hiperglicêmicos pós-prandiais.

Alternativa d) Incorreta. Ao manter as doses de NPH, a alternativa ignora a necessidade de corrigir a hiperglicemia basal da madrugada e a hipoglicemia do período da manhã. Além disso, não ajusta a NPH de acordo com a necessidade de redistribuição da dose basal.

---

## Questão 75

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso descreve uma gestante múltipara (G2P1) em trabalho de parto de baixo risco, no segundo período (fase expulsiva), com 90 minutos de duração. O cenário é de total estabilidade: feto com vitalidade preservada (frequência cardíaca normal), progressão contínua da apresentação e parturiente colaborativa em posição vertical. As diretrizes modernas de assistência ao parto, incluindo as do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, priorizam a desmedicalização e o respeito à fisiologia quando o binômio mãe-feto está bem.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Correta. Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde, não existe um limite de tempo rígido e absoluto para o segundo período, desde que haja progressão e bem-estar fetal. Em múltiparas sem analgesia, o período expulsivo costuma ser mais rápido, mas a conduta diante de

uma progressão visível e batimentos fetais normais é aguardar a evolução espontânea, respeitando o tempo da mulher e do feto. A intervenção sem indicação clínica clara aumenta o risco de traumas perineais e morbidade materna.

Alternativa B: Incorreta. A episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira. Ela é um procedimento cirúrgico que deve ter indicações específicas, como a necessidade de abreviar o parto por sofrimento fetal agudo ou em casos de parto instrumentalizado onde o períneo impede a aplicação do vácuo ou fórceps. No caso em questão, o períneo está distendendo naturalmente e não há sinais de urgência.

Alternativa C: Incorreta. O parto instrumental (fórceps ou vácuo-extrator) é indicado quando há falha na progressão após tempo prolongado, exaustão materna ou suspeita de perda do bem-estar fetal. Como o feto apresenta progressão visível a cada puxo e a frequência cardíaca está normal, não há justificativa para intervir com instrumentos, que carregam riscos de lacerações e cefalo-hematoma.

Alternativa D: Incorreta. Manobras manuais para deprimir a fúrcula ou tentar "alargar" o canal de parto com os dedos não são recomendadas. Essas intervenções podem causar dor desnecessária, microtraumas na mucosa vaginal e aumentar o risco de infecção e lacerações perineais de maior grau. O desprendimento deve ocorrer de forma espontânea, protegendo o períneo com técnicas de "hands-on" ou "hands-off" conforme a necessidade, mas sem manipulação digital forçada da fúrcula.

---

## Questão 76

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro de Síndrome HELLP, diagnosticada pelos critérios laboratoriais: hemólise (DHL 730 U/L e Bilirrubina total 2,2 mg/dL), elevação de enzimas hepáticas (TGO 86 U/L) e plaquetopenia (95.000/mm<sup>3</sup>). Como a gestante tem 30 semanas e 1 dia (prematuridade extrema) e encontra-se clinicamente estável, assim como o feto (Doppler e perfil biofísico normais), a conduta preconizada pelas principais diretrizes é a estabilização materna e o aguardo de até 48 horas para a maturação pulmonar fetal.

Alternativa a: Incorreta. A interrupção imediata da gestação por cesariana não é a primeira escolha neste momento, pois a estabilidade clínica permite o benefício da corticoterapia. Além disso, a raquianestesia costuma ser contraindicada em pacientes com plaquetopenia abaixo de 75.000-100.000/mm<sup>3</sup> devido ao risco de hematoma espinhal; em casos de urgência com plaquetas baixas, a anestesia geral costuma ser preferida.

Alternativa b: Incorreta. A hidralazina é um anti-hipertensivo indicado para o tratamento da crise hipertensiva (Pressão Arterial igual ou superior a 160x110 mmHg). A paciente apresenta PA de 159x93 mmHg, o que não configura crise hipertensiva aguda imediata, embora exija controle. O principal erro desta alternativa é a omissão do corticoide, essencial para o prognóstico do recém-nascido prematuro.

Alternativa c: Correta. Em gestantes com Síndrome HELLP entre 24 e 34 semanas, desde que haja estabilidade materna e fetal, a conduta deve ser expectante por 48 horas para a realização do ciclo de corticoterapia (Betametasona). O sulfato de magnésio é obrigatório para a profilaxia de eclâmpsia em quadros de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade (como a Síndrome HELLP), além de promover neuroproteção fetal. A vigilância clínica e laboratorial rigorosa é fundamental para detectar qualquer deterioração que exija o parto imediato.

Alternativa d: Incorreta. A indução do trabalho de parto em uma gestação de 30 semanas com colo uterino provavelmente desfavorável e Síndrome HELLP apresenta alta taxa de falha. O foco principal antes da interrupção deve ser a maturação pulmonar fetal (48 horas), e não o início imediato da indução. A dexametasona pode ser usada para maturidade pulmonar, mas a via de administração padrão é a intramuscular.

---

## Questão 77

Esta questão aborda o manejo da Hemorragia Pós-Parto (HPP), uma das principais causas de mortalidade materna. Para resolvê-la, devemos aplicar a regra mnemônica dos "4 Ts", que classifica as causas de HPP: Tônus (Atonia uterina), Trauma (Lacerações), Tecido (Restos placentários) e Trombina (Coagulopatias).

A paciente apresenta sinais de choque hipovolêmico (palidez, hipotensão e taquicardia) e sangramento vaginal ativo. O dado crucial fornecido é que o útero encontra-se firme e contraído (globo de segurança de Pinard presente) e a placenta foi revisada como completa.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. Quando uma puérpera apresenta sangramento vaginal importante, mas o útero está bem contraído, a principal hipótese diagnóstica deixa de ser a atonia uterina (causa mais comum) e passa a ser o Trauma do canal de parto (lacerações de colo uterino, vagina ou períneo). O exame especular é o procedimento padrão-ouro e imediato para visualizar o trajeto do parto, identificar o local da laceração e proceder com a sutura (hemostasia).

b) INCORRETA. Embora o coagulograma faça parte do protocolo de manejo de hemorragia grave (para avaliar a ocorrência de Coagulação Intravascular Disseminada secundária ao choque), ele não é a conduta diagnóstica inicial para identificar a fonte do sangramento ativo em uma paciente com útero contraído.

c) INCORRETA. A ultrassonografia poderia ser útil se houvesse suspeita de restos placentários (Tecido). No entanto, a descrição afirma que a placenta estava completa. Além disso, o exame especular é prioritário, pois a visualização direta é mais rápida e eficaz para diagnosticar lacerações, que são a principal suspeita clínica neste cenário.

d) INCORRETA. A laparotomia exploradora é uma medida extrema e invasiva, indicada apenas em casos de ruptura uterina, hemoperitônio ou quando as medidas conservadoras e cirúrgicas vaginais/intra-abdominais falham. Como o abdome está flácido, indolor e o útero está contraído, a origem do sangramento é provavelmente no canal de parto, e não intra-abdominal.

Resumo do raciocínio: Sangramento pós-parto com útero contraído = Suspeita de Laceração de Canal = Conduta: Exame especular.

---

### Questão 78

Para resolver essa questão, primeiro precisamos determinar a idade gestacional correta. O primeiro passo é comparar os exames de ultrassonografia apresentados. A regra fundamental na obstetrícia é que a ultrassonografia mais precoce é a mais fidedigna para datar a gestação e prever a idade gestacional (IG) atual. Portanto, utilizamos o exame realizado com 11 semanas, que indica que a paciente está hoje com 36 semanas e 4 dias. Isso a classifica como uma gestante em trabalho de parto prematuro tardio (entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias).

