



SES

GABARITO | 2026 | DF | 80 Questões



Gabarito: SES

2026 | DF

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O caso clínico apresenta um paciente idoso com quadro de hérnia inguinal encarcerada, caracterizada por dor intensa e impossibilidade de redução manual há 6 horas. A presença de taquicardia (108 bpm) é um sinal importante que pode indicar dor severa ou resposta sistêmica a um processo de isquemia inicial, o que exige uma intervenção rápida.

Alternativa a - Incorreta: A manobra de redução externa (conhecida como manobra de taxe) não é obrigatória. Na verdade, ela é contraindicada ou deve ser feita com extrema cautela quando há suspeita de estrangulamento ou quando o tempo de encarceramento é prolongado (como as 6 horas relatadas). O risco é realizar a redução de uma alça intestinal já necrótica para o interior da cavidade abdominal, o que levaria a uma peritonite generalizada e sepse.

Alternativa b - Incorreta: O encarceramento herniário é um problema mecânico. Embora antibióticos possam ser utilizados como profilaxia ou em casos de complicação infecciosa associada, o tratamento isolado com medicação não resolve a obstrução ou a isquemia do conteúdo herniário.

Alternativa c - Incorreta: A cirurgia eletiva é reservada para casos de hérnias redutíveis e sem sinais de complicação. Uma vez que a hérnia está encarcerada e o paciente apresenta sintomas agudos, a janela de oportunidade para tratamento eletivo foi perdida, tornando-se uma urgência médica para evitar a necrose tecidual.

Alternativa d - Correta: A conduta correta perante uma hérnia inguinal encarcerada que não reduz e apresenta sinais de sofrimento (dor intensa e taquicardia) é a exploração cirúrgica de urgência. O objetivo da cirurgia é reduzir o conteúdo, avaliar a viabilidade da alça intestinal (se há necessidade de ressecção caso haja necrose) e realizar o reparo do defeito na parede abdominal (hernioplastia). O tempo de 6 horas de evolução reforça a necessidade de urgência para prevenir ou tratar o estrangulamento.

Questão 2

A questão apresenta um quadro clássico de abscesso pilonidal agudo, caracterizado por dor intensa, febre e presença de tumoração com flutuação na região sacrococcígea. Em casos de coleções purulentas agudas (abscessos), o princípio fundamental da cirurgia é o esvaziamento do conteúdo infectado.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A ressecção ampla (cirurgia definitiva) não deve ser realizada na fase aguda. Operar um tecido intensamente inflamado e infectado aumenta significativamente o risco de complicações, como deiscência de sutura, infecção da ferida operatória e maiores taxas de recorrência. O tratamento definitivo deve ser programado após a resolução do processo inflamatório.

Alternativa (b) Correta: A incisão e drenagem é a conduta de escolha para o abscesso pilonidal na fase aguda. Este procedimento promove o alívio imediato da dor, diminui a pressão local e controla a infecção. Pode ser realizado sob anestesia local em ambiente ambulatorial ou hospitalar, dependendo da extensão da lesão. Após a drenagem e a cicatrização da fase aguda, o paciente deve ser reavaliado para decidir sobre a necessidade de uma cirurgia eletiva posterior para tratar os trajetos fistulosos remanescentes.

Alternativa (c) Incorreta: Antibióticos isoladamente não são eficazes para tratar abscessos, pois o medicamento não consegue penetrar na cavidade purulenta em concentrações terapêuticas. A drenagem é mandatória. O uso de antibióticos pode ser associado à drenagem apenas em casos específicos, como em pacientes imunossuprimidos, com celulite extensa ao redor da lesão ou com sinais de resposta inflamatória sistêmica.

Alternativa (d) Incorreta: A excisão completa com fechamento primário em um campo infectado é contraindicada. O fechamento de uma ferida contaminada/infectada resulta em altíssimas taxas de infecção de sítio cirúrgico e falha do tratamento. Assim como na alternativa (a), procedimentos definitivos de excisão devem ser realizados apenas após a resolução do quadro agudo de abscesso.

Questão 3

O quadro clínico descrito — dor em fossa ilíaca esquerda, febre baixa e estabilidade hemodinâmica — associado ao achado tomográfico de diverticulite aguda não complicada caracteriza o que classicamente chamamos de Estágio 0 ou Ia de Hinchey (conforme a classificação modificada).

Análise das alternativas:

a) CORRETA. Para pacientes com diverticulite aguda não complicada, que estão hemodinamicamente estáveis, sem sinais de peritonite e capazes de tolerar dieta por via oral, o tratamento de escolha é o manejo ambulatorial. Este consiste em repouso relativo, dieta líquida ou leve e, quando indicados (especialmente em pacientes com comorbidades ou sinais inflamatórios mais evidentes), antibioticoterapia oral.

Diretrizes recentes sugerem que, em casos muito selecionados e leves, o antibiótico pode até ser omitido, o que torna a redação "quando indicados" tecnicamente precisa.

b) INCORRETA. A cirurgia de urgência (como a cirurgia de Hartmann ou anastomose primária com/sem estoma de proteção) é reservada para casos de diverticulite complicada com peritonite generalizada (Hinchey III e IV) ou em casos de falha do tratamento clínico e drenagem percutânea. Não há indicação cirúrgica imediata para um quadro não complicado e estável.

c) INCORRETA. Antigamente, preconizava-se a colectomia eletiva após dois episódios de diverticulite ou mesmo após o primeiro em pacientes jovens. No entanto, a conduta atual é individualizada. A maioria dos pacientes não precisará de cirurgia após o primeiro episódio de diverticulite não complicada, e a decisão cirúrgica eletiva baseia-se na frequência das crises, na persistência de sintomas e no impacto na qualidade de vida do paciente.

d) INCORRETA. A colonoscopia é formalmente contraindicada na fase aguda da diverticulite pelo risco elevado de perfuração iatrogênica da alça inflamada e fragilizada. O exame deve ser realizado de forma eletiva, geralmente de 4 a 6 semanas após a resolução completa dos sintomas, com o objetivo principal de excluir neoplasia colorretal oculta que possa ter mimetizado o quadro inflamatório.

Questão 4

O quadro clínico apresentado é clássico de Isquemia Mesentérica Aguda. O paciente possui o principal fator de risco (fibrilação atrial sem anticoagulação, que predispõe à embolia arterial) e o sintoma cardinal da patologia: dor abdominal intensa e súbita que é desproporcional aos achados do exame físico (o abdome está livre, sem sinais de irritação peritoneal inicial, apesar da dor excruciante relatada).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A isquemia mesentérica é uma emergência cirúrgica com alta taxa de mortalidade. Instituir apenas analgesia e observação é uma conduta perigosa que retarda o diagnóstico definitivo, permitindo a progressão para necrose intestinal, perfuração, sepse e óbito.

Alternativa b) Incorreta. Embora a laparoscopia ou laparotomia possam ser necessárias caso haja sinais de peritonite ou para o tratamento cirúrgico, a primeira medida diagnóstica em um paciente estável deve ser um exame de imagem não invasivo que permita avaliar a vasculatura abdominal e confirmar o ponto de oclusão

arterial.

Alternativa c) Incorreta. A colonoscopia não tem indicação na suspeita de isquemia mesentérica aguda (que atinge prioritariamente o intestino delgado por oclusão da artéria mesentérica superior). A colonoscopia é utilizada no diagnóstico de Colite Isquêmica, que possui apresentação clínica diferente (geralmente dor em cólica e diarreia sanguinolenta em pacientes idosos com hipofluxo). Além disso, a insuflação durante a colonoscopia pode agravar a isquemia ou causar perfuração em alças frágeis.

Alternativa d) Correta. A angiotomografia de abdome e pelve é atualmente o padrão-ouro para o diagnóstico de isquemia mesentérica aguda, apresentando alta sensibilidade e especificidade. Ela permite identificar a falha de enchimento no vaso (êmbolo ou trombo) e sinais de sofrimento de alça. A anticoagulação precoce com heparina deve ser iniciada imediatamente para prevenir a propagação do trombo e novos eventos embólicos, desde que não haja contraindicações formais.

Questão 5

O quadro clínico apresentado é clássico de obstrução intestinal mecânica do delgado, com a principal suspeita etiológica sendo bridas (aderências), devido ao antecedente de cirurgia abdominal prévia por apendicite complicada. O paciente está hemodinamicamente estável e não apresenta sinais de irritação peritoneal (peritonite) ou sofrimento de alça (isquemia), o que orienta a conduta inicial.

Alternativa a: Incorreta. A cirurgia imediata não é a regra para todos os casos de obstrução por bridas. A laparotomia exploradora está reservada para casos com sinais óbvios de estrangulamento, peritonite, febre, leucocitose importante ou quando não há melhora com o tratamento clínico inicial após 24 a 72 horas. A maioria dos casos de bridas resolve-se apenas com medidas clínicas.

Alternativa b: Incorreta. Pacientes com obstrução intestinal devem ser obrigatoriamente internados para vigilância rigorosa. A observação domiciliar é contraindicada e perigosa, pois o quadro pode evoluir para isquemia e perfuração intestinal. Além disso, o foco inicial é a decompressão e hidratação, não a antibioticoterapia isolada.

Alternativa c: Correta. O tratamento inicial padrão para a obstrução por bridas em pacientes sem sinais de complicações (como é o caso deste paciente, que está afebril e sem sinais de peritonite) é o manejo conservador. Ele baseia-se em quatro pilares: 1) jejum absoluto; 2) decompressão gastrointestinal com sonda nasogástrica (para aliviar vômitos, distensão e risco de aspiração); 3) hidratação venosa vigorosa para

correção de distúrbios hidroeletrólíticos e perdas para o terceiro espaço; e 4) vigilância clínica contínua. Grande parte dos pacientes apresenta resolução completa do quadro com essas medidas em até 48-72 horas.

Alternativa d: Incorreta. O uso de procinéticos (como metoclopramida ou bromoprida) é contraindicado na obstrução mecânica. Estimular a motilidade intestinal contra um obstáculo físico aumenta a pressão intraluminal, agravando a dor em cólica e elevando o risco de translocação bacteriana, sofrimento vascular da alça e perfuração.

Questão 6

O diagnóstico de adenocarcinoma gástrico exige um estadiamento rigoroso para determinar a extensão da doença e a melhor estratégia de tratamento (curativa ou paliativa). O objetivo inicial é identificar a presença de metástases à distância, envolvimento linfonodal ou invasão de órgãos adjacentes.

Alternativa (a): Correta. A tomografia computadorizada (TC) de tórax, abdome e pelve, preferencialmente com contraste venoso e oral, é o exame de escolha e o padrão-ouro para o estadiamento inicial. Ela permite avaliar de forma sistêmica os sítios mais comuns de disseminação, como pulmões, fígado, linfonodos retroperitoneais e a presença de ascite ou implantes peritoneais grosseiros. É o exame fundamental para a classificação TNM clínica inicial.

Alternativa (b): Incorreta. A colonoscopia não faz parte do protocolo de rotina para o estadiamento do câncer gástrico. Ela seria solicitada apenas em situações específicas, como na suspeita de um segundo tumor primário (sincrônico) no intestino grosso ou se houvesse sinais clínicos de invasão do cólon pelo tumor gástrico ou por carcinomatose peritoneal.

Alternativa (c): Incorreta. O ultrassom abdominal é um exame limitado para o estadiamento oncológico. Por ser operador-dependente e ter dificuldade de visualização de estruturas profundas devido aos gases intestinais, ele apresenta baixa sensibilidade para detectar linfonodos comprometidos e pequenas metástases peritoneais, sendo amplamente inferior à tomografia computadorizada.

Alternativa (d): Incorreta. O PET-CT não é um exame obrigatório nem de primeira linha no estadiamento do câncer gástrico. Sua indicação é reservada para casos selecionados nos quais os exames de imagem convencionais (TC) são inconclusivos. Além disso, o adenocarcinoma gástrico, especialmente os subtipos difusos e de células em anel de sinete, frequentemente apresenta baixa avidéz pelo radiotraçador (FDG), o que pode gerar resultados falsos-negativos.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 7

O quadro descrito é típico de apendicite aguda em fase inicial, apresentando a clássica cronologia de Murphy, na qual a dor inicia-se na região periumbilical e migra para a fossa ilíaca direita. O diagnóstico é ratificado pelo exame físico com sinal de Blumberg presente (irritação peritoneal), leucocitose com neutrofilia e achados ultrassonográficos característicos, como o apêndice com diâmetro de 8 mm (acima do limite de 6 mm) e não compressível.

A alternativa (a) está incorreta, porque, embora o tratamento conservador apenas com antibioticoterapia tenha sido discutido em estudos recentes (como o estudo CODA), a apendicectomia permanece como o tratamento padrão-ouro. O tratamento clínico exclusivo apresenta taxas significativas de falha e de recorrência da doença em um curto período, não sendo a conduta de escolha para um paciente jovem e sem comorbidades em uma prova de residência.

A alternativa (b) está incorreta, pois a observação hospitalar é uma estratégia utilizada em casos de dúvida diagnóstica (pontuação baixa ou intermediária em escores como o de Alvarado). No caso clínico apresentado, o diagnóstico já está confirmado por sinais clínicos, laboratoriais e de imagem; portanto, o retardo da cirurgia apenas aumentaria o risco de evolução para perfuração e peritonite.

A alternativa (c) está correta e representa a melhor conduta terapêutica. O tratamento definitivo da apendicite aguda é a remoção cirúrgica do apêndice. A via laparoscópica é preferível por estar associada a menos dor pós-operatória, menor taxa de infecção de ferida operatória e recuperação mais rápida. A antibioticoprofilaxia deve ser realizada antes da indução anestésica para cobrir a flora intestinal (gram-negativos e anaeróbios) e reduzir o risco de infecção de sítio cirúrgico.

A alternativa (d) está incorreta, porque a drenagem percutânea guiada por imagem é reservada para casos de apendicite complicada, especificamente quando há formação de abscesso periapendicular volumoso e bloqueado (geralmente maior que 3 ou 4 cm). Como o enunciado define o caso como apendicite não complicada, não há indicação para este procedimento.

Questão 8

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve um paciente com o quadro clássico de apendicite aguda: dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita (migração da dor de Kocher), náuseas, hiporexia, febrícula e sinal de Blumberg (descompressão dolorosa). Os exames laboratoriais confirmam leucocitose com desvio à esquerda, e a ultrassonografia demonstra sinais diretos de inflamação apendicular, como diâmetro superior a 6 mm e a não compressibilidade do órgão.

FISIOPATOLOGIA DA APENDICITE AGUDA

A fisiopatologia da apendicite aguda segue uma sequência bem definida de eventos. O evento inicial e fundamental é a obstrução da luz apendicular. Em adultos, a causa mais comum é a presença de um fecalito (apendicolito), enquanto, em crianças e jovens, a hiperplasia linfóide é o principal fator obstrutivo. Outras causas incluem parasitas (como o **Enterobius vermicularis**), restos alimentares e neoplasias.

