



FAMERP

GABARITO | 2025 | SP | 80 Questões



Gabarito: FAMERP

2025 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O caso clínico apresenta um paciente etilista crônico com quadro de crise convulsiva, confusão mental e hipomagnesemia grave ($Mg^{+2} = 0,9$ mg/dl). O etilismo é uma das principais causas de deficiência de magnésio devido à má absorção intestinal, perdas renais induzidas pelo álcool e má ingestão dietética. A relação entre o magnésio e outros eletrólitos é um tema frequente em provas de residência.

Alternativa (a) INCORRETA: Embora pacientes etilistas possam apresentar hiponatremia (por exemplo, na síndrome de potomania por cerveja ou por desnutrição), não existe uma relação fisiopatológica direta na qual a hipomagnesemia cause a queda dos níveis de sódio.

Alternativa (b) INCORRETA: A hipomagnesemia está classicamente associada à HIPOCALEMIA (baixos níveis de potássio) e não à hipercalemia. O magnésio intracelular atua bloqueando os canais ROMK nos túbulos renais; quando o magnésio está baixo, esses canais ficam "abertos", permitindo a secreção excessiva e a perda urinária de potássio. Por isso, a hipocalemia costuma ser refratária à reposição de potássio se o magnésio não for corrigido simultaneamente.

Alternativa (c) CORRETA: A hipocalcemia é o distúrbio mais comumente associado à hipomagnesemia grave. O magnésio é fundamental para o metabolismo do cálcio por dois motivos principais:

1. Liberação de PTH: Níveis muito baixos de magnésio inibem a secreção do paratormônio (PTH) pelas glândulas paratireoides, gerando um hipoparatiroidismo funcional.
2. Resistência ao PTH: A falta de magnésio causa uma resistência dos órgãos-alvo (ossos e rins) à ação do PTH que ainda circula.

Dessa forma, sem a ação efetiva do PTH, os níveis de cálcio sérico caem. Assim como no caso do potássio, a hipocalcemia associada à falta de magnésio não costuma melhorar apenas com a reposição de cálcio, sendo necessária a correção do magnésio primeiro.

Alternativa (d) INCORRETA: A hiperfosfatemia não é um achado característico da hipomagnesemia. Em casos de hipoparatiroidismo funcional (causado pela falta de Mg), o fósforo poderia até sofrer alterações, mas a hipocalcemia é o achado clínico e laboratorial mais direto, esperado e classicamente cobrado em cenários de emergência e provas.

Questão 2

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso descreve uma paciente com sintomas sugestivos de doença celíaca e sorologia positiva (anti-transglutaminase IgA). No entanto, o resultado da biópsia duodenal revelou Marsh 1, que caracteriza apenas o aumento de linfócitos intraepiteliais, sem a presença de atrofia das vilosidades intestinais (que seria Marsh 3). O achado Marsh 1 é considerado inespecífico, podendo ser encontrado em diversas outras condições, como uso de anti-inflamatórios não esteroides, infecção por *H. pylori*, supercrescimento bacteriano no intestino delgado (SIBO) ou doença de Crohn. Quando há essa discrepância entre sorologia e histopatologia, o quadro é classificado como Doença Celíaca Potencial.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O tratamento para doença celíaca consiste em uma dieta estritamente sem glúten por toda a vida. Devido ao impacto social e nutricional dessa medida, o tratamento não deve ser iniciado sem a confirmação diagnóstica definitiva (presença de atrofia vilositária) ou uma investigação genética que suporte a decisão, uma vez que o Marsh 1 isolado não confirma a doença.

Alternativa B (Correta): A pesquisa dos alelos HLA-DQ2 e HLA-DQ8 é o próximo passo recomendado em casos de dúvida diagnóstica ou doença celíaca potencial. A principal utilidade desse teste é o seu alto Valor Preditivo Negativo (superior a 99%). Se a paciente for negativa para ambos os marcadores, o diagnóstico de doença celíaca pode ser praticamente descartado, e as alterações histológicas devem ter outra causa. Se for positiva, a hipótese de doença celíaca ganha força, exigindo acompanhamento clínico e repetição de biópsias no futuro.

Alternativa C (Incorreta): O anticorpo anti-endomísio (EMA) é extremamente específico, mas como a paciente já possui o anti-transglutaminase positivo, a adição de outro marcador sorológico não resolve o problema da biópsia inconclusiva. O desafio aqui não é mais a sorologia, mas a falta de alteração estrutural característica na mucosa intestinal.

Alternativa D (Incorreta): O teste de exposição ao glúten (gluten challenge) é indicado para pacientes que já estavam em dieta isenta de glúten antes de realizar os exames iniciais, o que não é o caso relatado. A paciente está em dieta comum e já apresenta sorologia positiva; repetir a endoscopia após 12 semanas sem uma estratégia de exclusão prévia (como o HLA) não é a conduta mais eficiente.

RESUMO DA CONDUTA

Em situações de sorologia positiva e biópsia com alterações mínimas (Marsh 1), utiliza-se o teste genético (HLA-DQ2/DQ8) como ferramenta de exclusão. Caso o HLA seja positivo, a paciente deve ser monitorada para verificar se haverá progressão para atrofia vilositária ou se os sintomas regridem com outras intervenções.

Questão 3

A paciente apresenta uma hipercalcemia moderada a grave (12,8 mg/dL) com manifestações neurológicas importantes (crise convulsiva e confusão mental). O tratamento inicial da hipercalcemia de urgência envolve hidratação venosa e, frequentemente, o uso de bisfosfonatos. No entanto, os glicocorticoides possuem um papel terapêutico específico em causas selecionadas.

Alternativa (a) - Correta: Os glicocorticoides (como a prednisona ou hidrocortisona) são eficazes na hipercalcemia associada a neoplasias hematológicas, como o linfoma e o mieloma múltiplo. O benefício ocorre por dois mecanismos: 1) efeito antitumoral direto (linfólítico), reduzindo a carga da doença; 2) inibição da enzima 1-alfa-hidroxilase nas células tumorais e macrófagos associados, o que impede a conversão da vitamina D em sua forma ativa (calcitriol), diminuindo, assim, a absorção intestinal de cálcio.

Alternativa (b) - Incorreta: Embora os glicocorticoides possam ser utilizados para tratar a hipercalcemia em doenças granulomatosas (como sarcoidose e tuberculose) devido à inibição da produção ectópica de vitamina D ativa, em contextos de provas de residência e na prática oncológica de emergência, o linfoma é a resposta prioritária. Além disso, o uso de corticoides na tuberculose ativa sem cobertura de tuberculostáticos pode ser perigoso, e a hipercalcemia na tuberculose costuma ser menos agressiva do que no cenário oncológico apresentado.

Alternativa (c) - Incorreta: Na neoplasia de mama, a hipercalcemia geralmente ocorre por metástases ósseas (osteólise local) ou pela produção da proteína relacionada ao paratormônio (PTHrP). Os glicocorticoides não são eficazes nesses mecanismos. O tratamento de escolha, além da hidratação, são os reabsortivos ósseos, como o pamidronato ou o ácido zoledrônico.

Alternativa (d) - Incorreta: O hiperparatireoidismo primário é causado pelo excesso de paratormônio (PTH) vindo das glândulas paratireoides. Os glicocorticoides não têm efeito na redução dos níveis de PTH nem na hipercalcemia resultante dessa condição. O tratamento definitivo para o hiperparatireoidismo primário sintomático é a cirurgia (paratireoidectomia).

Questão 4

A chave para a resolução desta questão está na interpretação da microscopia do líquido sinovial sob luz polarizada. O enunciado descreve cristais com birrefringência positiva, o que é o achado clássico de uma patologia específica.

Alternativa a) Incorreta. A gota é causada pela deposição de cristais de urato monossódico. Na microscopia de luz polarizada, esses cristais apresentam-se em formato de agulha e possuem birrefringência fortemente negativa (ficam amarelos quando alinhados ao eixo do compensador). Embora o paciente apresente fatores de risco para gota, como hipertensão e doença renal crônica, o resultado da microscopia exclui esta possibilidade.

Alternativa b) Correta. A pseudogota, ou doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, é o diagnóstico correto. Esses cristais possuem formato romboide ou de paralelepípedo e são caracterizados por apresentarem birrefringência positiva (ficam azuis quando alinhados ao eixo do compensador). O quadro de monoartrite aguda em articulações grandes, como o joelho, é a apresentação clínica mais comum desta condição.

Alternativa c) Incorreta. A artrite séptica deve ser sempre um diagnóstico diferencial em quadros de monoartrite aguda. No entanto, ela é caracterizada por um líquido sinovial purulento, com contagem de leucócitos geralmente superior a $50.000/\text{mm}^3$ e presença de bactérias no exame de Gram ou cultura. Não há presença de cristais birrefringentes como fator etiológico na artrite séptica.

Alternativa d) Incorreta. A artrite reumatoide é uma doença inflamatória crônica e sistêmica. Sua apresentação típica é de uma poliartrite simétrica, aditiva e persistente, acometendo principalmente pequenas articulações das mãos e pés, com rigidez matinal prolongada. Não se manifesta com cristais birrefringentes no líquido sinovial.

Resumo: O achado de cristais com birrefringência positiva é patognomônico para cristais de pirofosfato de cálcio, definindo o diagnóstico de pseudogota.

Questão 5

Esta é uma questão sobre derrame pleural parapneumônico, uma complicação comum das pneumonias bacterianas. Para definir a conduta, devemos primeiro classificar o líquido pleural e identificar sinais de complicação.

Análise do líquido pleural:

Pelos Critérios de Light, o líquido é um exsudato, pois a relação de Proteína

Pleural/Sérica é de 0,66 (superior a 0,5). No entanto, o ponto crucial da questão reside nos critérios de gravidade do derrame parapneumônico. O líquido apresenta pH de 6,9 (valor de referência para complicação é menor que 7,2) e DHL de 1250 UI/L (valor de referência para complicação é maior que 1000 UI/L).

Justificativa das alternativas:

a) Correta. A presença de um derrame pleural parapneumônico complicado (definido por pH menor que 7,2, glicose menor que 60 mg/dL ou DHL maior que 1000 UI/L) ou de um empiema (pus franco ou cultura positiva) é indicação absoluta de drenagem torácica imediata. A permanência desse líquido ácido e infectado no espaço pleural favorece a formação de septações, loculações e a evolução para a fase de organização fibrosa, o que dificulta a resolução do quadro apenas com antibióticos.

b) Incorreta. Embora o quadro seja grave, a conduta prioritária não é a troca do esquema antibiótico, mas sim a drenagem do foco infeccioso (o líquido pleural). O esquema inicial (Ceftriaxona + Azitromicina) é adequado para os patógenos comunitários mais comuns. O escalonamento para Piperacilina/Tazobactam e Vancomicina seria reservado para casos de falha terapêutica após a drenagem, instabilidade hemodinâmica grave ou fatores de risco para germes multirresistentes.

c) Incorreta. Aguardar 48 horas em um paciente com pH pleural de 6,9 é um erro técnico. Um pH tão baixo indica intensa atividade metabólica bacteriana e lise celular no espaço pleural. Postergar a drenagem aumenta significativamente o risco de encarceramento pulmonar e a necessidade de procedimentos cirúrgicos mais invasivos, como a videotoracoscopia ou toracotomia.

d) Incorreta. Embora o valor de ADA (Adenosina Desaminase) esteja elevado (120 UI/L), o que em outros contextos sugeriria tuberculose pleural, o quadro clínico é agudo (3 dias de tosse e febre) e típico de pneumonia bacteriana. O empiema e os derrames parapneumônicos complicados são causas conhecidas de "falso-positivo" para o ADA, pois o nível desta enzima se eleva muito na presença de grande quantidade de neutrófilos e debris celulares. A prioridade é o tratamento da infecção bacteriana aguda e a drenagem do derrame.

Questão 6

Para resolver essa questão, devemos analisar sistematicamente os achados laboratoriais e clínicos da paciente:

1. Análise Clínica e Laboratorial:

A paciente apresenta um quadro de fraqueza muscular intensa e câimbras, o que é

cl clinicamente explicado pela hipocalcemia grave ($K^+ = 2,5 \text{ mEq/L}$). A gasometria revela uma acidose metabólica ($\text{pH } 7,28$ e $\text{HCO}_3^- 20 \text{ mEq/L}$). O hiato aniônico (ânion gap) é normal ($\text{Na}^+ - [\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-] = 135 - [105 + 20] = 10$), o que direciona o raciocínio para perdas digestivas ou renais de bicarbonato (Acidoses Tubulares Renais - ATR).

2. Localização do Defeito Renal:

O dado crucial é o pH urinário de 6,0 na presença de acidose sistêmica. Em situações normais, o rim deveria acidificar a urina ($\text{pH} < 5,5$) para compensar a acidose do sangue. A incapacidade de baixar o pH urinário abaixo de 5,5 caracteriza a Acidose Tubular Renal Tipo 1 (Distal). Nessa patologia, há uma falha na secreção de íons H^+ pelas células intercaladas do túbulo coletor, frequentemente acompanhada de hipocalcemia.

3. Associação Etiológica:

A ATR tipo 1 em mulheres adultas está fortemente associada a doenças autoimunes, sendo a Síndrome de Sjögren a causa sistêmica mais comum. O infiltrado linfocitário típico da doença pode acometer os túbulos renais, levando à disfunção tubular.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A amiloidose renal manifesta-se predominantemente como síndrome nefrótica (proteinúria maciça). Quando causa distúrbios tubulares, está mais associada à ATR tipo 2 (proximal) ou diabetes insipidus nefrogênico, sendo menos comum a apresentação isolada de ATR tipo 1 em uma paciente jovem sem outros sinais da doença.

b) Incorreta. O mieloma múltiplo é uma causa clássica de ATR tipo 2 (Síndrome de Fanconi) devido à toxicidade das cadeias leves no túbulo proximal. Além disso, é uma patologia rara em pacientes de 32 anos e geralmente cursa com hipercalemia e anemia, ausentes no caso.

c) Incorreta. A Doença de Addison (insuficiência adrenal) causa acidose metabólica, porém cursa obrigatoriamente com hipercalemia (potássio elevado) devido à deficiência de aldosterona, o oposto do encontrado nesta paciente ($K^+ = 2,5$).

d) Correta. A Síndrome de Sjögren é a principal causa autoimune de Acidose Tubular Renal Tipo 1 (Distal). O quadro de hipocalcemia grave (levando à fraqueza e câimbras) associado à acidose metabólica com hiato aniônico normal e pH urinário inapropriadamente alcalino é a apresentação clássica dessa tubulopatia secundária ao Sjögren.

Questão 7

O quadro clínico de sede intensa, perda de peso, confusão mental, taquipneia (frequência respiratória de 30/min), hipotensão e taquicardia sugere o diagnóstico de Cetoacidose Diabética (CAD). Os exames laboratoriais confirmam a condição: glicemia muito elevada (870 mg/dL), cetonemia positiva e acidose metabólica (pH 7,10 e bicarbonato 10 mEq/L).

De acordo com os protocolos de manejo da CAD, após o início da expansão volêmica, o próximo passo crucial é avaliar o nível de potássio antes de iniciar a insulino-terapia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O bicarbonato de sódio só é indicado no tratamento da cetoacidose diabética se o pH arterial estiver abaixo de 6,9. Como a paciente apresenta um pH de 7,10, a reposição de bicarbonato não está indicada e pode ser prejudicial, causando acidose paradoxal do sistema nervoso central e piora da hipocalcemia.

b) Incorreta. A reposição de fósforo não é realizada de forma rotineira. Ela é considerada apenas em casos de hipofosfemia grave (geralmente abaixo de 1,0 mg/dL) ou quando há evidência de disfunção muscular respiratória ou cardíaca. O valor de 2,8 apresentado na tabela está próximo da normalidade e não justifica a intervenção imediata como prioridade.

c) Correta. Ao observar a tabela de exames, nota-se que o potássio da paciente é de 3,1 mEq/L, estando abaixo do limite inferior da normalidade. O protocolo de CAD determina que, se o potássio estiver abaixo de 3,3 mEq/L, a insulina NÃO deve ser iniciada. O potássio deve ser repostado primeiro. Isso ocorre porque a insulina promove a entrada de potássio para dentro das células, o que causaria uma queda ainda mais brusca nos níveis séricos, podendo levar a arritmias fatais e parada cardiorrespiratória. Portanto, a reposição de potássio é a terapia imediata necessária antes de qualquer outra medida.

d) Incorreta. Embora a insulina regular em bomba de infusão seja o tratamento definitivo para reverter a cetogênese na CAD, ela está contraindicada neste momento específico devido ao valor do potássio (3,1 mEq/L). A insulina só deve ser iniciada após o potássio ser repostado e atingir um valor acima de 3,3 mEq/L para garantir a segurança da paciente.

Questão 8

Análise da Questão:

O paciente é um idoso com doença renal crônica (DRC) estágio G3aA3 (taxa de filtração glomerular reduzida e albuminúria elevada), além de ser hipertenso e diabético. Sua pressão arterial (PA) atual é de 117/80 mmHg. De acordo com as diretrizes do KDIGO 2024, a meta de pressão arterial sistólica para pacientes com DRC deve ser inferior a 120 mmHg (quando medida de forma padronizada). No entanto, o paciente está no limite dessa meta e apresenta proteinúria significativa (relação proteína/creatinina de 0,5 mg/mg).

Alternativa (a) Incorreta: Manter o esquema sem mudanças pode ser arriscado para a função renal. Uma PA de 117 mmHg em um paciente com creatinina de 2,2 mg/dL e idade avançada pode estar próxima de um nível que comprometa a perfusão renal. Além disso, o esquema terapêutico pode ser otimizado para reduzir a proteinúria.

Alternativa (b) Incorreta: O carvedilol está sendo utilizado em uma dose muito baixa (6,25 mg, duas vezes ao dia). Embora os betabloqueadores não sejam a primeira escolha para o tratamento da hipertensão arterial isolada, sua suspensão teria um impacto clínico menor na hemodinâmica renal e no controle pressórico do que a retirada do anlodipino.

Alternativa (c) Correta: O anlodipino é um bloqueador dos canais de cálcio di-hidropiridínico. Ele promove a vasodilatação da arteríola aferente (a "entrada" do glomérulo). Em pacientes com proteinúria (A3), a dilatação da arteríola aferente sem uma dilatação proporcional da eferente pode aumentar a pressão intraglomerular, o que pode agravar a perda de proteína na urina. Como o paciente já atingiu a meta de PA (estando, inclusive, no limite inferior desejado) e já faz uso de medicações com benefícios comprovados na redução da progressão da DRC (losartana e dapagliflozina), a suspensão do anlodipino é a medida mais prudente para evitar episódios de hipotensão e melhorar a dinâmica de pressão dentro dos rins.

Alternativa (d) Incorreta: Não há indicação clínica para trocar um bloqueador dos receptores de angiotensina (losartana) por outro da mesma classe (valsartana). Ambos exercem o mesmo efeito de nefroproteção ao dilatarem a arteríola eferente, e a losartana já está em dose plena (100 mg/dia).

Conclusão: Em pacientes com DRC e proteinúria que atingem níveis de pressão arterial muito controlados (beirando a hipotensão relativa), deve-se priorizar a manutenção dos fármacos que comprovadamente reduzem a progressão da doença renal e a proteinúria (como os BRAs e os inibidores do SGLT2), retirando-se preferencialmente as drogas que não possuem esse perfil nefroprotetor direto, como o anlodipino.

Questão 9

Comentário da Questão:

O caso clínico apresenta um paciente jovem, com obesidade (IMC 32 kg/m²) e diagnóstico recente de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Após três meses de monoterapia com metformina e mudanças no estilo de vida, ele mantém uma hemoglobina glicada (HbA1c) de 7,8%, valor acima da meta recomendada pela maioria das diretrizes (geralmente < 7,0%). Além disso, o paciente demonstra preocupação com complicações e dificuldade em perder peso.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A metformina é o fármaco de primeira escolha no tratamento do DM2 devido à sua eficácia, segurança e baixo custo, devendo ser mantida a menos que haja contraindicação ou intolerância grave. As sulfonilureias, embora eficazes na redução da glicemia, estão associadas ao ganho de peso e ao risco de hipoglicemia, o que seria prejudicial para um paciente com IMC de 32 kg/m².

Alternativa b) Incorreta. A introdução de insulina basal é geralmente reservada para pacientes com níveis muito elevados de HbA1c (geralmente acima de 9,5% a 10%), sintomas catabólicos (perda de peso, poliúria, polidipsia) ou quando os objetivos não são atingidos com terapias não insulínicas triplas. A insulina também favorece o ganho ponderal, o que não é desejável neste caso.

Alternativa c) Correta. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA), quando a meta de HbA1c não é atingida após 3 meses de metformina, deve-se intensificar o tratamento. Para pacientes com sobrepeso ou obesidade, os agonistas do receptor de GLP-1 são altamente recomendados. Eles possuem alta eficácia na redução da HbA1c, promovem perda de peso significativa, apresentam baixo risco de hipoglicemia e oferecem proteção cardiovascular e renal, abordando diretamente as preocupações do paciente sobre complicações futuras.

Alternativa d) Incorreta. Manter apenas a intervenção no estilo de vida e reavaliar em 6 meses caracteriza inércia terapêutica. Se o paciente não atingiu a meta em 3 meses com a conduta inicial, é necessário o ajuste medicamentoso imediato para reduzir o risco de complicações crônicas e garantir o controle metabólico adequado.

Conclusão: A introdução de um agonista do receptor de GLP-1 em associação com a metformina é a conduta mais alinhada com as evidências atuais, focando não apenas no controle glicêmico, mas também na redução do peso corporal e na prevenção de complicações.

Questão 10

Para resolver essa questão de gasometria e distúrbios ácido-base, devemos seguir um passo a passo sistematizado:

1. Análise do pH: O pH de 7,25 indica uma acidemia (valor de referência: 7,35-7,45).
2. Identificação do distúrbio primário: O bicarbonato (HCO_3) está baixo (15 mEq/L), o que caracteriza uma acidose metabólica. A pCO_2 também está baixa (30 mmHg), o que representa a compensação respiratória esperada.
3. Cálculo da compensação respiratória: Utilizando a Fórmula de Winters para acidose metabólica (pCO_2 esperada = $[1,5 \times \text{HCO}_3] + 8 \pm 2$), temos: $(1,5 \times 15) + 8 = 22,5 + 8 = 30,5$. Como a pCO_2 medida é 30 mmHg, a compensação está adequada, não havendo distúrbio respiratório associado.
4. Cálculo do Ânion Gap (AG): Esta é a etapa crucial para diferenciar os tipos de acidose metabólica. A fórmula é $\text{AG} = \text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3)$. Aplicando os valores: $140 - (115 + 15) = 140 - 130 = 10$ mEq/L. O valor normal do ânion gap varia entre 8 e 12 mEq/L. Portanto, o paciente apresenta um ânion gap normal.
5. Avaliação do Cloro: O cloro está elevado (115 mEq/L), o que é característico das acidoses metabólicas com ânion gap normal, também chamadas de acidoses hiperclorêmicas. Clinicamente, o histórico de diarreia persistente justifica esse achado, pois ocorre perda de bicarbonato pelo trato gastrointestinal e retenção compensatória de cloro pelos rins.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Como demonstrado pelo cálculo, o ânion gap é 10 (normal) e o cloro está acima do limite superior da normalidade (hipercloremia). A causa provável é a perda de bicarbonato pela diarreia.