Em seguida, devemos analisar a necessidade de profilaxia para o estreptococo do grupo B (GBS), que é a principal causa de sepse neonatal precoce. A profilaxia antibiótica intraparto está indicada quando:

1. A paciente tem um swab (rastreo) positivo para GBS na gestação atual.
2. A paciente teve um filho anterior que desenvolveu doença pelo GBS.
3. A paciente apresentou bacteriúria por GBS na gestação atual.
4. O status de GBS é desconhecido e a paciente apresenta fatores de risco: parto com menos de 37 semanas, bolsa rota há mais de 18 horas ou febre intraparto (maior ou igual a 38 °C).

No caso descrito, o swab foi colhido há 6 semanas. De acordo com os protocolos do

CDC e do ACOG, a validade de um rastreio negativo é de apenas 5 semanas. Como a IG é de 36 semanas e 4 dias (premature) e não há um resultado negativo válido e recente, a paciente deve receber a profilaxia. Além disso, o enunciado menciona o termo "positivo" ao final da descrição do swab, reforçando a indicação.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso de corticosteroides para maturação pulmonar fetal é indicado rotineiramente entre 24 e 34 semanas. Embora existam protocolos que consideram o uso no prematuro tardio (até 36 semanas e 6 dias), a paciente já está com 6 cm de dilatação e bolsa rota, indicando parto iminente. Nesses casos, a profilaxia para GBS torna-se a prioridade absoluta e a conduta mais adequada no manejo imediato.

Alternativa b) Incorreta. O atosiban é um agente tocolítico (usado para inibir as contrações). A tocolise não é recomendada acima de 34 semanas de gestação, pois os riscos da prematuridade tardia são menores que os riscos potenciais da inibição do parto nessa fase. Além disso, a paciente tem 6 cm de dilatação e amniorrexe (saída de líquido), condições em que a tocolise costuma falhar e não é indicada.

Alternativa c) Incorreta. O sulfato de magnésio é indicado para a neuroproteção fetal em casos de parto prematuro iminente, mas seu benefício comprovado restringe-se a gestações com menos de 32 semanas. Com 36 semanas e 4 dias, o feto já possui um desenvolvimento neurológico que não justifica o uso dessa medicação.

Alternativa d) Correta. A penicilina cristalina é o esquema de primeira escolha para a profilaxia intraparto contra o GBS. A indicação baseia-se na idade gestacional menor que 37 semanas associada à ausência de um rastreio negativo válido para o momento do parto. A primeira dose deve ser feita preferencialmente pelo menos 4 horas antes do nascimento para garantir a proteção adequada do binômio mãe-filho.

---

## Questão 79

TEMA: Infecção Urinária na Gestação - Bacteriúria Assintomática

A bacteriúria assintomática é caracterizada pela presença de 100.000 ou mais unidades formadoras de colônias (UFC) por mL de urina em uma paciente sem sintomas clínicos de infecção do trato urinário. Na gestação, essa condição deve ser obrigatoriamente tratada, pois as alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez facilitam a progressão para pielonefrite em até 40% dos casos não tratados, o que aumenta o risco de prematuridade e sepse materna.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o primeiro passo (urocultura de 7 a 10 dias após o tratamento) esteja correto para verificar a cura, o seguimento mensal com urina tipo 1 (EAS) é inadequado. O exame de urina tipo 1 avalia apenas indícios de infecção (como nitrito ou leucocitúria), mas não substitui a urocultura, que é o único exame capaz de diagnosticar a bacteriúria assintomática com segurança.

b) Incorreta. O controle de cura após o tratamento de bacteriúria assintomática em gestantes deve ser realizado obrigatoriamente com urocultura, e não com urina tipo 1. Além disso, o seguimento posterior também exige a cultura de urina para identificar possíveis recorrências.

c) Correta. Este é o protocolo padrão recomendado para gestantes. Após o tratamento antibiótico, deve-se realizar uma urocultura de controle (teste de cura) entre 7 a 14 dias após o término da medicação. Como a gestante apresenta fatores de risco adicionais (diabetes mellitus) e o risco de recorrência é alto na gestação, o rastreamento deve ser repetido mensalmente com urocultura até o momento do parto.

d) Incorreta. Diferentemente de mulheres não grávidas, em que a bacteriúria assintomática muitas vezes não requer tratamento ou acompanhamento, na gestante o controle é fundamental. A ausência de controle aumenta drasticamente a chance de complicações graves, como o parto pré-termo e a infecção renal (pielonefrite).

---

## Questão 80

Diagnóstico e Raciocínio Clínico:

O quadro clínico descrito — corrimento branco grumoso (aspecto de "leite coalhado"), prurido/queimação vulvar, pH vaginal ácido (4,0) e presença de pseudohifas ao exame direto com KOH a 10% — é patognomônico de candidíase vulvovaginal. O fato de a paciente ser gestante é o ponto crucial para a escolha da conduta, pois altera as opções terapêuticas seguras.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O fluconazol por via oral é a primeira escolha para o tratamento da candidíase em mulheres não gestantes. No entanto, na gestação, o uso de antifúngicos orais deve ser evitado, especialmente devido ao risco potencial de malformações fetais e abortamento, conforme sugerido por estudos epidemiológicos. A via preferencial na gravidez é sempre a tópica/vaginal.

Alternativa B (Correta): O tratamento de escolha para a candidíase vulvovaginal em gestantes consiste no uso de derivados imidazólicos por via vaginal (como miconazol, clotrimazol ou tioconazol). Recomenda-se a utilização de esquemas prolongados (de 7 a 14 dias), em vez de doses únicas ou tratamentos curtos, para garantir a erradicação do fungo e reduzir as recidivas, que são comuns devido ao estado hiperestrogênico da gestação. O miconazol em creme por 10 noites atende perfeitamente a esses critérios de segurança e eficácia.

Alternativa C (Incorreta): A nistatina é um antifúngico polieno que pode ser utilizado na gestação por não ser absorvido pela mucosa vaginal. Contudo, os derivados imidazólicos (como o miconazol) são considerados superiores à nistatina em termos de taxa de cura clínica e micológica, sendo, portanto, a primeira escolha frente à nistatina.

Alternativa D (Incorreta): O uso de óvulos ou duchas de bicarbonato de sódio tem como objetivo alcalinizar o pH vaginal. Essa conduta é indicada para o tratamento da vaginose citolítica (onde há excesso de lactobacilos e pH muito baixo), mas não tem eficácia no tratamento antifúngico da candidíase, apesar de o pH na candidíase também ser ácido.

Resumo: Em gestantes com candidíase, o tratamento deve ser sempre por via tópica (cremes ou óvulos vaginais) e por períodos mais longos (7 a 14 dias), sendo os imidazólicos (miconazol) preferíveis à nistatina.

---

## Questão 81

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve uma paciente de 46 anos, proveniente de área endêmica para hanseníase (Ribeirão Preto), que apresenta um quadro sistêmico agudo caracterizado por febre alta (39,8 °C), artralgia, mialgia e queda do estado geral. O ponto-chave para a resolução da questão é a informação de que o teste de sensibilidade tátil está alterado nas mãos e pés. Na dermatologia, a presença de lesões cutâneas associada a déficit sensorial (neuropatia periférica) é um marcador patognomônico de hanseníase.

A queixa de sinusopatia há 10 dias é um detalhe importante: em pacientes com hanseníase multibacilar, a infiltração da mucosa nasal pelo bacilo é comum, causando congestão e formação de crostas que são frequentemente confundidas com sinusite bacteriana. O uso de antibióticos pode ter coincidido com o desencadeamento de um estado reacional. O aparecimento súbito de pápulas e nódulos eritematosos e dolorosos, acompanhado de sintomas sistêmicos, define o

diagnóstico de Eritema Nodoso Hansênico (ENH), também conhecido como Reação Hansênica do Tipo 2.