Após a obstrução, ocorre o seguinte ciclo:

1. Acúmulo de secreção mucosa: O apêndice continua produzindo muco, mas a obstrução impede sua drenagem para o ceco.
2. Distensão e aumento da pressão intraluminal: A pressão dentro do órgão sobe rapidamente.
3. Comprometimento vascular: Inicialmente, ocorre obstrução da drenagem linfática e venosa (gerando edema e dor visceral). Com o aumento progressivo da pressão, a perfusão arterial é comprometida.
4. Isquemia e necrose: A isquemia da parede leva à perda da integridade da mucosa e à invasão bacteriana, progredindo para gangrena e perfuração.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. Embora possa haver espasmo reflexo em quadros inflamatórios abdominais, a fisiopatologia da apendicite não é centrada na musculatura lisa intestinal, mas sim na obstrução da luz e no consequente comprometimento vascular.

b) Incorreta. A secreção biliar é lançada na segunda porção do duodeno e não possui relação com a gênese da apendicite aguda. Alterações na secreção biliar não influenciam a inflamação do apêndice cecal.

c) Incorreta. Na fase tardia da apendicite, com peritonite instalada, pode ocorrer um íleo paralítico (diminuição da motilidade), mas a "alteração da motilidade cólica difusa" não é o mecanismo responsável pela progressão da doença em si.

d) Correta. Esta alternativa descreve o mecanismo central da doença. A obstrução luminal (seja por fecalito, hiperplasia ou outros fatores) é o gatilho que desencadeia o aumento da pressão intraluminal, resultando em isquemia da parede e subsequente evolução para as fases supurativa, gangrenosa e perforativa.

Gabarito: Letra (d).

Questão 9

O quadro clínico e os achados de imagem descritos são clássicos para o diagnóstico de colecistite aguda calculosa. A paciente apresenta a tríade diagnóstica composta por sinais locais de inflamação (dor em hipocôndrio direito e sinal de Murphy positivo), sinais sistêmicos de inflamação (febre de 38,1 °C) e achados ultrassonográficos característicos.

O sinal de Murphy, que consiste na interrupção súbita da inspiração profunda durante a palpação do ponto cístico, é um marcador clínico de alta especificidade para colecistite. Além disso, o tempo de evolução da dor (12 horas) ultrapassa o período habitual de uma cólica biliar simples, sugerindo um processo inflamatório estabelecido.

Análise das alternativas:

a) Correta. Os critérios de Tóquio (Tokyo Guidelines 2018), amplamente utilizados para este diagnóstico, exigem: 1) Sinais locais de inflamação (Murphy ou dor/massa no hipocôndrio direito); 2) Sinais sistêmicos (febre, PCR elevada ou leucocitose); e 3) Achados de imagem compatíveis. A ultrassonografia da paciente confirmou a presença de cálculos (etiologia calculosa), espessamento da parede da vesícula (5 mm, sendo o normal até 3-4 mm), distensão biliar e líquido pericolecístico, fechando o diagnóstico.

b) Incorreta. Embora a pancreatite biliar possa ser causada pela passagem de cálculos, a dor característica costuma ser em faixa no abdome superior com irradiação para o dorso, e o quadro clínico seria acompanhado por elevação de enzimas pancreáticas (amilase e lipase). Os achados ultrassonográficos descritos focam exclusivamente na vesícula biliar, sem menção a alterações pancreáticas ou dilatação de vias biliares extra-hepáticas.

c) Incorreta. A colecistopatia acalculosa é a inflamação da vesícula na ausência de cálculos, ocorrendo geralmente em pacientes criticamente enfermos (em UTI, grandes queimados ou em nutrição parenteral prolongada). No caso relatado, a ultrassonografia evidenciou claramente a presença de cálculos múltiplos, o que

exclui esta hipótese.

d) Incorreta. A cólica biliar simples é caracterizada por uma dor episódica e autolimitada, geralmente com duração inferior a 4 ou 6 horas, causada pela obstrução transitória do ducto cístico por um cálculo. Na cólica simples, não há febre, o sinal de Murphy costuma ser negativo e a ultrassonografia mostra cálculos, mas não revela sinais inflamatórios como espessamento de parede ou líquido pericolecístico.

Questão 10

O quadro clínico apresentado é clássico de um abdome agudo perforativo. A dor súbita em região epigástrica que irradia para o dorso, a defesa abdominal involuntária (sinal de irritação peritoneal) e a presença de ar livre subdiafragmático na radiografia de tórax (pneumoperitônio) confirmam a perfuração de uma víscera oca. A principal hipótese diagnóstica é a úlcera péptica perforada. A paciente apresenta sinais de sepse ou choque compensado, evidenciados pela taquicardia (124 bpm), taquipneia e febre.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso isolado de inibidores de bomba de prótons e a observação clínica não tratam a causa-base nem a peritonite resultante da perfuração. Embora o manejo conservador (método de Taylor) exista para casos muito específicos de perfurações bloqueadas e pacientes estáveis, ele não se aplica a esta paciente, que apresenta peritonite difusa e instabilidade hemodinâmica.

Alternativa b) Incorreta. A tomografia computadorizada é o exame mais sensível para detectar pneumoperitônio, porém, neste caso, o diagnóstico já foi selado pela radiografia de tórax e pelo exame físico. Em pacientes com indicação cirúrgica clara e sinais de instabilidade, não se deve atrasar a cirurgia para realizar exames de imagem adicionais.

Alternativa c) Incorreta. O abdome agudo perforativo com peritonite química ou bacteriana é uma emergência cirúrgica. Aguardar 48 horas sem intervenção levaria ao agravamento do quadro infeccioso, ao choque séptico e ao provável óbito da paciente.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta padrão para o abdome agudo perforativo. O tratamento definitivo é a correção cirúrgica da perfuração. Entretanto, para garantir a segurança do procedimento, é fundamental realizar a estabilização hemodinâmica imediata com reposição volêmica de cristaloides e iniciar precocemente a

antibioticoterapia de amplo espectro para cobrir a flora polimicrobiana do trato gastrointestinal.

Gabarito: Letra (d).

Questão 11

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de obstrução intestinal baixa, caracterizado por dor abdominal em cólica, vômitos e parada de eliminação de flatos. Em uma paciente de 72 anos, a principal hipótese diagnóstica para uma obstrução mecânica no cólon esquerdo, evidenciada pela tomografia como um espessamento irregular de sigmoide com dilatação a montante e ausência de gás distal, é a neoplasia colorretal.

Alternativa (a) Incorreta: A colonoscopia para desimpactação ou descompressão é o tratamento inicial indicado em casos de volvo de sigmoide ou na pseudo-obstrução colônica (Síndrome de Ogilvie). No caso de uma provável neoplasia (espessamento irregular), a desimpactação não é aplicável. Embora o stent endoscópico possa ser usado como ponte para cirurgia em centros especializados, o termo desimpactação não descreve essa conduta.

Alternativa (b) Incorreta: A colectomia total não é a abordagem preferencial ou de rotina para obstruções no lado esquerdo. Ela é reservada para casos específicos, como tumores sincrônicos (mais de um tumor em segmentos diferentes) ou quando há sinais de isquemia ou perfuração diastática do ceco devido à grande distensão. O padrão é a ressecção do segmento afetado.

Alternativa (c) Incorreta: O tratamento clínico conservador (jejum, hidratação e descompressão por sonda) é indicado em casos de suboclusão intestinal (obstrução parcial). Diante de uma obstrução mecânica completa, como demonstra a ausência de gás retal e a imagem tomográfica, o tratamento deve ser intervencionista, pois há risco iminente de complicações como isquemia e perfuração.

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta padrão. O tratamento definitivo da obstrução por neoplasia de cólon é cirúrgico, visando à ressecção segmentar com margens oncológicas e linfadenectomia. A escolha entre realizar uma anastomose primária (com ou sem estoma de proteção) ou uma colostomia terminal (cirurgia de Hartmann) é feita no intra-operatório, baseando-se na estabilidade hemodinâmica da paciente, nas condições locais do intestino e no grau de contaminação fecal.

Questão 12

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de colecistite aguda, caracterizado por dor no hipocôndrio direito, febre e achados típicos na ultrassonografia (cálculo impactado, espessamento de parede vesicular e sinal de Murphy ultrassonográfico positivo). O quadro se enquadra nos critérios do Consenso de Tóquio (Tokyo Guidelines 2018) como Colecistite Aguda de Grau I (leve), visto que a paciente está hemodinamicamente estável e sem sinais de disfunções orgânicas graves.

Alternativa a) Incorreta. A estratégia de realizar antibioticoterapia isolada e aguardar semanas para a cirurgia (colecistectomia tardia) já foi o padrão no passado, mas atualmente é considerada inferior à abordagem precoce. A conduta tardia aumenta o tempo total de hospitalização e o risco de novas crises de colecistite ou complicações antes da cirurgia definitiva, sem oferecer vantagens reais em termos de segurança técnica.

Alternativa b) Correta. A colecistectomia laparoscópica precoce é a conduta de escolha e o padrão-ouro para o tratamento da colecistite aguda em pacientes com boas condições clínicas. De acordo com as evidências atuais, a cirurgia deve ser realizada preferencialmente dentro das primeiras 72 horas (podendo se estender em alguns protocolos) do início dos sintomas. Isso reduz a morbidade e o tempo de internação, aproveitando o momento em que a inflamação ainda permite uma dissecação mais fácil dos tecidos.

Alternativa c) Incorreta. A drenagem percutânea (colecistostomia) é um procedimento de exceção. Ela é indicada apenas para pacientes criticamente enfermos, com colecistite aguda grave (Grau III) ou com contraindicações formais ao ato cirúrgico e anestésico. A paciente do caso é jovem e apresenta estabilidade clínica, sendo candidata direta à cirurgia.

Alternativa d) Incorreta. A observação isolada por 24 horas não é o tratamento definitivo para uma colecistite aguda. Trata-se de uma urgência cirúrgica onde a obstrução do ducto cístico precisa ser resolvida. Postergar o tratamento sem uma programação cirúrgica clara aumenta o risco de evolução para gangrena, enfisema de parede vesicular ou perfuração com peritonite.

Questão 13

Análise do quadro clínico:

O paciente em questão é vítima de trauma abdominal fechado de alta energia (colisão frontal) e apresenta sinais claros de choque circulatório. A frequência cardíaca de 122 bpm (taquicardia) associada a uma pressão arterial limítrofe (102 x 68 mmHg) em um paciente jovem sugere um estado de choque hemorrágico Classe II ou III, em que os mecanismos compensatórios ainda tentam manter a perfusão. O achado de FAST positivo confirma a presença de líquido livre (sangue) na cavidade abdominal.

Por que a alternativa (c) está correta?

Segundo as diretrizes do ATLS (Advanced Trauma Life Support), o manejo de pacientes com trauma abdominal fechado que apresentam instabilidade hemodinâmica e evidência de líquido livre no FAST é a laparotomia exploradora imediata. O objetivo é o controle rápido da fonte de sangramento (provavelmente esplênico, dada a dor no quadrante superior esquerdo e no hemitórax inferior). Em pacientes instáveis, o tempo é o fator determinante para a sobrevivência, e a cirurgia não deve ser retardada.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

Alternativa (a): A tomografia computadorizada (TC) de abdome é o exame de escolha para detalhar lesões em órgãos sólidos, porém ela é contraindicada para pacientes com instabilidade hemodinâmica. O transporte e o tempo de execução do exame em um ambiente fora do centro cirúrgico ou da sala de emergência colocam a vida do paciente em risco. A TC é reservada para pacientes estáveis.

Alternativa (b): A administração de volume (cristaloides e hemoderivados) faz parte da ressuscitação inicial, mas a conduta de "aguardar 12 horas" é incorreta e perigosa. Se há líquido livre e sinais de choque, existe um sangramento ativo ou uma lesão grave que requer intervenção imediata, e não apenas observação.

Alternativa (d): A punção diagnóstica ou o Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) têm indicações semelhantes ao FAST na detecção de sangue. Como o FAST já foi realizado e resultou positivo para líquido livre em um cenário de instabilidade, não há necessidade de outro exame para confirmar o que já foi visto. Isso apenas retardaria o tratamento definitivo.

Associação com o mecanismo de trauma:

A dor no hemitórax inferior esquerdo e no quadrante superior esquerdo, somada ao uso do cinto de segurança em colisão frontal, aponta fortemente para uma lesão esplênica (baço), que é uma das causas mais comuns de hemoperitônio e choque em

traumas abdominais fechados.

Questão 14

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de apendicite aguda, manifestado pela dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita. Os sinais vitais indicam estabilidade hemodinâmica (frequência cardíaca de 90 bpm e frequência respiratória de 18 irpm). O achado tomográfico de um apêndice com 11 mm confirma o diagnóstico (considera-se alterado acima de 6 ou 7 mm), e a ausência de abscesso classifica o caso como uma apendicite aguda não complicada.

Explicação das Alternativas:

Alternativa A (Correta): A apendicectomia é o tratamento padrão-ouro para a apendicite aguda. A abordagem laparoscópica é preferível à via aberta, especialmente em adultos jovens, pois está associada a menos dor no pós-operatório, menor risco de infecção da ferida operatória, melhor resultado estético e retorno mais rápido às atividades habituais.

Alternativa B (Incorreta): A antibioticoprofilaxia é uma medida auxiliar realizada rotineiramente antes da cirurgia para reduzir o risco de infecção de sítio cirúrgico, mas não substitui o tratamento definitivo. Dar alta ambulatorial para um paciente com apendicite aguda confirmada é um erro grave, pois a patologia pode evoluir para perfuração e peritonite.

Alternativa C (Incorreta): O tratamento exclusivamente clínico (antibioticoterapia sem cirurgia) para apendicite não complicada é um tema debatido em estudos recentes, mas não é a conduta padrão e muito menos "obrigatória". A cirurgia continua sendo a recomendação principal devido às taxas de falha e de recorrência associadas ao tratamento apenas medicamentoso.

Alternativa D (Incorreta): A drenagem percutânea guiada por imagem (ultrassonografia ou tomografia) é indicada apenas para casos de apendicite complicada, nos quais existe um abscesso volumoso (geralmente maior que 3 ou 4 cm) e bloqueado. Como o enunciado afirma explicitamente que o paciente não possui abscesso, não há indicação para esse procedimento.

Conclusão:

Diante de um diagnóstico de apendicite aguda em fase inicial e sem complicações, a conduta correta é a intervenção cirúrgica imediata, preferencialmente por via laparoscópica.

Questão 15

Alternativa a: Incorreta. A eritromicina intravenosa é um agente procinético que pode ser utilizado para esvaziar o conteúdo gástrico (sangue e coágulos) antes da realização da endoscopia digestiva alta, facilitando a visualização. No entanto, ela não é considerada a primeira medida terapêutica nem substitui as manobras de estabilização e o tratamento específico da hipertensão portal.