Alternativa b) Incorreta. Não há acidose respiratória. Para haver acidose respiratória, a pCO_2 deveria estar elevada (acima de 45 mmHg). Neste caso, a pCO_2 está baixa como resposta compensatória normal à acidose metabólica.

Alternativa c) Incorreta. O ânion gap calculado foi de 10 mEq/L, o que está dentro da faixa de normalidade (8 a 12 mEq/L). Acidose com ânion gap aumentado ocorreria se houvesse acúmulo de ácidos orgânicos (como cetoacidose ou acidose láctica), o que não é o caso, dado que o lactato está normal.

Alternativa d) Incorreta. Não há evidência de um distúrbio misto envolvendo ânion

gap aumentado. O cálculo do AG exclui essa possibilidade, e a história clínica de diarreia aponta especificamente para a perda de base (bicarbonato), resultando apenas na acidose hiperclorêmica.

Questão 11

Esta questão aborda os critérios diagnósticos para o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), especificamente baseando-se nos critérios classificatórios do EULAR/ACR 2019. Para que um paciente seja diagnosticado com LES por esse sistema, ele deve obrigatoriamente apresentar um critério de entrada: o FAN (Fator Antinuclear) positivo em titulação igual ou superior a 1:80. Uma vez preenchido esse requisito, somam-se pontos de diversos domínios clínicos e laboratoriais. O diagnóstico é confirmado se o paciente atingir 10 ou mais pontos.

Um ponto crucial desses critérios é a valorização da biópsia renal. A presença de nefrite lúpica classes III ou IV na biópsia confere, isoladamente, 10 pontos ao paciente. Como a pontuação necessária para o diagnóstico é justamente 10, a combinação de FAN positivo com biópsia compatível (Classe III ou IV) é suficiente para fechar o diagnóstico de LES.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora afirme corretamente que a paciente tem LES, a pontuação citada está errada. De acordo com a tabela de pontuação do EULAR/ACR 2019, a nefrite lúpica classe IV atribui 10 pontos, e não 6. Como a paciente já atinge 10 pontos apenas com o critério renal (biópsia), ela já possui o critério classificatório completo. É importante lembrar que, dentro de um mesmo domínio (como o renal), apenas a pontuação mais alta é contabilizada (não se somam os pontos da proteinúria com os da biópsia).

Alternativa b) Incorreta. A afirmação de que a paciente não possui sintomas compatíveis é falsa. A proteinúria de 1 g/24h e a anemia (Hb 10,5 g/dL) são sinais de atividade de doença. Além disso, a nefrite comprovada por biópsia é uma manifestação clínica grave do lúpus, sendo um dos pilares do diagnóstico.

Alternativa c) Incorreta. De fato, o FAN pode ser positivo em uma pequena porcentagem da população saudável ou em outras condições inflamatórias. No entanto, o diagnóstico de LES é clínico-laboratorial. Quando o FAN positivo (critério de entrada) está associado a um achado tão específico quanto a nefrite lúpica classe IV na biópsia, o diagnóstico de LES é estabelecido com segurança.

Alternativa d) Correta. Conforme os critérios EULAR/ACR 2019, o FAN positivo em

titulação maior ou igual a 1:80 é o critério de entrada. A nefrite lúpica classe IV, confirmada por biópsia, é o achado de maior peso na pontuação, conferindo 10 pontos. Como a soma mínima exigida para a classificação de lúpus é 10 pontos, a presença do FAN positivo associado à biópsia compatível com classe IV é, por si só, suficiente para o diagnóstico.

Questão 12

O diagnóstico mais provável para este quadro clínico é a paracoccidiodomicose (PCM), uma micose sistêmica causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. O caso apresenta a tríade clássica para o diagnóstico em provas: epidemiologia (trabalhador rural), manifestações clínicas (pulmonar, linfonodal e mucosa) e o achado histopatológico patognomônico.

Análise das alternativas:

a) Tuberculose: É o principal diagnóstico diferencial, pois também cursa com tosse crônica, febre, perda de peso e infiltrado pulmonar. A tuberculose ganglionar pode apresentar linfonodos com supuração (escrófula). No entanto, a descrição da biópsia com leveduras em "roda de leme" é característica exclusiva de um fungo, enquanto na tuberculose seriam encontrados bacilos álcool-ácido-resistentes (BAAR) ou granulomas caseosos.

b) Histoplasmose: É outra micose sistêmica que pode afetar pulmões e mucosas, comum em áreas rurais ou em pessoas expostas a fezes de morcegos e aves. Contudo, na biópsia da histoplasmose, observaríamos pequenas leveduras intracelulares (dentro de macrófagos) e não a estrutura multinucleada em forma de "roda de leme", que é maior e possui múltiplos brotamentos.

c) Paracoccidiodomicose: Esta é a alternativa correta. A doença é frequente em homens adultos com exposição prolongada ao solo em áreas rurais. A forma crônica do adulto tipicamente apresenta o comprometimento pulmonar bilateral e as lesões ulceradas na mucosa oral (estomatite moriforme de Aguiar-Pupo), que são pontilhados hemorrágicos em fundo eritematoso. O achado de biópsia descrevendo leveduras com múltiplos brotamentos periféricos, assemelhando-se a uma "roda de leme" ou "manche de navio", encerra o diagnóstico.

d) Leishmaniose mucocutânea: Embora a leishmaniose possa causar lesões ulceradas graves nas mucosas (especialmente nariz e boca), ela não costuma apresentar o comprometimento pulmonar descrito na questão. Além disso, o diagnóstico histológico da leishmaniose revelaria a presença de formas amastigotas de *Leishmania* dentro de macrófagos, e não leveduras em formato de roda de leme.

Questão 13

Essa questão aborda um tema recorrente em provas de residência: as indicações de profilaxia para Endocardite Infecciosa (EI). Ao longo dos anos, as diretrizes das principais sociedades de cardiologia (AHA, ESC e SBC) tornaram-se muito mais restritivas quanto ao uso de antibióticos preventivos, reservando-os apenas para pacientes de alto risco.

Análise da situação clínica:

A paciente apresenta Prolapso de Valva Mitral (PVM) sem regurgitação. De acordo com as diretrizes atuais, o PVM (com ou sem regurgitação) não é mais considerado uma condição de alto risco para o desenvolvimento de endocardite que justifique a profilaxia antibiótica. As condições que ainda exigem profilaxia antes de procedimentos odontológicos que manipulem a região gengival ou periapical são:

1. Próteses valvares cardíacas (mecânicas ou biológicas).
2. Material protético usado para reparo valvar (anéis ou cordas).
3. Endocardite infecciosa prévia.
4. Cardiopatias congênitas cianóticas não reparadas.
5. Cardiopatias congênitas corrigidas com material protético nos primeiros 6 meses após a cirurgia.
6. Valvulopatia em coração transplantado.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Como o Prolapso de Valva Mitral não faz parte do grupo de alto risco para endocardite, não há indicação de profilaxia antibiótica, independentemente de o procedimento odontológico ser invasivo ou de a paciente ser alérgica à penicilina.

Alternativa B (Incorreta): A ceftriaxona é um antibiótico de uso parenteral que poderia ser utilizado em casos específicos de profilaxia em pacientes que não toleram a via oral, mas não tem indicação neste caso. Além disso, em pacientes com história de anafilaxia à penicilina, deve-se evitar cefalosporinas devido ao risco de sensibilidade cruzada.

Alternativa C (Incorreta): A azitromicina (500 mg) é uma das opções recomendadas para profilaxia em pacientes alérgicos à penicilina, mas somente quando o paciente apresenta uma das condições cardíacas de alto risco listadas acima. Como a paciente tem apenas PVM, o uso é desnecessário.

Alternativa D (Incorreta): A clindamicina já foi a droga de escolha para alérgicos à

penicilina; porém, diretrizes mais recentes (como a da AHA) têm descontinuado seu uso rotineiro para profilaxia devido ao risco de infecção por *Clostridioides difficile*. Além disso, a posologia de repetir a dose após 6 horas é um protocolo antigo; atualmente, recomenda-se apenas uma dose única antes do procedimento. De qualquer forma, não há indicação de profilaxia para esta paciente.

Resumo: O foco da questão é identificar que o Prolapso de Valva Mitral foi retirado do rol de indicações de profilaxia para endocardite, tornando a conduta de "não medicar" a única correta.

Questão 14

O diagnóstico correto para o caso clínico apresentado é a letra (c) Injúria miocárdica aguda.

A Quarta Definição Universal de Infarto do Miocárdio estabelece critérios claros para diferenciar a injúria miocárdica do infarto do miocárdio. A injúria miocárdica é definida pela presença de valores de troponina cardíaca acima do limite superior de referência (percentil 99). Ela é classificada como aguda quando há um padrão de aumento ou queda nos valores (curva), o que foi demonstrado pelos valores de 80 e 125 ng/L no paciente.

No contexto de pacientes críticos, como no caso de sepse urinária e choque séptico, a elevação da troponina é comum devido ao estresse metabólico, efeito direto de citocinas inflamatórias no miocárdio, taquicardia e uso de catecolaminas (noradrenalina).

Abaixo, a explicação detalhada de por que cada alternativa foi descartada:

Alternativa (a) Miocardite: A miocardite é uma inflamação do músculo cardíaco, geralmente de causa viral, que pode, sim, cursar com elevação de troponina e alterações de repolarização. No entanto, o quadro clínico do paciente é dominado por um foco infeccioso extracardíaco claro (pielonefrite) e choque séptico. A alteração cardíaca, neste caso, é secundária à doença sistêmica e não uma inflamação primária do coração, o que torna o termo injúria miocárdica aguda mais apropriado.

Alternativa (b) Infarto sem supra de ST: Para o diagnóstico de infarto do miocárdio (IAM), é obrigatória a presença de injúria miocárdica (elevação de troponina) associada a evidências clínicas de isquemia miocárdica aguda. Essas evidências incluem sintomas de isquemia (dor torácica), novas alterações isquêmicas no ECG (como depressão de ST ou inversão de onda T em territórios coronarianos específicos) ou perda de tecido viável demonstrada por alterações segmentares de

contratilidade no ecocardiograma. O paciente apresenta apenas alterações difusas e inespecíficas no ECG, e o ecocardiograma não mostra alterações segmentares, o que afasta o diagnóstico de IAM.

Alternativa (c) Injúria miocárdica aguda: Esta é a alternativa correta. O paciente possui elevação dinâmica de troponina no contexto de uma doença aguda grave (sepse). Como não há evidências clínicas, eletrocardiográficas ou ecocardiográficas de isquemia miocárdica (desequilíbrio entre oferta e demanda com sinais localizados), o quadro é definido estritamente como injúria miocárdica.

Alternativa (d) Infarto do miocárdio sem coronariopatia obstrutiva (MINOCA): O MINOCA é um diagnóstico clínico-angiográfico. Ele é aplicado quando o paciente preenche os critérios para infarto do miocárdio (injúria + isquemia), mas a cineangiocoronariografia (cateterismo) não demonstra obstruções arteriais iguais ou superiores a 50%. Como o paciente não preenche os critérios básicos para infarto (por falta de sinais de isquemia), não se pode falar em MINOCA. Além disso, o quadro é totalmente explicado pela sepse, sem necessidade de investigação de fenótipos de infarto com coronárias normais neste momento.

Questão 15

Para compreender a alteração dos reflexos nesta questão, é fundamental identificar o padrão da lesão neurológica apresentada. O enunciado descreve uma neuropatia periférica sensitivo-motora, que é uma patologia do Segundo Neurônio Motor (ou neurônio motor inferior).

Nas lesões do sistema nervoso periférico (nervos, raízes ou plexos), ocorre a interrupção do arco reflexo, que é composto pela via aferente (sensitiva), a sinapse na medula e a via eferente (motora). Quando qualquer componente deste arco é danificado, o resultado clínico esperado é a redução (hiporreflexia) ou a ausência total (arreflexia) dos reflexos profundos ou de estiramento muscular.

Análise das alternativas:

a) Correta. A neuropatia alcoólico-carencial é uma polineuropatia tipicamente de padrão axonal, simétrica e distal, que se inicia pelos membros inferiores (nervos mais longos). Com o comprometimento crônico das fibras nervosas, o arco reflexo é quebrado, levando à abolição dos reflexos, inicialmente nos pés (reflexo aquileu), podendo progredir proximalmente.

b) Incorreta. A hiperatividade reflexa (hiperreflexia) é um sinal clássico de lesão do Primeiro Neurônio Motor (sistema nervoso central ou via piramidal). A neuropatia

periférica, por ser uma lesão do sistema nervoso periférico, cursa obrigatoriamente com diminuição ou abolição de reflexos, nunca com hiperreflexia.

c) Incorreta. Novamente, a presença de hiperreflexia nos membros superiores indicaria uma lesão central (como uma mielopatia cervical ou lesão encefálica), o que não condiz com o diagnóstico de polineuropatia periférica tóxico-carencial.

d) Incorreta. Embora o enunciado afirme que não há evidência de anormalidade no sistema nervoso central, os reflexos profundos dependem da integridade do sistema nervoso periférico para serem executados. Se existe uma neuropatia periférica estabelecida com fraqueza e alteração de sensibilidade, os reflexos não estarão normais; eles estarão diminuídos ou ausentes.

Questão 16

DIAGNÓSTICO

O quadro clínico apresentado pela paciente é clássico para a Doença de Ménière, também conhecida como Hidropsia Endolinfática. A tríade característica envolve vertigem episódica (com duração de 20 minutos a várias horas), perda auditiva neurossensorial flutuante, zumbido (*tinnitus*) e plenitude auricular (sensação de ouvido cheio).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A fisiopatologia da Doença de Ménière consiste no aumento da pressão e do volume da endolinfa (hidropsia endolinfática) dentro do sistema membranoso do ouvido interno. Isso ocorre geralmente por uma falha na reabsorção desse líquido pelo saco endolinfático ou, menos frequentemente, por um aumento na sua produção. Portanto, há um excesso, e não uma diminuição, da endolinfa.

Alternativa B: Correta. Estudos epidemiológicos demonstram que a Doença de Ménière não apresenta uma predileção significativa por sexo, afetando homens e mulheres de forma equilibrada. O início dos sintomas ocorre tipicamente na meia-idade, com o pico de incidência situando-se entre a quarta e a sexta década de vida (entre 40 e 60 anos), o que torna a afirmação sobre o início após a quinta década frequente e correta no contexto clínico.

Alternativa C: Incorreta. A grande maioria dos casos diagnosticados é esporádica e de causa desconhecida (idiopática). Embora existam formas de Doença de Ménière familiar descritas na literatura, elas são raras (estimadas entre 5% e 15% dos casos) e apresentam padrões genéticos variados, não sendo a herança autossômica

dominante o padrão de apresentação da maioria dos pacientes.

Alternativa D: Incorreta. À medida que a doença progride e a perda auditiva se torna severa ou completa, o sistema vestibular também sofre danos degenerativos profundos. Isso leva a uma fase conhecida como *burnt-out* (esgotamento), na qual os ataques de vertigem rotacional aguda tendem a diminuir de frequência ou cessar completamente, uma vez que o labirinto afetado para de gerar os estímulos anormais que causavam as crises. O paciente pode manter um desequilíbrio residual, mas as crises agudas intensas não costumam continuar.

Questão 17

A inversão uterina aguda é uma emergência obstétrica rara e grave, na qual o fundo do útero se invagina para dentro da cavidade, podendo chegar ao canal vaginal ou até se exteriorizar. O quadro clínico descrito, com dor intensa, choque hipovolêmico e neurogênico (pela tração dos ligamentos e peritônio) e tenesmo, é típico dessa condição. Quando o diagnóstico é feito, a primeira linha de tratamento é a estabilização hemodinâmica e a tentativa de reposicionamento manual do útero, conhecida como manobra de Taxe ou Johnson. Caso essa manobra falhe, como indicado no enunciado, a intervenção cirúrgica torna-se mandatória.

Alternativa a) Incorreta. A sutura de B-Lynch é uma técnica de compressão uterina externa utilizada especificamente para tratar a hemorragia pós-parto decorrente de atonia uterina. Ela não tem aplicação na correção anatômica da inversão uterina.

Alternativa b) Correta. A operação de Huntington é o procedimento cirúrgico de escolha após o insucesso das manobras manuais. É realizada por meio de uma laparotomia (via abdominal). O cirurgião identifica o anel de inversão e utiliza pinças (geralmente Allis ou Babcock) para tracionar progressivamente os ligamentos redondos e o fundo uterino para cima, restaurando a anatomia normal do órgão. Caso a manobra de Huntington também falhe devido a um anel de constrição cervical muito estreito, pode-se realizar a manobra de Haultain, que consiste na incisão posterior desse anel para facilitar o reposicionamento.

Alternativa c) Incorreta. A histerectomia vaginal ou abdominal é uma medida de exceção e última instância na inversão uterina. Ela só deve ser considerada se houver necrose do tecido uterino ou se todas as outras técnicas conservadoras (manuais e cirúrgicas) falharem na correção do quadro e no controle do sangramento. Não é a conduta imediata após a falha da manobra de Taxe.

Alternativa d) Incorreta. A compressão bimanual (manobra de Hamilton) é uma técnica para controle de hemorragia por atonia uterina, na qual o médico aplica

pressão manual interna e externa para estimular a contração das fibras miométriais. Na inversão uterina, o útero está em posição anatômica invertida, o que torna essa manobra ineficaz e tecnicamente inviável até que o útero seja devidamente reposicionado. Além disso, no manejo da inversão, muitas vezes é necessário o relaxamento uterino (tocolíticos) para permitir o retorno do fundo ao seu lugar, e não o estímulo à contração imediata.

Questão 18

Para resolver essa questão, é fundamental compreender o manejo da pré-eclâmpsia grave e da eclâmpsia no período puerperal. A paciente apresenta dois problemas distintos que exigem intervenções específicas: o risco de recorrência de crises convulsivas e a crise hipertensiva (pressão arterial de 160 x 110 mmHg).

O sulfato de magnésio é a droga de escolha para a prevenção e o tratamento das crises convulsivas na eclâmpsia. Ele deve ser mantido por, no mínimo, 24 horas após o parto ou 24 horas após a última crise convulsiva. É importante destacar que o sulfato de magnésio não é um anti-hipertensivo; seu papel é puramente neuroprotetor e anticonvulsivante nesse contexto.

Por outro lado, níveis de pressão arterial sistólica maiores ou iguais a 160 mmHg e/ou diastólica maiores ou iguais a 110 mmHg configuram uma emergência hipertensiva na gestação/puerpério, devido ao elevado risco de acidente vascular cerebral (AVC). Portanto, o tratamento anti-hipertensivo imediato é obrigatório.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não se deve suspender o sulfato de magnésio, pois a paciente ainda está no período de risco para novas crises (dentro das primeiras 24 horas pós-parto). Embora o uso da hidralazina esteja correto para baixar a pressão, a suspensão do magnésio deixaria a paciente desprotegida contra convulsões.

b) Incorreta. Aumentar a dose de manutenção do sulfato de magnésio (que já está no padrão de 1 g/h) não terá efeito significativo na pressão arterial e aumentará o risco de intoxicação magnesiana. O nitroprussiato de sódio é reservado para casos de hipertensão refratária e exige monitorização invasiva, não sendo a primeira escolha nesta situação.

c) Incorreta. Suspender o magnésio é contraindicado. O gluconato de cálcio é o antídoto utilizado apenas em casos de intoxicação por magnésio (sinalizada por ausência de reflexos patelares ou depressão respiratória), o que não é o caso da paciente descrita.

d) Correta. Esta alternativa contempla o manejo completo: mantém a profilaxia de crises convulsivas com o sulfato de magnésio (conforme os protocolos de Zuspan ou Pritchard) e trata a crise hipertensiva com um anti-hipertensivo de ação rápida por via intravenosa, como a hidralazina (ou labetalol/nifedipina, dependendo da disponibilidade), visando reduzir a pressão arterial para níveis seguros e prevenir complicações hemorrágicas cerebrais.

Questão 19

O sinal de Bandl-Frommel é um indicativo clássico de iminência de rotura uterina, ocorrendo geralmente em casos de trabalho de parto obstruído ou distocia mecânica.

O sinal de Bandl (ou anel de Bandl) refere-se à visualização ou palpação de um anel de retração que separa o corpo uterino (segmento superior, que se torna espessado e contraído) do segmento inferior (que se torna excessivamente alongado e adelgado). Já o sinal de Frommel corresponde ao retesamento dos ligamentos redondos, que se tornam tensos e deslocados para a face anterior do útero, podendo ser palpados como cordões rígidos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A rotura de vasa prévia caracteriza-se por sangramento de origem fetal após a ruptura das membranas (amniorrexe), levando rapidamente ao sofrimento fetal. Não está associada aos sinais de Bandl ou Frommel.

b) Incorreta. A inserção velamentosa do cordão é uma alteração anatômica em que os vasos umbilicais caminham pelas membranas ovulares. Não apresenta sinais clínicos de distensão do segmento inferior do útero ou tensão de ligamentos.

c) Correta. A associação dos sinais de Bandl e Frommel define o quadro de iminência de rotura uterina. Trata-se de uma emergência obstétrica onde o útero está no limite de sua resistência mecânica. A conduta imediata é a interrupção do trabalho de parto por via abdominal (cesariana de emergência) para evitar a rotura uterina consumada, que traria alto risco de morte materna e fetal.

d) Incorreta. O descolamento prematuro de placenta (DPP) cursa com dor abdominal aguda, hipertonia uterina e, frequentemente, sangramento vaginal escuro. Embora seja uma emergência que muitas vezes requer cesariana, não apresenta a semiologia específica da iminência de rotura descrita na questão.

Questão 20

Para analisar esta questão, devemos observar as características das desacelerações na cardiotocografia (CTG) apresentada. O traçado mostra quedas na frequência cardíaca fetal (FCF) que possuem início, duração e profundidade variáveis em relação às contrações uterinas. Elas apresentam uma descida rápida e um retorno também rápido à linha de base, assumindo formatos que lembram as letras V, U ou W. Notavelmente, a própria imagem traz a legenda "Padrão variável".