#### ASSOCIAÇÃO COM A IMAGEM

A imagem mostra múltiplos nódulos e pápulas eritematosas nos membros. É possível observar que algumas lesões apresentam um centro mais escuro, crostoso ou necrótico. Isso caracteriza uma variante mais grave do ENH, o eritema nodoso necrotizante, que justifica a febre alta e o comprometimento severo do estado geral da paciente.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

A) INCORRETA: A vasculite leucocitoclástica manifesta-se tipicamente como púrpura palpável, geralmente em áreas de declive (membros inferiores). Embora possa causar febre e ser desencadeada por medicamentos como a amoxicilina, ela não justifica a perda de sensibilidade tátil (comprometimento de nervos periféricos) observada no exame físico desta paciente.

B) INCORRETA: A histoplasose cutânea disseminada é uma infecção fúngica que ocorre principalmente em pacientes imunocomprometidos. Suas lesões são variadas, podendo incluir pápulas, úlceras e lesões moluscoides, mas não se apresenta classicamente como um quadro de nódulos dolorosos agudos com neuropatia sensitiva associada.

C) CORRETA: O diagnóstico é de Eritema Nodoso Hansênico. Trata-se de uma reação de hipersensibilidade do tipo III (mediada por imunocomplexos) que ocorre em pacientes com as formas multibacilares da hanseníase (Virchowiana ou Borderline-Virchowiana). O quadro é sistêmico, com febre, dor articular e nódulos cutâneos dolorosos. A alteração de sensibilidade confirma a etiologia pela hanseníase.

D) INCORRETA: A tuberculose cutânea tem evolução crônica e lenta. Apresenta-se de diversas formas, como o escrofuloderma (nódulos que fistulizam) ou a tuberculose verrucosa. Não costuma cursar com um quadro reacional agudo, febre alta persistente e perda de sensibilidade periférica como descrito no caso.

## Questão 82

Este quadro clínico e eletrocardiográfico é uma emergência médica clássica: Hipercalemia Grave com Repercussão Miocárdica.

Análise do Caso:

O paciente apresenta múltiplos fatores de risco para hipercalemia (aumento do potássio sérico). Ele possui uropatia obstrutiva bilateral e uso crônico de cateter duplo J, o que sugere doença renal crônica de base. Além disso, faz uso profilático de sulfametoxazol-trimetoprim; o componente trimetoprim age no túbulo distal de forma semelhante ao diurético amilorida, bloqueando os canais de sódio e reduzindo a secreção de potássio, o que frequentemente causa hipercalemia em pacientes com função renal comprometida.

Análise do ECG:

O eletrocardiograma apresentado é patognomônico da hipercalemia em estágios avançados. Observa-se um alargamento extremo do complexo QRS, que assume um aspecto sinusoidal (padrão em "onda senoidal"). Note que não há ondas P visíveis e o QRS se funde com a onda T. Este é o último estágio antes de uma parada cardiorrespiratória em fibrilação ventricular ou assistolia.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O bicarbonato de sódio pode ser utilizado no tratamento da hipercalemia para promover o "shift" (entrada) de potássio para o meio intracelular e para corrigir a acidose metabólica grave (pH 7,12) apresentada. No entanto, ele não é a primeira medida de imediato quando há alteração eletrocardiográfica grave. O efeito do bicarbonato é lento e não protege o coração da arritmia iminente.

b) Incorreta. O ácido zoledrônico é um bisfosfonato indicado para o tratamento de hipercalemia da malignidade e osteoporose. Não possui qualquer indicação no manejo da hipercalemia ou da acidose metabólica.

c) Incorreta. O sulfato de magnésio é utilizado no tratamento de arritmias específicas, como o \*Torsades de Pointes\*, e na profilaxia de crises convulsivas na eclâmpsia. Não é o tratamento para as alterações eletrocardiográficas causadas pelo potássio elevado.

d) Correta. Diante de um ECG com sinais de toxicidade miocárdica por hipercalemia (como o padrão sinusoidal), a conduta mais urgente e imediata é a estabilização da membrana do cardiomiócito. O gluconato de cálcio endovenoso não reduz os níveis de potássio, mas antagoniza os efeitos tóxicos do potássio no potencial de ação cardíaco, aumentando o limiar de excitabilidade e prevenindo arritmias fatais. O

efeito inicia-se em 1 a 3 minutos. Somente após a estabilização cardíaca com o cálcio é que devem ser iniciadas as medidas para reduzir os níveis de potássio (como glicoinsulinoterapia, beta-2 agonistas e diuréticos/diálise).

Gabarito: Letra (d).

### Questão 83

#### ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um homem de 48 anos com achado incidental de esplenomegalia volumosa (baço a 5 cm do rebordo costal) e alterações marcantes no hemograma. Os pontos fundamentais para o diagnóstico são:

1. Leucocitose acentuada (78.500/uL).
2. Desvio à esquerda escalonado: presença de todas as etapas de maturação da linhagem mieloide no sangue periférico (blastos 1%, promielócitos 3%, mielócitos 6%, metamielócitos 17%, bastonetes 15% e segmentados 44%). Esse escalonamento, com poucos blastos, é típico da fase crônica da doença.
3. Presença de basofilia (3%) e eosinofilia (5%): estes são achados clássicos que reforçam a suspeita de uma neoplasia mieloproliferativa, sendo a basofilia um marcador muito importante para Leucemia Mieloide Crônica (LMC).
4. Trombocitose (745.000/uL) e anemia leve.

Este conjunto de achados (esplenomegalia + leucocitose com desvio escalonado + basofilia) é a apresentação clássica da Leucemia Mieloide Crônica.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O gene CALR (referido na alternativa como CARL) codifica a calreticulina. Mutações neste gene são pesquisadas em suspeitas de Trombocitemia Essencial e Mielofibrose Primária, especificamente em casos em que a mutação JAK2 é negativa. Não é o exame de escolha para o quadro de LMC.

Alternativa B (Incorreta): A imunofenotipagem por citometria de fluxo é essencial no diagnóstico de leucemias agudas (para diferenciar a linhagem mieloide da linfóide) e em doenças linfoproliferativas crônicas. No caso da LMC, o diagnóstico baseia-se na genética e biologia molecular, não sendo este o exame indicado para confirmação.

Alternativa C (Correta): A LMC é causada pela translocação recíproca entre os cromossomos 9 e 22, t(9;22), que forma o chamado cromossomo Philadelphia. Essa translocação resulta na fusão dos genes BCR e ABL1, originando o oncogene

BCR::ABL1. A pesquisa deste rearranjo (por citogenética, FISH ou PCR) é o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo e início do tratamento com inibidores da tirosina quinase.

Alternativa D (Incorreta): A mutação JAK2V617F é característica das neoplasias mieloproliferativas conhecidas como BCR-ABL negativas (Policitemia Vera, Trombocitemia Essencial e Mielofibrose). Embora essas doenças também possam cursar com leucocitose e esplenomegalia, o hemograma com desvio escalonado completo e basofilia aponta diretamente para a LMC, tornando a pesquisa do BCR::ABL1 a prioridade.

Gabarito: Letra C.