Alternativa b: Incorreta. O uso de inibidores da bomba de prótons em altas doses, como o omeprazol, é a intervenção principal para o manejo de hemorragia digestiva alta não varicosa, especificamente na úlcera péptica. Em pacientes com cirrose e suspeita de sangramento por varizes, o tratamento farmacológico de escolha são as drogas vasoativas.

Alternativa c: Correta. O manejo inicial do sangramento varicoso em pacientes cirróticos deve seguir protocolos rigorosos. A reposição volêmica deve ser cautelosa (prudente) para evitar o aumento excessivo da pressão portal, o que poderia agravar o sangramento. A introdução imediata de drogas vasoativas (como octreotida, somatostatina ou terlipressina) é essencial para reduzir o fluxo sanguíneo esplâncnico. Além disso, a antibioticoprofilaxia deve ser iniciada o mais precocemente possível, pois reduz o risco de infecções, o ressangramento e a mortalidade nesse perfil de paciente.

Alternativa d: Incorreta. O TIPS (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular) é uma medida de resgate para casos em que o controle por endoscopia e o tratamento medicamentoso falham, ou como terapia precoce em casos muito específicos de alto risco (Child-Pugh C ou B com sangramento ativo). Ele não é indicado como primeira abordagem terapêutica de um paciente que acaba de dar entrada no serviço de urgência.

Questão 16

O quadro clínico descrito é clássico de apendicite aguda, a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico. O paciente apresenta a tríade clássica: dor migratória (iniciada no epigástrico e localizada no quadrante inferior direito - sinal de Murphy), anorexia e febre, além de sinais de irritação peritoneal (sinal de Blumberg positivo) e resposta inflamatória sistêmica (leucocitose com desvio à esquerda).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a tomografia computadorizada (TC) de abdome seja o padrão-ouro para o diagnóstico de apendicite em adultos devido à sua alta sensibilidade e especificidade, em casos com apresentação clínica muito clara e "de

livro", como este, o diagnóstico pode ser firmado apenas clinicamente. Em provas de residência, quando o quadro é clássico em homens ou pacientes que não estão nos extremos de idade, a conduta frequentemente direcionada é a cirurgia imediata, sem necessidade de atrasar o tratamento com exames de imagem confirmatórios.

b) Correta. O paciente apresenta uma pontuação alta em escores clínicos (como o de Alvarado), indicando alta probabilidade de apendicite aguda. Uma vez firmado o diagnóstico, o tratamento de escolha é a apendicectomia. A via laparoscópica é preferencial por estar associada a menor dor pós-operatória, menor taxa de infecção de ferida operatória e retorno mais rápido às atividades, especialmente em pacientes obesos ou quando há dúvida diagnóstica.

c) Incorreta. A antibioticoterapia isolada e observação (manejo não operatório) podem ser discutidas em protocolos muito específicos e selecionados, mas não são a conduta padrão para um quadro inicial de 12 horas com sinais claros de irritação peritoneal. A conduta expectante em um caso com Blumberg positivo aumenta significativamente o risco de perfuração e peritonite generalizada.

d) Incorreta. Esta conduta é perigosa e contraindicada. Diante de um quadro de abdome agudo inflamatório com sinais de irritação peritoneal, a alta hospitalar sem o tratamento definitivo (cirurgia) pode levar a complicações graves, como sepse e óbito. O controle da dor deve ser feito, mas nunca como medida isolada para permitir a alta de um paciente com abdome cirúrgico.

Questão 17

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta sinais claros de hipertensão arterial secundária. Os indícios são a refratariedade do quadro, a presença de lesão de órgão-alvo (hipertrofia de ventrículo esquerdo) e, fundamentalmente, o perfil laboratorial de aldosterona elevada com renina suprimida. Essa combinação indica que a aldosterona está sendo produzida de forma autônoma pela glândula adrenal, o que gera um feedback negativo que suprime a produção de renina pelo rim. Este é o marcador bioquímico clássico do Hiperaldosteronismo Primário (HAP).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A hipertensão essencial é um diagnóstico de exclusão. Diante de uma paciente jovem com hipertensão resistente e exames laboratoriais alterados (aldosterona alta e renina baixa), é obrigatória a investigação de causas secundárias, não podendo ser classificada apenas como essencial.

Alternativa b) Incorreta. O feocromocitoma também é uma causa de hipertensão secundária e pode cursar com cefaleia intensa. Entretanto, o feocromocitoma deriva da medula adrenal (produção de catecolaminas), enquanto o perfil laboratorial descrito na questão aponta especificamente para um distúrbio do córtex adrenal (mineralocorticoides). A investigação de feocromocitoma envolveria a dosagem de metanefrinas e catecolaminas.

Alternativa c) Correta. Os achados laboratoriais são patognomônicos para o rastreio de Hiperaldosteronismo Primário. Uma vez detectada a elevação da relação aldosterona/renina, o próximo passo é a confirmação (por testes de supressão, se necessário) e a realização de exames de imagem, como a tomografia computadorizada de adrenais. O objetivo é diferenciar entre as duas principais etiologias: o Adenoma Adrenal Unilateral (Síndrome de Conn) e a Hiperplasia Adrenal Bilateral (Idiopática).

Alternativa d) Incorreta. O manejo da hipertensão no HAP é específico. Se a causa for hiperplasia bilateral, utilizam-se antagonistas dos receptores mineralocorticoides, como a espironolactona. Se for um adenoma unilateral, o tratamento definitivo é a cirurgia (adrenalectomia). Diuréticos tiazídicos comuns não são a base do tratamento para esta patologia específica.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 18

O Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (STEMI) é uma emergência médica definida pela oclusão total de uma artéria coronária por um trombo. A interrupção súbita do fluxo sanguíneo leva à necrose progressiva das células cardíacas (miócitos), o que torna a restauração do fluxo a prioridade absoluta para salvar o tecido miocárdico.

Alternativa A - CORRETA: A terapia de reperfusão imediata é o pilar fundamental do tratamento do STEMI. Seja através da Angioplastia Primária (padrão-ouro) ou da Trombólise (quando a angioplastia não está disponível no tempo recomendado), o objetivo central é desobstruir a artéria e restaurar a oxigenação do músculo cardíaco o mais rápido possível. Esta é a intervenção que comprovadamente reduz a mortalidade, pois limita o tamanho do infarto e previne complicações como insuficiência cardíaca grave e arritmias fatais.

Alternativa B - INCORRETA: O nitrato sublingual atua como um potente vasodilatador e é excelente para o alívio sintomático da dor torácica anginosa, pois reduz a

pré-carga cardíaca. No entanto, ele não tem a capacidade de desfazer o trombo que está obstruindo a artéria; portanto, seu uso isolado não altera o desfecho clínico nem reduz a mortalidade no STEMI.

Alternativa C - INCORRETA: O controle ambulatorial da pressão arterial faz parte da prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares a longo prazo. Diante de um paciente com infarto agudo em curso, o manejo ambulatorial de fatores de risco é irrelevante para a sobrevivência imediata, que depende de intervenções hospitalares de emergência.

Alternativa D - INCORRETA: Os betabloqueadores auxiliam na redução do consumo de oxigênio pelo coração e podem ser benéficos na fase estável do infarto. Contudo, sua administração isolada não trata a causa do problema (a obstrução mecânica do vaso) e, se administrados precocemente em pacientes com risco de choque cardiogênico, podem até aumentar a mortalidade. Eles não substituem a necessidade de reperfusão.

Em resumo: No STEMI, a máxima "tempo é músculo" guia a conduta médica. A rapidez em abrir o vaso culpado através da reperfusão é o fator determinante para a redução da mortalidade.

Questão 19

A abordagem das exacerbações da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um tema frequente em provas e essencial na prática clínica. O objetivo principal no tratamento agudo é reverter a obstrução brônquica e garantir uma oxigenação segura sem causar complicações ventilatórias.

Explicação detalhada das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Em pacientes com DPOC, o fornecimento excessivo de oxigênio para atingir saturações elevadas (acima de 98%) é perigoso. O excesso de oxigênio pode causar hipercapnia (aumento do CO₂ no sangue) por meio da diminuição do estímulo respiratório (que, nesses pacientes, muitas vezes depende da hipóxia), da alteração na relação ventilação-perfusão e do efeito Haldane. Isso pode levar à acidose respiratória grave e ao coma.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta padrão. O uso de broncodilatadores de curta duração (beta-2-agonistas como o salbutamol, associados ou não a anticolinérgicos como o ipratrópio) é a base para reduzir a obstrução das vias aéreas e o trabalho respiratório. A oxigenoterapia deve ser sempre controlada, com o objetivo de manter a saturação entre 88-92%, o que garante a oferta de oxigênio aos tecidos sem o risco

de depressão respiratória e retenção de CO₂.

Alternativa (c) Incorreta: O tratamento de uma exacerbação grave com hipoxemia deve ser imediato. A solicitação de exames de imagem, como a tomografia, não deve retardar o início da oxigenoterapia e dos broncodilatadores. Embora a radiografia de tórax seja útil para excluir diagnósticos diferenciais (como pneumonia ou pneumotórax), a tomografia não é um exame de rotina inicial na exacerbação.

Alternativa (d) Incorreta: Embora os antibióticos tenham papel fundamental quando há sinais de infecção bacteriana (aumento da purulência do escarro, aumento do volume do escarro e aumento da dispneia), eles nunca devem ser usados de forma exclusiva. O manejo da insuficiência respiratória e da obstrução brônquica com oxigênio e broncodilatadores é a prioridade inicial absoluta.

Questão 20

CONCEITO PRINCIPAL:

A hipercalemia grave (geralmente definida como potássio acima de 6,5 mEq/L) ou a presença de qualquer nível de potássio elevado associado a alterações eletrocardiográficas (como ondas T apiculadas, achatamento de onda P ou alargamento do complexo QRS) constitui uma emergência médica. O risco iminente é a ocorrência de arritmias ventriculares fatais e assistolia. O tratamento é dividido em três pilares: estabilização da membrana miocárdica, redistribuição do potássio para o meio intracelular e eliminação do excesso de potássio do organismo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) Incorreta: A hidratação oral é lenta e ineficaz para o tratamento de uma emergência eletrolítica. Além de não estabilizar o coração, não promove a queda rápida dos níveis de potássio e pode ser contraindicada se o paciente apresentar insuficiência renal ou edema agudo de pulmão.

Alternativa (b) Incorreta: O manitol é um diurético osmótico que não tem papel na estabilização cardíaca. Pelo contrário, o uso de soluções hipertônicas como o manitol pode, inicialmente, causar a saída de água e potássio de dentro das células para o sangue (por arraste solvente), o que poderia piorar temporariamente a hipercalemia antes de promover qualquer excreção urinária.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta inicial e imediata. O cálcio (administrado como gluconato de cálcio 10% ou cloreto de cálcio) atua antagonizando os efeitos do potássio no potencial de repouso da membrana celular dos cardiomiócitos. Ele "estabiliza" o coração contra arritmias sem alterar a concentração de potássio no

sangue. O efeito é quase imediato (1 a 3 minutos), garantindo segurança para que as medidas subsequentes de redução da potassemia sejam iniciadas.

Alternativa (d) Incorreta: As resinas de troca (como o poliestirenosulfonato de cálcio) atuam no intestino promovendo a troca de íons e a eliminação de potássio pelas fezes. O grande problema é que seu início de ação é muito lento, levando várias horas para surtir efeito. Em um paciente com alterações no eletrocardiograma, esperar a ação das resinas isoladamente seria fatal, pois elas não oferecem proteção cardíaca imediata.

RESUMO:

Sempre que houver hipercalemia com repercussão no eletrocardiograma, a primeira ação deve ser a proteção do miocárdio com cálcio intravenoso. Apenas após essa medida deve-se prosseguir com as medidas de mudança de compartimento (insulina com glicose, beta-2-agonistas) e medidas de eliminação (diuréticos de alça, resinas ou hemodiálise).

Questão 21

A base do tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER) consiste no bloqueio de sistemas neuro-hormonais (Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona e Sistema Nervoso Simpático) para reduzir o remodelamento cardíaco e a mortalidade.

Alternativa A: Incorreta. O uso de nitrato isolado, especialmente na forma sublingual, é indicado para o alívio imediato de episódios anginosos ou para o manejo de congestão aguda (redução de pré-carga). No entanto, não possui efeito comprovado na redução da mortalidade a longo prazo na ICFER. O benefício em sobrevivência só é observado quando o nitrato (na forma de dinitrato de isossorbida) é associado à hidralazina em grupos específicos (como pacientes negros ou pacientes que não toleram IECA/BRA).

Alternativa B: Incorreta. Os diuréticos de alça, como a furosemida, são excelentes para o controle volêmico e o alívio de sintomas congestivos, como dispneia e edema. Contudo, apesar de fundamentais para melhorar a qualidade de vida e reduzir hospitalizações por descompensação, eles não demonstraram, em ensaios clínicos, a capacidade de reduzir a mortalidade ou alterar a história natural da doença.

Alternativa C: Incorreta. Esta alternativa é imprecisa e funciona como uma "pegadinha". Embora os betabloqueadores sejam fundamentais para reduzir a mortalidade na ICFER, nem todo betabloqueador seletivo possui essa evidência. O atenolol, por exemplo, é um bloqueador beta-1 seletivo que não possui benefício

comprovado em sobrevida na insuficiência cardíaca. Além disso, o carvedilol, um dos principais medicamentos para ICFeR com redução de mortalidade, é um betabloqueador não seletivo. Os únicos betabloqueadores com evidência robusta de redução de mortalidade são: carvedilol, bisoprolol, succinato de metoprolol e nebivolol (este último em idosos).

Alternativa D: Correta. Os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) são considerados pilares históricos e essenciais no tratamento da ICFeR. Grandes ensaios clínicos clássicos, como o CONSENSUS e o SOLVD, comprovaram que esta classe de medicamentos reduz significativamente a mortalidade global e a frequência de hospitalizações, devendo ser prescrita para todos os pacientes com fração de ejeção reduzida que não apresentem contraindicações.

Questão 22

O diagnóstico laboratorial das disfunções tireoidianas baseia-se na avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide. Quando o TSH se encontra suprimido (abaixo do valor de referência, geralmente $< 0,1$ mUI/L), o médico deve diferenciar se o paciente apresenta um quadro de hipertireoidismo clínico (franco) ou subclínico.

Alternativa (c) - Correta: Para confirmar o diagnóstico de hipertireoidismo, é obrigatória a dosagem dos hormônios tireoidianos periféricos. A confirmação ocorre quando o TSH está suprimido e os níveis de T4 livre e/ou T3 (total ou livre) estão acima do limite superior da normalidade. A dosagem do T3 é essencial porque, em alguns casos iniciais ou em formas específicas da doença (como na T3-toxicose), apenas o T3 estará elevado, enquanto o T4 livre ainda pode estar dentro da faixa normal.