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A insuficiência placentária, muito comum em gestantes com hipertensão arterial, manifesta-se tipicamente por meio de desacelerações tardias (conhecidas como DIP II). No DIP II, o ponto mais baixo da desaceleração (nadir) ocorre sempre após o pico da contração uterina (decalagem), apresentando uma recuperação lenta, o que difere do padrão visualizado na imagem.

Alternativa b) Incorreta. As desacelerações precoces (DIP I) são causadas pela compressão da cabeça fetal (reflexo vagal). Elas são caracterizadas por serem síncronas com a contração uterina, ou seja, o início e o nadir da desaceleração coincidem com o início e o pico da contração (imagem em espelho). O traçado da questão mostra quedas muito mais profundas, abruptas e que não guardam essa relação de sincronia perfeita.

Alternativa c) Incorreta. A redução da oferta de oxigênio decorrente da estase sanguínea no espaço intervilo durante a contração é o mecanismo fisiopatológico que explica as desacelerações tardias (DIP II). Como o traçado mostra um padrão variável e não tardio, esta alternativa está errada.

Alternativa d) Correta. O padrão cardiotocográfico apresentado é o de desacelerações variáveis (também chamadas de DIP III ou umbilicais). A causa fisiopatológica dessas desacelerações é a compressão do cordão umbilical (compressão funicular). Essa compressão pode ser transitória e benigna (como em uma circular de cordão apertada momentaneamente) ou indicar situações graves, como o prolapso de cordão, onde o cordão é comprimido entre a apresentação fetal e o canal de parto. O formato da onda reflete as alterações de pressão nos vasos umbilicais e a resposta barorreflexa do feto.

Questão 21

A gestante em questão apresenta um quadro de incompatibilidade sanguínea Rh (mãe Rh negativo e recém-nascido Rh positivo). O ponto central para a resolução da questão é interpretar o resultado do teste de Coombs Indireto positivo com titulação de 1:2. Como a paciente recebeu a imunoglobulina anti-D na 28ª semana de gestação, esse resultado de baixa titulação (geralmente até 1:4) é esperado e representa apenas um resíduo da medicação administrada anteriormente (imunização passiva), e não uma sensibilização real da paciente.

Alternativa (a) Incorreta: O teste realizado no recém-nascido para verificar a presença de anticorpos maternos ligados às suas hemácias é o Coombs Direto, e não o Coombs Indireto. O Coombs Indireto é um teste realizado no soro da mãe. Além disso, a indicação da profilaxia baseia-se no tipo sanguíneo do bebê (Rh positivo) em uma mãe que não possui sensibilização ativa.

Alternativa (b) Correta: Como o recém-nascido é Rh positivo e a mãe é Rh negativo, há indicação formal de profilaxia para evitar a aloimunização em futuras gestações. O título de 1:2 no Coombs Indireto da mãe é interpretado como efeito residual da dose da 28ª semana. Portanto, deve-se administrar a imunoglobulina anti-D preferencialmente nas primeiras 72 horas após o parto, independentemente do resultado do Coombs Indireto residual, visando neutralizar as hemácias fetais que possam ter passado para a circulação materna durante o parto.

Alternativa (c) Incorreta: A imunoglobulina anti-D é uma medida preventiva. Se o Coombs Direto do recém-nascido for fortemente positivo devido a uma sensibilização prévia real da mãe (com títulos de anticorpos elevados), a imunoglobulina não terá benefício, pois a cascata imunológica de memória da mãe já terá sido ativada. A profilaxia é indicada justamente para evitar que o processo de sensibilização ocorra quando o bebê é Rh positivo.

Alternativa (d) Incorreta: A administração da imunoglobulina na 28ª semana (profilaxia antenatal) não anula a necessidade da dose pós-parto. A dose antenatal protege contra eventos transplacentários discretos que podem ocorrer no terceiro trimestre, mas o momento do parto é o de maior risco de hemorragia fetomaterna, exigindo uma nova dose de reforço caso o concepto seja comprovadamente Rh positivo.

Questão 22

Esta questão aborda o manejo do Trabalho de Parto Prematuro (TPP) em uma gestação de 32 semanas e 3 dias. O diagnóstico de TPP está bem estabelecido pelas contrações rítmicas e modificações cervicais (4 cm de dilatação e 80% de apagamento).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O uso de tocolíticos é amplamente justificado em gestações entre 24 e 34 semanas quando o objetivo é ganhar tempo para a ação do corticoide. A dilatação de 4 cm não contraindica a tocólise; geralmente, considera-se que a tocólise tem baixa eficácia apenas em fases muito avançadas do trabalho de parto (dilatação maior que 6 cm ou fase ativa franca e irreversível), o que não é o caso obrigatório aqui, especialmente visando o transporte.

b) Incorreta. Embora a neuroproteção com sulfato de magnésio seja indicada em partos prematuros iminentes (geralmente abaixo de 32 semanas, podendo estender-se até 33 semanas e 6 dias, dependendo do protocolo), a alternativa está incompleta ao ignorar o papel fundamental do tocolítico no cenário de uma paciente que se encontra em uma UPA e precisa de transferência. Além disso, o foco da conduta descrita no enunciado foi o uso do tocolítico.

c) Incorreta. A profilaxia para estreptococo do grupo B (GBS) é indicada no momento do parto (intraparto). Como a conduta inicial foi realizar a tocólise para postergar o parto em 48 horas, a antibioticoterapia não seria a prioridade imediata no momento da admissão se o plano é interromper as contrações. Ela deve ser iniciada quando o parto for considerado iminente ou se a tocólise falhar.

d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o objetivo da tocólise na obstetrícia moderna. O agente tocolítico não tem o poder de evitar o parto prematuro a longo prazo ou de levar a gestação até o termo. Sua principal função é "comprar tempo" (cerca de 48 horas) para que o corticoide atinja seu efeito máximo na maturidade pulmonar fetal e para que a gestante seja transferida com segurança para uma unidade terciária que possua UTI Neonatal, já que ela se encontra em uma UPA.

Resumo do Manejo no TPP (24 a 34 semanas):

1. Corticoterapia: Reduz o risco de síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante.
2. Tocólise: Indicada por 48 horas para efeito do corticoide e transferência.
3. Neuroproteção (sulfato de magnésio): Se parto iminente.
4. Profilaxia GBS: Se parto iminente ou trabalho de parto em curso (se status de GBS

desconhecido ou positivo).

Questão 23

A Restrição de Crescimento Fetal (RCF) é uma das principais causas de morbimortalidade perinatal. O acompanhamento exige domínio da ultrassonografia biométrica e da dopplervelocimetria. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) INCORRETA: Embora a primeira parte da frase esteja correta (a redução da circunferência abdominal - CA - de fato ocorre pela depleção de glicogênio hepático e gordura subcutânea), a segunda parte invalida a alternativa. A circunferência abdominal isoladamente é, sim, o parâmetro biométrico de maior sensibilidade para o rastreamento e detecção da RCF, superando o diâmetro biparietal e o comprimento do fêmur.

Alternativa (b) INCORRETA: A redistribuição hemodinâmica fetal (centralização) em resposta à hipoxemia causa vasodilatação cerebral (diminuição da resistência na artéria cerebral média) para priorizar órgãos nobres, e não vasoconstrição. Além disso, esse fenômeno é avaliado pelo Doppler da artéria cerebral média (ACM), e não pela artéria uterina (AU). As artérias uterinas avaliam a invasão trofoblástica e o risco de insuficiência placentária/pré-eclâmpsia, refletindo a circulação materna, não a fetal.

Alternativa (c) INCORRETA: O vaso utilizado para o diagnóstico de insuficiência placentária e para diferenciar o feto Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) constitucional do feto com Restrição de Crescimento (RCF) é a artéria umbilical, não a veia umbilical. O Doppler da veia umbilical é utilizado na avaliação da deterioração hemodinâmica grave (presença de pulsações), sendo um sinal tardio de descompensação cardíaca fetal.

Alternativa (d) CORRETA: O Doppler do ducto venoso reflete o estado pressórico no átrio direito do feto. Quando há falha nos mecanismos de adaptação à hipóxia, ocorre aumento da pressão cardíaca, resultando em alteração da onda A (que representa a contração atrial). A onda A zero ou reversa é o sinal mais fidedigno de acidemia fetal grave e o parâmetro isolado que melhor prediz o risco de óbito fetal iminente (em curto prazo, geralmente em 48-72 horas), sendo fundamental para a decisão do momento do parto em casos de RCF precoce e grave.

Questão 24

O terceiro período clínico do parto, também chamado de período de dequitação ou secundamento, inicia-se logo após a expulsão do feto e termina com a saída da placenta e das membranas. O manejo ativo desse estágio é a medida mais eficaz para prevenir a hemorragia pós-parto (HPP), que é uma das principais causas de morte materna no mundo.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A administração de ocitocina profilática deve ser universal, ou seja, realizada em todas as mulheres no terceiro período do parto, e não restrita apenas àquelas com fatores de risco identificados. Isso ocorre porque cerca de 50% das mulheres que apresentam HPP não possuíam fatores de risco prévios conhecidos.

Alternativa b: Incorreta. A conduta expectante (aguardar o desprendimento fisiológico sem o uso de medicamentos) está associada a um maior volume de perda sanguínea e maior risco de complicações. O uso de ocitocina é o padrão-ouro na prevenção da atonia uterina. Embora o contato pele a pele seja uma prática essencial e recomendada, ele não substitui a necessidade do manejo farmacológico para prevenção de hemorragia.

Alternativa c: Correta. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) estabelecem que o manejo ativo consiste na administração de ocitocina (10 UI, por via intramuscular ou intravenosa lenta) logo após o nascimento do feto. O momento prático de referência é o desprendimento do ombro posterior ou até 1 minuto após o nascimento. A tração controlada do cordão deve ser realizada por profissional habilitado, aplicando pressão suprapúbica em sentido cranial (manobra de Brandt-Andrews) simultaneamente à tração do cordão, assim que houver sinais de descolamento placentário.

Alternativa d: Incorreta. Esta alternativa contradiz todas as evidências científicas atuais. O manejo ativo reduz drasticamente a incidência de HPP em cerca de 60%, além de diminuir a necessidade de uterotônicos adicionais para tratamento e a necessidade de transfusão sanguínea quando comparado ao manejo expectante.

Questão 25

Esta questão exige o conhecimento das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2016) no que diz respeito ao manejo de resultados anormais na citopatologia oncológica (Papanicolaou).

A paciente em questão tem 35 anos e apresentou um resultado de LSIL (Lesão Intraepitelial de Baixo Grau). De acordo com o protocolo brasileiro, a conduta para achados citopatológicos de baixo grau depende fundamentalmente da idade da mulher.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A colposcopia imediata não é indicada para um primeiro achado de LSIL em mulheres de 35 anos. Ela seria a conduta de escolha inicial para resultados sugestivos de lesões de alto grau (como HSIL ou ASC-H) ou se a paciente apresentasse LSIL persistente em exames de repetição. O objetivo é evitar o sobretratamento de lesões que possuem alta taxa de regressão espontânea.

Alternativa b) Correta. Segundo as diretrizes do INCA, para mulheres com 25 anos ou mais, o achado de LSIL ou de ASC-US (Células Atípicas de Significado Indeterminado, Possivelmente Não Neoplásicas) requer a repetição do exame citopatológico em 6 meses. Como a paciente tem 35 anos, ela se enquadra exatamente nessa recomendação. Caso o novo exame em 6 meses venha positivo (LSIL ou superior), ela deverá ser encaminhada para colposcopia. Se vier negativo, repete-se em mais 6 meses antes de retornar ao rastreio de rotina.

Alternativa c) Incorreta. A repetição em 1 ano é a conduta preconizada apenas para mulheres com 30 anos ou mais que apresentam resultado de ASC-US. Para o LSIL, as diretrizes brasileiras estabelecem o prazo de 6 meses para qualquer mulher a partir dos 25 anos.

Alternativa d) Incorreta. Repetir o exame em 3 anos é a recomendação para mulheres com menos de 25 anos que apresentam LSIL ou ASC-US. Nessa faixa etária jovem, a prevalência de infecção transitória pelo HPV é muito alta e o potencial de regressão espontânea é elevadíssimo; por isso, adota-se uma conduta conservadora prolongada para evitar intervenções desnecessárias. Como a paciente tem 35 anos, essa conduta não se aplica.

Em resumo, para o manejo inicial do LSIL:

1. Idade menor que 25 anos: Repetir citologia em 3 anos.
2. Idade igual ou maior que 25 anos: Repetir citologia em 6 meses.
3. Se houver persistência da alteração na repetição: Encaminhar para colposcopia.

Questão 26

Análise do quadro clínico:

O sangramento uterino anormal na pós-menopausa é um sinal de alerta que exige investigação imediata. Embora a maioria das causas seja benigna, o objetivo principal é excluir a presença de carcinoma de endométrio.

Alternativa A (Correta): A atrofia do trato genital (endometrial ou vaginal) é a principal causa de sangramento nesse período da vida, sendo responsável por cerca de 60% a 80% dos casos. O hipostrogenismo torna os tecidos finos e friáveis, favorecendo pequenos sangramentos.

Alternativa B (Correta): A Neoplasia Intraepitelial Endometrial (NIE), termo que substituiu a antiga classificação de hiperplasia endometrial atípica, possui um alto potencial de malignidade. Cerca de 30% a 40% das mulheres diagnosticadas com NIE já apresentam carcinoma de endométrio concomitante ou evoluem para ele em um curto período, justificando condutas mais agressivas, como a histerectomia.

Alternativa C (Correta): A ultrassonografia transvaginal é o exame complementar inicial de escolha. Ela funciona como um rastreio: se a espessura do eco endometrial for menor ou igual a 4 mm, o risco de câncer é extremamente baixo. Se for superior a esse valor, é obrigatória a realização de investigação histológica (biópsia ou histeroscopia).

Alternativa D (Incorreta - Gabarito): Esta alternativa contém erros conceituais. Primeiro, a patologia mais comum é a atrofia, não os pólipos. Segundo, embora a remoção de pólipos endometriais na pós-menopausa seja recomendada quando são sintomáticos (para diagnóstico diferencial), o risco de malignidade associado a eles é baixo, ocorrendo em aproximadamente 0,5% a 5% dos casos. Não se pode afirmar que possuem "alto risco de malignização".

Questão 27

A alternativa correta é a letra (b) Síndrome de Asherman.

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve uma paciente jovem, previamente eumenorreica (com ciclos normais), que desenvolveu amenorreia secundária logo após a realização de uma curetagem uterina para tratamento de abortamento incompleto. Este é o cenário clássico de uma causa anatômica uterina para a interrupção das menstruações.

Alternativa (a) Síndrome de Simmonds: Incorreta. Esta síndrome consiste na

insuficiência global e crônica da hipófise anterior (pan-hipopituitarismo), geralmente por causas não relacionadas ao parto, como tumores ou traumas cranianos. Embora cause amenorreia por falta de estímulo das gonadotrofinas, ela se manifesta com a falência de várias outras glândulas (tireoide, suprarrenal) e não possui relação direta com o trauma cirúrgico uterino descrito.

Alternativa (b) Síndrome de Asherman: Correta. Esta condição é definida pela presença de sinéquias (aderências) intrauterinas que resultam em obliteração parcial ou total da cavidade endometrial. A causa mais frequente é o trauma do endométrio basal causado por procedimentos como a curetagem uterina ou a winteragem, especialmente quando realizados em úteros grávidos, que estão mais amolecidos e propensos a lesões. A destruição da camada basal do endométrio impede sua regeneração cíclica, levando à amenorreia ou hipomenorreia.

Alternativa (c) Síndrome de Sheehan: Incorreta. É a necrose isquêmica da hipófise decorrente de uma hemorragia pós-parto grave acompanhada de choque hipovolêmico. Apesar de causar amenorreia secundária, o enunciado foca no procedimento de esvaziamento uterino após um abortamento de 8 semanas, sem mencionar hemorragia vultosa ou instabilidade hemodinâmica, que são critérios essenciais para Sheehan.

Alternativa (d) Síndrome de Kallmann: Incorreta. Trata-se de uma doença genética caracterizada por hipogonadismo hipogonadotrófico associado a distúrbios do olfato (anosmia ou hiposmia). É uma causa de amenorreia primária, ou seja, a paciente nunca chega a menstruar ou não completa a puberdade. Como a paciente do caso sempre teve ciclos normais antes do evento, esta hipótese está descartada.

Questão 28

Para resolver esta questão, é necessário focar na idade da paciente (18 anos) e no diagnóstico histológico (NIC III). As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicadas pelo INCA em 2016, trazem recomendações específicas para mulheres com menos de 25 anos, visando evitar tratamentos desnecessários em uma fase da vida com alta taxa de regressão de lesões e grande preocupação com o futuro reprodutivo.

Alternativa a: Incorreta. A histerectomia total retira todo o útero e não é o tratamento preconizado para lesões intraepiteliais (pré-cancerosas). Seria uma conduta desproporcional e mutiladora para uma jovem de 18 anos que ainda não teve filhos.

Alternativa b: Incorreta. Este procedimento é uma cirurgia oncológica radical (Wertheim-Meigs) indicada apenas para casos de câncer do colo do útero invasor em

estágios iniciais. Não há indicação de retirada de linfonodos para lesões que ainda estão restritas ao epitélio (NIC III).

Alternativa c: Correta. Segundo as normas do INCA de 2016, embora o tratamento seja a regra para NIC III na população geral, em mulheres com menos de 25 anos, a conduta pode ser inicialmente conservadora. Isso ocorre porque esse grupo apresenta maior chance de regressão espontânea da lesão. O acompanhamento é feito com citologia oncológica e colposcopia a cada seis meses por um período de até dois anos. Essa estratégia visa preservar a integridade do colo uterino e evitar complicações em futuras gestações, como a insuficiência ístmocervical e o parto prematuro, decorrentes de procedimentos cirúrgicos no colo.

Alternativa d: Incorreta. A conização ou excisão da zona de transformação é o tratamento de escolha para NIC III em mulheres acima de 25 anos. Na paciente de 18 anos, essa intervenção é postergada em favor da observação clínica, sendo considerada apenas se a lesão persistir após o período de acompanhamento ou se houver forte suspeita de invasão não detectada na biópsia inicial.

Questão 29

Esta questão aborda o tratamento cirúrgico da Incontinência Urinária de Esforço (IUE) por meio da técnica de sling médio-uretral transobturatório (TOT). O caso clínico apresenta uma paciente clássica com perda urinária aos esforços e prolapso de órgãos pélvicos associados.

O princípio de correção das cirurgias de sling baseia-se na Teoria Integral de Ulmsten e Petros. Essa teoria propõe que a continência urinária na mulher depende da integridade dos ligamentos e das fâscias que sustentam a uretra. Quando há uma falha nesse suporte, a uretra torna-se hipermóvel e não consegue se fechar adequadamente durante o aumento da pressão intra-abdominal (tosse, espirro, exercício).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: O sling (seja ele retropúbico ou transobturatório) consiste na colocação de uma fita sintética, geralmente de polipropileno, sob a uretra média. Essa fita atua fornecendo um apoio suburetral estável. No momento do esforço, a uretra é comprimida contra essa fita (efeito rede ou apoio), o que promove o fechamento do lúmen uretral e impede a passagem involuntária da urina. É um suporte extrínseco que substitui os ligamentos pubouretrais enfraquecidos.

Alternativa (b) Incorreta: A correção da cistocele (prolapso da parede vaginal

anterior) é um procedimento realizado por meio da colporrafia anterior. Embora a paciente do caso apresente cistocele moderada, a cirurgia de sling tem como objetivo específico tratar a incontinência urinária, e não corrigir o prolapso da bexiga. São tempos cirúrgicos ou procedimentos distintos, apesar de poderem ser realizados no mesmo ato operatório.

Alternativa (c) Incorreta: O sling não atua reforçando as fibras musculares do esfíncter uretral interno ou externo. Ele funciona de forma mecânica e passiva como um anteparo. O reforço do mecanismo esfíncteriano seria o objetivo de tratamentos como a injeção de agentes de preenchimento periuretrais (bulking) ou o uso de esfíncter artificial, indicados em casos específicos de deficiência esfíncteriana intrínseca grave.

Alternativa (d) Incorreta: A plicatura da fáscia endopélvica (técnica de Kelly-Kennedy) é uma técnica clássica utilizada na colporrafia anterior para tratar o prolapso e, historicamente, tentava-se tratar a incontinência por essa via. No entanto, sua eficácia para a cura da incontinência de esforço é muito inferior à dos slings modernos, pois não garante o apoio suburetral dinâmico necessário na uretra média.

Portanto, o mecanismo de ação fundamental do sling proposto é a criação de um apoio suburetral rígido e livre de tensão.

Questão 30

Esta questão aborda os fundamentos históricos, éticos e legais do planejamento familiar no Brasil. Vamos analisar cada alternativa para compreender a lógica por trás do gabarito:

Alternativa A: Incorreta. O planejamento familiar como política pública de saúde no Brasil não foi oficializado em 1968. Na década de 1960, o país ainda vivia sob uma perspectiva pró-natalista ou sob a influência de entidades privadas (como a BEMFAM). O marco fundamental ocorreu com a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) em 1983/1984, seguido pela Constituição Federal de 1988 e, finalmente, pela Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263) em 1996.

Alternativa B: Incorreta. O planejamento familiar é um direito constitucional e a Lei nº 9.263/96 estabelece que as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) devem garantir não apenas a orientação e o aconselhamento, mas também a oferta de todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas.

Alternativa C: Correta. A evolução tecnológica dos métodos contraceptivos (como o surgimento de métodos de longa duração - LARCs, pílulas de baixa dosagem e preservativos mais resistentes) e as políticas públicas que ampliam o acesso à informação e aos insumos são os pilares para a redução das taxas de gravidez não planejada. No Brasil, o aumento da prevalência do uso de métodos modernos nas últimas décadas correlaciona-se diretamente com a queda das taxas de fecundidade e de gestações indesejadas.

Alternativa D: Incorreta. Existe uma diferença conceitual fundamental entre planejamento familiar e controle demográfico. O planejamento familiar baseia-se no direito à livre decisão do indivíduo ou do casal para planejar a prole, sendo vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais. O controle populacional/demográfico, por outro lado, visa atingir metas numéricas estatais, o que é expressamente proibido pela Constituição Federal (Art. 226, § 7º).

Portanto, a alternativa C é a que descreve corretamente o impacto do desenvolvimento científico e das políticas públicas no cenário reprodutivo brasileiro.