---

### Questão 84

A questão descreve um quadro clínico clássico de dermatite de contato alérgica. O paciente apresenta uma lesão eczematosa na face (caracterizada por eritema, edema e exsudação visíveis na imagem), que é desencadeada por agentes externos, como perfumes, e que melhora com o uso de corticoides. A dermatite de contato alérgica é uma reação de hipersensibilidade do tipo IV (retardada), mediada por células T.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A dosagem de IgE total é um marcador inespecífico que pode estar elevado em condições de atopia (como asma, rinite e dermatite atópica), mas não possui utilidade diagnóstica para identificar alérgenos em casos de dermatite de contato.

b) Incorreta. Não há qualquer evidência na história clínica que sugira doença celíaca ou sensibilidade ao glúten. A localização malar e a piora com o uso de perfumes direcionam o diagnóstico para uma etiologia tópica, e não alimentar.

c) Incorreta. O teste de puntura (Prick Test) é utilizado para diagnosticar reações de hipersensibilidade do tipo I (imediate), mediadas por IgE, como as observadas em alergias alimentares, respiratórias ou a venenos de insetos. Ele não é o exame indicado para investigar dermatites de contato.

d) Correta. O teste de contato (Patch Test) é o padrão-ouro para o diagnóstico da dermatite de contato alérgica. Nesse exame, diversas substâncias (incluindo componentes de perfumes e fragrâncias) são aplicadas na pele do paciente por meio de adesivos. A leitura é feita após 48 e 96 horas para observar se ocorre uma reação

inflamatória local, confirmando qual substância específica está causando a sensibilidade mediada por células.

---

### Questão 85

A análise clínica deste caso aponta para candidíase inguinal (intertrigo candidiásico). Os principais elementos que sustentam esse diagnóstico são: o perfil da paciente (diabética com controle irregular, o que favorece o crescimento de fungos), a localização em área de dobra (inguinal), a piora com calor e umidade e, fundamentalmente, a presença de pápulas e pústulas satélites ao redor da placa principal, visíveis na imagem. O uso de corticoide tópico (dexametasona) proporciona alívio temporário da inflamação, mas agrava a infecção fúngica subjacente, explicando as recidivas.

Abaixo, a análise das alternativas:

a) Correta. A pesquisa direta de fungos por meio do exame micológico direto com hidróxido de potássio (KOH) é o padrão para identificar a *Candida*. Microscopicamente, observam-se pseudohifas e blastoconídios (leveduras em brotamento), achado característico deste patógeno.

b) Incorreta. O padrão anatomopatológico de dermatite psoriasiforme é típico da psoríase. Embora a psoríase invertida possa acometer as dobras, ela geralmente apresenta placas bem delimitadas, sem as pústulas satélites características da candidíase observadas na imagem.

c) Incorreta. O teste de contato (patch test) é utilizado para o diagnóstico de dermatite de contato alérgica. O propilenoglicol é um veículo comum em cremes, mas o quadro clínico de lesões recorrentes com satelitose em paciente diabética direciona o diagnóstico para uma etiologia infecciosa, e não alérgica.

d) Incorreta. A fluorescência vermelho-coral à luz de Wood é o achado patognomônico do eritrasma, infecção causada pela bactéria *Corynebacterium minutissimum*. O eritrasma manifesta-se como manchas marrom-avermelhadas, finamente pregueadas e assintomáticas, sem a presença de pápulas satélites ou o caráter inflamatório agudo (ardor/prurido intenso) relatado pela paciente.

---

## Questão 86

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clínico de tireotoxicose, evidenciado pela perda de peso, tremores, agitação e dispneia, associado a exames laboratoriais com TSH suprimido e T4 livre elevado. A fibrilação atrial crônica apresenta alta resposta ventricular (128 bpm) devido ao excesso de hormônios tireoidianos, que aumentam a expressão e a sensibilidade dos receptores beta-adrenérgicos.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Esmolol via endovenosa): O esmolol é um betabloqueador de curtíssima ação utilizado em situações de emergência, como na tempestade tireoidiana grave ou em pacientes instáveis que necessitam de titulação rápida em ambiente de terapia intensiva. Embora seja uma opção terapêutica, a paciente em questão está hemodinamicamente estável, consciente e orientada, o que não justifica o uso de medicação endovenosa com monitorização contínua como primeira escolha.

Alternativa B (Metoprolol via endovenosa): Assim como o esmolol, a via endovenosa do metoprolol é reservada para casos de maior gravidade ou impossibilidade de via oral. Além disso, o metoprolol é um betabloqueador seletivo (beta-1), não possuindo o benefício adicional de interferir no metabolismo periférico dos hormônios tireoidianos.

Alternativa C (Propranolol via oral): Esta é a alternativa correta. O propranolol é o betabloqueador de escolha no tratamento da tireotoxicose por dois motivos principais: 1) é um betabloqueador não seletivo que controla de forma eficaz os sintomas adrenérgicos (taquicardia, tremores, agitação); 2) em doses mais elevadas, possui a propriedade única de inibir a enzima 5-desiodase tipo 1, reduzindo a conversão periférica de T4 (tiroxina) em T3 (tri-iodotironina, a forma metabolicamente mais ativa). Como a paciente está estável e sem sinais de congestão ou choque, a via oral é a preferencial.

Alternativa D (Atenolol via oral): O atenolol é um betabloqueador cardiosseletivo (beta-1). Embora possa ser utilizado para controle da frequência cardíaca na hipertensão ou em arritmias, ele não possui o efeito de inibição da conversão periférica de T4 em T3, tornando-o menos vantajoso que o propranolol no contexto específico do hipertireoidismo.

Conclusão:

O controle da frequência cardíaca na tireotoxicose deve ser feito preferencialmente com betabloqueadores não seletivos. O propranolol por via oral é a droga

padrão-ouro para pacientes estáveis, pois atua tanto na redução da resposta adrenérgica quanto na diminuição dos níveis séricos de T3 ativo.

### Questão 87

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descrito aponta para o diagnóstico de insuficiência aórtica (IAo) crônica. Os principais achados que sustentam essa conclusão são:

1. Pressão de pulso alargada (152/76 mmHg), com uma diferença de 76 mmHg entre a sistólica e a diastólica.
2. Ictus cordis desviado lateralmente (linha axilar anterior) e para baixo (sexto espaço intercostal), além de estar aumentado (3 polpas digitais), o que indica dilatação do ventrículo esquerdo.
3. Sopro holodiastólico decrescente na borda esternal esquerda (foco aórtico acessório), que é o achado auscultatório patognomônico da insuficiência aórtica.
4. Sopro mesossistólico em foco aórtico, que neste contexto representa um sopro de hiperfluxo (grande volume de sangue passando pela valva na sístole) e não necessariamente uma estenose associada.

Fisiopatologia e Remodelamento:

Na insuficiência aórtica, ocorre o refluxo de sangue da aorta para o ventrículo esquerdo (VE) durante a diástole. Como consequência, o VE recebe, em cada ciclo, o volume de sangue vindo do átrio esquerdo somado ao volume que refluiu da aorta. Isso caracteriza uma sobrecarga de volume crônica.

Para compensar esse excesso de sangue e manter um débito cardíaco sistêmico adequado, o ventrículo esquerdo aumenta sua complacência e sofre um processo de hipertrofia excêntrica. Nesse tipo de remodelamento, os sarcômeros são adicionados em série, levando à dilatação da cavidade ventricular.