Alternativa (a) - Incorreta: O TSH é o exame inicial de rastreamento mais sensível. No entanto, sua dosagem isolada não permite distinguir o hipertireoidismo clínico (hormônios periféricos altos) do subclínico (hormônios periféricos normais). Além disso, o TSH pode estar baixo em outras situações, como no uso de certos medicamentos ou na síndrome do eutireoideo doente (pacientes graves em UTI).

Alternativa (b) - Incorreta: A ultrassonografia de tireoide é um exame de avaliação anatômica e não funcional. Ela é útil para determinar a causa do hipertireoidismo (como identificar um bócio multinodular ou avaliar a vascularização na Doença de Graves via Doppler), mas não serve para confirmar o diagnóstico bioquímico de excesso de hormônios circulantes.

Alternativa (d) - Incorreta: A Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) é utilizada para o estudo citológico de nódulos tireoidianos suspeitos de malignidade. Ela não

possui indicação no diagnóstico funcional de hiper- ou hipotireoidismo. Em casos de hipertireoidismo por nódulo autônomo (nódulo quente), a PAAF é geralmente desnecessária e até contraindicada, pois o excesso de função pode gerar atipias celulares que confundem o patologista.

Questão 23

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um quadro clássico de obstrução intestinal baixa (colônica). Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Idade avançada (65 anos) e perda de peso inexplicada (5 kg em quatro meses), que são sinais de alerta ("red flags") para neoplasia.
2. Mudança no hábito intestinal (constipação crônica) precedendo o quadro agudo.
3. Sinais de obstrução intestinal completa: dor, distensão abdominal, vômitos e ausência de eliminação de fezes e flatos (ausência de gás no reto ao raio X).
4. O raio X mostra distensão do cólon, confirmando que a obstrução é mecânica e localizada em um ponto distal do intestino grosso.

Em pacientes idosos com perda de peso e alteração do hábito intestinal, o adenocarcinoma de cólon é a principal hipótese diagnóstica para obstrução intestinal baixa.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. O íleo paralítico é uma alteração funcional (ausência de movimentos peristálticos), geralmente associada ao pós-operatório imediato, distúrbios hidroeletrólíticos ou uso de certas medicações. No íleo paralítico, costuma haver gás distribuído por todo o trato digestivo, incluindo o reto. Além disso, essa hipótese não explicaria a perda de peso progressiva e a constipação crônica relatadas.

Alternativa B: Correta. O carcinoma de cólon é a causa mais comum de obstrução do intestino grosso em adultos. O quadro de "obstipação que vira obstrução" associado a sinais constitucionais (emagrecimento) é patognomônico. O tratamento para uma obstrução mecânica por tumor envolve a estabilização do paciente e a intervenção cirúrgica para ressecção do segmento acometido, visando desobstruir o trânsito intestinal e tratar a neoplasia.

Alternativa C: Incorreta. A doença diverticular aguda (diverticulite) com perfuração costuma cursar com sinais de peritonite (dor intensa localizada ou difusa com descompressão dolorosa) e, frequentemente, pneumoperitônio (ar livre na cavidade

abdominal) ao raio X, e não apenas distensão colônica. Além disso, o tratamento de uma perfuração intestinal nunca seria exclusivamente clínico com antibióticos orais; casos complicados exigem cirurgia ou drenagem.

Alternativa D: Incorreta. O vólvulo de sigmoide é uma causa importante de obstrução colônica, mas o histórico de perda de peso e constipação crônica favorece mais o diagnóstico de câncer. Além disso, o tratamento do vólvulo envolve a descompressão por colonoscopia (se não houver isquemia) ou cirurgia. O uso de laxantes é formalmente contraindicado em qualquer quadro de obstrução intestinal mecânica, pois aumenta o risco de perfuração.

Questão 24

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O caso apresenta uma paciente idosa com histórico conhecido de fibrilação atrial (FA) e hipertensão, apresentando sintomas de fadiga e palpitações. O ponto-chave para a resolução da questão reside na descrição do eletrocardiograma (ECG): a presença de ondas atriais irregulares associada a intervalos RR desiguais (ritmo irregularmente irregular) e complexos QRS estreitos. Essa é a descrição clássica da fibrilação atrial.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A fibrilação atrial é caracterizada pela ausência de ondas P organizadas, que são substituídas por ondas de ativação atrial caóticas e rápidas (frequentemente chamadas de ondas f ou, em algumas descrições de provas, ondas F irregulares). Como a condução desses estímulos pelo nó atrioventricular ocorre de forma aleatória, os intervalos entre os batimentos ventriculares (intervalos RR) são sempre desiguais. O histórico de FA crônica da paciente corrobora o achado.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Flutter atrial com condução 2:1: No flutter atrial, as ondas F (em dente de serra) são rítmicas e regulares. Quando a condução é fixa (como no caso 2:1), o ritmo ventricular (intervalos RR) também é estritamente regular, o que contradiz o enunciado, que afirma serem intervalos RR desiguais.

b) Bloqueio atrioventricular de segundo grau tipo Mobitz II: Este bloqueio se caracteriza pela interrupção súbita da condução de uma onda P para o ventrículo, mas as ondas P que conseguem conduzir possuem um intervalo PR constante. O quadro descrito não apresenta ondas P organizadas, mas sim uma arritmia atrial completa.

d) Taquicardia supraventricular paroxística com QRS estreito: As taquicardias supraventriculares, como a reentrada nodal, são caracterizadas por um ritmo

cardíaco muito rápido e perfeitamente regular. A característica fundamental descrita no enunciado é a irregularidade dos intervalos RR, o que exclui essa hipótese.

Questão 25

Análise do caso:

O paciente apresenta um quadro clínico e eletrocardiográfico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST). A dor torácica típica iniciada há 40 minutos, associada ao achado de supra de ST nas derivações DII, DIII e aVF, caracteriza um infarto de parede inferior em fase hiperaguda. Em casos de IAMCSST, a prioridade absoluta é a restauração do fluxo sanguíneo na artéria coronária obstruída.

Alternativa a) Incorreta. O betabloqueador não é a medida de primeira linha no manejo agudo do infarto com supra de ST. Embora tenha papel no tratamento a longo prazo, seu uso intravenoso na fase aguda deve ser evitado, especialmente antes da estabilização clínica. No infarto de parede inferior, há um risco aumentado de bradicardia e bloqueios atrioventriculares, o que contraindica o uso agressivo dessa medicação inicialmente.

Alternativa b) Incorreta. O IAMCSST é uma emergência médica de alta gravidade. A estabilidade hemodinâmica inicial (PA 128x78 mmHg) não garante segurança, pois o paciente corre risco iminente de arritmias letais, choque cardiogênico e morte. A investigação ambulatorial é absolutamente contraindicada neste momento.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. Diante de um infarto com supra de ST dentro da janela terapêutica (menos de 12 horas de início dos sintomas), a prioridade é a reperfusão imediata. Isso deve ser feito preferencialmente por angioplastia primária (em até 90 a 120 minutos do contato médico) ou por trombólise química com fibrinolíticos, caso o serviço de hemodinâmica não esteja disponível no tempo adequado.

Alternativa d) Incorreta. A nitroglicerina é um nitrato utilizado para o alívio da dor e controle da pressão arterial, mas não trata a obstrução arterial e não substitui a necessidade de reperfusão. Além disso, em infartos de parede inferior, o uso de nitratos exige cautela extrema ou deve ser evitado até que se descarte o acometimento do ventrículo direito, pois a redução da pré-carga pode causar queda severa do débito cardíaco e hipotensão grave.

Questão 26

O caso clínico apresenta uma paciente de 55 anos, diabética, com quadro de síndrome nefrótica (caracterizada por proteinúria de 3,5 g/24h e edema) associada a um componente nefrítico (hematúria microscópica) e perda de função renal (creatinina de 1,6 mg/dL). Quando o enunciado solicita o método diagnóstico definitivo para caracterizar a lesão renal, ele busca o exame que forneça a análise histopatológica do tecido.

Alternativa a) Incorreta. A ultrassonografia renal é um exame de imagem fundamental na avaliação inicial de nefropatias para observar o tamanho dos rins, a ecogenicidade do parênquima, a diferenciação corticomedular e excluir obstruções urinárias. No entanto, ela não consegue visualizar alterações celulares ou glomerulares, sendo incapaz de definir o tipo de lesão histológica.

Alternativa b) Correta. A biópsia renal percutânea é o padrão-ouro para o diagnóstico de doenças glomerulares. Embora a nefropatia diabética seja uma causa comum de proteinúria em diabéticos, a presença de hematúria microscópica e a necessidade de caracterização definitiva da lesão tornam a biópsia indispensável. Ela permite diferenciar se a lesão é puramente decorrente do diabetes ou se há outra glomerulopatia primária ou secundária associada, fornecendo detalhes através da microscopia óptica, imunofluorescência e microscopia eletrônica.

Alternativa c) Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) com contraste não tem indicação para o diagnóstico de doenças do parênquima renal, como as glomerulopatias. Além disso, a paciente já apresenta creatinina elevada (1,6 mg/dL), o que aumenta significativamente o risco de nefropatia induzida por contraste iodado, tornando este exame contraindicado ou de alto risco neste cenário.

Alternativa d) Incorreta. A repetição da proteinúria de 24 horas serviria apenas para confirmar a persistência e a magnitude da perda proteica. É um exame laboratorial de quantificação e acompanhamento clínico, mas não oferece nenhuma informação sobre o tipo de alteração tecidual ou o diagnóstico etiológico definitivo da lesão renal.

Questão 27

O caso clínico apresenta um paciente com hipercalemia grave ($K^+ = 6,8$ mEq/L) e sinais de toxicidade eletrocardiográfica (ondas T apiculadas). Essa é uma emergência médica com risco iminente de arritmias fatais e parada cardiorrespiratória. O objetivo imediato não é reduzir o nível de potássio no sangue, mas sim proteger o coração.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A hidratação oral não tem papel no manejo agudo da hipercalemia grave. Em pacientes com insuficiência renal crônica, a sobrecarga hídrica pode, inclusive, piorar o quadro clínico, levando a edema agudo de pulmão. Além disso, a absorção é lenta e ineficaz para uma emergência.

Alternativa b) Incorreta. O manitol é um diurético osmótico e não é indicado para o tratamento da hipercalemia. Agentes osmóticos podem até causar uma saída de potássio do meio intracelular para o extracelular por arraste osmótico, o que poderia agravar temporariamente a hipercalemia.

Alternativa c) Incorreta. As resinas de troca (como o poliestirenosulfonato de cálcio ou sódio) atuam na eliminação do potássio pelo trato gastrointestinal. No entanto, seu início de ação é lento (horas a dias) e elas não possuem efeito protetor sobre o miocárdio. Portanto, nunca devem ser utilizadas de forma isolada em pacientes com alterações no ECG.

Alternativa d) Correta. Esta é a medida de maior prioridade. O gluconato de cálcio (ou cloreto de cálcio) atua estabilizando a membrana dos cardiomiócitos, antagonizando o efeito do potássio no potencial de repouso celular. Isso reduz o risco de arritmias graves, como fibrilação ventricular. O efeito é quase imediato (1 a 3 minutos), embora seja temporário (30 a 60 minutos), servindo como uma "ponte" enquanto outras medidas de redistribuição (insulina/glicose, beta-agonistas) ou eliminação (diuréticos, diálise) são providenciadas.

Resumo da conduta: Diante de hipercalemia com alteração no ECG, o primeiro passo é sempre a estabilização da membrana cardíaca com cálcio intravenoso.

Questão 28

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico apresentado (febre alta, cefaleia intensa e rigidez de nuca) compõe a tríade clássica de irritação meníngea. O exame do líquido cefalorraquidiano (líquor) reforça o diagnóstico de meningite bacteriana aguda ao apresentar:

1. Aspecto turvo: sugere alta concentração de células e proteínas (exsudato).
2. Neutrofilia: o predomínio de polimorfonucleares (neutrófilos) é característico de infecções bacterianas.
3. Hipoglicorraquia: a redução da glicose no líquido ocorre pelo consumo por parte das bactérias e das células inflamatórias.

Explicação das Alternativas:

Alternativa A (Correta): Diante de uma suspeita de meningite bacteriana, a agilidade no tratamento é o fator prognóstico mais importante. O início imediato da antibioticoterapia empírica (preferencialmente após a coleta do líquido, mas sem atrasos caso o procedimento demore) é a conduta padrão-ouro para reduzir a mortalidade e as sequelas neurológicas.

Alternativa B (Incorreta): O uso de corticoides (como a dexametasona) é recomendado em casos específicos de meningite bacteriana (especialmente por *Streptococcus pneumoniae* ou *Haemophilus influenzae*) para reduzir a resposta inflamatória, mas deve ser administrado junto ou minutos antes da primeira dose do antibiótico. Utilizá-lo de forma isolada não trata a causa infecciosa e é insuficiente.

Alternativa C (Incorreta): A hidratação venosa é uma medida de suporte importante para manter a estabilidade hemodinâmica, porém não combate o agente etiológico da doença. A meningite bacteriana é uma emergência infecciosa que exige tratamento direcionado com antimicrobianos.

Alternativa D (Incorreta): O resultado da cultura do líquido pode levar de 24 a 72 horas para ficar pronto. Aguardar esse tempo sem tratar o paciente com antibióticos seria fatal ou resultaria em danos neurológicos irreversíveis. O tratamento deve ser sempre iniciado de forma empírica baseando-se na epidemiologia e nos achados iniciais do líquido (citometria e bioquímica).

Questão 29

O quadro clínico descreve uma paciente jovem com sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria e polidipsia) associados a achados laboratoriais de hiperglicemia significativa (380 mg/dL) e presença de corpos cetônicos no sangue (cetonemia positiva). Essa combinação é a base para o diagnóstico de cetoacidose diabética.

Alternativa a) Incorreta. A insuficiência adrenal aguda manifesta-se tipicamente com hipotensão arterial, choque, dor abdominal, náuseas e vômitos. No perfil metabólico, o achado esperado é a hipoglicemia (devido à deficiência de cortisol) e não a hiperglicemia, além de distúrbios eletrolíticos como hiponatremia e hipercalemia.

Alternativa b) Incorreta. O estado ou síndrome hiperosmolar hiperglicêmico é uma complicação comum no diabetes tipo 2, caracterizado por níveis de glicose extremamente elevados (geralmente acima de 600 mg/dL) e alta osmolaridade sérica, mas com ausência ou mínima presença de cetose. O enunciado afirma explicitamente que a cetonemia é positiva, o que exclui esta alternativa.

Alternativa c) Incorreta. As sulfonilureias são fármacos secretagogos que estimulam a liberação de insulina pelas células beta do pâncreas. O efeito adverso mais comum e grave dessa classe medicamentosa é a hipoglicemia (glicemia baixa), o que é o oposto do valor de 380 mg/dL apresentado pela paciente.