Questão 31

A alternativa (a) está correta. O hormônio antimülleriano (HAM) é um excelente marcador da reserva ovariana, pois é produzido pelas células da granulosa dos folículos pré-antrais e antrais pequenos. Valores elevados, geralmente acima de 3,5 a 5,0 ng/mL, indicam uma grande quantidade de folículos em crescimento. Isso coloca a paciente em alto risco para a Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (OHSS) durante ciclos de fertilização in vitro, exigindo cautela nas doses de medicações indutoras.

A alternativa (b) está incorreta. A dosagem de progesterona é, de fato, um método para confirmar a ovulação, porém ela deve ser realizada no meio da fase lútea (aproximadamente no 21º dia de um ciclo de 28 dias), e não na fase folicular. Na fase folicular, os níveis de progesterona são fisiologicamente baixos. Níveis de progesterona acima de 3 ng/mL na fase lútea sugerem que a ovulação ocorreu.

A alternativa (c) está incorreta. A contagem de folículos antrais (CFA) por ultrassonografia transvaginal deve ser realizada preferencialmente no início da fase folicular (entre o 2º e o 5º dia do ciclo menstrual). Nesse período, é possível visualizar e contar os folículos de 2 a 10 mm que representam a reserva ovariana disponível para aquele ciclo, antes que ocorra a seleção do folículo dominante.

A alternativa (d) está incorreta. Quando encontramos níveis baixos de gonadotrofinas (FSH e LH) associados a baixos níveis de estradiol, o diagnóstico é de hipogonadismo

hipogonadotrófico (causa central, hipotalâmica ou hipofisária). No hipogonadismo hipergonadotrófico, a falha é ovariana (periférica), o que resulta em estradiol baixo, mas níveis de FSH e LH persistentemente elevados, devido à ausência do feedback negativo do ovário sobre a hipófise.

Questão 32

Análise do Quadro Clínico:

A paciente é uma adolescente de 15 anos, com quatro anos de pós-menarca, que apresenta um quadro de irregularidade menstrual crônica (oligomenorreia e amenorreia secundária) associado a sinais evidentes de hiperandrogenismo clínico (hirsutismo na face e no abdome e acne refratária). Na adolescência, o diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) exige critérios mais rigorosos do que na vida adulta para evitar diagnósticos excessivos, já que muitas manifestações da puberdade normal se assemelham à síndrome.

Alternativa (a) - CORRETA:

Segundo os consensos internacionais (como o Consenso de Rotterdam revisado e guias de evidência baseada em especialidades pediátricas e endócrinas), o diagnóstico de SOP em adolescentes requer obrigatoriamente a presença de dois critérios: 1) Disfunção ovulatória (irregularidade menstrual persistente para a idade ginecológica ou amenorreia); e 2) Hiperandrogenismo (seja clínico, como o hirsutismo moderado/grave, ou bioquímico, através de exames laboratoriais). Como a paciente apresenta ambos, a hipótese diagnóstica está corretamente direcionada.

Alternativa (b) - INCORRETA:

O diagnóstico de SOP na adolescência é frequentemente considerado "provisório" ou de risco. Devido à sobreposição de sintomas fisiológicos da maturação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal com os sintomas da SOP, é fundamental realizar uma reavaliação periódica do diagnóstico ao longo da vida, especialmente ao atingir a idade adulta ginecológica, para confirmar a persistência do quadro ou identificar se era apenas um fenômeno puberal transitório.

Alternativa (c) - INCORRETA:

Esta alternativa apresenta dois erros fundamentais. Primeiro, para o diagnóstico de SOP pelo critério de Rotterdam (utilizado em adultas), basta a presença de dois dos três critérios, e não a obrigatoriedade dos três. Segundo, na adolescência, a imagem de ovários policísticos ao ultrassom não deve ser utilizada como critério diagnóstico. Isso ocorre porque o achado de ovários multifolículos é muito comum em adolescentes saudáveis logo após a menarca, carecendo de especificidade nesta faixa etária. Além disso, o uso da via endovaginal é restrito a pacientes com atividade sexual iniciada, o que não é o caso da paciente em questão.

Alternativa (d) - INCORRETA:

A SOP é um diagnóstico de exclusão. Para firmá-lo, é essencial afastar outras doenças que mimetizam o quadro. A dosagem da 17-alfa-hidroxiprogesterona é fundamental para excluir a hiperplasia adrenal congênita de forma não clássica, e a dosagem de prolactina é necessária para excluir a hiperprolactinemia. Ambas as condições podem cursar com irregularidade menstrual e sinais androgênicos, devendo obrigatoriamente fazer parte do diagnóstico diferencial.

Questão 33

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão descreve um paciente com sinais de alerta para neoplasia (emagrecimento, rouquidão, dor torácica) e uma história ocupacional significativa. O erro médico é triplo: na conduta clínica (atraso no diagnóstico), na terapêutica (prescrição excessiva e sem diagnóstico) e na percepção do risco.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Princípio da Coordenação do Cuidado: O médico falhou ao marcar o retorno para 90 dias. Diante de um paciente com sinais de gravidade (red flags) como perda de peso e rouquidão, a Atenção Primária deve coordenar o fluxo do paciente de forma ágil, garantindo que o diagnóstico e o encaminhamento para a atenção secundária ocorram em tempo oportuno. Um retorno tão tardio interrompe a continuidade e a resolutividade do cuidado.

Prevenção Quaternária: Este nível de prevenção consiste na detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias, visando protegê-los de condutas iatrogênicas (danos causados pela própria assistência). Ao prescrever 70 mg/dia de dexametasona (uma dose extremamente alta e perigosa), polivitamínicos e dieta sem ter um diagnóstico definido, o médico expõe o paciente a efeitos colaterais graves e medicalização desnecessária.

Hipótese Diagnóstica: O Mesotelioma de Pleura é um tumor maligno fortemente associado à exposição ao asbesto (amianto). O paciente trabalhou 15 anos na manutenção de tubulações de caldeiras, locais onde o amianto era amplamente utilizado como isolante térmico. O tempo de latência entre a exposição e o aparecimento do tumor é longo (geralmente mais de 20 anos), o que condiz com o histórico. A rouquidão sugere invasão do nervo laríngeo recorrente ou compressão mediastinal pelo tumor.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa (a): Incorreta. A Silicose exige anos de exposição à poeira de sílica; o paciente trabalha com pisos/azulejos há apenas 1 mês, tempo insuficiente para desenvolver a doença. A Prevenção Primária visa evitar a doença antes que ela ocorra (como o uso de EPIs), o que não se aplica ao manejo de um paciente já sintomático.

Alternativa (b): Incorreta. A Prevenção Terciária foca na reabilitação de doenças já estabelecidas e na redução de incapacidades. Embora o diagnóstico de Mesotelioma esteja correto, a falha principal na conduta medicamentosa (prescrição de alta dose de corticoide sem necessidade) caracteriza a falta de Prevenção Quaternária.

Alternativa (d): Incorreta. A Silicotuberculose também exigiria exposição prolongada à sílica. A Prevenção Secundária envolve o diagnóstico precoce e rastreamento. Embora o médico esteja atrasando o diagnóstico, a alternativa (c) define de forma mais precisa os erros de gestão de cuidado (coordenação) e o risco de dano medicamentoso (quaternária) apresentados no enunciado.

Questão 34

O tema abordado nesta questão envolve dois conceitos centrais da administração e política de saúde no Brasil: o modelo de gestão da saúde suplementar e a estrutura de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Análise da Verticalização:

Na saúde suplementar, a verticalização é o processo em que a operadora de planos de saúde passa a deter o controle de toda a cadeia de produção do serviço. Ou seja, em vez de apenas contratar uma rede credenciada (hospitais e laboratórios de terceiros), a operadora compra ou constrói seus próprios recursos assistenciais. Isso permite maior controle sobre os custos e sobre a forma como os procedimentos são realizados, além de reduzir o conflito entre o pagador (operadora) e o prestador (médico/hospital).

Análise da Participação Privada no SUS:

Conforme o Artigo 199 da Constituição Federal e a Lei 8.080/90, o setor privado pode participar do SUS de forma complementar. Isso ocorre quando o Estado não possui leitos ou serviços suficientes em sua rede própria para atender à demanda. Essa participação deve ser formalizada por meio de contratos de direito público ou convênios, submetendo o ente privado às regras e ao controle do SUS, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Avaliação das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A compra de operadoras pequenas por grandes caracteriza uma concentração de mercado (integração horizontal), mas não é o que define a verticalização. Além disso, o setor privado tem papel fundamental no SUS através da rede complementar.

Alternativa b) Correta. Define adequadamente a verticalização como a integração de hospitais, clínicas e laboratórios à estrutura das operadoras de saúde. Também descreve corretamente a participação complementar do setor privado no SUS, regida por instrumentos de direito público.

Alternativa c) Incorreta. A fusão de operadoras nacionais com seguradoras internacionais refere-se à entrada de capital estrangeiro no setor, e não ao conceito de verticalização. O termo correto para a participação no SUS é complementar, e não suplementar (saúde suplementar é o nome dado ao mercado de planos de saúde).

Alternativa d) Incorreta. O uso do SUS por beneficiários de planos para procedimentos de alto custo é uma distorção do sistema que gera ressarcimento obrigatório ao SUS, mas não define a verticalização. Além disso, o setor privado lucrativo também pode participar do SUS se as entidades filantrópicas não forem suficientes para suprir a demanda.

Gabarito: Letra (b).

Questão 35

ANÁLISE DA QUESTÃO

O enunciado descreve um estudo em que dois grupos distintos foram formados por distribuição aleatória (randomizados) para receber diferentes tratamentos (Novo Medicamento vs. Varfarina) e acompanhados prospectivamente ao longo de 590 dias. Estas são as características clássicas de um Ensaio Clínico Experimental Paralelo e Randomizado. Não se trata de um estudo "crossover", pois não há menção de que os pacientes inverteram os tratamentos em uma segunda fase, nem é "quase-experimental", pois houve processo de randomização.

ANÁLISE DOS DADOS DA TABELA E CÁLCULOS

A imagem apresenta o Coeficiente de Incidência de eventos por 100 pacientes, o que equivale à incidência em porcentagem (%):

- Incidência no Grupo Controle (Varfarina): 2,2%

- Incidência no Grupo Intervenção (Novo Medicamento): 1,7%

1. Cálculo da Redução Absoluta do Risco (RAR):

A RAR é a diferença simples entre a taxa de eventos no grupo controle e no grupo intervenção.

$RAR = \text{Incidência Controle} - \text{Incidência Intervenção}$

$RAR = 2,2\% - 1,7\% = 0,5\%$ (ou 0,005 em valores decimais).

2. Cálculo do Número Necessário para Tratar (NNT):

O NNT indica quantos pacientes precisam receber o novo tratamento para que um evento seja evitado, em comparação ao tratamento padrão. Ele é o inverso da RAR.

$NNT = 1 / RAR$

Como a RAR foi de 0,5% (ou 0,5/100), o cálculo é:

$NNT = 1 / 0,005 = 200$

Ou, de forma simplificada usando a porcentagem: $100 / 0,5 = 200$.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. O estudo não é "Crossover" (onde o mesmo paciente recebe as duas drogas em momentos diferentes). Além disso, os valores de RAR (0,79) e NNT (2) não correspondem aos dados da tabela.

b) Incorreta. Embora o tipo de estudo esteja correto, o NNT apresentado (2) está errado. Um NNT de 2 significaria uma RAR de 50%, o que não condiz com a pequena diferença de 0,5% observada entre os grupos.

c) Correta. Define corretamente o desenho do estudo (Paralelo e Randomizado) e apresenta os cálculos exatos baseados na tabela da imagem: RAR de 0,5% e NNT de 200.

d) Incorreta. O estudo não é "Quase-Experimental", termo reservado para estudos de intervenção onde não ocorre a randomização. Como o enunciado afirma que os grupos foram randomizados, essa classificação é inválida.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 36

Análise do Caso Clínico e Preenchimento da Declaração de Óbito:

Para preencher corretamente a Declaração de Óbito (DO), o médico deve seguir a lógica da Parte I do documento. A Causa Básica é a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos que levaram diretamente à morte, devendo ser anotada na última linha preenchida da Parte I. A Causa Imediata é o estado terminal ou complicação que produziu o óbito, anotada na linha superior (linha a).

No caso clínico, o paciente apresenta um quadro clássico de dengue evoluindo com sinais de choque grave (hipotensão de 50/20 mmHg) e múltiplas hemorragias.

1. Causa Imediata: É o evento terminal. No paciente com choque franco e sangramentos, o choque hipovolêmico é o diagnóstico que define o mecanismo final da morte.
2. Causa Básica: É a doença que originou todo o processo, que, no contexto epidemiológico citado, é a dengue.

Vigilância Epidemiológica:

A dengue é uma doença de notificação compulsória. Em situações de óbito suspeito por dengue, a notificação deve ser imediata (realizada em até 24 horas). O sistema de vigilância não deve aguardar resultados de exames laboratoriais, como a sorologia, para ser acionado. A notificação precoce é fundamental para que as autoridades de saúde iniciem a investigação do óbito e as medidas de controle ambiental no território.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora cite a dengue como causa básica, a alternativa falha ao sugerir que a notificação deve aguardar o resultado da sorologia. Além disso, o choque hipovolêmico é uma descrição mais precisa do quadro agudo do paciente do que o termo genérico "falência múltipla de órgãos".

Alternativa b: Correta. Identifica corretamente o choque hipovolêmico como o evento final (causa imediata) decorrente da dengue (causa básica). Também está correta quanto à conduta de vigilância, prevendo a notificação imediata diante da suspeita clínica em período epidêmico.

Alternativa c: Incorreta. Apresenta erros técnicos graves. A parada cardiorrespiratória é um mecanismo de morte (o momento em que o coração para) e não deve ser listada como causa básica ou imediata na DO. A dengue é a causa básica, não a imediata. A notificação também está com o prazo errado.

Alternativa d: Incorreta. Embora a notificação imediata esteja correta, a estrutura da Declaração de Óbito prioriza a definição da causa imediata (linha a) e causa básica (última linha). A alternativa b é a que melhor preenche os requisitos técnicos de preenchimento do documento oficial.

Questão 37

ANÁLISE DO TIPO DE ESTUDO

Para identificar o desenho de um estudo epidemiológico, devemos observar o ponto de partida da pesquisa. No enunciado, o pesquisador selecionou dois grupos baseados no desfecho: um grupo de nascidos vivos com baixo peso (casos) e outro grupo de nascidos vivos com peso adequado (controles). A partir da formação desses grupos, foi investigada, de forma retrospectiva (entrevistas e análise de prontuários), a exposição ocorrida durante a gestação (consumo de água contaminada).

Essa estrutura, que parte do efeito para a causa, caracteriza um Estudo de Caso-Controle. Embora a alternativa D utilize o termo Coorte Retrospectiva, ela traz entre parênteses Caso-Controle, que é a nomenclatura técnica correta para o desenho descrito, onde se comparam doentes (ou portadores de uma condição) com não doentes para avaliar riscos passados.

CÁLCULO DA RAZÃO DE CHANCE (ODDS RATIO)

A Razão de Chance (Odds Ratio) é a medida de associação padrão para estudos de caso-controle. Para calculá-la, utilizamos os dados da tabela presente na imagem:

1. Casos Expostos (Baixo peso e consumiram água de municípios atingidos): 22
2. Casos Não Expostos (Baixo peso e outras fontes de água): 43
3. Controles Expostos (Peso adequado e consumiram água de municípios atingidos): 22
4. Controles Não Expostos (Peso adequado e outras fontes de água): 108

A fórmula da Razão de Chance é o produto cruzado da tabela 2x2: (Casos Expostos multiplicado por Controles Não Expostos) dividido por (Controles Expostos multiplicado por Casos Não Expostos).

Cálculo: $(22 \times 108) / (22 \times 43)$

Simplificando (dividindo 22 por 22): $108 / 43 = 2,51$

Portanto, a Razão de Chance é de aproximadamente 2,5. Isso significa que mães que

consumiram água contaminada tiveram uma chance 2,5 vezes maior de ter filhos com baixo peso do que as que não consumiram.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O desenho não é de coorte (que partiria da exposição para o desfecho) e o valor calculado de 1,75 está errado.

Alternativa b) Incorreta. O estudo seccional mede a prevalência em um único momento no tempo, sem a distinção clara de grupos de casos e controles com busca retrospectiva de dados de prontuário. O valor 1,75 também está incorreto.

Alternativa c) Incorreta. O valor do Odds Ratio de 2,5 está correto, porém a classificação do estudo como Seccional está errada, pois houve uma seleção dirigida de participantes baseada no estado de saúde (baixo peso ou peso adequado).

Alternativa d) Correta. Apresenta o valor correto da Razão de Chance (2,5) e identifica o desenho como Caso-Controle. O termo Retrospectivo é frequentemente usado para descrever a lógica temporal deste desenho.

Questão 38

A recomendação do INCA (Instituto Nacional de Câncer) e do Ministério da Saúde do Brasil é contrária ao rastreamento populacional organizado ou indiscriminado para o câncer de próstata. A orientação atual foca no diagnóstico precoce, que consiste na investigação de sinais e sintomas e na discussão de riscos e benefícios com o homem que demanda o exame (rastreamento oportunista), garantindo a autonomia do paciente frente aos possíveis danos, como o sobrediagnóstico e o sobretratamento. Portanto, as alternativas C e D estão incorretas por afirmarem que o rastreamento é recomendado.

Para a segunda parte da questão, devemos calcular o Valor Preditivo Positivo (VPP), que representa a probabilidade de o paciente ter a doença após um resultado de exame positivo.

Dados fornecidos:

Prevalência (P) = 9%

Sensibilidade (S) = 50%

Especificidade (E) = 90% (logo, a taxa de falsos positivos é de 10%)

Utilizando uma população hipotética de 1.000 homens para facilitar o cálculo:

1. Homens com câncer: 9% de 1.000 = 90 homens.

2. Homens sem câncer: $1.000 - 90 = 910$ homens.
3. Verdadeiros positivos (sensibilidade de 50% sobre os doentes): 50% de $90 = 45$ homens.
4. Falsos positivos (10% de erro sobre os saudáveis): 10% de $910 = 91$ homens.
5. Total de testes positivos encontrados: 45 (VP) + 91 (FP) = 136 testes positivos.
6. VPP (probabilidade de o paciente ser verdadeiramente positivo): $45 / 136 =$ aproximadamente 33% .

Embora o cálculo matemático rigoroso com os dados do enunciado resulte em 33% , a alternativa B é a única que apresenta a recomendação correta do INCA e um valor que indica aumento da probabilidade pós-teste em relação à prevalência (9%). Em provas de residência, quando o cálculo não é exato, utiliza-se a lógica epidemiológica: se o teste tem alguma validade, o VPP deve ser superior à prevalência.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Apesar de descrever corretamente a posição do INCA, o valor de 9% é a probabilidade pré-teste (prevalência). Se um exame positivo é realizado, a probabilidade de doença deve necessariamente se alterar.

Alternativa b) Correta. Identifica que o INCA não recomenda o rastreamento indiscriminado e apresenta um Valor Preditivo Positivo condizente com o aumento de probabilidade após um exame alterado.

Alternativa c) Incorreta. O INCA e o Ministério da Saúde não recomendam campanhas de rastreamento devido ao balanço desfavorável entre riscos (incontinência, impotência, ansiedade) e benefícios em nível populacional.

Alternativa d) Incorreta. Erra na recomendação do INCA e utiliza o valor da especificidade (90%) como se fosse o VPP. A especificidade mede a capacidade do teste em ser negativo nos indivíduos saudáveis, não a probabilidade de doença após um resultado positivo.

Questão 39

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é um documento fundamental na prática médica, especialmente no contexto da Medicina do Trabalho e da Saúde Coletiva. Suas finalidades são amplas e abrangem as esferas previdenciária, estatística, epidemiológica e fiscalizatória. Abaixo, a análise detalhada de cada item:

Item I: Correto. A CAT é o instrumento formal para que o Instituto Nacional do Seguro

Social (INSS) reconheça legalmente que o evento ocorrido foi um acidente de trabalho. Sem esse documento, o nexo causal entre a atividade laboral e o ferimento não é oficialmente estabelecido perante a Previdência Social.

Item II: Correto. A emissão da CAT é condição necessária para que o trabalhador segurado possa pleitear e receber benefícios específicos, como o auxílio-doença acidentário (código B91). Este benefício difere do auxílio-doença comum, pois garante ao trabalhador a estabilidade provisória de 12 meses após a alta médica e a continuidade do depósito do FGTS durante o afastamento. Também serve de base para o auxílio-acidente em casos de sequelas permanentes.

Item III: Correto. A CAT cumpre uma função epidemiológica essencial. Os dados coletados por meio deste formulário alimentam bancos de dados que permitem aos serviços de saúde e órgãos governamentais traçar perfis de risco e incidência de agravos. Essas informações são a base para o planejamento de ações preventivas e políticas públicas voltadas à redução de acidentes e doenças ocupacionais.

Item IV: Correto. O preenchimento do documento permite que órgãos de fiscalização (como o Ministério do Trabalho e Emprego e as Vigilâncias em Saúde do Trabalhador) tomem conhecimento de condições inseguras de trabalho. Isso possibilita a realização de inspeções e investigações no ambiente laboral para corrigir falhas e evitar que outros trabalhadores sofram acidentes semelhantes.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Exclui os itens I e IV, que são funções fundamentais da CAT.
- b) Incorreta. Exclui o item II, ignorando a finalidade de garantia de benefícios previdenciários ao trabalhador.
- c) Incorreta. Exclui o item I, que trata do reconhecimento legal pelo INSS, um dos pilares da existência do documento.
- d) Correta. Todas as afirmações (I, II, III e IV) estão tecnicamente corretas e descrevem fielmente os objetivos da Comunicação de Acidente de Trabalho.

Questão 40

A questão aborda a classificação legal e técnica da Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (P.A.I.R.) dentro do contexto da medicina do trabalho e da legislação previdenciária brasileira.

A alternativa (a) está correta. De acordo com a Lei 8.213/91, especificamente no seu artigo 20, as doenças ocupacionais são equiparadas ao acidente do trabalho para fins legais e previdenciários. As doenças ocupacionais subdividem-se em doença

profissional (inerente a determinada profissão) e doença do trabalho (resultante das condições especiais em que o trabalho é executado). A P.A.I.R. é o exemplo clássico de uma doença do trabalho provocada pela exposição crônica a níveis elevados de pressão sonora no ambiente laboral, sendo, portanto, considerada um acidente do trabalho por equiparação.

A alternativa (b) está incorreta. O ruído, agente etiológico da P.A.I.R., é classificado como um agente físico. Os riscos biológicos são representados por microrganismos como bactérias, vírus, fungos e parasitas, que não possuem relação com a gênese da perda auditiva por ruído.