Em relação ao volume de ejeção, para que o fluxo sanguíneo que efetivamente chega aos tecidos seja mantido, o VE precisa ejetar um volume total muito maior do que o normal (volume de ejeção total aumentado), compensando a parcela que retornará ao coração logo em seguida.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O volume de ejeção está aumentado para compensar o refluxo. A redução do volume de ejeção só ocorreria em fases muito avançadas de falência ventricular, o que não condiz com um paciente assintomático e com os sinais físicos

de hiperdinamismo descritos.

b) Incorreta. O volume de ejeção aumenta e o padrão de hipertrofia na sobrecarga de volume é o excêntrico. A hipertrofia concêntrica é característica de sobrecargas de pressão, como na estenose aórtica ou na hipertensão arterial sistêmica.

c) Incorreta. Embora o volume de ejeção esteja aumentado, a hipertrofia concêntrica não é o mecanismo de adaptação para sobrecarga de volume, mas sim para sobrecarga de pressão.

d) Correta. A insuficiência aórtica gera sobrecarga de volume, resultando em aumento do volume de ejeção (para manter o débito efetivo) e hipertrofia excêntrica (dilatação da cavidade para acomodar o maior volume diastólico).

---

### Questão 88

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de síndrome de má absorção, evidenciado pela diarreia crônica com esteatorreia (fezes oleosas, volumosas, fétidas e que flutuam). Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Histórico de etilismo crônico e tabagismo de longa data: principais fatores de risco para pancreatite crônica.
2. Dor epigástrica com irradiação para o dorso, que piora após a alimentação: padrão típico de dor pancreática.
3. Perda ponderal significativa e baixo IMC: indicam desnutrição secundária à má absorção de nutrientes.

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é um distúrbio funcional. Embora cause alteração no hábito intestinal e dor abdominal, ela não justifica perda de peso importante (8 kg), esteatorreia (fezes oleosas) ou sinais de desnutrição. A dor da SII costuma melhorar após a evacuação, ao contrário da dor deste paciente.

b) Incorreta. O supercrescimento bacteriano do intestino delgado (SIBO) pode causar diarreia e má absorção, mas não é a hipótese principal diante de um histórico tão marcante de etilismo e dor característica em barra/irradiada para o dorso. O SIBO geralmente ocorre associado a causas secundárias, como cirurgias prévias, diverticulose do delgado ou distúrbios de motilidade.

c) Correta. A pancreatite crônica é a principal causa de insuficiência pancreática exócrina em adultos. O consumo prolongado de álcool provoca inflamação

persistente e fibrose do parênquima pancreático. A perda da função exócrina (redução na produção de enzimas como a lipase) resulta em má digestão de gorduras e esteatorreia. A dor pós-prandial ocorre pelo aumento da pressão nos ductos pancreáticos ou inflamação perineural.

d) Incorreta. A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que pode causar diarreia crônica, dor abdominal e perda de peso. No entanto, o acometimento jejunal isolado é menos frequente e a presença de esteatorreia franca associada ao histórico pesado de etilismo e tabagismo direciona o diagnóstico especificamente para a etiologia pancreática, e não inflamatória intestinal.

## Questão 89

### ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta diabetes mellitus tipo 2 (DM2) com sinais claros de descompensação grave e catabolismo, evidenciados pela perda ponderal, poliúria e fadiga, associados a uma hemoglobina glicada (HbA1c) muito elevada (10,8%) e glicemia de jejum de 270 mg/dL. Ele já está em terapia tripla com doses otimizadas de metformina, gliclazida (uma sulfonilureia) e dapagliflozina (um iSGLT2), o que caracteriza falência do tratamento oral. Além disso, o exame físico revela turgência jugular e edema de membros inferiores, sugerindo uma possível insuficiência cardíaca associada.

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

A presença de sintomas catabólicos (perda de peso) e HbA1c acima de 10% são indicações clássicas para o início da insulinização, conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da ADA. Quando se inicia um esquema de insulina pleno (basal-bolus ou NPH + Regular), a conduta padrão é suspender o secretagogo de insulina (neste caso, a gliclazida), pois o pâncreas já não responde adequadamente a esse estímulo e o risco de hipoglicemia aumenta sem benefício terapêutico adicional. A manutenção da metformina e do iSGLT2 é geralmente recomendada pelos benefícios cardiovasculares e auxílio no controle glicêmico, mas a prioridade aqui é o resgate metabólico com insulina.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Iniciar apenas insulina regular antes das refeições é insuficiente. O paciente apresenta uma glicemia de jejum muito elevada (270 mg/dL), o que exige, prioritariamente, uma insulina de ação basal (como a NPH ou análogos de longa duração) para controlar a produção hepática de glicose durante o jejum e períodos

entre refeições.

Alternativa B: A pioglitazona é contraindicada em pacientes com sinais de insuficiência cardíaca (edema e turgência jugular), pois causa retenção hídrica e pode agravar o quadro volêmico. Além disso, trocar uma classe oral por outra em um paciente com perda de peso e HbA1c de 10,8% não é a conduta adequada para reverter o catabolismo.

Alternativa C: Manter o esquema atual e focar apenas em estilo de vida é uma conduta ineficaz para este nível de descompensação. Embora a dieta e os exercícios sejam fundamentais, o paciente apresenta falência funcional das células-beta e precisa de suporte exógeno de insulina imediatamente para evitar complicações agudas e reverter a glicotoxicidade.

---

## Questão 90

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), com fração de ejeção de 35 por cento e comorbidades que sugerem uma etiologia isquêmica (diabetes, hipertensão, dislipidemia e doença arterial coronariana). A piora da dispneia nas últimas duas semanas indica um quadro de insuficiência cardíaca descompensada, no qual se espera encontrar sinais de congestão sistêmica ou pulmonar.

Alternativa a: Incorreta. O pulso paradoxal é definido como uma queda superior a 10 mmHg na pressão arterial sistólica durante a inspiração espontânea. Este achado é característico do tamponamento cardíaco e de doenças pulmonares graves, como crise de asma ou DPOC exacerbado. Não é um achado esperado ou típico na insuficiência cardíaca congestiva crônica agudizada.

Alternativa b: Incorreta. O desdobramento fixo da segunda bulha (B2) é o sinal semiológico clássico da Comunicação Interatrial (CIA), uma cardiopatia congênita. Na insuficiência cardíaca por disfunção ventricular, o achado acessório mais comum no exame das bulhas é a presença de terceira bulha (B3), que reflete a desaceleração brusca do fluxo sanguíneo em um ventrículo dilatado e com sobrecarga de volume.

Alternativa c: Correta. O refluxo hepatojugular é um sinal de elevação das pressões de enchimento do ventrículo direito. Ele é pesquisado através da compressão firme do hipocôndrio direito (ou região periumbilical) por cerca de 10 a 30 segundos, enquanto se observam as veias jugulares no pescoço. O teste é positivo se houver uma elevação sustentada da pressão venosa jugular. Em pacientes com insuficiência cardíaca esquerda que evoluem com congestão retrógrada e sobrecarga das

cavidades direitas, este é um dos achados mais esperados e sensíveis para diagnosticar a hipervolemia e o aumento das pressões intracardíacas.

Alternativa d: Incorreta. O sopro mesodiastólico no foco mitral é característico da estenose mitral (ou do sopro de Austin Flint na insuficiência aórtica grave). O paciente em questão, com dilatação ventricular e baixa fração de ejeção, poderia apresentar um sopro sistólico no foco mitral por insuficiência mitral funcional (secundária à dilatação do anel valvar), mas não um sopro diastólico de estenose.

Conclusão: Diante de um paciente com ICFER descompensada e sinais de dispneia, a pesquisa de sinais de congestão sistêmica é fundamental. O refluxo hepatojugular é um marcador clínico clássico de elevação da pressão venosa central e das pressões de enchimento cardíaco neste contexto.