Alternativa d) Correta. A cetoacidose diabética é definida pela tríade: hiperglicemia (em geral acima de 250 mg/dL), cetose (identificada por cetonemia ou cetonúria) e acidose metabólica (pH arterial abaixo de 7,3 ou bicarbonato abaixo de 18 mEq/L). A paciente apresenta os critérios de hiperglicemia e cetose, além da sintomatologia clínica típica, confirmando ser este o diagnóstico mais provável.

Questão 30

O quadro clínico descrito — composto por dispneia progressiva, ortopneia, edema de membros inferiores, presença de terceira bulha (B3) e turgência jugular — é uma apresentação clássica de Insuficiência Cardíaca (IC). A presença da B3 é um achado altamente específico de disfunção ventricular e sobrecarga de volume. Confirmada a suspeita clínica e evidenciada a cardiomegalia no raio X, o próximo passo fundamental é a avaliação funcional do coração.

Alternativa (a) Incorreta: O eletrocardiograma de repouso é um exame inicial essencial na investigação de IC, pois pode sugerir etiologias (como infarto prévio, arritmias ou sobrecargas de câmaras). No entanto, ele não fornece informações diretas ou precisas sobre a fração de ejeção (função sistólica) nem sobre os parâmetros de relaxamento e enchimento ventricular (função diastólica).

Alternativa (b) Correta: O ecocardiograma transtorácico é o exame de escolha e o padrão-ouro na rotina clínica para essa avaliação. Por meio do ultrassom e do Doppler, ele permite medir com precisão a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), avaliar a contratilidade segmentar, o tamanho das cavidades, a espessura das paredes e o funcionamento das válvulas. Além disso, é o principal método para graduar a função diastólica através da análise do fluxo mitral e do Doppler tecidual.

Alternativa (c) Incorreta: A radiografia de tórax, embora já realizada e tendo mostrado cardiomegalia, é um exame de imagem estático. Ela é excelente para avaliar a congestão pulmonar (como linhas B de Kerley e derrame pleural) e o aumento global da silhueta cardíaca, mas é incapaz de distinguir se a disfunção é sistólica ou diastólica.

Alternativa (d) Incorreta: A tomografia computadorizada de tórax é mais utilizada para avaliar o parênquima pulmonar, grandes vasos (como aorta e artérias

pulmonares) ou massas mediastinais. Apesar de existirem protocolos de tomografia cardíaca, eles são focados principalmente em anatomia coronariana ou massas, não sendo o exame de escolha para avaliação rotineira das funções sistólica e diastólica devido ao custo, ao uso de radiação e contraste e à menor disponibilidade em comparação ao ecocardiograma.

Questão 31

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma paciente jovem com plaquetopenia isolada ($25.000/\text{mm}^3$), manifestada por sangramento mucocutâneo (gengivorragia e petéquias), sem outras alterações no hemograma. Essa apresentação é clássica da Púrpura Trombocitopênica Imunológica (PTI). Na PTI, o sistema imunológico produz anticorpos contra as próprias plaquetas, levando à sua destruição no baço.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A observação sem tratamento imediato é uma conduta possível em adultos com PTI apenas se a contagem de plaquetas estiver acima de $30.000/\text{mm}^3$ e o paciente estiver assintomático. No caso descrito, a paciente apresenta sangramentos e contagem abaixo desse limite, o que exige intervenção terapêutica para reduzir o risco de hemorragias graves.

Alternativa b) Incorreta. Não há qualquer indicação de processo infeccioso bacteriano ou necessidade de profilaxia antibiótica neste cenário. A fisiopatologia da doença é autoimune, não infecciosa.

Alternativa c) Incorreta. A transfusão de plaquetas na PTI é evitada como conduta inicial. Como o mecanismo da doença é a destruição imunológica, as plaquetas transfundidas seriam rapidamente destruídas pelos anticorpos circulantes, resultando em um benefício muito curto ou inexistente. A transfusão é reservada apenas para casos de emergência com sangramentos graves que ameacem a vida (como hemorragia intracraniana).

Alternativa d) Correta. O uso de corticosteroides (como prednisona ou dexametasona) é o tratamento de primeira linha para a PTI. Eles atuam diminuindo a produção de autoanticorpos e reduzindo a remoção das plaquetas pelo sistema reticuloendotelial (baço). O objetivo é elevar a contagem de plaquetas para níveis seguros e controlar as manifestações hemorrágicas. Além dos corticoides, a imunoglobulina intravenosa pode ser associada se houver necessidade de uma elevação mais rápida das plaquetas.

Questão 32

Análise do quadro clínico:

O paciente de 28 anos apresenta um quadro clássico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), caracterizado por sintomas agudos (febre alta, tosse produtiva e dor torácica) associados a achados de exame de imagem (condensação lobar) e laboratoriais (leucocitose). O foco do tratamento da PAC é a introdução precoce de antibioticoterapia empírica.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O uso de corticosteroides isolados não tem papel no tratamento da pneumonia bacteriana. Embora possam ser usados como terapia adjuvante em casos muito graves de choque séptico, o tratamento mandatório é o antibiótico para combater o agente infeccioso.

Alternativa B: Incorreta. O início do tratamento antibiótico na pneumonia não deve ser retardado para a solicitação ou coleta de exames de cultura. O tratamento deve ser empírico e imediato. Além disso, para pacientes jovens e previamente hígidos, a realização de cultura de escarro geralmente não é necessária, pois o *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente e o tratamento empírico costuma ser eficaz.

Alternativa C: Correta. O diagnóstico é de pneumonia bacteriana. O pilar do tratamento é a antibioticoterapia empírica, iniciada o mais rapidamente possível após a suspeita clínica e confirmação radiológica. Embora a via de administração (oral ou intravenosa) possa variar conforme a gravidade (avaliada por escores como o CURB-65), a alternativa aponta corretamente para a necessidade do antibiótico empírico como a conduta adequada entre as opções listadas.

Alternativa D: Incorreta. A observação ambulatorial sem tratamento por 48 horas é contraindicada. A pneumonia é uma doença potencialmente grave que requer intervenção imediata. Postergar o início do antibiótico aumenta significativamente o risco de complicações, como insuficiência respiratória, sepse e empiema pleural.

Questão 33

Análise do Caso Clínico:

O paciente é um lactente de 10 meses que apresenta fatores de risco clássicos e achados laboratoriais típicos de anemia ferropriva. O principal fator etiológico identificado é a introdução precoce de leite de vaca integral (aos 4 meses), que possui baixa biodisponibilidade de ferro e pode causar micro-hemorragias no trato gastrointestinal imaturo. Os exames laboratoriais revelam uma anemia (Hb 8,7 g/dL) do tipo microcítica (VCM 68 fL, abaixo do valor de referência para a idade) com

aumento do RDW (anisocitose), que indica variação no tamanho das hemácias.

Análise das Alternativas:

a) Anemia ferropriva: Está correta. É a causa mais comum de anemia na infância. O quadro de palidez progressiva associado ao erro alimentar (leite de vaca) e ao hemograma com microcitose (baixo VCM) e anisocitose (RDW elevado) é o padrão-ouro para o diagnóstico presuntivo de deficiência de ferro. O RDW elevado é um dos primeiros marcadores a se alterar, diferenciando-a de outras anemias microcíticas, como as talassemias.

b) Anemia por doença crônica: Está incorreta. Embora possa cursar com microcitose em estágios avançados, geralmente é uma anemia normocítica e normocrômica. Além disso, o caso não descreve processos inflamatórios, infecciosos ou neoplásicos subjacentes, e o RDW costuma estar normal nessa condição.

c) Anemia hemolítica hereditária: Está incorreta. As anemias hemolíticas (como a esferocitose ou a anemia falciforme) costumam apresentar sinais de hemólise, como icterícia, esplenomegalia e reticulocitose (anemia regenerativa), com VCM normal ou aumentado. No caso da talassemia menor, que é microcítica, o RDW geralmente permanece dentro da normalidade e não há o fator de confusão alimentar tão evidente quanto na ferropenia.

d) Anemia megaloblástica: Está incorreta. A anemia megaloblástica, decorrente da deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico, caracteriza-se obrigatoriamente por ser uma anemia macrocítica, ou seja, com VCM elevado (hemácias grandes), o que contradiz o valor de 68 fL apresentado pelo paciente.

Questão 34

Análise do Caso:

O paciente apresenta um quadro típico de anemia ferropriva, a causa mais comum de anemia na infância. Os pontos-chave para o diagnóstico são a idade (lactente), a história alimentar (uso de leite de vaca integral desde os 4 meses, que possui baixa biodisponibilidade de ferro e pode causar micro-hemorragias intestinais) e os achados laboratoriais: hemoglobina baixa (8,7 g/dL), microcitose (VCM de 68 fL) e anisocitose (RDW aumentado).

Alternativa a) Incorreta. A transfusão de concentrado de hemácias é indicada apenas em casos de anemia grave (geralmente Hb menor que 7 g/dL) ou quando há sinais de instabilidade hemodinâmica e insuficiência cardíaca (como dispneia ou taquicardia extrema). O lactente está clínica e hemodinamicamente estável e ativo.

Alternativa b) Incorreta. A suplementação de ácido fólico é o tratamento para anemia megaloblástica, que se caracteriza por macrocitose (VCM elevado). O quadro do paciente é de microcitose (VCM baixo), o que aponta para deficiência de ferro.

Alternativa c) Correta. A conduta inicial para anemia ferropriva confirmada por erro alimentar é a reposição de ferro por via oral em dose terapêutica (geralmente de 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar), associada à orientação nutricional para correção da dieta, como a suspensão do leite de vaca integral.

Alternativa d) Incorreta. Investigações de causas genéticas, como talassemias, são passos secundários. Elas são consideradas se não houver resposta adequada ao tratamento com ferro ou se os índices hematimétricos sugerirem fortemente essas condições (como microcitose importante com RDW normal), o que não condiz com a história clínica de erro alimentar e RDW elevado deste paciente.

Questão 35

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de anemia ferropriva, a causa mais comum de anemia na infância. Os dados que corroboram esse diagnóstico são: a idade (10 meses), a exposição precoce ao leite de vaca integral (desde os 4 meses), a palidez progressiva e os achados laboratoriais de anemia (Hb 8,7 g/dL), microcitose (VCM 68 fL) e anisocitose (RDW aumentado). O leite de vaca integral é pobre em ferro, tem baixa biodisponibilidade deste mineral e pode causar micro-hemorragias na mucosa intestinal, agravando a depleção de ferro.

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A introdução de leite de vaca integral antes dos 12 meses de vida é um dos principais fatores de risco para anemia ferropriva. O recomendado é o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e a manutenção do leite materno ou uso de fórmulas infantis adequadas até pelo menos 1 ano de idade.

Alternativa B: Correta. Esta é a estratégia fundamental para a prevenção. Após os 6 meses, as reservas de ferro do lactente (acumuladas durante a gestação) começam a se esgotar, tornando necessária a ingestão de alimentos complementares ricos em ferro (como carnes e leguminosas). Além disso, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação profilática de ferro elementar para lactentes, visando garantir o aporte necessário para o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor.

Alternativa C: Incorreta. A carne é a melhor fonte de ferro heme, que é a forma de

ferro mais facilmente absorvida pelo corpo humano. A restrição de carnes na dieta da criança aumenta drasticamente o risco de anemia ferropriva e outras deficiências nutricionais.

Alternativa D: Incorreta. As frutas cítricas são ricas em vitamina C (ácido ascórbico), que atua como um potente facilitador da absorção do ferro não-heme (encontrado em vegetais e leguminosas). Portanto, a recomendação correta é incentivar o consumo de frutas cítricas logo após as principais refeições para otimizar a absorção do ferro.

Questão 36

O princípio fundamental do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no Brasil é que dose dada é dose contada. Isso significa que, independentemente do tempo de atraso entre as doses, o esquema vacinal nunca deve ser reiniciado, apenas completado de onde parou.

Para a vacina DTP (difteria, tétano e pertussis), o esquema básico preconizado consiste em três doses iniciais (comumente aplicadas aos 2, 4 e 6 meses de vida como parte da vacina pentavalente), seguidas de dois reforços (preferencialmente aos 15 meses e aos 4 anos de idade).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Reiniciar o esquema é uma conduta tecnicamente errada e desnecessária, pois o organismo mantém a memória imunológica das doses aplicadas anteriormente, mesmo que o intervalo tenha sido muito superior ao recomendado.

b) Incorreta. Com apenas duas doses, a criança ainda não atingiu o patamar de proteção do esquema primário de imunização. Apenas um reforço não substitui a necessidade de completar as três doses básicas mais os reforços necessários para a manutenção da imunidade a longo prazo.

c) Incorreta. A vacina dT (dupla tipo adulto, sem o componente da coqueluche) é indicada para crianças a partir de 7 anos de idade que não foram vacinadas ou que precisam de reforços. Aos 5 anos, a criança ainda deve receber o componente pertussis (coqueluche); por isso, a DTP continua sendo a vacina de escolha.

d) Correta. Esta é a conduta que segue as normas do PNI. Deve-se aplicar a terceira dose para finalizar o esquema primário e, posteriormente, programar os reforços respeitando os intervalos mínimos (geralmente 6 meses após a terceira dose para o

primeiro reforço). Como a criança tem 5 anos, ela deve completar o esquema para garantir a proteção efetiva contra as três doenças.

Questão 37

Esta é uma questão clássica sobre Puberdade Precoce Central (PPC). Para resolver casos clínicos de desenvolvimento puberal em meninas, devemos analisar a idade de início, o ritmo de progressão e os critérios bioquímicos.

Análise do quadro clínico e laboratorial:

1. Idade de início: A paciente tem 6 anos e 4 meses. A puberdade é considerada precoce em meninas quando se inicia antes dos 8 anos de idade.
2. Sinais clínicos: Apresenta telarca (M2), que é o primeiro sinal de puberdade, além de aceleração da velocidade de crescimento.
3. Idade óssea (IO): A IO está em 7 anos e 6 meses, apresentando um avanço superior a 1 ano em relação à idade cronológica. O avanço da idade óssea sugere exposição significativa a esteroides sexuais, o que pode comprometer a estatura final por fechamento precoce das epífises.
4. Teste de estímulo com GnRH: O pico de LH de 7,2 UI/L é o dado decisivo. Em crianças, um pico de LH pós-estímulo acima de 5,0 UI/L (ou entre 3,3 e 5,0, dependendo do ensaio) confirma a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, caracterizando a Puberdade Precoce Central.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Uma vez confirmado o diagnóstico de Puberdade Precoce Central (clínica + idade óssea avançada + LH elevado), o tratamento de escolha é o uso de análogos do GnRH de depósito (como o acetato de leuprolida). O objetivo é dessensibilizar a hipófise, interromper a progressão dos caracteres sexuais secundários, normalizar a velocidade de crescimento e preservar o potencial de estatura final da criança.