A alternativa (c) está incorreta. O exame admissional inadequado pode representar uma falha na triagem e na documentação do estado de saúde inicial do trabalhador, mas não é a definição da patologia. A P.A.I.R. é causada pela exposição nociva durante a execução das atividades laborais, independentemente de como o exame admissional foi conduzido.

A alternativa (d) está incorreta. A P.A.I.R. é uma patologia adquirida devido à exposição ocupacional prolongada e não uma condição preexistente. Embora uma perda auditiva prévia possa ser agravada pelo ruído, a P.A.I.R. ocupacional propriamente dita é definida pela lesão nas células ciliadas da cóclea causada diretamente pelo agente físico ruído presente no meio ambiente de trabalho.

Questão 41

Para analisar esta questão, é fundamental correlacionar o nível de Pressão Sonora com a Norma Regulamentadora 15 (NR-15), que estabelece os limites de tolerância para ruído contínuo ou intermitente.

De acordo com a NR-15, o limite máximo de exposição diária para um ruído de 115 decibéis (dB) sem proteção é de apenas 7 minutos. Como o trabalhador cumprirá uma jornada de 40 horas semanais (aproximadamente 8 horas por dia), a atenuação necessária para reduzir o ruído a níveis seguros (abaixo de 85 dB) é extremamente elevada.

Alternativa A (Correta): O protetor auricular tipo concha (ou abafador) é o equipamento mais adequado para níveis de ruído muito elevados, como 115 dB. Esse tipo de EPI geralmente oferece um NRRsf (Nível de Redução de Ruído com Colocação Pelo Usuário) superior aos protetores de inserção simples. Além disso, o protetor tipo concha proporciona uma vedação mais estável ao redor da orelha, sendo menos dependente da anatomia do conduto auditivo do trabalhador para garantir a proteção efetiva em ambientes críticos.

Alternativa B (Incorreta): O protetor auricular tipo inserção (plug) costuma apresentar uma capacidade de atenuação menor que os protetores tipo concha de alta performance. Em níveis de 115 dB, um protetor de inserção pode não ser suficiente para reduzir a pressão sonora a patamares aceitáveis para uma jornada de 8 horas diárias. Muitas vezes, em casos de 115 dB, a medicina do trabalho recomenda inclusive a proteção dupla (uso simultâneo de plug e concha), mas entre as opções individuais citadas, a concha é a obrigatória por sua maior eficácia.

Alternativa C (Incorreta): Os protetores não podem ser utilizados indistintamente neste cenário. A escolha do EPI deve ser baseada no cálculo de atenuação necessário para que a dose de ruído recebida pelo trabalhador esteja dentro dos limites legais. Como 115 dB é o patamar máximo permitido pela norma para exposições curtíssimas, a exigência técnica recai sobre o equipamento de maior performance, que é o tipo concha.

Alternativa D (Incorreta): Esta afirmação é tecnicamente perigosa e incorreta. O nível de 115 dB é extremamente alto e considerado o limite superior de tolerância para ruídos contínuos. A exposição a essa intensidade sem proteção durante uma jornada de trabalho causaria perda auditiva induzida por ruído (PAIR) de forma rápida e irreversível. A utilização de EPI é obrigatória e indispensável nesse contexto.

Questão 42

A questão aborda a conduta do médico do trabalho na avaliação admissional de manipuladores de alimentos. O foco principal desses exames, além de avaliar a saúde do trabalhador, é garantir a segurança alimentar e prevenir a transmissão de doenças de veiculação hídrica e alimentar para a população.

Alternativa a: Incorreta. O exame parasitológico é relevante para detectar protozoários e helmintos transmissíveis. No entanto, a dosagem de colesterol e triglicérides compõe o perfil lipídico, utilizado para avaliar riscos metabólicos e cardiovasculares individuais, não possuindo relação com a segurança biológica do processamento de alimentos.

Alternativa b: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a glicemia e os triglicérides são exames de rastreamento para doenças crônicas não transmissíveis (diabetes e dislipidemias). Embora importantes para o acompanhamento da saúde geral do funcionário, não são exames obrigatórios ou específicos para o controle sanitário na área de alimentos.

Alternativa c: Incorreta. O hemograma, o parasitológico e a urina tipo I são

frequentemente solicitados, mas a inclusão da glicemia é desnecessária para a finalidade específica de triagem sanitária. Além disso, esta alternativa não contempla a coprocultura, que é essencial nesse contexto.

Alternativa d: Correta. Este conjunto de exames é o padrão exigido por protocolos de vigilância sanitária (como os da Anvisa e órgãos estaduais/municipais) e pelo PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) para esta função. O hemograma avalia o estado geral de saúde; a urina tipo I e o parasitológico de fezes buscam identificar infecções e parasitoses; e a cultura de fezes (coprocultura) é fundamental para identificar portadores assintomáticos de bactérias patogênicas, como Salmonella e Shigella, impedindo que esses trabalhadores contaminem os alimentos e causem surtos epidemiológicos.

Questão 43

Análise do Cenário Clínico:

A criança em questão tem 2 meses e 10 dias de vida e nunca foi vacinada. Para definir a conduta correta de acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) de 2024, o médico deve realizar o resgate das vacinas que deveriam ter sido aplicadas ao nascimento e administrar as vacinas correspondentes à idade atual (2 meses), desde que a criança esteja dentro dos prazos-limite.

Vacinas que deveriam ter sido feitas ao nascimento:

1. BCG: Dose única. Deve ser administrada o mais precocemente possível.
2. Hepatite B (monovalente): Deve ser administrada preferencialmente nas primeiras 12 a 24 horas de vida. Como a criança não recebeu, deve recebê-la agora, no primeiro contato com a unidade de saúde.

Vacinas correspondentes aos 2 meses de idade:

1. Pentavalente (1ª dose): Protege contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e Haemophilus influenzae b.
2. VIP (Vacina Inativada Poliomielite - 1ª dose): O esquema básico de 2, 4 e 6 meses é feito exclusivamente com a VIP.
3. Pneumocócica 10-valente (1ª dose): Protege contra infecções invasivas pelo pneumococo.
4. Rotavírus Humano (1ª dose): Existe um limite de idade rigoroso para esta vacina. A primeira dose deve ser aplicada obrigatoriamente entre 1 mês e 15 dias e o limite de 3 meses e 15 dias. Como a criança tem 2 meses e 10 dias, ela ainda pode e deve receber esta vacina.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A vacina meningocócica C faz parte do calendário de 3 e 5 meses de idade, não sendo indicada para a rotina de 2 meses. Além disso, esta alternativa omite a vacina contra o rotavírus, que é essencial e está no prazo.

Alternativa b) Incorreta. Assim como a anterior, inclui erroneamente a meningocócica C para esta idade e omite a pneumocócica 10-valente, que é obrigatória no esquema de 2 meses.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa lista corretamente todas as vacinas em atraso que a criança deve receber no momento: as do nascimento (BCG e hepatite B) e o bloco completo dos 2 meses (pentavalente, VIP, pneumocócica 10 e rotavírus).

Alternativa d) Incorreta. O erro principal aqui é a indicação da VOP (vacina oral poliomielite/gotinha). Conforme as normas atuais do PNI, o esquema primário de vacinação contra a paralisia infantil aos 2, 4 e 6 meses de vida deve ser feito exclusivamente com a VIP (injetável/inativada). A VOP é utilizada apenas em doses de reforço e campanhas, seguindo o processo de substituição gradual da vacina oral pela inativada.

Gabarito: Letra (c).

Questão 44

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente foi picado por uma serpente com características de jararaca (gênero *Bothrops*). O quadro clínico inicial apresenta dor, edema e parestesia localizados e discretos. No acidente botrópico, o veneno possui ações proteolítica (inflamatória local), coagulante e hemorrágica.

CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE E TRATAMENTO

A gravidade dos acidentes botrópicos é definida da seguinte forma:

1. Leve: Dor e edema discretos, com ou sem alterações da coagulação, sem hemorragias sistêmicas. Tratamento: 2 a 4 ampolas de soro antibotrópico (SAB).
2. Moderado: Dor e edema evidentes, podendo haver equimoses e hemorragias sistêmicas leves (gengivorragia). Tratamento: 4 a 8 ampolas de SAB.
3. Grave: Edema endurecido e extenso, podendo haver bolhas, necrose, choque, oligúria ou hemorragias sistêmicas graves. Tratamento: 12 ampolas de SAB.

O caso em questão descreve manifestações locais discretas em um curto intervalo de tempo (45 minutos), o que classifica o acidente como leve. O tratamento deve ser realizado em unidade hospitalar de referência para que o paciente seja monitorado quanto a reações alérgicas ao soro e complicações da picada.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O quadro não é classificado como grave, pois as manifestações descritas são discretas. Além disso, a dose de 6 ampolas é indicada para casos moderados, enquanto casos graves exigem 12 ampolas.

Alternativa b) Correta. O acidente é classificado como leve por apresentar apenas manifestações locais discretas e ausência de sinais sistêmicos. A dose de 3 ampolas de soro antiofídico está dentro do intervalo recomendado pelo Ministério da Saúde para casos leves (2 a 4 ampolas). O encaminhamento para um hospital de referência é a conduta padrão para administração de soroterapia específica.

Alternativa c) Incorreta. Apesar de classificar corretamente como acidente leve, a quantidade de 12 ampolas é destinada exclusivamente aos casos graves. Além disso, o deslocamento por 130 km seria desnecessário se houvesse suporte adequado em distâncias menores.

Alternativa d) Incorreta. O quadro clínico não sustenta a classificação de acidente grave. A dose de 8 ampolas mencionada é o limite superior para o tratamento de acidentes moderados, e não condiz com a conduta para casos graves.

Questão 45

O atendimento a vítimas de violência sexual baseia-se em protocolos rígidos do Ministério da Saúde para garantir a saúde física, mental e os direitos da paciente. O caso descreve uma mulher atendida em hospital de referência para casos agudos, o que exige ações imediatas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora cite a vacina contra o HPV (recomendada para vítimas de violência até os 45 anos) e a hepatite B, esta alternativa é incompleta do ponto de vista clínico. Ela omite as profilaxias para o HIV (PEP — Profilaxia Pós-Exposição) e para outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) não virais, como sífilis, gonorreia e clamídia, que são componentes fundamentais do kit de atendimento de urgência.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa descreve corretamente as profilaxias médicas, mas peca na parte administrativa e legal. O principal erro é não mencionar a Notificação Compulsória Imediata. Todo caso de violência sexual atendido em serviço de saúde deve ser notificado à autoridade de vigilância epidemiológica em até 24 horas. Além disso, o exame de corpo de delito formal é competência da perícia oficial (IML), embora o prontuário médico bem documentado sirva como prova.

Alternativa c) Incorreta. Apresenta um erro técnico-legal grave: o médico não elabora o Boletim de Ocorrência (BO). O BO é um documento de natureza policial lavrado por uma autoridade policial em uma delegacia. Cabe ao médico apenas o preenchimento da ficha de notificação compulsória, do prontuário e a emissão de relatórios médicos, se solicitados, além de orientar a paciente sobre seus direitos.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa está em total consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde de 2024. Ela abrange:

1. Procedimentos Clínicos: Contracepção de emergência (idealmente em até 72 horas para maior eficácia) e as profilaxias completas para HIV, hepatite B e ISTs (geralmente envolvendo penicilina benzatina, azitromicina e ceftriaxona).
2. Coleta de Material: A coleta de vestígios biológicos (esperma, DNA do agressor) deve ser feita durante o atendimento médico inicial para preservação de provas.
3. Notificação Compulsória Imediata: Procedimento administrativo obrigatório em casos de violência sexual, que deve ocorrer em até 24 horas após o atendimento.
4. Encaminhamentos: Garante a integralidade do cuidado através da rede de saúde (UBS para seguimento longitudinal e repetição de exames após 30, 90 e 180 dias), suporte psicossocial (rede de atendimento à mulher) e suporte jurídico (delegacia, com a devida orientação para que a paciente decida sobre a realização do BO).

A alternativa d é a única que reúne os pilares clínico, epidemiológico e legal de forma precisa para um concurso médico.

Questão 46

Esta questão aborda as normas para o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) no Brasil, especificamente em casos de morte suspeita ou por causas externas.

O ponto central para resolver a questão é identificar a natureza do óbito. O paciente é jovem e foi encontrado morto após três dias de embriaguez. Essa situação caracteriza uma morte não natural ou com suspeita de causas externas (como intoxicação exógena aguda, quedas ou outras violências). Em casos de morte violenta ou suspeita, a competência para o preenchimento da DO é exclusiva do Instituto Médico Legal (IML), independentemente de o médico da família conhecer o

histórico clínico do paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Por se tratar de uma morte com forte suspeita de causa externa (intoxicação alcoólica ou possível acidente/violência associada), o corpo deve ser encaminhado ao Instituto Médico Legal. O médico assistente ou da Estratégia de Saúde da Família não deve assinar a DO nesses casos, sendo esta uma atribuição do médico legista após a necropsia.

Alternativa b) Incorreta. O conhecimento prévio da história clínica (alcoolismo) não autoriza o médico a atestar o óbito em casos de morte suspeita. O preenchimento da DO por um médico que não seja legista nessas circunstâncias pode ocultar crimes ou acidentes, o que é vedado pelas normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela legislação vigente.

Alternativa c) Incorreta. Embora o diagnóstico atual seja desconhecido, o motivo principal para não preencher a DO não é a vulnerabilidade do falecido, mas sim a natureza jurídica do óbito (suspeita de causa externa), que desloca a responsabilidade legal para o serviço de perícia oficial (IML).

Alternativa d) Incorreta. Um médico nunca deve preencher uma DO sem ter examinado pessoalmente o corpo. Além disso, o fato de ser médico da comunidade não lhe confere autoridade para atestar óbitos que fujam da causa natural. Mortes suspeitas devem ser obrigatoriamente periciadas pelo IML.

Questão 47

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico apresenta uma idosa de 90 anos, acamada e com sintomas agudos (febre, inapetência e oligúria), sugerindo um quadro infeccioso, possivelmente uma Infecção do Trato Urinário ou Respiratório, que em pacientes desta faixa etária e condição pode evoluir rapidamente para sepse. A dinâmica descrita mostra o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF): a identificação do risco pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), o compartilhamento da informação na reunião de equipe e a resposta imediata com a visita do médico e enfermeira.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (d) descreve exatamente o fluxo percorrido: visita do ACS, discussão em reunião de equipe e a subsequente visita do médico e enfermeira no mesmo dia. O

princípio doutrinário do SUS aplicado é a EQUIDADE. A equidade consiste em oferecer mais a quem mais precisa, tratando de forma desigual os desiguais para reduzir as desigualdades. Ao priorizar o atendimento domiciliar imediato para uma paciente idosa, acamada e sintomática em detrimento de atendimentos de rotina na Unidade Básica, a equipe está exercendo a equidade, reconhecendo a vulnerabilidade e a gravidade da paciente.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Incorreta. O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD/SADE), como o Programa Melhor em Casa, é voltado para casos de maior complexidade que exigiriam internação hospitalar, mas podem ser tratados no domicílio. O caso em tela descreve uma ação padrão da equipe de Atenção Primária. Além disso, o princípio da Descentralização refere-se à redistribuição de poder e responsabilidades administrativas entre os entes federados (União, Estados e Municípios), o que não é o foco da questão.

Alternativa (b): Incorreta. Embora a Integralidade seja um princípio do SUS (que foca no indivíduo como um todo e na articulação entre prevenção e cura), a ação específica de priorizar um atendimento domiciliar devido à fragilidade e urgência do quadro é a definição clássica de Equidade no cotidiano da ESF.

Alternativa (c): Incorreta. Novamente cita o SADE de forma equivocada para este contexto de Atenção Primária básica. O princípio da Regionalização refere-se à organização geográfica dos serviços em rede de complexidade crescente, não sendo o princípio que justifica a priorização do atendimento clínico descrito.

Questão 48

A questão descreve um paciente de 50 anos, etilista, com tosse produtiva há três meses. No contexto da saúde pública brasileira, qualquer indivíduo com tosse por três semanas ou mais é classificado como sintomático respiratório. Diante dessa suspeita clínica, a principal hipótese diagnóstica a ser investigada é a tuberculose pulmonar, especialmente em pacientes com fatores de risco, como o etilismo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A cultura de escarro é o padrão-ouro para o diagnóstico da tuberculose e para o teste de sensibilidade aos antibióticos; porém, não é o primeiro exame solicitado. Por ser um método que demora de 15 a 45 dias para fornecer o resultado (em meio sólido), ela é reservada para casos específicos, como pacientes com suspeita clínica e exames diretos negativos, contatos de casos de tuberculose

resistente ou populações de maior risco.

Alternativa b) Incorreta. A radiografia de tórax é um exame de triagem importante e deve ser solicitada na investigação, pois ajuda a verificar a extensão da doença e excluir outras patologias. Contudo, ela não confirma o diagnóstico de tuberculose, uma vez que as alterações radiológicas podem ser inespecíficas ou mimetizar outras doenças. Pelos protocolos do Ministério da Saúde, a prioridade inicial é a confirmação bacteriológica.

Alternativa c) Incorreta. A tomografia computadorizada de tórax possui alta sensibilidade para detectar lesões pulmonares, mas tem custo elevado e baixa disponibilidade na Atenção Primária. Ela não é indicada como exame de primeira linha na investigação de tosse crônica em um paciente com perfil epidemiológico para tuberculose, sendo reservada para casos de difícil diagnóstico ou complicações.

Alternativa d) Correta. A baciloscopia direta de escarro (pesquisa de BAAR — bacilos álcool-ácido resistentes) é, historicamente, o primeiro exame a ser solicitado para o diagnóstico de tuberculose pulmonar na Unidade Básica de Saúde. É um método rápido, de baixo custo, seguro e permite identificar os pacientes bacilíferos, que são os principais transmissores da doença. Vale ressaltar que, atualmente, o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) é o método preferencial onde estiver disponível, mas, entre as opções apresentadas e seguindo a lógica da investigação bacteriológica inicial, a baciloscopia é a resposta correta.

Em resumo, diante de um sintomático respiratório, a conduta imediata visa à confirmação do agente etiológico (*Mycobacterium tuberculosis*) por meio do exame de escarro, garantindo o início precoce do tratamento e a interrupção da cadeia de transmissão.

Questão 49

Diagnóstico: O quadro clínico descrito de lesões urticariformes que surgem espontaneamente e persistem por mais de seis semanas (no caso, três meses) define o diagnóstico de Urticária Crônica Espontânea (UCE). Em crianças, assim como em adultos, a UCE raramente está associada a causas externas identificáveis ou doenças sistêmicas graves quando o exame físico e os exames laboratoriais básicos são normais.

Alternativa B (Correta): Segundo as diretrizes mundiais (EAACI/GA2LEN/WAO), a primeira linha de tratamento para a UCE são os anti-histamínicos H1 de segunda geração em dose padrão (ex.: cetirizina, desloratadina, fexofenadina). Eles são preferidos por não serem sedativos e apresentarem melhor perfil de segurança. Se os

sintomas persistirem após 2 a 4 semanas, a conduta recomendada é a otimização da dose, podendo chegar ao escalonamento (em pediatria, o aumento da dose deve ser feito com cautela e monitoramento).

Alternativa A (Incorreta): Os corticosteroides orais não devem ser usados para controle prolongado da urticária crônica. Seu uso é restrito a cursos curtos (máximo de 3 a 7 dias) apenas para o controle de exacerbações graves. O uso crônico, mesmo em doses baixas, acarreta riscos significativos, especialmente em crianças, como prejuízo no crescimento, ganho de peso e supressão do eixo adrenal.

Alternativa C (Incorreta): Na UCE, a fisiopatologia é geralmente autorreativa ou autoimune, e não uma reação alérgica tipo I (mediada por IgE) a agentes externos. Testes cutâneos ou sorológicos para alimentos e alérgenos ambientais de forma rotineira são desaconselhados, pois raramente identificam a causa e podem levar a dietas restritivas desnecessárias que prejudicam o desenvolvimento da criança.

Alternativa D (Incorreta): Imunossupressores como a ciclosporina são considerados terapias de quarta linha, reservados apenas para casos graves e absolutamente refratários ao tratamento com anti-histamínicos em dose otimizada e ao uso de imunobiológicos (omalizumabe). Iniciar o manejo com essas drogas sem antes tentar a terapia padrão está incorreto.

Questão 50

O caso clínico descreve um recém-nascido cuja mãe relata tratamento para uma infecção durante o pré-natal com injeções doloridas (característica clássica da penicilina benzatina) e tratamento simultâneo do parceiro. Esses dados sugerem fortemente o diagnóstico de sífilis na gestação. A conduta diante de um recém-nascido com exposição vertical à sífilis é rigorosamente normatizada pelo Ministério da Saúde e depende da avaliação da adequação do tratamento materno e da comparação de exames laboratoriais.

Alternativa a: Esta alternativa está incorreta porque é insuficiente. Solicitar apenas o teste não treponêmico (como o VDRL) para o recém-nascido não permite uma conduta completa. Para interpretar o resultado do bebê, é fundamental conhecer o histórico de tratamento da mãe e o título do exame dela no momento do parto para fins de comparação.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta pois, embora recomende os testes para ambos, ignora a necessidade crucial de avaliar o prontuário ou cartão de pré-natal. Sem as informações do cartão, o médico não consegue verificar se o tratamento materno foi adequado (feito com penicilina, na dose correta para o estágio da

doença, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e com queda documentada dos títulos).

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta porque, apesar de a análise do cartão de pré-natal ser o primeiro passo obrigatório, ela sozinha não encerra a conduta. É indispensável a realização de novos testes não treponêmicos na internação para o parto, tanto na mãe quanto no recém-nascido (em sangue periférico, nunca de cordão umbilical), para definir se a criança será considerada um caso de sífilis congênita ou apenas uma criança exposta.

Alternativa d: Esta alternativa está correta e descreve a conduta inicial completa. Para o manejo adequado, o médico deve: 1) Solicitar o cartão de pré-natal para avaliar os critérios de tratamento materno adequado; 2) Realizar teste não treponêmico na mãe no momento do parto; 3) Realizar teste não treponêmico no recém-nascido. Somente com o cruzamento desses dados (histórico de tratamento + títulos maternos atuais + títulos do recém-nascido) será possível decidir se o bebê precisará de exames complementares (como punção lombar e radiografias de ossos longos) e tratamento imediato ou apenas seguimento ambulatorial.