---

### Questão 91

A questão apresenta um quadro clínico clássico de cistite aguda não complicada em uma mulher jovem, previamente hígida e fora do período gestacional. A presença de disúria, polaciúria e dor suprapúbica, associada à ausência de sintomas vaginais (como corrimento) e à ausência de sinais sistêmicos (como febre ou dor lombar), confere uma probabilidade diagnóstica de infecção do trato urinário (ITU) superior a 90%, permitindo o diagnóstico clínico e o início imediato do tratamento sem necessidade de exames laboratoriais.

Alternativa a: Incorreta. Em mulheres jovens com sintomas típicos de cistite não complicada, a coleta de urina tipo 1 (EAS) e urocultura não é mandatória. O diagnóstico é clínico e o tratamento deve ser iniciado prontamente para alívio dos sintomas. A urocultura é reservada para casos de suspeita de pielonefrite, gestantes, sintomas atípicos, falha terapêutica ou ITUs recorrentes (3 ou mais episódios no ano ou 2 em seis meses).

Alternativa b: Incorreta. Exames de imagem, como a ultrassonografia de vias urinárias, são indicados apenas em casos de suspeita de complicações (como abscessos), litíase urinária, em pacientes que não respondem ao tratamento antibiótico adequado após 48 a 72 horas ou em investigações de anomalias anatômicas em casos específicos de recorrência. Não há indicação para este caso simples.

Alternativa c: Incorreta. O uso de terapia de amplo espectro de imediato é inadequado para cistite não complicada, pois contribui para o aumento da resistência bacteriana e pode causar desequilíbrio na flora intestinal e vaginal. O tratamento deve ser direcionado aos patógenos mais comuns (como \*E. coli\*) com drogas de

espectro específico para o trato urinário inferior. Além disso, a urocultura não é necessária neste cenário.

Alternativa d: Correta. A conduta padrão para cistite aguda não complicada em mulheres jovens é o tratamento empírico imediato. A nitrofurantóina (100 mg de 12/12 h por 5 dias) é considerada droga de primeira escolha pela maioria das diretrizes nacionais e internacionais, devido à sua excelente eficácia contra a \*E. coli\*, baixo custo e baixa indução de resistência bacteriana sistêmica. Outras opções de primeira linha seriam a fosfomicina (dose única) ou o sulfametoxazol-trimetoprima (se a resistência local for baixa). Como a paciente já utilizou a medicação anteriormente com sucesso, a escolha é reforçada.

## Questão 92

O caso clínico apresenta um homem idoso, trabalhador rural (lavoura de café) em área endêmica, com um quadro de evolução crônica caracterizado por lesões em mucosa oral e sintomas respiratórios (tosse e dispneia), além de perda ponderal. O conjunto de dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais é patognomônico de paracoccidioidomicose (PCM), na sua forma crônica (tipo adulto).

As imagens das lesões orais mostram o aspecto clássico de estomatite moriforme (estomatite de Aguiar-Pupo), caracterizada por pontilhado hemorrágico fino sobre fundo eritematoso. A radiografia de tórax revela infiltrado reticulonodular bilateral e simétrico, comumente poupando as bases e os ápices, podendo assumir o aspecto em asa de borboleta. O diagnóstico definitivo é corroborado pela biópsia, que identificou estruturas leveduriformes na coloração de Grocott.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Este é o esquema básico para o tratamento da tuberculose (RIPE). Embora a tuberculose seja o principal diagnóstico diferencial da PCM e as duas doenças possam coexistir, o achado de estruturas leveduriformes (fungos) na biópsia exclui o tratamento isolado para BK e direciona para o tratamento antifúngico.

b) Incorreta. O aciclovir é um antiviral utilizado no tratamento de infecções pelo vírus herpes simples ou varicela-zóster. O quadro clínico de quatro meses, a epidemiologia rural e o acometimento pulmonar difuso não condizem com etiologia herpética.

c) Correta. O itraconazol é considerado o tratamento de escolha para as formas leves a moderadas de paracoccidioidomicose, devido à sua alta eficácia, segurança e posologia favorável. O tempo de tratamento costuma ser prolongado (9 a 18 meses). Em casos graves ou com má absorção intestinal, a anfotericina B seria a opção

inicial, mas o perfil do paciente permite o uso do itraconazol.

d) Incorreta. A doxiciclina é um antibiótico da classe das tetraciclinas, indicado para diversas infecções bacterianas (como rickettsioses e algumas pneumonias atípicas), mas não possui atividade contra o fungo \*Paracoccidioides brasiliensis\*.

Gabarito: Alternativa (c).

---

### Questão 93

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um hemograma com valores rigorosamente normais: hemoglobina de 15,7 g/dL e VCM de 85 fL. No entanto, o estudo de hemoglobinas (eletroforese) revela a presença de hemoglobina S (38%) e hemoglobina A (59%). Quando a HbA é encontrada em maior quantidade que a HbS em um paciente sem anemia, temos o diagnóstico de Traço Falciforme (genótipo AS). Diferente da Anemia Falciforme (homozigose SS), o indivíduo com traço falciforme é um portador assintomático e não possui uma doença hematológica propriamente dita.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A hidroxiureia é um medicamento que aumenta os níveis de hemoglobina fetal e é indicado para pacientes com Doença Falciforme (como a HbSS) que apresentam complicações graves, como crises de dor frequentes ou síndrome torácica aguda. Como o paciente possui apenas o traço falciforme e é assintomático, não há indicação de tratamento medicamentoso.

Alternativa b) Correta. A principal relevância do diagnóstico de traço falciforme em um adulto é o planejamento reprodutivo. O portador pode transmitir o gene da hemoglobina S para seus filhos. Caso ele tenha um filho com outra pessoa que também possua o traço falciforme ou o traço beta-talassêmico, existe o risco de a criança nascer com Doença Falciforme (SS ou S-beta-talassemia). Por isso, o aconselhamento genético é a conduta mais adequada.

Alternativa c) Incorreta. O Doppler Transcraniano (ultrassonografia de vasos cerebrais) é um exame utilizado para rastrear o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em crianças e adolescentes (2 a 16 anos) portadores de Anemia Falciforme (HbSS). Não existe indicação para esse exame em portadores de traço falciforme.

Alternativa d) Incorreta. A análise molecular de genes da alfa-globina é indicada na suspeita de alfa-talassemia, condição que costuma cursar com microcitose (VCM

baixo) e hipocromia, muitas vezes com eletroforese normal. O paciente em questão tem VCM normal e o diagnóstico de traço falciforme já foi esclarecido pela eletroforese de hemoglobinas.

### Questão 94

O ponto central para a resolução desta questão é a identificação de um sinal de localização neurológica (hemiparesia à direita) em uma paciente com múltiplos fatores de risco cardiovascular (idade avançada, diabetes e dislipidemia). Embora a paciente possua cirrose hepática, o que poderia sugerir encefalopatia hepática como primeira hipótese para a confusão mental, a encefalopatia hepática classicamente se manifesta com alterações globais e simétricas, como desorientação e asteríxis (flapping), e não com déficits motores focais.