Alternativa b) Incorreta. A ultrassonografia pélvica pode auxiliar na avaliação do volume uterino e ovariano, mas não substitui a necessidade de tratamento. Suspende a investigação ou a conduta terapêutica diante de um diagnóstico de PPC confirmado levaria ao prejuízo estatural da paciente e à progressão precoce da menarca.

Alternativa c) Incorreta. O quadro não é uma variante do desenvolvimento normal (como a telarca precoce isolada). Na telarca precoce isolada, não há aceleração da velocidade de crescimento, a idade óssea é compatível com a idade cronológica e o teste de estímulo com GnRH revela um LH pré-puberal (baixo).

Alternativa d) Incorreta. Os antiestrogênios não são o tratamento de primeira linha para a Puberdade Precoce Central. O bloqueio deve ser feito no nível da hipófise, através dos análogos de GnRH, para interromper o estímulo central sobre as gônadas. Além disso, o foco não é apenas evitar a telarca, mas sim controlar todo o eixo hormonal e o avanço da idade óssea.

Questão 38

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um recém-nascido de três dias com cianose, sopro sistólico e hipoxemia (saturação de 82%). O achado radiológico de trama vascular pulmonar reduzida (oligemia pulmonar) é fundamental, pois indica que há pouco sangue chegando aos pulmões para ser oxigenado. Em um recém-nascido com obstrução grave ao fluxo pulmonar, a sobrevivência e a estabilização dependem da manutenção do canal arterial aberto, que permite a passagem de sangue da aorta para a artéria pulmonar, garantindo a hematose. Como o canal arterial tende a fechar fisiologicamente nos primeiros dias de vida, a piora dos sintomas nessa fase é um sinal clássico de cardiopatia congênita ducto-dependente.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A infusão de prostaglandina E1 (alprostadil) é a medida inicial de urgência e salvadora de vidas nesses casos. Ela atua relaxando a musculatura lisa do canal arterial, mantendo-o patente ou reabrindo-o. Isso permite que o sangue contorne a obstrução (seja ela uma atresia pulmonar ou estenose pulmonar crítica) e chegue aos pulmões para ser oxigenado, estabilizando a saturação e o quadro clínico até que uma intervenção cirúrgica ou por cateterismo seja realizada.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Administração de diuréticos: Os diuréticos são indicados em casos de congestão pulmonar (excesso de líquido nos pulmões), comuns em cardiopatias com hiperfluxo ou insuficiência cardíaca esquerda. No paciente em questão, o problema é o oposto: a trama vascular está reduzida (oligemia), indicando falta de sangue nos pulmões. O uso de diuréticos poderia reduzir a pré-carga e piorar o estado hemodinâmico.

b) Oxigenoterapia em alto fluxo como medida isolada: Em cardiopatias cianóticas ducto-dependentes, o oxigênio deve ser usado com extrema cautela. O oxigênio é um potente vasoconstritor do canal arterial. Se administrado em altas concentrações, pode acelerar o fechamento do canal, o que levaria à interrupção total do fluxo pulmonar e ao óbito do paciente. A prioridade é garantir a patência do canal, não apenas oferecer oxigênio.

d) Uso de inotrópicos para melhora da função sistólica: Embora inotrópicos possam ser usados em estados de choque cardiogênico, o problema primário aqui não é a falha na contratilidade do músculo cardíaco (o coração tem área cardíaca normal e não há sinais de falência de bomba), mas sim uma obstrução mecânica ao fluxo sanguíneo para os pulmões. O inotrópico não resolveria a hipoxemia causada pela obstrução ao fluxo pulmonar.

Questão 39

Diagnóstico e Raciocínio Clínico:

O caso descreve uma criança de cinco anos com um quadro de artrite crônica (duração de três meses) acometendo uma única articulação (joelho), caracterizada por claudicação matinal, dor discreta e sinais inflamatórios locais (calor e derrame), sem sintomas sistêmicos como febre. Esses achados são clássicos da Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), especificamente o subtipo oligoarticular (que acomete até quatro articulações nos primeiros seis meses de doença). O FAN (fator antinuclear) positivo em títulos baixos é um achado frequente nesse subtipo e serve como um marcador de risco para o desenvolvimento de uveíte anterior crônica assintomática, exigindo acompanhamento oftalmológico periódico.

Análise das Alternativas:

a) Correta. Para o tratamento inicial da Artrite Idiopática Juvenil oligoarticular, os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como o naproxeno, o ibuprofeno ou a indometacina, são considerados a primeira linha de terapia farmacológica para controle da dor e da inflamação. Em muitos protocolos, a infiltração intra-articular com corticoide (como a hexacetonida de triancinolona) também pode ser realizada precocemente para induzir a remissão.

b) Incorreta. A biópsia sinovial é um exame invasivo e não é necessária para o diagnóstico de AIJ. O diagnóstico de AIJ é essencialmente clínico e de exclusão. A biópsia seria reservada apenas para casos atípicos em que houvesse suspeita de neoplasias ou infecções granulomatosas (como tuberculose articular).

c) Incorreta. O uso de corticosteroides sistêmicos (via oral ou venosa) em doses plenas deve ser evitado na AIJ oligoarticular devido aos graves efeitos colaterais em crianças, como a supressão do crescimento, osteoporose e ganho de peso. Essa terapia é geralmente reservada para a AIJ de início sistêmico ou como terapia de ponte em casos poliarticulares graves e refratários.

d) Incorreta. Os agentes biológicos (como os anti-TNF: etanercepte, adalimumabe)

são medicações de segunda ou terceira linha. Eles são indicados apenas quando o paciente não apresenta resposta satisfatória ao tratamento inicial com AINEs, infiltrações articulares e drogas modificadoras do curso da doença (DMARDs) sintéticas, como o metotrexato. Não se inicia o tratamento com agentes biológicos em um quadro inicial e leve.

Questão 40

Para resolver esta questão, é necessário identificar que o paciente apresenta crises convulsivas recorrentes e não provocadas. A ausência de febre, a tomografia normal e o exame neurológico preservado entre os episódios direcionam o raciocínio para o diagnóstico de epilepsia e a necessidade de tratamento profilático.

Alternativa a: Incorreta. A alta sem medicação e o seguimento tardio são condutas inadequadas para um paciente que já apresentou recorrência de crises no mesmo dia. O risco de novos episódios é elevado, e a intervenção deve ser mais imediata para garantir a segurança da criança. Geralmente, a conduta expectante é reservada apenas para a primeira crise não provocada.

Alternativa b: Incorreta. Embora os benzodiazepínicos (como diazepam ou midazolam) sejam eficazes para interromper crises agudas no pronto-socorro, eles não são indicados para o tratamento de manutenção contínuo. Para o controle crônico, utilizam-se fármacos antiepilépticos específicos (como carbamazepina, valproato ou levetiracetam) que apresentam melhor perfil de tolerabilidade e eficácia a longo prazo, sem os riscos de sedação excessiva e tolerância associados aos benzodiazepínicos.

Alternativa c: Incorreta. A punção lombar não é um exame de rotina para todos os casos de crises repetidas. Ela deve ser solicitada apenas diante de suspeita clínica de infecção do sistema nervoso central, como meningite ou encefalite. No caso descrito, o paciente está afebril, recuperou a consciência plenamente e possui exame neurológico normal, o que torna esse procedimento invasivo desnecessário.

Alternativa d: Correta. Esta é a conduta padrão. O início do anticonvulsivante de manutenção está indicado após a ocorrência da segunda crise não provocada. A repetição do evento convulsivo sem um fator desencadeante agudo (como distúrbios metabólicos, intoxicações ou febre) define o risco aumentado de novas crises, justificando a introdução da terapia medicamentosa para estabilizar a atividade elétrica cerebral e prevenir morbidades.

Questão 41

O caso descreve um recém-nascido prematuro tardio com Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN), uma condição causada pelo atraso na reabsorção do líquido pulmonar fetal. O quadro clínico e o achado radiológico de hiperinsuflação pulmonar com presença de líquido nas fissuras (linhas fluidas) são patognomônicos dessa patologia, que é geralmente benigna e autolimitada.

Alternativa (a) Incorreta: A intubação orotraqueal e a ventilação mecânica invasiva são medidas de suporte avançado para casos de insuficiência respiratória grave ou falha em métodos não invasivos. O paciente em questão apresenta desconforto leve (retração subcostal leve) e saturação de 92% em ar ambiente, o que não justifica uma conduta tão agressiva.

Alternativa (b) Correta: O tratamento da TTRN é eminentemente de suporte. Como a doença costuma regredir espontaneamente em 24 a 72 horas, à medida que o líquido é absorvido pelos linfáticos e capilares pulmonares, a conduta correta é oferecer oxigenoterapia (via cateter ou Hood) ou suporte ventilatório não invasivo (como o CPAP) para reduzir o trabalho respiratório, mantendo vigilância clínica constante até a resolução do quadro.

Alternativa (c) Incorreta: Embora se deva evitar a sobrecarga hídrica, que poderia piorar o edema pulmonar, a restrição hídrica rigorosa não é considerada a terapia principal nem o foco do manejo da TTRN. O manejo hídrico deve ser cuidadoso e individualizado, visando à manutenção da estabilidade do RN.

Alternativa (d) Incorreta: A administração de surfactante exógeno é o tratamento de escolha para a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), também conhecida como Doença da Membrana Hialina. A SDR ocorre por deficiência de surfactante em prematuros, e sua imagem radiológica típica mostra pulmões hipoinsuflados com padrão de vidro fosco (infiltrado reticulogranular fino), o que é o oposto da hiperinsuflação vista na TTRN.

Questão 42

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO E LABORATORIAL

A paciente apresenta a tríade clássica de meningite: febre, cefaleia e sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca), acompanhados de vômitos. O exame do líquido cefalorraquidiano (líquor) é típico de uma meningite bacteriana aguda, apresentando:

1. Aspecto turvo (indicando presença de piócitos/bactérias).
2. Hiperproteiorraquia (220 mg/dL), refletindo o processo inflamatório e quebra da barreira hematoencefálica.

3. Hipoglicorraquia acentuada (28 mg/dL), sendo menor que 40% da glicemia capilar (95 mg/dL), o que sugere consumo de glicose pelas bactérias e leucócitos.
4. Predominância de neutrófilos, que é o padrão celular característico de infecções bacterianas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O padrão do líquido (glicose baixa e predominância de neutrófilos) aponta fortemente para etiologia bacteriana e não viral. Meningites virais costumam apresentar líquido claro, com glicose normal e predominância de linfócitos. O tratamento antiviral (como aciclovir) é reservado para casos de suspeita de meningoencefalite herpética, que geralmente cursa com alterações de comportamento e déficits focais, ausentes no caso.

Alternativa b) Incorreta. A meningite bacteriana é uma emergência médica com alta taxa de mortalidade e morbidade. Deixar o paciente apenas em observação com hidratação oral seria uma conduta negligente, pois a progressão da doença pode levar ao choque séptico, sequelas neurológicas permanentes ou óbito em poucas horas.

Alternativa c) Incorreta. Embora o uso de corticosteroides (como a dexametasona) seja recomendado em casos suspeitos de meningite por *Streptococcus pneumoniae* ou *Haemophilus influenzae*, ele deve ser administrado imediatamente antes ou junto com a primeira dose de antibiótico. Aguardar 24 horas para iniciar a antibioticoterapia é um erro grave, pois o atraso no tratamento antibiótico está diretamente relacionado ao pior prognóstico do paciente.

Alternativa d) Correta. Diante de um quadro clínico e laboratorial compatível com meningite bacteriana aguda, a conduta prioritária é o início imediato da antibioticoterapia empírica após a coleta do líquido (ou mesmo antes, caso a punção lombar fosse sofrer atraso significativo). O tratamento deve cobrir os principais agentes para a faixa etária, como o *Neisseria meningitidis* e o *Streptococcus pneumoniae*. A agilidade no início do antibiótico é o fator que mais influencia a sobrevivência e a redução de sequelas.

Questão 43

Comentário Médico:

O caso descreve um quadro clássico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA), que é o primeiro episódio de sibilância associado a sinais de infecção viral de vias aéreas superiores em lactentes (geralmente menores de 2 anos). O agente etiológico mais

comum é o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). A fisiopatologia da doença baseia-se na inflamação dos bronquíolos, com edema da mucosa, necrose do epitélio respiratório e acúmulo de débris celulares, gerando obstrução ao fluxo de ar.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: O tratamento da BVA é essencialmente de suporte, focado em garantir a hidratação, a nutrição e a oxigenação adequada do paciente. Como o lactente apresenta esforço respiratório (tiragens) e uma saturação de oxigênio no limite inferior (92%), a monitorização e a oferta de oxigênio suplementar são indicadas. Embora as diretrizes variem levemente sobre o ponto de corte exato (algumas citam <90%, outras <92%), a conduta de suporte respiratório é a única correta entre as opções apresentadas para o manejo inicial.

Alternativa (b) INCORRETA: A BVA é uma doença de etiologia viral. O uso de antibióticos não está indicado de rotina, devendo ser reservado apenas para casos com evidência clara de infecção bacteriana secundária (como pneumonia bacteriana ou otite média aguda), o que não é o caso descrito.

Alternativa (c) INCORRETA: O uso de corticosteroides, sejam eles sistêmicos ou inalatórios, não demonstrou benefício no tratamento da BVA. Como a obstrução não é causada por broncoespasmo mediado por inflamação responsiva a corticoide (como na asma), mas sim por edema e detritos celulares, esses medicamentos não reduzem a taxa de internação nem a duração da doença.

Alternativa (d) INCORRETA: O uso de broncodilatadores (como o salbutamol) de rotina não é recomendado pelas principais diretrizes nacionais e internacionais (SBP e AAP). A fisiopatologia da BVA não envolve primariamente o broncoespasmo da musculatura lisa. Embora alguns protocolos permitam uma prova terapêutica em casos selecionados, a conduta "de rotina" é proscrita por não apresentar impacto clínico significativo na evolução do quadro.

Questão 44

Análise do quadro clínico:

O paciente de sete meses apresenta o quadro clássico de bronquiolite viral aguda (BVA). Trata-se do primeiro episódio de sibilância em um lactente jovem, precedido por sintomas gripais e evoluindo com sinais de desconforto respiratório (taquipneia e tiragens) e queda na saturação de oxigênio. O principal agente etiológico é o Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora o edema de via aérea e a produção de muco façam parte do processo inflamatório da bronquiolite, eles não são os elementos centrais ou mais específicos que explicam a gravidade da obstrução nesta patologia.