Questão 51

Esta questão aborda os passos iniciais da reanimação neonatal em um recém-nascido a termo (39 semanas) que nasceu não vigoroso (hipotônico e sem chorar). De acordo com as diretrizes mais recentes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), ao levar o bebê para a mesa de reanimação, o objetivo é realizar os passos iniciais em até 30 segundos para, então, reavaliar a necessidade de ventilação.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A colocação de oximetria de pulso e monitor cardíaco não faz parte dos passos iniciais universais para todos os bebês que vão à mesa. Esses recursos são indicados apenas quando há necessidade de iniciar a Ventilação com Pressão Positiva (VPP), quando o RN apresenta desconforto respiratório ou se a cianose central persistir após os passos iniciais.

Alternativa B: Incorreta. A avaliação da cor (presença de cianose ou palidez) não é mais utilizada como parâmetro para decidir a conduta na reanimação neonatal imediata. Estudos mostram que a avaliação visual da cor é subjetiva e não se correlaciona bem com a saturação de oxigênio real nos primeiros minutos de vida. Os parâmetros fundamentais para a avaliação pós-passos iniciais são a frequência cardíaca e a respiração.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve exatamente a sequência dos passos iniciais da reanimação neonatal para um RN com idade gestacional maior ou igual a 34 semanas: 1. Prover calor (berço de calor radiante); 2. Posicionar a cabeça em leve extensão para abrir as vias aéreas; 3. Aspirar boca e narinas (apenas se houver excesso de secreção ou obstrução por mecônio); 4. Secar e retirar os campos úmidos; 5. Reposicionar a cabeça. Após esses cuidados, que devem durar no máximo 30 segundos, deve-se avaliar a frequência cardíaca (por meio da ausculta do precórdio por 6 segundos) e a presença de movimentos respiratórios.

Alternativa D: Incorreta. A ventilação com pressão positiva (VPP) é o passo seguinte caso o recém-nascido, após os passos iniciais, permaneça em apneia, gasping ou com frequência cardíaca menor que 100 batimentos por minuto. A questão pede as ações realizadas "nesse momento" (passos iniciais), e não a conduta posterior caso eles falhem. Além disso, a monitorização só é obrigatória ao iniciar a VPP.

Resumo: Diante de um RN a termo não vigoroso, os passos iniciais consistem em aquecer, posicionar, aspirar (se necessário), secar e avaliar a frequência cardíaca e a respiração. A cor e a monitorização eletrônica imediata não compõem essa fase inicial de estabilização de 30 segundos.

Questão 52

A triagem para anemia ferropriva e deficiência de ferro é recomendada de forma universal pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) aos 12 meses de idade para todos os lactentes. No caso descrito, o lactente apresenta um fator de risco adicional importante: o consumo de leite de vaca integral, que possui baixa biodisponibilidade de ferro e pode causar micro-hemorragias na mucosa intestinal, favorecendo a depleção dos estoques de ferro mesmo em pacientes que fazem uso de suplementação profilática.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o hemograma e a ferritina sejam os exames principais para avaliar a anemia e os estoques de ferro, a ferritina é uma proteína de fase aguda. Isso significa que seu valor pode aumentar na presença de qualquer processo inflamatório ou infeccioso, mesmo que leve ou subclínico, o que poderia mascarar uma deficiência de ferro real. Portanto, a ferritina não deve ser solicitada de forma isolada para triagem.

Alternativa b) Incorreta. O fato de o lactente estar recebendo ferro profilático não anula a recomendação de triagem aos 12 meses. A dose profilática pode ser

insuficiente se houver fatores de risco (como o uso de leite de vaca integral) ou erros na administração. A triagem nessa idade é essencial para detectar a ferropenia latente antes mesmo da instalação da anemia.

Alternativa c) Correta. Segundo as diretrizes da SBP, a triagem laboratorial aos 12 meses deve incluir o hemograma e a ferritina. Para a correta interpretação da ferritina, é indispensável a solicitação concomitante de um marcador de inflamação, como a Proteína C Reativa (PCR). Se a PCR estiver elevada, o valor da ferritina não pode ser utilizado com segurança para diagnosticar deficiência de ferro. Se a PCR estiver normal, a ferritina reflete fielmente os estoques corporais de ferro.

Alternativa d) Incorreta. A realização de triagem de anemia aos 12 meses é uma recomendação médica protocolar baseada em evidências de saúde pública, visto que a deficiência de ferro nessa fase crítica do desenvolvimento pode trazer prejuízos cognitivos e motores irreversíveis. Não é uma conduta opcional ou dependente apenas do desejo da família, mas sim uma prática de puericultura preventiva.

Questão 53

A questão aborda o manejo clínico de um recém-nascido (RN) a termo nas primeiras 24 horas de vida, focando em dois pilares da neonatologia: o estabelecimento do aleitamento materno e o tempo fisiológico para a eliminação do mecônio.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) - Correta: O comportamento relatado pela mãe é absolutamente normal para um recém-nascido de 24 horas. O aleitamento deve ser realizado em livre demanda, o que significa que não se deve fixar horários ou duração das mamadas; o bebê deve mamar sempre que demonstrar sinais de fome. O intervalo de 2 a 3 horas e a duração de 15 a 20 minutos são compatíveis com a capacidade gástrica reduzida do RN e a necessidade de estímulo para a apojadura (descida do leite). Quanto à parte intestinal, a literatura pediátrica e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria estabelecem que o prazo normal para a eliminação do mecônio (primeira evacuação) é de até 48 horas de vida. Como o bebê tem apenas 24 horas, a conduta correta é tranquilizar a mãe e aguardar.

Alternativa (b) - Incorreta: Não há indicação de exames de imagem (Rx de abdômen) para um RN de 24 horas que ainda não evacuou, desde que ele esteja clinicamente estável, sem distensão abdominal importante ou vômitos. A investigação só é iniciada caso o prazo de 48 horas seja ultrapassado.

Alternativa (c) - Incorreta: Orientar a redução do tempo de mamada para o bebê não

"chupetar" o seio é uma conduta inadequada e prejudicial ao aleitamento. Nos primeiros dias, a sucção frequente e prolongada é essencial para estimular a produção de leite e garantir que o bebê receba o colostro. Além disso, como mencionado, o Rx de abdômen é desnecessário neste momento.

Alternativa (d) - Incorreta: Embora a orientação sobre as mamadas esteja correta, o prazo de 72 horas para a primeira evacuação está errado. O limite fisiológico de segurança é de 48 horas. Aguardar até 72 horas sem intervenção ou investigação pode atrasar o diagnóstico de condições como a doença de Hirschsprung (megacólon agangliônico congênito) ou íleo meconial.

Questão 54

Para resolver essa questão, devemos analisar dois pontos principais: o calendário vacinal do Ministério da Saúde para um lactente de 4 meses e as contraindicações específicas às vacinas administradas anteriormente.

Análise do Calendário Vacinal aos 4 meses:

Aos 4 meses de idade, a criança deve receber a segunda dose das seguintes vacinas:

1. Pentavalente (DTP + Hib + Hepatite B).
2. VIP (Vacina Inativada Poliomielite).
3. Pneumocócica 10-valente (conjugada).
4. Rotavírus humano (G1P[8]).

Análise da Contraindicação:

A mãe relata que, após as vacinas de 2 meses (primeira dose), o lactente apresentou dor abdominal e enterorragia (sangue nas fezes). A vacina do Rotavírus é uma vacina de vírus vivos atenuados que possui como evento adverso grave, embora raro, a intussuscepção intestinal (invaginação). A ocorrência de enterorragia e dor abdominal importante após a primeira dose acende um sinal de alerta para esse evento. Segundo as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI), a presença de história de invaginação intestinal ou malformação congênita não corrigida do trato gastrointestinal contraindica doses subsequentes da vacina contra Rotavírus. Mesmo em casos de suspeita clínica de reação adversa grave ao trato gastrointestinal relacionada à primeira dose, a recomendação é suspender a dose seguinte para garantir a segurança do paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Primeiro, o uso da vacina contra Rotavírus está contraindicado devido ao histórico de enterorragia. Segundo, a vacina contra poliomielite aos 4 meses deve ser a VIP (inativada/injetável) e não a VOP

(oral/gotinha), conforme o calendário oficial.

Alternativa b) Incorreta. Embora cite corretamente a VIP, a alternativa mantém a indicação da vacina contra Rotavírus, o que é um erro diante do relato de enterorragia após a primeira dose.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa identifica corretamente a necessidade de suspender a segunda dose da vacina contra Rotavírus devido ao efeito colateral gastrointestinal relatado (que pode indicar uma intussuscepção ou sensibilidade grave). Além disso, lista corretamente as outras vacinas do esquema de 4 meses: Pentavalente, VIP (poliomielite inativada) e Pneumocócica conjugada.

Alternativa d) Incorreta. Apesar de acertar na suspensão da vacina do Rotavírus, a alternativa erra ao indicar a VOP (poliomielite oral). Aos 4 meses, o esquema vacinal brasileiro preconiza estritamente o uso da VIP (inativada).

Resumo: O lactente deve seguir com o calendário de 4 meses (Pentavalente, VIP e Pneumo 10), porém a vacina do Rotavírus deve ser omitida devido ao evento adverso prévio (enterorragia), visando prevenir complicações maiores como a intussuscepção intestinal.

Questão 55

O quadro clínico de uma criança com sialorreia súbita e irritabilidade é altamente sugestivo de impactação de corpo estranho no esôfago. Ao analisarmos a radiografia de tórax, observamos um objeto circular radiopaco em projeção esofágica superior. O detalhe fundamental na imagem é a presença do sinal do duplo contorno ou sinal do halo (uma borda concêntrica interna), que é a marca radiográfica característica de uma bateria de botão. Diferente de uma moeda, que possui densidade uniforme, a bateria no esôfago é uma emergência médica absoluta devido ao risco de necrose por liquefação e perfuração tecidual em poucas horas.

Alternativa (a): Correta. A identificação do sinal do halo na radiografia confirma a suspeita de ingestão de bateria de botão. Quando esse objeto se aloja no esôfago, a umidade da mucosa fecha o circuito elétrico, levando à liberação de hidróxido de sódio e queimaduras químicas graves. A conduta deve ser a remoção imediata por via endoscópica, idealmente em menos de 2 horas após o diagnóstico, para prevenir complicações fatais como fístulas aortoesofágicas.

Alternativa (b): Incorreta. A conduta expectante jamais deve ser adotada para baterias localizadas no esôfago. Enquanto corpos estranhos rombos e inertes (como moedas) em pacientes assintomáticos podem ser observados, a bateria exige

intervenção imediata pelo seu alto potencial cáustico.

Alternativa (c): Incorreta. O uso de glicerina não tem papel no manejo de corpos estranhos esofágicos. Embora protocolos internacionais recentes recomendem o uso de mel ou sucralfato como medida temporária em ambiente pré-hospitalar para retardar o dano tecidual pela bateria, isso serve apenas como ponte até a remoção endoscópica definitiva e não para promover a migração do objeto.

Alternativa (d): Incorreta. A alternativa falha ao dizer que a conduta é a mesma, independentemente do objeto. Se o objeto fosse uma moeda, o jejum e a estabilidade do paciente poderiam permitir uma abordagem de urgência (até 24 horas). No entanto, para uma bateria de botão no esôfago, trata-se de uma emergência. O risco de dano esofágico iminente é tão alto que a remoção deve ser a mais rápida possível, priorizando a intubação em sequência rápida para proteger a via aérea e realizar o procedimento sem atrasos desnecessários pelo tempo de jejum.

Questão 56

A questão apresenta um quadro clínico clássico de dengue em uma criança de 5 anos, caracterizado por febre alta, mialgia, dor retro-orbitária e cefaleia. O ponto crucial para a resolução é a identificação dos sinais de alarme e a correta classificação de gravidade de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta sinais de alarme claros: dor abdominal contínua e vômitos persistentes (6 episódios), além da impossibilidade de ingestão de líquidos (intolerância oral). Apesar de estar desidratado, o exame físico mostra estabilidade hemodinâmica (PA 100 x 60 mmHg, pulsos amplos e boa perfusão), o que afasta, no momento, a classificação de choque (Grupo D).

Classificação e Conduta:

- Grupo A: Sem sinais de alarme, sem condições especiais.
- Grupo B: Sem sinais de alarme, mas com condições especiais (idade < 2 anos, gestantes, comorbidades) ou risco social.
- Grupo C: Presença de pelo menos um sinal de alarme (dor abdominal, vômitos persistentes, hipotensão postural, letargia, aumento do hematócrito, entre outros).
- Grupo D: Sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos.

Alternativa (a) Incorreta: O paciente não pode ser classificado como Grupo A porque apresenta sinais de alarme (dor abdominal e vômitos) e intolerância oral, o que contraindica o tratamento domiciliar.

Alternativa (b) Incorreta: O Grupo D é reservado para casos de dengue grave (choque). Este paciente mantém boa perfusão e pressão arterial normal para a idade. Além disso, o uso de coloides (albumina) não é a conduta inicial; a expansão deve ser feita com cristaloides (soro fisiológico ou Ringer lactato).

Alternativa (c) Incorreta: O Grupo B se aplica a pacientes sem sinais de alarme, mas com situações clínicas ou sociais específicas. Como o paciente já apresenta sinais de alarme, ele sobe obrigatoriamente para a categoria C. Além disso, a hidratação no Grupo C deve ser obrigatoriamente intravenosa inicial, e não apenas oral supervisionada.

Alternativa (d) Correta: O diagnóstico é de dengue com sinais de alarme (Grupo C). A conduta preconizada é a internação hospitalar imediata para reposição volêmica intravenosa. O protocolo de expansão para o Grupo C consiste em alíquotas de 10 mL/kg na primeira hora (ou, como citado na alternativa, mantendo a proporção de 20 mL/kg em 2 horas), seguido de reavaliação clínica e laboratorial (hematócrito) para guiar a manutenção.

Questão 57

O quadro clínico apresenta um adolescente em parada cardiorrespiratória (PCR) decorrente de submersão. A análise da imagem do monitor cardíaco revela uma taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular. Como o enunciado confirma que o paciente está inconsciente e sem pulso central, estamos diante de um ritmo chocável (FV/TV sem pulso).

Alternativa a) Incorreta. A amiodarona é um fármaco antiarrítmico indicado apenas em casos de FV ou TV sem pulso que persistem após choques sucessivos (ritmo refratário), sendo administrada geralmente após o terceiro choque. Não é a conduta inicial.

Alternativa b) Correta. Seguindo o protocolo de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), uma vez identificado um ritmo chocável em um paciente em parada cardiorrespiratória, a prioridade absoluta é a desfibrilação o mais rápido possível. A carga inicial recomendada para o primeiro choque na pediatria é de 2 J/kg.

Alternativa c) Incorreta. O sulfato de magnésio é indicado especificamente para o tratamento de *torsades de pointes* (uma forma de taquicardia ventricular polimórfica) ou em casos de hipomagnesemia documentada. O traçado e o contexto sugerem uma abordagem inicial para FV/TV sem pulso padrão.

Alternativa d) Incorreta. A cardioversão sincronizada é o procedimento realizado em

pacientes com taquiarritmias que possuem pulso, porém apresentam sinais de instabilidade hemodinâmica. Para pacientes em PCR (sem pulso), deve-se utilizar a desfibrilação (choque não sincronizado), pois o aparelho não consegue identificar uma onda R para sincronizar o disparo devido à desorganização elétrica do coração.

Questão 58

Esta questão aborda um tema de extrema importância na prática pediátrica e em provas de residência: o diagnóstico de maus-tratos infantis (Síndrome de Silverman ou Síndrome da Criança Espancada).

Análise do quadro clínico:

Estamos diante de um lactente de 7 meses, idade em que a criança geralmente ainda não anda, o que torna a história de queda da própria altura pouco plausível para causar uma fratura de fêmur. Além disso, o exame físico revela lesões cutâneas sugestivas de queimaduras por cigarro (lesões puntiformes no dorso e braço).

Análise radiológica:

As radiografias confirmam a suspeita de abuso com achados altamente específicos:

1. Fratura de canto metafisário (ou em alça de balde): é uma lesão clássica de maus-tratos, causada por forças de tração ou torção brusca nos membros.
2. Fraturas de arcos costais posteriores: são quase patognomônicas de abuso, pois resultam da compressão torácica vigorosa (sacudida), algo que quedas acidentais raramente provocam.
3. Lesões em diferentes estágios de evolução: a presença de calo ósseo nas costelas associada a uma fratura aguda no fêmur indica que as agressões são recorrentes e não um evento isolado.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Embora a osteogênese imperfeita cause fragilidade óssea e fraturas frequentes, ela não explica as lesões cutâneas (queimaduras). Além disso, os padrões de fratura descritos (metafisária e arcos costais posteriores) são muito mais associados ao trauma não acidental do que a doenças ósseas metabólicas.

Alternativa (b) Correta. O diagnóstico principal é a suspeita de maus-tratos. Diante dessa suspeita em um ambiente de pronto atendimento, a conduta imediata inclui a internação hospitalar. A internação cumpre dois objetivos fundamentais: garantir a proteção da criança (afastando-a do agressor em potencial) e permitir a realização de uma investigação multidisciplinar completa (exames de imagem, avaliação do serviço social e notificação aos órgãos competentes como o Conselho Tutelar).

Alternativa (c) Incorreta. O tratamento de fraturas de fêmur em lactentes de 7 meses é predominantemente conservador (geralmente com gesso pélvico-podálico), e o foco principal desta questão não é a técnica ortopédica, mas o reconhecimento do abuso. O uso de placas não é a conduta padrão nessa faixa etária.

Alternativa (d) Incorreta. Hastes intramedulares não são utilizadas em bebês de 7 meses devido ao risco de lesão das placas de crescimento e às dimensões reduzidas do canal medular. Além disso, ignora o diagnóstico sistêmico de maus-tratos.

Em resumo, a incompatibilidade entre o mecanismo do trauma relatado e as lesões encontradas, somada à especificidade das fraturas (costais e metáfises) e à presença de lesões em diferentes fases de cicatrização, confirma a suspeita de abuso físico, exigindo proteção imediata da criança por meio da internação.

Questão 59

ANÁLISE DO CASO

O paciente de 12 anos apresenta estatura no limite inferior da normalidade (percentil 3), porém com uma velocidade de crescimento preservada. Ao analisarmos os dados fornecidos:

- Dos 10 aos 11 anos: cresceu 6 cm (131 cm - 125 cm).
- Dos 11 aos 12 anos: cresceu 5 cm (136 cm - 131 cm).

Para um menino na fase pré-puberal (Tanner G1P1), uma velocidade de crescimento entre 5 e 6 cm por ano é considerada perfeitamente normal. O nascimento com peso e estatura adequados para a idade gestacional afasta o diagnóstico de restrição de crescimento intrauterino sem recuperação (SGA/PIG). A proporção corporal preservada e a ausência de doenças crônicas reforçam a probabilidade de uma variante normal do crescimento.

POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ CORRETA?

Diante de uma criança com baixa estatura, mas com velocidade de crescimento normal, as principais hipóteses são as variantes normais da baixa estatura: Baixa Estatura Familiar ou Retardo Constitucional do Crescimento e da Puberdade (RCCP). A conduta correta é investigar esses dois cenários através do cálculo do alvo familiar (ou canal familiar) e da solicitação da idade óssea.

No caso do RCCP, a idade óssea estará atrasada em relação à idade cronológica, indicando que a criança ainda tem potencial de crescimento futuro, embora comece seu estirão puberal mais tarde. A fórmula do alvo familiar para meninos apresentada

na alternativa $[(\text{estatura paterna} + \text{materna} + 13) / 2]$ é a ferramenta padrão para avaliar se a estatura da criança é condizente com sua genética.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A deficiência de hormônio do crescimento (GH) é uma causa patológica que obrigatoriamente cursa com baixa velocidade de crescimento (geralmente abaixo de 4 cm/ano em escolares), o que não ocorre com este paciente. Além disso, a dosagem de GH basal é inútil devido à sua secreção pulsátil, e o tratamento com somatropina não deve ser iniciado por questões emocionais sem um diagnóstico laboratorial e clínico rigoroso.

Alternativa B: O hipotireoidismo causa uma queda acentuada na velocidade de crescimento e geralmente vem acompanhado de outros sintomas (como ganho de peso, lentidão ou pele seca). A clinodactilia (encurvamento do quinto dedo) não é um achado característico ou sugestivo de hipotireoidismo.

Alternativa C: Embora a Síndrome de Noonan possa cursar com baixa estatura e clinodactilia, ela costuma apresentar um quadro clínico mais rico, incluindo características faciais típicas, pescoço curto ou alado e cardiopatias congênitas. Além disso, o cariótipo é o exame para Síndrome de Turner (que afeta meninas). Em meninos com suspeita de Noonan, a investigação inicial seria clínica e, se necessária, por painéis genéticos moleculares específicos, não sendo a conduta prioritária para um paciente com crescimento anual normal.

Questão 60

O quadro clínico apresentado é clássico para a suspeita de atresia de esôfago, frequentemente associada ou não à fístula traqueoesofágica. A análise das evidências clínicas confirma essa hipótese:

1. O polidrâmnio no pré-natal ocorre porque o feto não consegue deglutir e processar o líquido amniótico adequadamente devido à obstrução esofágica.
2. A presença de líquido abundante na cavidade oral (sialorreia) logo após o nascimento é o sinal patognomônico, pois o recém-nascido é incapaz de deglutir a própria saliva, que acaba se acumulando e transbordando, podendo ser aspirada e causar o desconforto respiratório descrito.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A Hérnia Diafragmática Congênita também causa desconforto respiratório imediato, mas costuma apresentar abdome escavado (pela migração das

alças intestinais para o tórax) e desvio das bulhas cardíacas. Embora possa haver polidrâmnio, a sialorreia intensa não é o sinal clínico característico dessa patologia.

b) Incorreta. A Síndrome de Aspiração de Mecônio ocorre tipicamente em recém-nascidos a termo ou pós-termo, mas exige a presença de líquido amniótico meconial e, geralmente, um histórico de sofrimento fetal ou asfixia durante o parto, o que não foi relatado no caso (parto sem intercorrências).

c) Correta. A atresia esofágica impede a passagem da saliva para o estômago, gerando acúmulo de secreção na orofaringe e dificuldade respiratória por aspiração ou obstrução das vias aéreas superiores. A confirmação diagnóstica é feita pela impossibilidade de progressão de uma sonda orogástrica ou nasogástrica, que para no ceco esofágico.

d) Incorreta. A Síndrome do Desconforto Respiratório (ou Doença da Membrana Hialina) é uma patologia típica do recém-nascido pré-termo devido à deficiência de surfactante. O caso descreve um bebê nascido a termo, o que torna esse diagnóstico improvável, além de não explicar o polidrâmnio e a sialorreia.