O início súbito do quadro associado à hemiparesia em uma paciente com perfil de risco para doenças vasculares torna obrigatória a investigação de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), seja ele isquêmico ou hemorrágico. Além disso, pacientes cirróticos apresentam maior risco de sangramentos intracranianos devido a distúrbios de coagulação e plaquetopenia, ou mesmo hematomas subdurais decorrentes de quedas.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A gasometria arterial e a dosagem de eletrólitos são importantes para avaliar distúrbios metabólicos (como hiponatremia ou acidose) que podem causar alteração do nível de consciência. No entanto, esses distúrbios provocam alterações neurológicas difusas e não explicam a perda de força localizada em apenas um lado do corpo (hemiparesia).
- b) Incorreta. O eletroencefalograma pode ser utilizado na investigação de crises não convulsivas ou para observar padrões sugestivos de encefalopatia (como ondas trifásicas), mas não é o exame de primeira linha para um quadro súbito com déficit focal, onde a prioridade é a exclusão de lesão estrutural aguda.
- c) Incorreta. A dosagem de amônia sérica possui baixa correlação com o estado clínico da encefalopatia hepática e não é necessária para o diagnóstico, que é eminentemente clínico. Mais importante ainda, a hiperamonemia não justifica a presença de hemiparesia.
- d) Correta. A tomografia de crânio é o exame de escolha imediata para qualquer paciente que apresente déficit neurológico focal agudo. Ela permite diferenciar um AVC isquêmico de um hemorrágico e descartar outras lesões expansivas ou coleções

extra-axiais (como o hematoma subdural), sendo fundamental para definir a conduta terapêutica de urgência.

### Questão 95

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de artrite reumatoide: mulher de meia-idade com poliartrite simétrica envolvendo pequenas e grandes articulações, rigidez matinal prolongada (quatro horas) e elevação importante de provas de atividade inflamatória (VHS e PCR) e plaquetas (trombocitose reacional). A anemia (Hb 9,2 g/dL) nesse contexto de inflamação sistêmica persistente é diagnosticada como anemia de doença crônica.

Na anemia de doença crônica, as citocinas inflamatórias (especialmente a interleucina-6) estimulam a produção de hepcidina pelo fígado. A hepcidina inibe a ferroportina, impedindo que o ferro seja liberado dos estoques (macrófagos e hepatócitos) para a circulação. Com o ferro "aprisionado", a medula óssea não consegue produzir hemácias de forma eficiente, resultando em uma anemia hipoproliferativa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O teste de Coombs direto positivo é utilizado para o diagnóstico de anemias hemolíticas autoimunes, nas quais há destruição periférica de hemácias. Embora pacientes com doenças reumatológicas possam apresentar hemólise, a principal causa de anemia na artrite reumatoide é o bloqueio do metabolismo do ferro pela inflamação crônica.

b) Incorreta. A redução do folato sérico levaria a uma anemia megaloblástica. Não há elementos na história clínica ou nos exames laboratoriais que sugiram deficiência de folato ou vitamina B12 como causa primária da redução da hemoglobina nesta paciente.

c) Correta. A anemia de doença crônica é caracteristicamente hipoproliferativa. Como o ferro está retido nos estoques e as citocinas inflamatórias inibem a ação da eritropoietina na medula, a produção de novas hemácias é baixa. Isso se reflete laboratorialmente por uma contagem de reticulócitos reduzida (ou inadequadamente normal para o grau de anemia).

d) Incorreta. A ferritina reduzida é o marco da anemia ferropriva (deficiência de ferro por baixa reserva). Na anemia de doença crônica, a ferritina encontra-se normal ou, mais comumente, aumentada. Isso ocorre porque o ferro está estocado (aumentando a ferritina intracelular) e a própria ferritina é uma proteína de fase aguda que se

eleva em estados inflamatórios.

## Questão 96

Análise do caso clínico:

A paciente é uma gestante de 7 semanas com asma controlada. De acordo com as diretrizes internacionais (GINA), o controle é avaliado pelos sintomas nas últimas 4 semanas. Ela utiliza medicação de resgate (salbutamol) apenas 1 vez por semana (o limite para ser considerada controlada é de até 2 vezes), nega despertares noturnos e a espirometria apresentada na tabela mostra função pulmonar normal. O VEF1 de 98 por cento e a relação VEF1/CVF de 0,78 estão dentro da normalidade, e a variação pós-broncodilatador de apenas 3 por cento (conforme a última coluna da tabela) indica que não há limitação ao fluxo aéreo reversível no momento, confirmando a eficácia do tratamento atual.

O manejo da asma na gestação tem como princípio fundamental manter o controle rigoroso da doença. Uma asma mal controlada representa um risco muito maior para o feto (devido ao risco de hipóxia, prematuridade e baixo peso) do que o uso das medicações inalatórias habituais.

Alternativa a: Incorreta. Embora a paciente esteja controlada, o início da gestação não é o momento ideal para tentar a redução da dose (step-down). Mudanças fisiológicas da gravidez podem desestabilizar o quadro, e a prioridade é manter a estabilidade alcançada.

Alternativa b: Correta. Esta é a melhor recomendação. Manter o esquema de budesonida e formoterol é seguro e eficaz. A budesonida é o corticoide inalatório com maior base de dados de segurança na gestação. Garantir que a paciente continue controlada previne exacerbações que poderiam ser prejudiciais tanto para a mãe quanto para o feto.

Alternativa c: Incorreta. Não há justificativa para aumentar a dose do tratamento, uma vez que a paciente já apresenta controle total dos sintomas e função pulmonar normalizada com a dose atual.

Alternativa d: Incorreta. Suspender o corticoide inalatório em uma paciente com asma persistente é contraindicado, especialmente durante a gravidez. Isso levaria à perda do controle inflamatório das vias aéreas e a um elevado risco de crises graves.

Associação com a tabela:

Os dados da espirometria são fundamentais para a decisão. O VEF1

pré-broncodilatador de 2,74 L (98 por cento do previsto) e a relação VEF1/CVF de 0,78 mostram que a paciente não possui obstrução ativa sob o esquema terapêutico vigente. A baixa variação pós-broncodilatador (3 por cento) reforça que a asma está devidamente estabilizada com as doses atuais de budesonida e formoterol.

### Questão 97

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta uma história clássica de infecção respiratória viral inicial (provavelmente Influenza), caracterizada por início súbito de febre alta, mialgia intensa, coriza e tosse seca. Após 5 dias, em vez da melhora esperada, houve um "fenômeno de segunda onda" ou padrão bifásico: piora clínica, persistência da febre, surgimento de dispneia e sinais laboratoriais de infecção bacteriana (leucocitose com desvio à esquerda). Esse cenário é altamente sugestivo de pneumonia bacteriana secundária após um quadro de gripe.

Análise da Imagem:

A radiografia de tórax mostra infiltrados alveolares bilaterais extensos e heterogêneos. Um ponto fundamental para o diagnóstico é a presença de áreas sugestivas de cavitação ou pneumatoceles (pequenas áreas de radiotransparência dentro da consolidação), visíveis principalmente na base do pulmão direito. Esse padrão de pneumonia necrotizante é típico de agentes virulentos.

Análise das Alternativas:

a) *Proteus mirabilis*: Incorreta. O *Proteus* é um bacilo gram-negativo mais comumente associado a infecções do trato urinário. Embora possa causar pneumonia em pacientes debilitados ou por aspiração, não é um agente clássico de pneumonia secundária pós-influenza.

b) *Acinetobacter baumannii*: Incorreta. Trata-se de um patógeno tipicamente nosocomial (hospitalar), associado a pacientes em ventilação mecânica ou com internações prolongadas em UTI. Não condiz com o quadro de um paciente que estava previamente em domicílio e evoluiu com complicação de quadro gripal.

c) *Aspergillus fumigatus*: Incorreta. Embora a aspergilose pulmonar invasiva associada à Influenza (IAPA) seja uma entidade reconhecida, ela ocorre geralmente em pacientes criticamente enfermos ou imunossuprimidos. Além disso, o quadro agudo com leucocitose importante e o padrão radiológico favorecem uma etiologia bacteriana clássica.

d) *Staphylococcus aureus*: Correta. O *S. aureus* é um dos principais agentes de

pneumonia bacteriana secundária após infecção pelo vírus Influenza (junto ao *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*). A infecção estafilocócica é caracterizada por ser grave, rapidamente progressiva, causar grande toxemia e apresentar radiologia com tendência à necrotização e formação de cavitações/pneumatocelos, exatamente como descrito no caso e sugerido na imagem. Portanto, é o agente mais provável para a piora clínica do paciente.