Alternativa B: Correta. A fisiopatologia da bronquiolite viral aguda é caracterizada pela infecção do epitélio respiratório das pequenas vias aéreas, resultando em necrose celular e destruição dos cílios. Esse processo gera detritos (debris inflamatórios) que, em conjunto com o muco e a fibrina, formam tampões luminiais. Como os bronquíolos dos lactentes são muito estreitos, esses tampões causam obstrução distal significativa. Quando a obstrução é total, ocorre a reabsorção do ar e o conseqüente colapso alveolar (atelectasia). Quando é parcial, ocorre aprisionamento de ar e hiperinsuflação pulmonar por um mecanismo de válvula.

Alternativa C: Incorreta. O broncoespasmo (contração da musculatura lisa) é o mecanismo fisiopatológico predominante na asma. Na bronquiolite, a obstrução é predominantemente mecânica (edema, debris e muco). Além disso, lactentes jovens possuem musculatura lisa brônquica pouco desenvolvida, o que justifica a baixa resposta aos broncodilatadores nessa condição.

Alternativa D: Incorreta. A formação de granulomas bronquiolares é um processo histopatológico associado a doenças inflamatórias crônicas, como a tuberculose ou a sarcoidose, ou a condições como a bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP). Não é um achado da bronquiolite viral aguda, que é um processo infeccioso agudo e autolimitado.

Gabarito: Letra B.

Questão 45

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso descreve um lactente de sete meses com quadro típico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA). Os sinais apresentados, como taquipneia (FR de 58 irpm), hipoxemia relativa (SpO₂ de 92%) e tiragens intercostais, classificam o quadro como moderado a grave. Em lactentes com esse perfil de esforço respiratório, a vigilância deve ser direcionada para a detecção precoce da falência respiratória.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A exaustão respiratória é o principal risco para lactentes com bronquiolite moderada a grave. O paciente está utilizando musculatura acessória de forma persistente para

vencer a obstrução das vias aéreas inferiores (causada por edema, muco e debris celulares). Como a musculatura respiratória do lactente é imatura e possui poucas reservas de glicogênio, o esforço prolongado leva inevitavelmente à fadiga (exaustão). Quando o paciente para de conseguir compensar a obstrução, ocorre a insuficiência respiratória, exigindo suporte ventilatório imediato, como o uso de CPAP ou intubação orotraqueal.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

A) Embora a apneia seja uma complicação temida na bronquiolite, ela é muito mais comum em recém-nascidos, prematuros e lactentes muito jovens (geralmente menores de 2 ou 3 meses). Para um lactente de 7 meses com sinais evidentes de desconforto respiratório, a progressão para exaustão por esforço é a preocupação clínica mais imediata.

B) A queda na aceitação alimentar pode causar desidratação, mas a alteração hidroeletrólítica principal a ser vigiada na bronquiolite grave é, na verdade, a hiponatremia. Isso ocorre devido ao risco de síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH) ou pelo uso de líquidos hipotônicos. A hipernatremia não é a complicação principal.

C) O pneumotórax espontâneo é uma complicação mecânica rara na bronquiolite. Ele pode ocorrer em casos de aprisionamento aéreo grave ou como complicação de ventilação mecânica (barotrauma), mas não é um evento esperado ou a principal prioridade de vigilância na evolução clínica padrão da doença.

Portanto, a alternativa D é a correta, pois foca na progressão fisiopatológica mais comum e perigosa em lactentes maiores com esforço respiratório moderado/grave.

Questão 46

O caso clínico descreve uma criança de três anos com quadro de diarreia aguda e vômitos ocasionais, mas que se apresenta clinicamente hidratada (mucosas úmidas, sinais vitais dentro da normalidade para a idade e boa perfusão). Segundo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde para o manejo da doença diarreica aguda, este paciente se enquadra no Plano A de tratamento.

Alternativa A: Incorreta. A reposição venosa rápida com solução isotônica está indicada apenas no Plano C, destinado a pacientes com desidratação grave ou sinais de choque hipovolêmico. O paciente do enunciado está hidratado e mantém aceitação oral, o que contraindica a via parenteral como primeira escolha.

Alternativa B: Correta. O Plano A é a conduta inicial para crianças com diarreia que não apresentam sinais de desidratação. O objetivo é prevenir a desidratação no domicílio por meio do aumento da oferta de líquidos, manutenção da alimentação habitual e uso da terapia de reidratação oral (TRO) com sais de reidratação após cada evacuação líquida. Além disso, recomenda-se a suplementação de zinco.

Alternativa C: Incorreta. O uso de antibióticos não é indicado de forma rotineira na diarreia aguda pediátrica, que em sua maioria tem etiologia viral. O conceito de "prevenção de disbiose" com antibióticos é clinicamente equivocado, uma vez que esses medicamentos podem, na verdade, causar ou agravar o desequilíbrio da microbiota intestinal. Antibióticos são reservados para casos específicos, como disenteria (sangue nas fezes) com comprometimento do estado geral ou suspeita de cólera.

Alternativa D: Incorreta. O uso de antidiarreicos (como a loperamida) é formalmente contraindicado em crianças. Essas substâncias inibem a motilidade intestinal, o que pode mascarar perdas volêmicas (retenção de líquido no lúmen intestinal), retardar a eliminação de agentes infecciosos e causar efeitos colaterais graves, como íleo paralítico e megacólon tóxico.

Questão 47

A questão aborda a conduta diagnóstica na Doença Diarreica Aguda (DDA) em pediatria. Na imensa maioria dos casos, a diarreia infantil é de etiologia viral, tem caráter autolimitado e o diagnóstico é estritamente clínico, não havendo necessidade de exames complementares. O foco do tratamento é a prevenção ou correção da desidratação. A investigação laboratorial fica reservada apenas para situações específicas nas quais os resultados podem mudar a conduta terapêutica ou sinalizar gravidade.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A maioria das diarreias agudas dura mais de 24 horas e, ainda assim, não requer exames. Estabelecer esse prazo como critério para investigação sobrecarregaria o sistema de saúde e submeteria a criança a procedimentos desnecessários, visto que o manejo inicial é baseado no estado de hidratação, e não no agente etiológico.

Alternativa (b) Incorreta: A diarreia líquida sem sangue é a apresentação mais comum das infecções virais (como por rotavírus ou norovírus). Nesses casos, o tratamento é apenas suporte e reidratação oral, sendo a investigação laboratorial

dispensável.

Alternativa (c) Correta: Esta é a principal indicação. Casos de desidratação moderada a grave (Planos B ou C do Ministério da Saúde) podem exigir monitoramento de eletrólitos (sódio, potássio) e função renal, especialmente se houver necessidade de hidratação venosa. Já a presença de disenteria (sangue e muco nas fezes) sugere uma etiologia bacteriana invasiva, o que pode demandar a realização de coprocultura para guiar uma eventual antibioticoterapia, caso seja indicada.

Alternativa (d) Incorreta: Se a diarreia é classificada como viral e autolimitada, a própria definição indica que o quadro se resolverá espontaneamente. Realizar exames nesses casos não altera o prognóstico nem a conduta médica, gerando custos e desconforto desnecessários para o paciente.

Em resumo, para o paciente do caso, que se encontra hidratado e sem sinais de alerta, a conduta correta é o Plano A (tratamento domiciliar), sem necessidade de qualquer investigação laboratorial imediata.

Questão 48

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um recém-nascido (RN) a termo, com 72 horas de vida, apresentando icterícia com níveis de bilirrubina total (BT) de 11 mg/dL e bilirrubina direta (BD) de 0,4 mg/dL. O quadro clínico é de bom estado geral e sem sinais de alerta.

1. Classificação da Icterícia: Como a BD é menor que 1,0 mg/dL, estamos diante de uma hiperbilirrubinemia indireta. O início após as primeiras 24 horas de vida em um RN a termo e saudável sugere fortemente icterícia fisiológica.
2. Zonas de Kramer: A icterícia visível até o abdome corresponde aproximadamente às zonas II ou III de Kramer (tronco e abdome), o que se correlaciona clinicamente com níveis de bilirrubina entre 9 e 12 mg/dL, sendo compatível com o resultado laboratorial.
3. Critérios de Intervenção: De acordo com as curvas de acompanhamento (como o nomograma de Bhutani ou as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria), um nível de 11 mg/dL aos 3 dias de vida para um RN a termo e sem fatores de risco está bem abaixo do limiar para fototerapia.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A conduta correta é expectante. Deve-se incentivar a manutenção do aleitamento materno exclusivo e realizar o acompanhamento clínico em 24 a 48 horas para garantir que os níveis de bilirrubina não ultrapassem os limites de segurança e que o

RN continue ganhando peso e mantendo-se hidratado.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ INCORRETA?

A interrupção do aleitamento materno é contraindicada. Mesmo na suspeita de "icterícia do leite materno" (que ocorre mais tardiamente) ou "icterícia pelo aleitamento" (por baixa ingestão), a conduta é otimizar a técnica da amamentação e aumentar a frequência das mamadas; nunca se deve suspender o leite humano para substituí-lo por fórmula, exceto em casos raros e extremamente graves.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA?

A fototerapia só é indicada quando os níveis de bilirrubina atingem limiares específicos baseados na idade gestacional, horas de vida e fatores de risco. Para um RN a termo de 72 horas, o nível de corte para fototerapia geralmente situa-se acima de 15-18 mg/dL. Utilizar fototerapia com 11 mg/dL seria um tratamento excessivo (overtreatment).

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ INCORRETA?

A investigação de colestase (como a atresia de vias biliares) só é indicada quando há aumento da bilirrubina direta (geralmente BD > 1,0 mg/dL ou acima de 20% da BT). Neste caso, a BD está normal (0,4 mg/dL), descartando a necessidade de ultrassonografia ou investigação hepática no momento.

Questão 49

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

O Hormônio Antimülleriano (AMH) é uma glicoproteína produzida pelas células da granulosa dos folículos ovarianos que estão em crescimento inicial, especificamente os folículos pré-antrais e antrais pequenos (menores que 8 milímetros). Ele é considerado o melhor marcador endócrino da reserva ovariana.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: INCORRETA. O AMH não aumenta a ovulação nem estimula diretamente as gonadotrofinas (FSH e LH). Pelo contrário, ele exerce um papel de controle local, impedindo que o recrutamento folicular ocorra de forma desordenada ou excessiva.

Alternativa B: INCORRETA. O pico ovulatório de LH é desencadeado pelos níveis elevados de estradiol produzidos pelo folículo dominante, que exercem um feedback positivo sobre a hipófise. O AMH não participa da determinação ou amplificação do pico de LH.

Alternativa C: INCORRETA. O AMH atua diminuindo a sensibilidade dos folículos antrais ao FSH, e não aumentando. Esse mecanismo serve para proteger os folículos menores de serem recrutados precocemente ou de forma exagerada pelo FSH durante o ciclo. Na fase folicular tardia, a expressão de AMH diminui no folículo dominante para que ele possa se tornar mais sensível ao FSH e completar seu desenvolvimento.

Alternativa D: CORRETA. Esta é a principal função fisiológica do AMH no ovário adulto. Ele atua como um freio biológico, inibindo a transição dos folículos primordiais (que estão em repouso) para o estágio de folículos primários (que entram no pool de crescimento). Sem o AMH, a reserva ovariana seria consumida muito mais rapidamente. Além disso, ele modula o recrutamento cíclico ao reduzir a sensibilidade folicular ao FSH.

RESUMO PARA ESTUDO:

O AMH é fundamental na prática clínica porque seus níveis plasmáticos são proporcionais à quantidade de folículos pré-antrais e antrais pequenos presentes nos ovários. Por não ser produzido pelo folículo dominante e não depender diretamente do ciclo de gonadotrofinas, seus níveis permanecem relativamente constantes ao longo do ciclo menstrual, permitindo sua dosagem em qualquer fase do mês para avaliar a reserva ovariana.

Questão 50

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A ocitocina é um hormônio peptídico fundamental na fisiologia do parto, atuando como o principal agente estimulante da contratilidade uterina. Sua ação é mediada por receptores específicos cujas concentrações aumentam significativamente no miométrio ao final da gestação.

Alternativa a: Incorreta. A dilatação cervical não é um efeito direto da ocitocina isolado da atividade muscular. A dilatação ocorre como consequência das contrações do corpo uterino (que puxam as fibras do colo para cima) e da pressão exercida pela apresentação fetal contra a cérvix. Embora a ocitocina ajude nesse processo, ela o faz via contração miometrial.

Alternativa b: Incorreta. A ocitocina atua aumentando a disponibilidade e a utilização do cálcio pelas células musculares. Reduzir a sensibilidade ao cálcio ou sua concentração levaria ao relaxamento do útero, efeito contrário ao necessário para o trabalho de parto.

Alternativa c: Correta. O mecanismo de ação da ocitocina envolve sua ligação a receptores acoplados à proteína G no miométrio. Essa ligação ativa a fosfolipase C, que gera o trifosfato de inositol (IP3). O IP3 promove a liberação de cálcio armazenado no retículo sarcoplasmático. Simultaneamente, a ocitocina promove a abertura de canais de cálcio na membrana celular, aumentando a entrada de cálcio extracelular. O aumento do cálcio citossólico permite a formação do complexo cálcio-calmodulina, que ativa a quinase da cadeia leve da miosina, resultando na contração muscular.

Alternativa d: Incorreta. A ocitocina não inibe as prostaglandinas; pelo contrário, ela estimula a sua produção pela decídua e pelas membranas ovulares. As prostaglandinas (como a PGF2-alfa) potencializam o efeito contrátil e auxiliam na maturação do colo uterino, trabalhando em sinergia com a ocitocina.

Questão 51

A questão aborda as recomendações atuais para a assistência ao parto baseada em evidências científicas, focando na redução de intervenções desnecessárias e no respeito à fisiologia do nascimento.

Alternativa (a) CORRETA: Esta alternativa está em total consonância com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. No período expulsivo de baixo risco, deve-se encorajar a mulher a seguir seus próprios impulsos de puxo (puxos espontâneos), em vez de comandos externos. A proteção perineal (técnicas para reduzir o risco de lacerações) e o respeito ao tempo biológico de cada binômio são pilares da assistência humanizada e segura, desde que a monitoração da vitalidade fetal esteja normal.

Alternativa (b) INCORRETA: A manobra de Kristeller, que consiste na aplicação de pressão excessiva no fundo do útero, é considerada uma prática proscrita e não deve ser realizada. Ela não tem eficácia comprovada para acelerar o parto de forma segura e está associada a graves riscos, como rotura uterina, descolamento prematuro de placenta, traumas fetais e lacerações perineais graves.

Alternativa (c) INCORRETA: O puxo dirigido (manobra de Valsalva orientada pelo profissional, com apneia prolongada) não é recomendado como rotina. Estudos demonstram que o puxo dirigido pode prejudicar a oxigenação fetal devido à redução do retorno venoso materno e aumentar o risco de danos ao assoalho pélvico e exaustão materna, sem oferecer vantagens reais sobre o puxo espontâneo.