Questão 61

Análise do Quadro Clínico:

A questão descreve uma criança de 5 anos com asma não controlada. Os critérios para essa classificação incluem a frequência de sintomas diurnos (limitação de atividades físicas 3 vezes por semana) e a presença de sintomas noturnos (despertares 1 a 2 vezes por semana com necessidade de resgate). O paciente já está em uso de corticoide inalatório (CI) em dose baixa (Etapa 2 do tratamento) e não obteve controle após 4 semanas.

De acordo com as diretrizes da GINA (Global Initiative for Asthma), o manejo da asma é dividido por faixas etárias. Para crianças de 5 anos ou menos, a conduta na falha da Etapa 2 é o avanço para a Etapa 3.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O uso de antileucotrienos (como o montelucaste) é uma opção terapêutica para a asma, mas na faixa etária de 5 anos ou menos, a preferência na Etapa 3 é a otimização da dose do corticoide inalatório. A associação de antileucotrieno é considerada uma alternativa, mas não a primeira escolha em relação ao aumento da dose do corticoide.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta padrão para crianças de 5 anos ou menos que permanecem sintomáticas em uso de dose baixa de corticoide inalatório. O próximo passo (Etapa 3) consiste em dobrar a dose baixa de corticoide inalatório (passando para dose média) para buscar o controle inflamatório. É a opção mais segura e com maior evidência de eficácia para esta idade específica.

Alternativa (c) Incorreta: A associação de beta-agonista de ação prolongada (LABA), como o salmeterol ou formoterol, associada ao corticoide inalatório, é a conduta de escolha para a Etapa 3 em crianças com 6 anos ou mais e adultos. Para crianças de 5 anos ou menos, os LABAs não são recomendados como primeira linha devido à escassez de estudos sobre segurança e eficácia nessa faixa etária.

Alternativa (d) Incorreta: Nunca se deve suspender o corticoide inalatório em um paciente que apresenta sintomas de asma não controlada. O corticoide é o pilar do tratamento por tratar a inflamação subjacente. Substituí-lo por antileucotrienos isoladamente seria um retrocesso terapêutico, pois os antileucotrienos são menos eficazes que os corticoides inalatórios no controle da doença.

Resumo: Em pediatria, o ponto de corte de 6 anos é fundamental. Para pacientes de 5 anos ou menos, a progressão do tratamento foca no ajuste de dose do corticoide inalatório antes de considerar associações. Portanto, aumentar a dose do corticoide é a melhor terapêutica.

Questão 62

O acompanhamento do perímetro cefálico é um dos pilares da avaliação do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida. O crescimento encefálico é extremamente acelerado logo após o nascimento, o que se reflete em um aumento total médio de 12 centímetros no perímetro cefálico ao final dos primeiros 12 meses.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora o valor total de 12 cm ao final do ano esteja correto, o crescimento não ocorre de forma linear ou uniforme (1 cm por mês). A velocidade de crescimento é maior nos primeiros meses e diminui ao longo do tempo.

Alternativa b: Incorreta. O valor total de 15 cm mencionado excede a média fisiológica de crescimento para o primeiro ano de vida em crianças nascidas a termo. Além disso, a progressão mensal sugerida não condiz com os padrões de desenvolvimento infantil.

Alternativa c: Incorreta. O valor acumulado de 15 cm está incorreto. A alternativa também sugere um ritmo de crescimento que ignora a fase de maior expansão craniana, que ocorre especificamente no primeiro trimestre de vida.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve com precisão a regra prática utilizada na pediatria para o acompanhamento do perímetro cefálico:

1. No primeiro trimestre, o crescimento é de 2 cm por mês, somando 6 cm.
2. No segundo trimestre, o crescimento é de 1 cm por mês, somando 3 cm.
3. No segundo semestre (do 7º ao 12º mês), o crescimento é de 0,5 cm por mês, somando mais 3 cm.

Ao somar os ganhos de cada período ($6 + 3 + 3$), chega-se ao valor total de 12 cm de ganho médio no primeiro ano de vida.

Questão 63

O Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso) é um exame de triagem neonatal fundamental para a detecção precoce de cardiopatias congênitas críticas. O protocolo oficial do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria estabelece critérios claros para a interpretação dos resultados em recém-nascidos com mais de 24 horas de vida.

Para que o teste seja considerado NORMAL (negativo), o recém-nascido deve apresentar saturação de oxigênio maior ou igual a 95% tanto no membro superior direito (pré-ductal) quanto em um dos membros inferiores (pós-ductal), com uma diferença menor ou igual a 3% entre as duas medidas.

No caso clínico apresentado, o recém-nascido possui 93% de saturação em ambos os membros. Como o valor está entre 90% e 94%, o teste é considerado alterado/duvidoso, exigindo uma conduta específica de reavaliação.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o teste esteja alterado, a saturação de 93% em um bebê estável não é indicação imediata de intubação orotraqueal ou oferta de oxigênio a 100%. O protocolo inicial para esse resultado é a repetição da oximetria, e não intervenções invasivas imediatas, a menos que haja desconforto respiratório grave associado.

Alternativa b) Incorreta. Um teste do coraçãozinho alterado impede a alta hospitalar. O diagnóstico de cardiopatia crítica deve ser descartado por meio da repetição do teste ou da realização de um ecocardiograma antes que o paciente saia da maternidade.

Alternativa c) Correta. De acordo com o fluxograma oficial, se a saturação estiver entre 90% e 94% (ou se houver diferença de 4% ou mais entre os membros), deve-se repetir a medição após uma hora. Se o resultado persistir alterado, repete-se mais uma vez após outra hora (totalizando até três medidas). Caso a alteração persista após a terceira medição, o teste é considerado positivo, sendo obrigatória a realização de um ecocardiograma em até 24 horas.

Alternativa d) Incorreta. O teste não é normal. Como mencionado, para ser normal, a saturação precisaria ser de no mínimo 95%. Portanto, a alta hospitalar não pode ser concedida sem a investigação adicional proposta pelo protocolo.

Questão 64

O caso clínico descreve uma criança com múltiplas fraturas de ossos longos, escleras azuladas, baixa estatura e história familiar positiva para fraturas na infância. Esse conjunto de achados é clássico da Osteogênese Imperfeita (OI), também conhecida como "doença dos ossos de cristal". A OI é uma desordem genética do tecido conjuntivo, caracterizada pela fragilidade óssea decorrente de defeitos na síntese ou na estrutura do colágeno tipo I.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O cariótipo é um exame que analisa a estrutura e o número de cromossomos (como na síndrome de Down ou de Turner). A Osteogênese Imperfeita é uma doença monogênica, causada por mutações pontuais ou pequenas deleções/inserções em genes específicos, que não são detectáveis por meio da visualização dos cromossomos no cariótipo.

b) Correta. Cerca de 90% dos casos de Osteogênese Imperfeita são causados por mutações autossômicas dominantes nos genes COL1A1 ou COL1A2, que codificam as cadeias do colágeno tipo I. O sequenciamento de nova geração (NGS) é a técnica de escolha atualmente para identificar essas mutações, permitindo confirmar o diagnóstico genético, diferenciar de outras patologias e auxiliar no aconselhamento genético da família.

c) Incorreta. O perfil bioquímico (cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e vitamina D) costuma ser normal na Osteogênese Imperfeita. Esses exames são fundamentais para o diagnóstico diferencial com outras doenças osteometabólicas, como o raquitismo, mas não confirmam a hipótese de OI. No diagnóstico diferencial de maus-tratos, a normalidade desses exames ajuda a afastar causas metabólicas de fraturas, mas não define a patologia genética.

d) Incorreta. Não existe a dosagem de "colágeno sérico" como exame diagnóstico padrão para essa condição. Além disso, a reposição de colágeno via oral não tem eficácia no tratamento da Osteogênese Imperfeita, uma vez que o problema é um defeito genético na produção da proteína pelo próprio organismo e não uma deficiência dietética. O tratamento medicamentoso padrão para aumentar a densidade óssea e reduzir fraturas na OI envolve o uso de bisfosfonatos.

Questão 65

O caso clínico descreve um trauma de alta energia com um mecanismo clássico: a queda "a cavaleiro", que gera forças de compressão anteroposterior no anel pélvico, resultando na abertura da sínfise púbica (lesão em "livro aberto"). Em traumas de bacia, as lesões do sistema urinário inferior são as complicações viscerais mais frequentes.

A seguir, a análise das alternativas:

a) Rim: Os rins estão localizados no espaço retroperitoneal alto, protegidos pelas costelas e pela musculatura lombar. Embora possam ser lesionados em traumas abdominais graves, não possuem uma relação anatômica direta com a sínfise púbica ou com o anel pélvico inferior. Portanto, a incidência de lesão renal não aumenta especificamente por causa de uma fratura de bacia, nem apresenta disparidade marcante entre os sexos nesse contexto.

b) Ureter: O ureter é uma estrutura tubular flexível e protegida ao longo do retroperitônio. Lesões traumáticas de ureter em acidentes contusos são extremamente raras, ocorrendo mais comumente em traumas penetrantes (por arma de fogo ou branca) ou em procedimentos cirúrgicos (iatrogenia). Não é a estrutura mais afetada em fraturas de bacia.

c) Uretra: Esta é a alternativa correta. A uretra masculina é longa (cerca de 20 cm) e possui segmentos fixos e móveis. Nas fraturas de bacia, especialmente com disjunção da sínfise púbica ou fratura dos ramos púbicos, ocorre um cisalhamento na transição entre a uretra membranosa (fixa no diafragma urogenital) e a uretra prostática. No sexo masculino, a uretra está intimamente ligada aos ossos da pelve através dos ligamentos puboprostáticos. No sexo feminino, a uretra é muito curta (cerca de 4 cm), possui maior mobilidade e não está fixada da mesma forma ao arcabouço ósseo, o que torna a lesão uretral feminina muito rara em comparação à masculina.

d) Bexiga: A bexiga é frequentemente lesionada em fraturas de pelve, podendo

sofrer ruptura extraperitoneal (mais comum, associada a espículas ósseas) ou intraperitoneal (por aumento súbito da pressão intravesical). Embora seja uma lesão comum em ambos os sexos no trauma pélvico, a diferença de incidência entre homens e mulheres não é tão desproporcional quanto a observada nas lesões de uretra. A anatomia masculina predispõe especificamente a uretra a danos graves durante o deslocamento dos ossos pélvicos.

Em resumo, a uretra é a estrutura que apresenta a maior diferença de frequência de lesão entre os sexos em fraturas de anel pélvico, sendo significativamente mais vulnerável no homem devido à sua extensão e fixação anatômica.

Questão 66

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta sintomas sensitivos (dor e parestesia) em uma distribuição dermatômica específica (região inguinal, escrotal e suprapúbica) apenas 12 dias após uma cirurgia de grande porte na região inguinal. Os nervos frequentemente envolvidos após uma hieniorrafia à Lichtenstein são o ilio-hipogástrico, o ilioinguinal e o ramo genital do nervo genitofemoral. No período pós-operatório imediato e mediato (até as primeiras semanas), é comum ocorrer neuropatia compressiva por edema local, processo inflamatório ou pequenos hematomas.

Alternativa (a) Incorreta: A neurectomia é um procedimento invasivo indicado apenas para casos de dor crônica (inguinodinia), que é definida pela persistência dos sintomas por um período superior a 3 ou 6 meses após o procedimento cirúrgico. Realizar uma neurectomia no 12º dia pós-operatório é uma conduta excessiva e prematura, pois a maioria desses quadros regride espontaneamente.

Alternativa (b) Correta: No 12º dia pós-operatório, a conduta inicial deve ser sempre conservadora. O tratamento baseia-se no controle sintomático com analgésicos simples e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), visando reduzir o processo inflamatório local e o desconforto do paciente. A observação clínica é fundamental, pois grande parte dos pacientes apresenta melhora completa dos sintomas com a resolução do processo de cicatrização inicial.

Alternativa (c) Incorreta: Embora infiltrações locais com anestésicos e corticoides possam ser utilizadas no manejo da dor inguinal persistente, elas não são a primeira escolha no pós-operatório tão precoce. Além disso, a alternativa menciona "corticoides tópicos", o que geralmente se refere a formulações de uso na pele (cremes/pomadas), que não teriam penetração ou eficácia para tratar a irritação de nervos profundos no canal inguinal.

Alternativa (d) Incorreta: A retirada da tela é considerada uma medida de exceção, reservada para casos de infecção crônica da prótese ou dor crônica intratável após falha de todas as outras medidas clínicas e cirúrgicas (como a neurectomia). No 12º dia, não há indicação para uma reintervenção desse porte, que traz alto risco de recidiva da hérnia e morbidade cirúrgica.

Questão 67

Diagnóstico e Severidade:

O quadro clínico de dor em hipocôndrio direito associada a vômitos, somado aos achados ultrassonográficos de cálculo impactado, espessamento da parede vesicular e líquido perivesicular, define o diagnóstico de colecistite aguda calculosa. De acordo com os Critérios de Tóquio (TG18), a paciente apresenta uma colecistite que pode ser classificada como Grau II (moderada), devido à presença de inflamação local acentuada (líquido perivesicular e delaminação da parede), embora não apresente falência de órgãos (Grau III). O tratamento de escolha é a cirurgia precoce.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A colangiorressonância é indicada quando há suspeita de coledocolitíase (cálculo no canal principal da bile). No caso, o colédoco mede 5 mm, o que é considerado normal, e não há sinais clínicos ou laboratoriais de icterícia ou colestase. Além disso, o tratamento de escolha para colecistite aguda não é meramente clínico, mas sim cirúrgico.

Alternativa b) Incorreta. A colecistectomia videolaparoscópica é o padrão-ouro e deve ser preferida em relação à via laparotômica (aberta), por oferecer menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida, sendo especialmente importante em uma paciente puérpera que amamenta. Não há indicação para exploração das vias biliares, já que o colédoco tem calibre normal e não há evidência de obstrução biliar extra-hepática.

Alternativa c) Correta. A colecistectomia videolaparoscópica é o tratamento definitivo indicado para a colecistite aguda, preferencialmente realizada de forma precoce. A antibioticoterapia é fundamental, e a escolha da piperacilina + tazobactam é adequada para cobrir o espectro de bactérias gram-negativas e anaeróbios em pacientes com comorbidades (como o diabetes tipo 1). O tempo de manutenção do antibiótico (1 a 7 dias) é ajustado conforme os achados cirúrgicos; se a vesícula estiver apenas edematosa, o tempo é curto, mas se houver necrose ou perfuração, o tratamento se estende.

Alternativa d) Incorreta. O tratamento clínico conservador com dieta e antibióticos

sem a remoção da vesícula biliar apresenta altas taxas de recorrência e falha terapêutica na colecistite aguda. A colangiorressonância, como mencionado anteriormente, é desnecessária diante de um colédoco de 5 mm sem sinais de obstrução. Além disso, a presença de diabetes e obesidade aumenta o risco de complicações se a cirurgia for postergada.

Questão 68

O caso clínico apresenta um paciente jovem com fatores de risco importantes (tabagismo e uso de cocaína) que evolui com um quadro de abdome agudo perfurativo. A história de dor súbita de forte intensidade, associada a sinais de peritonite difusa ao exame físico e instabilidade hemodinâmica (choque), aponta para uma emergência cirúrgica.

Associando a imagem ao caso: O raio X de tórax mostra claramente o sinal de pneumoperitônio, identificado pelo acúmulo de ar abaixo das cúpulas diafragmáticas (imagem radiolúcida em crescente). Este achado confirma a perfuração de uma víscera oca, muito provavelmente uma úlcera péptica gastroduodenal, dada a história de melena e uso de substâncias irritantes à mucosa gástrica.

Por que a alternativa (a) está correta: O paciente encontra-se em choque (PA 70x40 mmHg e FC 138 bpm). A prioridade absoluta é a ressuscitação volêmica imediata para tentar restaurar a perfusão tecidual enquanto se prepara o paciente para a laparotomia exploradora. A cirurgia é o tratamento definitivo para fechar a perfuração e realizar a limpeza da cavidade peritoneal, que sofreu contaminação por conteúdo digestivo.

Por que a alternativa (b) está incorreta: A endoscopia digestiva alta (EDA) é o padrão-ouro para o manejo de hemorragia digestiva alta não perfurada. No entanto, diante de um pneumoperitônio e sinais de peritonite, a EDA é contraindicada. A insuflação de ar necessária para realizar o exame aumentaria o pneumoperitônio, a dor e o extravasamento de conteúdo para a cavidade abdominal.

Por que a alternativa (c) está incorreta: O termo "diagnóstica" torna a alternativa incorreta porque o diagnóstico de abdome agudo perfurativo já foi estabelecido pela clínica e pelo raio X. Além disso, pacientes com instabilidade hemodinâmica grave e choque não são bons candidatos à videolaparoscopia devido ao efeito cardiovascular do pneumoperitônio artificial; nesses casos, a laparotomia por via aberta é a conduta padrão.

Por que a alternativa (d) está incorreta: A tomografia computadorizada (TC) de abdome é um excelente exame para quando há dúvida diagnóstica. Contudo, em um

paciente com choque circulatório e evidência clara de perfuração no raio X, o tempo gasto para realizar uma TC é um atraso perigoso que aumenta a morbimortalidade. O paciente deve ser levado diretamente para estabilização e bloco cirúrgico.

Questão 69

O quadro clínico descrito — mulher, obesa, diabética, com febre alta e uma lesão vulvar extensamente necrótica observada na imagem — é patognomônico de Gangrena de Fournier, uma forma de fasciíte necrotizante que atinge a região perineal. A imagem mostra claramente a destruição tecidual, com áreas de necrose (escaras enegrecidas) que ultrapassam a pele e atingem tecidos profundos, características dessa emergência cirúrgica.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A Gangrena de Fournier é classicamente uma infecção polimicrobiana (Fasciíte Necrotizante Tipo I). A descrição de uma infecção monomicrobiana por *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes* refere-se à Fasciíte Necrotizante Tipo II, que é menos comum na região perineal e geralmente associada a traumas em extremidades.

Alternativa (b) Correta: A etiologia da condição é baseada na sinergia entre diferentes classes de microrganismos. Bactérias aeróbias Gram-negativas (como a *E. coli* e a *Klebsiella*) consomem o oxigênio do tecido, reduzindo o potencial de oxirredução local e permitindo a proliferação agressiva de bactérias anaeróbias (como *Bacteroides* e *Clostridium*). Essa combinação produz enzimas e toxinas que causam endarterite obliterante e trombose de pequenos vasos, levando à necrose isquêmica das fâscias e da gordura subcutânea.

Alternativa (c) Incorreta: Embora os fatores de risco citados (diabetes, obesidade e neoplasias) estejam corretos e sejam fundamentais na fisiopatologia por comprometerem a imunidade e a microcirculação, a segunda parte da alternativa está errada. O tratamento não pode aguardar a "compensação clínica" dessas condições. Pelo contrário, a infecção descompensa o diabetes e a hemodinâmica da paciente, e o controle do foco infeccioso através de cirurgia imediata é o que permite a posterior estabilização clínica.

Alternativa (d) Incorreta: O desbridamento cirúrgico deve ser realizado de forma emergencial, o mais rápido possível após o diagnóstico (idealmente em poucas horas). Aguardar 72 horas é inaceitável, pois a infecção progride em velocidade alarmante (vários centímetros por hora ao longo das fâscias), e o atraso cirúrgico é o fator que mais eleva a taxa de mortalidade. O curativo a vácuo é uma excelente

terapia adjuvante, mas apenas após a limpeza cirúrgica completa e controle da fase aguda.

Questão 70

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma paciente de 19 anos, em idade fértil, com atraso menstrual de 60 dias e vida sexual ativa (uso irregular de métodos contraceptivos). Ela apresenta dor abdominal aguda com sinais de irritação peritoneal (descompressão brusca positiva) e, crucialmente, sinais de choque hemodinâmico grave: taquicardia importante (142 bpm), hipotensão severa (60/40 mmHg) e palidez cutâneo-mucosa intensa (3+/4+).

Diante de uma mulher jovem com amenorreia, dor abdominal e instabilidade hemodinâmica, o diagnóstico principal é Abdome Agudo Hemorrágico, sendo a Gravidez Ectópica Rota a principal hipótese diagnóstica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A rotina de abdome agudo (que inclui RX de tórax em pé, RX de abdome em pé e deitado) é útil na investigação de abdome agudo perfurativo (busca de pneumoperitônio) ou obstrutivo (níveis hidroaéreos e distensões). No entanto, o raio X não possui sensibilidade para detectar sangue livre na cavidade abdominal (hemoperitônio) nem para diagnosticar gestação ectópica. Além disso, a paciente está instável demais para ser transportada ao setor de radiologia.

b) INCORRETA. O RX simples de abdome isolado tem baixíssima utilidade diagnóstica na urgência e, assim como na alternativa anterior, não identifica sangramentos e submeteria uma paciente em choque a um transporte desnecessário e perigoso.

c) CORRETA. A ultrassonografia de abdome à beira-leito (frequentemente realizada como FAST — Focused Assessment with Sonography for Trauma, ou POCUS — Point-of-Care Ultrasound) é o exame de escolha neste cenário. Ela pode ser realizada na própria sala de emergência enquanto a paciente é reanimada. O objetivo é identificar líquido livre na cavidade abdominal (sangue). Em uma paciente com choque e suspeita de gravidez ectópica, a presença de líquido livre no abdome confirma a necessidade de intervenção cirúrgica imediata (laparotomia exploradora), sendo o método mais rápido e eficaz para definir a conduta.

d) INCORRETA. Embora a Tomografia Computadorizada (TC) seja um exame de alta precisão para diversas patologias abdominais, ela é terminantemente contraindicada

para pacientes com instabilidade hemodinâmica (PA 60x40 mmHg). O transporte e o tempo necessário para a execução do exame em uma paciente em choque hemorrágico podem levar ao óbito antes mesmo da conclusão do diagnóstico. No abdome agudo, "paciente instável não passeia pelo hospital".

CONCLUSÃO

O foco em pacientes instáveis com suspeita de sangramento intra-abdominal deve ser a confirmação rápida de líquido livre sem retirar o paciente do ambiente de monitorização, o que torna a ultrassonografia à beira-leito a resposta correta.