## Questão 98

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico de um homem de 63 anos, metalúrgico, com dispneia progressiva há quatro anos, tosse seca, cianose, hipoxemia (SatO<sub>2</sub> 86%) e baqueteamento digital é clássico de uma doença pulmonar intersticial (DPI), como a fibrose pulmonar. A exposição ocupacional (metalurgia) reforça a possibilidade de uma pneumoconiose. Na radiografia de tórax, observa-se um padrão de infiltrado reticular difuso, mais evidente nas bases pulmonares, associado à perda de volume pulmonar (cúpulas diafragmáticas elevadas), o que caracteriza uma patologia restritiva.

Análise das Alternativas:

a) Correta. Em doenças restritivas e fibróticas, o parênquima pulmonar torna-se rígido (redução da complacência). Isso dificulta a insuflação dos pulmões durante a inspiração, resultando clinicamente em uma expansibilidade torácica reduzida à palpação. Além disso, o baqueteamento digital corrobora a cronicidade da hipoxemia e a gravidade da fibrose.

b) Incorreta. Os roncosp são ruídos adventícios contínuos, característicos de doenças das grandes vias aéreas com presença de secreções ou estreitamento (como na bronquite crônica). Nas doenças intersticiais, o achado auscultatório típico são os estertores crepitantes finos, do tipo "velcro", ouvidos principalmente nas bases ao final da inspiração.

c) Incorreta. A macicez à percussão indica substituição do ar alveolar por líquido ou tecido sólido denso, sendo típica de derrames pleurais ou consolidações pneumônicas extensas. Embora a fibrose aumente a densidade do tecido, o pulmão ainda contém ar, mantendo geralmente o som claro pulmonar ou, no máximo, uma leve submacicez. A expansibilidade reduzida é um achado muito mais fidedigno e provável no exame físico da fibrose.

d) Incorreta. A ressonância vocal abolida ocorre quando há uma barreira à transmissão do som da laringe até a parede torácica, como no derrame pleural

(líquido) ou no pneumotórax (ar no espaço pleural). Na fibrose pulmonar, por haver aumento da densidade do parênquima (o tecido sólido conduz melhor o som), a ressonância vocal pode estar, na verdade, aumentada ou mantida.

## Questão 99

O quadro clínico apresentado é clássico para Osteoartrite (OA) de mãos, também conhecida como artrose. A análise deve focar nos seguintes pontos:

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: OSTEOARTRITE (ALTERNATIVA D)

O paciente é um homem idoso com histórico de carga mecânica excessiva nas mãos devido à profissão de pedreiro. A queixa de dor relacionada a atividades manuais intensas caracteriza a dor de padrão mecânico (melhora com o repouso e piora com o uso), típica da osteoartrite. Ao exame físico, o aumento de volume de consistência óssea nas articulações interfalangeanas distais e proximais representa, respectivamente, os Nódulos de Heberden e os Nódulos de Bouchard.

A radiografia corrobora o diagnóstico ao demonstrar:

1. Redução do espaço articular (pinçamento), que é assimétrica.
2. Esclerose do osso subcondral (o osso logo abaixo da cartilagem fica mais branco/denso).
3. Presença de osteófitos (proeminências ósseas nas margens das articulações).
4. Desvios articulares e deformidades, comuns em casos avançados ou na variante de osteoartrite erosiva.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Gota tofácea: Embora o etilismo seja um fator de risco para gota, a gota tofácea costuma apresentar-se com episódios prévios de artrite aguda (crises inflamatórias intensas). Os tofos são depósitos de cristais de urato monossódico que têm consistência de partes moles (pastosa/borrachuda) e não óssea. Na radiografia, a gota mostra erosões em saca-bocado com bordos em "proeminência" (sinal de Martel), o que não é observado na imagem.

b) Artrite reumatoide: Esta é uma doença inflamatória sistêmica que poupa classicamente as articulações interfalangeanas distais (IFDs). A artrite reumatoide foca primordialmente nas metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais, causando erosões marginais e osteopenia justa-articular, achados opostos à esclerose e aos osteófitos vistos nesta radiografia. Além disso, a dor da artrite reumatoide é tipicamente inflamatória (piora com o repouso e apresenta rigidez matinal prolongada).

c) Artrite psoriásica: Embora a artrite psoriásica possa acometer as interfalangeanas distais e causar deformidades, ela geralmente se associa a lesões cutâneas de psoríase ou alterações ungueais (como o pitting). Radiograficamente, costuma apresentar uma mistura de destruição e neoformação óssea, podendo exibir o sinal do "lápis no copo" (pencil-in-cup), que não está presente na imagem. O histórico ocupacional e a presença de nódulos ósseos clássicos tornam a osteoartrite muito mais provável.

#### CONCLUSÃO:

A combinação de idade, profissão de impacto mecânico, dor ao esforço, presença de Nódulos de Heberden/Bouchard e achados radiográficos de osteófitos e esclerose subcondral confirma a Osteoartrite como o diagnóstico mais provável.

---

### Questão 100

O caso clínico apresenta um paciente jovem em vigência de quimioterapia com metotrexato que evolui com febre (38 °C) e neutropenia grave (contagem de neutrófilos de 240/mm<sup>3</sup>). Estamos diante de uma emergência médica denominada neutropenia febril.

A neutropenia febril é definida como uma temperatura axilar única maior ou igual a 38,3 °C (ou maior ou igual a 38,0 °C por pelo menos uma hora) em um paciente com contagem absoluta de neutrófilos inferior a 500/mm<sup>3</sup> (ou com expectativa de queda abaixo desse valor em 48 horas). As imagens mostram uma mucosite grave com extensas áreas de ulceração e fibrina, que representa uma quebra da barreira mucosa e uma importante porta de entrada para patógenos, especialmente *Pseudomonas aeruginosa* e outros Gram-negativos.

Análise das alternativas:

a) Correta. O Cefepime é uma cefalosporina de quarta geração com cobertura contra bactérias Gram-positivas e, fundamentalmente, Gram-negativas, incluindo a *Pseudomonas aeruginosa*. Em pacientes com neutropenia febril, a antibioticoterapia de amplo espectro por via endovenosa deve ser iniciada imediatamente, idealmente na primeira hora do atendimento (a "hora de ouro"), para reduzir o risco de sepse e morte.

b) Incorreta. O Ganciclovir é um antiviral indicado para infecções por citomegalovírus (CMV). Embora pacientes imunossuprimidos possam apresentar infecções virais, a prioridade absoluta na neutropenia febril é a cobertura bacteriana empírica.

c) Incorreta. O Aciclovir é utilizado para herpes simples. Apesar de as lesões orais poderem ser confundidas com herpes, a gravidade do hemograma e a febre exigem cobertura bacteriana sistêmica. Além disso, a via oral é inadequada para este paciente, que apresenta dor intensa e impossibilidade de deglutição (mucosite grau IV).

d) Incorreta. A Nistatina é um antifúngico tópico indicado para candidíase oral. Embora a monilíase possa ocorrer em pacientes neutropênicos, ela não explica o quadro febril sistêmico nem trata a urgência hematológica em questão.

Conclusão: O manejo imediato da neutropenia febril exige internação e antibioticoterapia endovenosa com espectro antipseudomonal, sendo o Cefepime a escolha padrão recomendada pelos protocolos internacionais (IDSA).

---