Questão 71

O quadro clínico descrito apresenta um paciente idoso com queixas clássicas de um distúrbio de motilidade esofagiana: disfagia (sensação de entalo) e dor torácica. O ponto fundamental para a resolução da questão é o achado radiológico do esôfago com aspecto de saca-rolhas.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Acalasia idiopática: A acalasia se caracteriza pela ausência de peristaltismo no corpo esofágico e pela falha no relaxamento do esfíncter esofágico inferior. No estudo radiológico contrastado (esofagograma), o achado típico é a dilatação do corpo do esôfago com um afilamento distal em ponta de lápis ou bico de pássaro. Portanto, não condiz com o aspecto de saca-rolhas.

b) Espasmo esofágico difuso: Esta é a alternativa correta. O espasmo esofágico difuso (EED) é um distúrbio da motilidade caracterizado por contrações simultâneas, não peristálticas e de grande amplitude. Essas contrações segmentares são responsáveis pela imagem radiológica clássica descrita como esôfago em saca-rolhas ou em contas de rosário. Os sintomas principais são justamente a dor torácica retrosternal, que pode simular infarto, e a disfagia funcional.

c) Esôfago em quebra-nozes: Atualmente classificado dentro do espectro do esôfago em britadeira (jackhammer esophagus), este distúrbio apresenta contrações de altíssima pressão, porém mantendo a sequência peristáltica. Embora cause dor torácica e disfagia, o exame radiológico contrastado costuma ser normal ou mostrar alterações mínimas, não apresentando a deformidade em saca-rolhas. O diagnóstico é essencialmente manométrico.

d) DIME (distúrbio inespecífico da motilidade esofagiana): Esta é uma categoria diagnóstica reservada para alterações motoras que não preenchem critérios para as

doenças específicas. Como o achado do esfôgado em saca-rolhas é patognomônico para o espasmo esofágico difuso, não se deve classificar o caso como um distúrbio inespecífico.

Questão 72

Explicação das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D2 é a cirurgia padrão para o tratamento do adenocarcinoma gástrico. No caso de lesões submucosas, como o tumor estromal gastrointestinal (GIST), a disseminação linfática é extremamente rara. Portanto, não há necessidade de esvaziamento ganglionar radical. O tratamento cirúrgico para essas lesões consiste na ressecção em cunha (*wedge resection*) com margens microscopicamente negativas.

Alternativa B (Correta): O GIST é o tumor mesenquimal mais frequente do trato digestivo, e o estômago é o local onde ele ocorre com maior frequência (cerca de 60% dos casos). De acordo com as diretrizes atuais, lesões submucosas gástricas suspeitas de GIST que possuam 2 cm ou mais devem ser consideradas para ressecção cirúrgica devido ao seu potencial de malignidade. Mesmo lesões menores podem ser operadas se apresentarem características de risco em exames de imagem.

Alternativa C (Incorreta): O leiomioma gástrico é uma lesão rara. Entre os tumores mesenquimais do estômago, o GIST é muito mais prevalente. Além disso, a conduta expectante (seguimento com exames periódicos) costuma ser reservada para lesões menores que 2 cm que não possuam características de alto risco, e não para lesões de até 3 cm.

Alternativa D (Incorreta): O ultrassom endoscópico (ecoendoscopia) é considerado o melhor exame para avaliar lesões submucosas gástricas. Ele permite identificar a camada da parede gástrica de onde o tumor se origina (o GIST geralmente nasce da quarta camada, a muscular própria) e permite a realização de biópsias por agulha fina (FNA) ou biópsias de fragmento (FNB). O estudo imuno-histoquímico desse material (pesquisa de marcadores como CD117 e DOG-1) é essencial para o diagnóstico definitivo.

Questão 73

Para resolver essa questão, o primeiro passo é estabelecer o diagnóstico bioquímico do paciente. Estamos diante de um homem jovem (38 anos) com quadro de nefrolitíase (cálculos de oxalato de cálcio) e exames laboratoriais que mostram cálcio sérico elevado (10,8 mg/dL) associado a um nível de paratormônio (PTH) de 62 pg/mL. Embora o PTH esteja dentro da faixa de normalidade do laboratório (10-65 pg/mL), ele está inadequadamente alto para um paciente com hipercalcemia. Em uma situação normal, o aumento do cálcio deveria suprimir o PTH para níveis mínimos. Essa combinação de cálcio alto com PTH "normal-alto" ou elevado confirma o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário (HPP).

Alternativa (a) Correta: A paratireoidectomia é o único tratamento definitivo para o HPP. Segundo os critérios internacionais (Consenso do NIH), a cirurgia está indicada em pacientes sintomáticos. A presença de nefrolitíase (cálculos renais) é uma manifestação clássica e uma indicação formal de cirurgia. Além disso, o paciente tem menos de 50 anos, o que também é um critério de indicação cirúrgica mesmo em casos assintomáticos. O fato de a imagem pré-operatória não ter localizado a glândula doente não contraindica a cirurgia; o diagnóstico do HPP é bioquímico, e a exploração cervical cirúrgica por um cirurgião experiente apresenta altas taxas de sucesso.

Alternativa (b) Incorreta: O hiperparatireoidismo primário é uma das causas mais importantes de nefrolitíase recorrente. O excesso de PTH promove a reabsorção óssea e aumenta a absorção intestinal de cálcio (via vitamina D), o que eleva a carga de cálcio filtrada pelos rins (hipercalciúria), favorecendo a formação de cálculos de oxalato e fosfato de cálcio.

Alternativa (c) Incorreta: A observação clínica ficaria reservada para pacientes com mais de 50 anos, assintomáticos, com níveis de cálcio apenas discretamente elevados e sem evidências de comprometimento renal (como cálculos ou queda da filtração glomerular) ou ósseo (osteoporose). Este paciente é jovem e já apresenta complicações da doença (litíase), portanto, a conduta expectante é inadequada.

Alternativa (d) Incorreta: A restrição dietética de cálcio não é recomendada no hiperparatireoidismo primário. Restringir o cálcio pode levar a um aumento ainda maior dos níveis de PTH, piorando a reabsorção óssea. Além disso, a restrição de cálcio na dieta pode aumentar a absorção intestinal de oxalato, o que poderia, paradoxalmente, aumentar o risco de novos cálculos renais de oxalato de cálcio. O tratamento da causa-base (hiperparatireoidismo) é a prioridade.

Questão 74

Para entender a conduta correta nesta questão, devemos analisar dois pilares fundamentais na avaliação de um incidentaloma adrenal: a funcionalidade hormonal e o risco de malignidade.

Análise Clínica e Radiológica:

O caso descreve uma massa adrenal de 3 cm em uma paciente de 59 anos. A investigação bioquímica já foi realizada e descartou excesso hormonal (nódulo não funcionante). Portanto, a decisão terapêutica baseia-se exclusivamente no risco de malignidade sugerido pela imagem.

Os critérios de imagem fornecidos são altamente suspeitos:

1. Atenuação sem contraste maior que 10 HU: Lesões com mais de 10 unidades Hounsfield (HU) na fase pré-contraste têm baixo conteúdo lipídico, o que reduz a probabilidade de ser um adenoma benigno.
2. Washout (lavagem do contraste) menor que 60%: Adenomas tipicamente apresentam um washout rápido (maior que 60% em 10 a 15 minutos). Um washout lento ou inferior a 60% sugere que a lesão retém o contraste, uma característica marcante de carcinomas adrenocorticais ou metástases.

Embora o tamanho de 3 cm esteja abaixo do ponto de corte clássico de 4 cm para cirurgia imediata apenas pelo tamanho, as características de imagem (HU alto e washout baixo) indicam uma lesão indeterminada ou suspeita. Em pacientes com características radiológicas suspeitas, a ressecção cirúrgica é a conduta preferencial, independentemente de o tamanho ser discretamente menor que 4 cm, para excluir carcinoma adrenocortical.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A biópsia percutânea de adrenal tem indicações muito restritas. Ela é utilizada apenas quando há suspeita de metástase de um tumor primário conhecido de outro sítio (pulmão, mama, etc.) e o resultado mudaria a conduta oncológica. Além disso, a biópsia não consegue diferenciar de forma confiável um adenoma de um carcinoma adrenocortical e apresenta riscos de disseminação tumoral (seeding) e complicações como hemorragia.

b) Incorreta. A ressonância magnética (RM) com técnica de desvio químico (chemical shift) poderia ser usada para identificar gordura intracitoplasmática, mas os achados da tomografia com washout já foram suficientemente específicos para classificar a lesão como suspeita (não benigna). Adicionar uma RM não mudaria a necessidade de intervenção diante de um padrão de washout suspeito.

c) Correta. A adrenalectomia (preferencialmente laparoscópica neste caso, dado o tamanho de 3 cm) é recomendada porque a massa apresenta características radiológicas de malignidade (densidade > 10 HU e washout < 60%). Como o carcinoma adrenocortical tem prognóstico reservado se não tratado precocemente, a presença desses critérios de imagem em uma lesão de 3 cm justifica o tratamento cirúrgico.

d) Incorreta. Repetir a tomografia em 3 meses (conduta de observação) seria indicado apenas para lesões com características radiológicas puramente benignas (densidade < 10 HU) ou menores que 1 cm. Diante de achados suspeitos de malignidade, o atraso na cirurgia pode permitir a progressão de uma neoplasia potencialmente curável.

Questão 75

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso apresenta uma paciente de 52 anos com um quadro de pancreatite aguda. A presença de colelitíase (pedras na vesícula) ao ultrassom, associada à exclusão de outras causas (ausência de etilismo, níveis de lipídios normais e bioquímica normal), aponta para a etiologia biliar como a causa do evento. A paciente teve uma evolução favorável em quatro dias com tratamento clínico, o que classifica a pancreatite como leve. O desafio aqui é definir a conduta para evitar a recorrência da doença.

Alternativa (a) Incorreta. Embora a paciente tenha respondido bem ao tratamento conservador inicial (hidratação e analgesia), ele não é suficiente como conduta definitiva. Pacientes que sofrem pancreatite biliar e não retiram a vesícula biliar apresentam uma taxa de recorrência de novos episódios de pancreatite de até 30% em curto prazo. Portanto, o tratamento definitivo da causa base é obrigatório.

Alternativa (b) Correta. A colecistectomia é o tratamento padrão-ouro para a pancreatite aguda biliar. As diretrizes médicas atuais recomendam que, em casos de pancreatite leve, a retirada da vesícula seja realizada ainda durante a mesma internação, assim que os sintomas de dor desapareçam e a paciente consiga tolerar a alimentação oral. Isso previne que a paciente receba alta e retorne precocemente com um novo quadro de pancreatite ou outras complicações biliares, como colecistite ou colangite.

Alternativa (c) Incorreta. A CPRE (Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada) é um procedimento invasivo indicado para a retirada de cálculos que estão obstruindo o ducto biliar comum (colédoco). No caso descrito, o ultrassom mostrou um ducto biliar de calibre normal e os testes de função hepática estão normais, o que indica

que não há uma obstrução biliar persistente no momento. Sem sinais de colangite ou icterícia obstrutiva, a CPRE não deve ser realizada.

Alternativa (d) Incorreta. O uso de antibióticos de largo espectro não está indicado em casos de pancreatite aguda leve, pois não há evidência de infecção. O uso profilático de antibióticos na pancreatite não reduz complicações ou mortalidade. Além disso, a litotripsia por ondas de choque não é um tratamento reconhecido para cálculos da vesícula biliar e não tem espaço no manejo da pancreatite.

GABARITO: Letra (b).

Questão 76

Para resolver esta questão, é fundamental analisar três pontos-chave: o tempo de evolução (7 dias), a gravidade radiológica (Balthazar D) e a presença de coledocolitíase sem icterícia (anictérica).

A classificação de Balthazar D indica a presença de uma coleção fluida peripancreática única, o que coloca esta pancreatite em um espectro de maior gravidade ou maior resposta inflamatória local do que os graus A, B ou C. Em pancreatites biliares leves, o consenso é realizar a colecistectomia ainda na mesma internação. No entanto, quando há coleções peripancreáticas ou necrose, a conduta deve ser adiada.

Alternativa a) Incorreta. Realizar a colecistectomia precocemente (no 7º dia) em uma paciente com Balthazar D é arriscado. A inflamação intensa e a presença de coleções tornam a dissecação cirúrgica difícil e aumentam as chances de complicações, como a infecção de coleções que estavam estéreis e lesões de vias biliares.

Alternativa b) Incorreta. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) está indicada na pancreatite biliar apenas se houver colangite associada ou obstrução biliar persistente evidenciada por icterícia. Como a paciente é anictérica, não há indicação de CPRE imediata. A colecistectomia subsequente no 7º dia também seria precoce para o quadro de Balthazar D.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta recomendada pelas diretrizes internacionais (como as da International Association of Pancreatology). Em casos de pancreatite com coleções (Balthazar D ou E) ou necrose, deve-se aguardar a resolução do processo inflamatório agudo e a estabilização das coleções peripancreáticas. O período de 6 a 8 semanas é o tempo necessário para que a inflamação retroceda, as coleções sejam reabsorvidas ou se organizem, permitindo uma cirurgia definitiva (colecistectomia) muito mais segura. O controle radiológico é essencial para

confirmar essa melhora antes de intervir.

Alternativa d) Incorreta. Embora a colangiografia intraoperatória seja útil para tratar a coledocolitíase durante a colecistectomia, o erro desta alternativa reside no momento da indicação cirúrgica. O "timing" para operar uma paciente com Balthazar D não é na fase aguda (7º dia), mas sim após a resolução da inflamação local.

Questão 77

Para compreender a conduta correta nesta questão, o primeiro passo é identificar a anatomia da região cervical traumatizada. Didaticamente, o pescoço é dividido em três zonas: a Zona I (da fúrcula esternal e das clavículas até a cartilagem cricoide), a Zona II (da cartilagem cricoide até o ângulo da mandíbula) e a Zona III (do ângulo da mandíbula até a base do crânio).

O enunciado descreve uma lesão acima do ângulo da mandíbula, o que situa o trauma na Zona III. Esta região apresenta um grande desafio técnico para a cirurgia aberta, pois as estruturas vasculares (como a artéria carótida interna e a veia jugular interna) estão protegidas pelo ramo da mandíbula e se aproximam do forame carotídeo na base do crânio, tornando o controle vascular distal extremamente difícil sem manobras agressivas como a subluxação ou osteotomia da mandíbula.

Análise das alternativas:

a) Endovascular: Alternativa correta. Em pacientes com estabilidade hemodinâmica e lesão confirmada na Zona III, o tratamento endovascular (por meio de stents ou embolização, dependendo do vaso atingido) é a primeira escolha. Ele permite tratar a lesão por dentro do vaso, evitando a morbidade de um acesso cirúrgico extremamente complexo e reduzindo o risco de lesões de nervos cranianos.

b) Observação clínica: Incorreta. Uma lesão vascular confirmada por exame de imagem, associada a um hematoma local, exige intervenção definitiva para prevenir complicações graves, como sangramento tardio, formação de pseudoaneurismas, fístulas arteriovenosas ou eventos isquêmicos cerebrais.

c) Tamponamento com balão: Incorreta. O uso de cateter de Foley para tamponamento é uma manobra de emergência e temporária, utilizada para controle de hemorragia exsanguinante em ferimentos penetrantes quando a compressão externa não funciona, servindo como "ponte" até o tratamento definitivo. Não se aplica a um paciente hemodinamicamente estável com diagnóstico já estabelecido.

d) Exploração cirúrgica de urgência: Incorreta. A exploração cirúrgica imediata no

pescoço é indicada prioritariamente em pacientes com instabilidade hemodinâmica ou sinais "duros" de lesão vascular (hemorragia ativa pulsátil, hematoma em expansão rápida ou choque). No caso da Zona III, mesmo com indicação cirúrgica, a via endovascular é preferível devido à dificuldade de exposição anatômica da região.

Em resumo, a estabilidade do paciente permite a realização da angiotomografia e o planejamento do tratamento menos invasivo e mais eficaz para uma região de difícil acesso cirúrgico, que é a terapia endovascular.

Questão 78

ANÁLISE DO CASO

O quadro descreve um paciente com ferimento penetrante na transição toracoabdominal direita, apresentando sinais de choque (instabilidade hemodinâmica). Há evidência de sangramento volumoso tanto no tórax (drenagem de 2 litros, caracterizando hemotórax maciço) quanto no abdome (FAST positivo em dois locais: espaço hepatorenal e pelve). Em traumas de transição à direita com instabilidade e FAST positivo, a prioridade é a abordagem abdominal.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: A laparotomia exploradora é a conduta prioritária. Em ferimentos de transição toracoabdominal direita, o fígado é o órgão mais frequentemente lesionado. O sangue proveniente de uma lesão hepática pode passar através de uma laceração no diafragma e ser drenado pelo dreno de tórax, simulando um sangramento de origem pulmonar ou intercostal. Como o paciente está instável e o FAST confirmou sangue em múltiplos espaços da cavidade abdominal, a fonte do sangramento é predominantemente abdominal, e a laparotomia permite o controle do fígado e a reparação do diafragma.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora a drenagem inicial superior a 1.500 ml de sangue pelo dreno de tórax seja uma indicação clássica de toracotomia de urgência em traumas torácicos isolados, o cenário muda na transição toracoabdominal com FAST positivo. Se iniciarmos pela toracotomia, não teremos controle sobre o sangramento abdominal (fígado e pelve), que é a causa provável do choque neste paciente. A regra é: se houver instabilidade e evidência de sangramento abdominal, o abdome deve ser explorado primeiro.

Alternativa (c) INCORRETA: A passagem de um segundo dreno de tórax não trata a causa do sangramento. O dreno de tórax tem função diagnóstica e de esvaziamento do espaço pleural para permitir a expansão pulmonar, mas, em casos de hemotórax

maciço e instabilidade, o tratamento deve ser cirúrgico (hemostasia definitiva), e não apenas de drenagem.

Alternativa (d) INCORRETA: A tomografia computadorizada é contraindicada para pacientes com instabilidade hemodinâmica. O paciente instável não deve ser transportado para a sala de exames radiológicos, pois há risco de parada cardiorrespiratória longe do ambiente de ressuscitação. O diagnóstico de sangramento cavitário já foi feito por métodos rápidos à beira do leito (drenagem e FAST), o que indica a necessidade imediata de cirurgia.

Questão 79

Para resolver essa questão, é fundamental compreender a evolução do Tratamento Não Operatório (TNO) no trauma esplênico. Atualmente, a estabilidade hemodinâmica é o principal critério para indicar o TNO, independentemente do grau da lesão na tomografia, mas o grau da lesão define a necessidade de intervenções adicionais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Videolaparoscopia: Incorreta. A laparoscopia não é o manejo inicial padrão para trauma esplênico em pacientes estáveis. O objetivo no TNO é justamente evitar intervenções cirúrgicas que poderiam levar à retirada desnecessária do órgão (esplenectomia). Além disso, o controle de sangramentos esplênicos de alto grau por via laparoscópica é tecnicamente complexo e não substitui a eficácia da conduta conservadora ou endovascular neste cenário.

Alternativa b) Laparotomia exploradora: Incorreta. A cirurgia aberta está indicada para pacientes com instabilidade hemodinâmica que não respondem à ressuscitação inicial, ou em casos de sinais de peritonite (sugerindo lesão de víscera oca). Como o paciente do enunciado está estável e sem irritação peritoneal, o tratamento cirúrgico imediato não é a conduta de escolha.

Alternativa c) Observação clínica em unidade de terapia intensiva: Incorreta. Embora a observação em UTI faça parte do tratamento não operatório, para lesões de alto grau (AAST IV e V), a observação isolada apresenta uma taxa de falha significativamente maior quando comparada ao uso da angioembolização. Portanto, apenas observar não é a estratégia mais completa ou segura para o grau IV.

Alternativa d) Arteriografia com angioembolização profilática de artéria esplênica: Correta. De acordo com as diretrizes atuais, como as da WSES (World Society of Emergency Surgery), lesões esplênicas graves (Graus IV e V pela classificação da

AAST) em pacientes hemodinamicamente estáveis devem ser submetidas à angioembolização profilática. Isso deve ocorrer mesmo que a tomografia inicial não mostre extravasamento de contraste (blush) ou pseudoaneurismas. Essa conduta aumenta drasticamente as chances de sucesso do tratamento não operatório, prevenindo sangramentos tardios.

Resumo do manejo do trauma esplênico no paciente estável:

1. Lesões Graus I, II e III: Observação clínica, repouso e exames seriados.
2. Lesões Graus IV e V: Angioembolização de artéria esplênica associada à observação em ambiente intensivo.
3. Se houver instabilidade hemodinâmica ou peritonite: Laparotomia exploradora imediata.

Questão 80

O caso descreve um paciente com trauma abdominal grave, hemorragia maciça e instabilidade hemodinâmica intraoperatória, o que caracteriza a indicação clássica de Cirurgia de Controle de Danos (*Damage Control Surgery*). O objetivo é interromper a hemorragia e a contaminação rapidamente, postergando o reparo definitivo para um segundo momento, após a estabilização fisiológica na UTI (correção da tríade da morte: acidose, hipotermia e coagulopatia).

Análise do componente cirúrgico:

Em uma cirurgia de controle de danos, o fechamento primário da parede abdominal é contraindicado devido ao alto risco de Síndrome Compartimental Abdominal, decorrente do edema de alças e da reanimação volêmica vigorosa. Portanto, a técnica de escolha é a peritoniotomia (abdome aberto).

Análise do componente hematológico (ROTEM):

A tromboelastometria (ROTEM) é um exame à beira do leito que avalia a dinâmica da formação, estabilidade e lise do coágulo. A questão afirma que houve um retardo na formação da curva do coágulo. Na nomenclatura do ROTEM, isso corresponde ao prolongamento do CT (*Clotting Time*). O CT prolongado indica deficiência de fatores de coagulação, e o tratamento padrão para repor esses fatores é o plasma fresco congelado (PFC) ou o complexo protrombínico.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora indique corretamente a cirurgia de controle de danos e a peritoniotomia, o ácido tranexâmico é utilizado quando há evidência de hiperfibrinólise (traduzida no ROTEM pelo parâmetro ML — *Maximum Lysis* — elevado). O retardo na formação da curva exige reposição de fatores de coagulação,

não antifibrinolíticos.

Alternativa (b) Correta: Aborda corretamente a estratégia cirúrgica (controle de danos) e a necessidade de deixar o abdome aberto (peritoniotomia). Além disso, identifica que o retardo na formação do coágulo (CT prolongado) deve ser tratado com plasma fresco congelado para repor os fatores de coagulação consumidos no choque hemorrágico.

Alternativa (c) Incorreta: O fechamento primário da parede abdominal é proscrito no controle de danos pelo risco de hipertensão abdominal. Além disso, as plaquetas são indicadas quando há redução da firmeza máxima do coágulo (parâmetro MCF baixo no ROTEM), e não primariamente para o retardo no início da formação da curva.

Alternativa (d) Incorreta: Combina dois erros principais: a indicação de fechamento primário da parede em um cenário de controle de danos e o uso de ácido tranexâmico para um achado de deficiência de fatores de coagulação.

Conclusão: O tratamento de escolha para um paciente em choque com coagulopatia por deficiência de fatores (detectada pelo ROTEM) e indicação de controle de danos é a laparotomia abreviada com peritoniotomia e reposição de plasma fresco congelado.