Alternativa (d) INCORRETA: A episiotomia sistemática (realizada em todos os partos

ou na maioria deles) é contraindicada. A evidência científica atual demonstra que o uso rotineiro da técnica não previne lacerações graves e pode, inclusive, causar danos que não ocorreriam de forma espontânea. A recomendação é o uso restrito ou seletivo, indicado apenas em situações específicas (como necessidade de parto instrumentalizado ou sinais de sofrimento fetal agudo em que o períneo é o impedimento para o nascimento rápido).

Questão 52

O caso clínico apresenta uma paciente jovem com a tríade clássica da endometriose: dor pélvica, dismenorrea e infertilidade, acompanhada de um endometrioma ovariano de pequeno volume (3 cm). O grande desafio aqui é equilibrar o controle da dor e a preservação da reserva ovariana, uma vez que a paciente deseja engravidar.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora os contraceptivos combinados sejam excelentes para o controle da dor e considerados de primeira linha no tratamento clínico da endometriose, eles possuem efeito anovulatório. Como a paciente tem desejo reprodutivo imediato (está tentando há um ano sem sucesso), o uso de anticoncepcionais impediria a gestação, não sendo a conduta mais adequada para o seu objetivo principal de fertilidade.

Alternativa (b) Incorreta: A cirurgia para endometrioma não deve ser indicada de forma indiscriminada. O procedimento cirúrgico (especialmente a cistectomia) pode reduzir significativamente a reserva ovariana devido à remoção inadvertida de tecido ovariano sadio e à cauterização do leito do cisto. Atualmente, a indicação cirúrgica para endometriomas costuma ser reservada para lesões maiores (geralmente acima de 4 a 6 cm), dor refratária ao tratamento clínico ou suspeita de malignidade.

Alternativa (c) Incorreta: Os agonistas de GnRH promovem um estado de hipostrogenismo profundo. Embora possam ser usados temporariamente no manejo da dor ou em protocolos específicos antes da fertilização in vitro, eles não são um "tratamento definitivo" para a infertilidade. Durante o uso, a paciente entra em menopausa medicamentosa, o que impossibilita a concepção natural.

Alternativa (d) Correta: Esta é a alternativa que melhor reflete a medicina baseada em evidências e as diretrizes atuais (como as da ESHRE). O manejo da endometriose associada à infertilidade deve ser individualizado. Em pacientes com endometriomas pequenos e reserva ovariana que deve ser preservada, pode-se optar pelo acompanhamento conservador ou encaminhamento direto para técnicas de reprodução assistida. A cirurgia é considerada apenas se houver falha no controle da

dor, crescimento rápido da lesão ou se o cisto estiver interferindo no acesso aos folículos durante uma eventual captação de óvulos. A decisão deve ser compartilhada com a paciente, pesando os riscos de danos à reserva ovariana versus os benefícios da remoção da doença.

Questão 53

A cardiocotografia (CTG) é um método biofísico utilizado para avaliar a vitalidade fetal, analisando o comportamento da frequência cardíaca fetal (FCF). Para interpretar corretamente o exame, devemos observar parâmetros como a linha de base, a variabilidade, a presença de acelerações e a ocorrência de desacelerações.

No caso descrito, os dois achados principais são a variabilidade moderada e a presença de acelerações episódicas. A variabilidade moderada (definida como uma flutuação da linha de base entre 6 e 25 batimentos por minuto) é o indicador mais fidedigno de que o sistema nervoso central do feto está devidamente oxigenado e que não há acidemia metabólica no momento. As acelerações, por sua vez, indicam reatividade fetal. Juntos, esses parâmetros classificam o traçado como Categoria I (normal).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A acidemia fetal intraparto manifesta-se na cardiocotografia através da perda da variabilidade (variabilidade ausente ou mínima) associada a desacelerações recorrentes (tardias ou variáveis). O padrão descrito na questão é o oposto de um quadro de acidemia.

Alternativa b) Incorreta. O sofrimento fetal agudo iminente seria caracterizado por traçados não tranquilizadores (Categoria III), com ausência de variabilidade e presença de desacelerações tardias, variáveis complicadas ou bradicardia mantida. A presença de variabilidade moderada e acelerações é um sinal de segurança e boa reserva fetal.

Alternativa c) Correta. A combinação de variabilidade moderada e presença de acelerações é a definição de um traçado reativo e normal. Isso assegura ao examinador que o feto apresenta boa oxigenação e integridade do sistema nervoso autônomo, sendo compatível com o bem-estar fetal no momento do exame.

Alternativa d) Incorreta. A variabilidade da frequência cardíaca fetal é o resultado da interação contínua entre os sistemas simpático e parassimpático (sistema nervoso autônomo) sobre o nó sinusal do coração fetal. Portanto, a presença de variabilidade moderada e de acelerações é uma prova direta da integridade e do pleno

funcionamento da atividade autonômica fetal, e não de sua ausência.

Questão 54

Esta questão aborda um pilar fundamental da assistência pré-natal: o rastreio das síndromes hipertensivas da gestação. A hipertensão arterial é uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil e no mundo, o que justifica o rigor em sua monitorização.

Alternativa (a) CORRETA: De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a pressão arterial deve ser aferida em todas as consultas de pré-natal. A técnica deve ser padronizada (paciente sentada, braço ao nível do coração, manguito de tamanho adequado e repouso prévio) para garantir a fidedignidade dos valores e permitir o diagnóstico precoce de condições como a pré-eclâmpsia ou a hipertensão gestacional, que costumam se manifestar após a 20ª semana de gravidez.

Alternativa (b) INCORRETA: A restrição da aferição apenas ao primeiro e terceiro trimestres é perigosa e insuficiente. A maioria das síndromes hipertensivas próprias da gestação surge a partir do segundo trimestre (após 20 semanas). Deixar de aferir a pressão no segundo trimestre impediria o diagnóstico oportuno e o início de intervenções necessárias para evitar complicações graves, como a eclâmpsia.

Alternativa (c) INCORRETA: Embora aparelhos automáticos validados para gestantes possam ser utilizados, a afirmação de que não necessitam de calibração periódica está errada. Todo equipamento de medição de pressão arterial, seja ele aneroide ou digital/automático, precisa passar por manutenção e calibração regulares para evitar erros sistemáticos que levem a subdiagnósticos ou tratamentos desnecessários.

Alternativa (d) INCORRETA: A monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) ou o autocuidado podem ser ferramentas auxiliares valiosas, especialmente em pacientes com suspeita de "hipertensão do avental branco" ou para controle de pacientes já hipertensas. No entanto, tais métodos nunca devem ser utilizados como forma exclusiva de rastreamento. A aferição em consultório, realizada por um profissional de saúde qualificado, permanece como o padrão-ouro para o rastreio populacional no pré-natal.

Questão 55

Análise do caso clínico:

O quadro descreve uma Hemorragia Pós-Parto (HPP) precoce, definida como aquela que ocorre nas primeiras 24 horas após o nascimento. Os achados fundamentais são o sangramento vaginal aumentado, a presença de coágulos e, principalmente, o útero amolecido (perda do globo de segurança de Pinard). Na obstetrícia, utilizamos a regra dos 4 Ts para diagnosticar a etiologia da HPP: Tônus (Atonia), Trauma (Lacerações), Tecido (Restos) e Trombina (Coagulopatias).

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta: O acretismo placentário é uma falha na interface entre a placenta e o miométrio, ocorrendo uma invasão profunda das vilosidades. Essa condição costuma causar hemorragia grave e imediata durante a tentativa de extração da placenta no terceiro estágio do parto. Embora a presença de restos possa impedir a contração uterina, o sinal clínico de útero amolecido aponta diretamente para a falha do mecanismo contrátil como causa principal da hemorragia descrita.

Alternativa b) Incorreta: Uma bexiga extremamente cheia (globo vesical) pode, de fato, deslocar o útero e interferir mecanicamente na sua contração efetiva. Entretanto, a alternativa especifica uma bexiga pouco distendida, o que descarta essa hipótese como fator causal para um sangramento aumentado e atonia.

Alternativa c) Incorreta: As lacerações de vasos cervicais ou de trajeto (vagina e períneo) são causas importantes de hemorragia (componente Trauma). No entanto, a característica clínica clássica da hemorragia por laceração é o sangramento com útero bem contraído, firme e no nível da cicatriz umbilical. Além disso, o enunciado descarta explicitamente a existência de lacerações significativas.

Alternativa d) Correta: A atonia uterina é a causa mais frequente de hemorragia pós-parto, respondendo por cerca de 70% a 80% dos casos. Ela ocorre pela falha de contração das fibras miométriais, o que impede a compressão dos vasos sanguíneos no local onde a placenta estava inserida (mecanismo de ligaduras vivas de Pinard). O achado de útero amolecido, hipotônico ou sem tônus é o sinal clínico que confirma o diagnóstico de atonia.

Questão 56

A questão aborda as diretrizes de rastreamento do câncer do colo do útero, que representa a principal estratégia de prevenção secundária dessa neoplasia.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A colposcopia não é um exame de rastreamento populacional, mas sim um exame de avaliação diagnóstica indicado apenas para pacientes que já apresentam alterações na citologia oncótica ou resultados específicos em testes de biologia molecular para HPV. Realizá-la anualmente em mulheres com exames normais configuraria um excesso de intervenção sem benefício comprovado.

Alternativa b: Incorreta. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA, o rastreamento deve ser mantido até os 64 anos de idade em mulheres que tiveram pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Interromper o rastreio aos 40 anos deixaria a paciente vulnerável durante um longo período de risco.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa está em total conformidade com as normas técnicas vigentes. O rastreamento deve seguir a periodicidade recomendada (no Brasil, trienal após dois exames anuais negativos) e pode ser realizado via citologia oncótica (Papanicolaou) ou por testes de DNA-HPV, dependendo da disponibilidade do serviço e da faixa etária da paciente. A conduta é personalizada conforme o histórico de exames anteriores da mulher.

Alternativa d: Incorreta. A coleta anual não deve ser aplicada de forma permanente para todas as mulheres. O protocolo oficial preconiza que, após dois exames anuais consecutivos sem alterações, o intervalo de coleta deve ser estendido para cada três anos. O rastreamento anual indiscriminado aumenta o risco de sobrediagnóstico e tratamentos desnecessários para lesões que poderiam regredir espontaneamente.

Questão 57

Para resolver essa questão, devemos analisar as características clínicas da paciente e os achados dos exames complementares, utilizando a classificação PALM-COEIN da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para Sangramento Uterino Anormal (SUA).

Análise do quadro clínico:

A paciente é jovem (25 anos) e apresenta um padrão de sangramento irregular (intervalos de 15 a 45 dias) e aumentado. A irregularidade nos intervalos é um

marcador clássico de disfunção ovulatória. O Beta-hCG negativo descarta gravidez. O hemograma mostra uma anemia leve (Hb 11,2 g/dL), compatível com a queixa de fluxo aumentado. A ultrassonografia transvaginal é fundamental, pois descarta causas estruturais (pólipos, miomas ou adenomiose) e revela um endométrio muito fino (1 mm) mesmo na fase tardia do ciclo, o que sugere que não houve a preparação endometrial adequada pela progesterona (que ocorreria após a ovulação).

Análise das alternativas:

a) Correta. O sangramento uterino anovulatório (classificado como SUA-O na FIGO) é a principal causa de irregularidade menstrual em mulheres na menacme, especialmente quando não há lesões estruturais identificadas. Na ausência de ovulação, não há formação do corpo lúteo nem produção de progesterona. O endométrio fica sob estímulo estrogênico contínuo (ou oscilante), tornando-se instável, o que leva a sangramentos imprevisíveis em termos de duração, intervalo e volume. O endométrio de 1 mm no exame sugere que o sangramento recente pode ter descamado a camada funcional ou que há uma falha no desenvolvimento proliferativo.

b) Incorreta. A miomatose submucosa (SUA-L) costuma causar sangramento com aumento de volume (menorragia), mas geralmente mantém a regularidade do ciclo. Além disso, a ultrassonografia realizada foi especificamente descrita como normal, sem a presença de miomas.

c) Incorreta. A Síndrome de Asherman consiste na presença de sinéquias (cicatrices/aderências) dentro da cavidade uterina, geralmente após procedimentos como curetagens. Clinicamente, ela se manifesta por hipomenorreia (redução do fluxo) ou amenorreia (ausência de menstruação), o que é o oposto do quadro de fluxo aumentado e sangramento irregular apresentado pela paciente.

d) Incorreta. A adenomiose (SUA-A) caracteriza-se pela presença de tecido endometrial no miométrio. Os sintomas clássicos são aumento do volume uterino, dor pélvica e dismenorreia secundária intensa. A ultrassonografia da paciente mostrou útero de volume normal e não descreveu os sinais típicos de adenomiose, como a assimetria das paredes uterinas ou miométrio heterogêneo.

Questão 58

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 25 anos apresenta um quadro de Sangramento Uterino Anormal (SUA) de padrão irregular e com fluxo aumentado. De acordo com a classificação FIGO (PALM-COEIN), o primeiro passo é diferenciar causas estruturais de não estruturais.

1. Avaliação Inicial: O beta-hCG negativo exclui gestação. O hemograma mostra uma anemia leve (Hb 11,2 g/dL), decorrente do fluxo aumentado.
2. Exames de Imagem: A ultrassonografia transvaginal descartou causas estruturais (PALM), como pólipos, adenomiose, leiomiomas ou malignidade. O endométrio de 1 mm (muito fino) reforça a ausência de processos proliferativos ou hiperplásicos.
3. Hipótese Diagnóstica: Trata-se de um Sangramento Uterino Anormal de causa não estrutural, provavelmente por disfunção ovulatória (o "O" do sistema COEIN), comum em mulheres jovens. O objetivo do tratamento é regularizar o ciclo, estabilizar o endométrio e reduzir a perda sanguínea.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

- a) Uso de análogos de GnRH por 3 meses: **INCORRETA**. Os análogos do GnRH induzem um estado de hipostrogenismo severo (pseudomenopausa). São reservados para casos graves de endometriose, redução de miomas volumosos pré-operatórios ou quadros refratários. Não são terapia de primeira linha para sangramento funcional em pacientes jovens, devido aos efeitos colaterais e ao custo.
- b) Ablação endometrial: **INCORRETA**. A ablação é um procedimento cirúrgico que destrói a camada endometrial. É contraindicada para pacientes que ainda desejam gestar (a paciente tem apenas 25 anos) e só deve ser considerada após falha do tratamento medicamentoso em pacientes com prole constituída. Além disso, o endométrio da paciente já se encontra extremamente fino (1 mm), o que inviabilizaria a técnica.
- c) Uso de contraceptivo hormonal combinado cíclico: **CORRETA**. Os anticoncepcionais orais combinados (ACO) são a primeira linha de tratamento para o sangramento uterino anormal de causa não estrutural (ovulatória). Eles promovem a estabilização do endométrio, reduzem o volume do fluxo menstrual em cerca de 40% a 50% e regularizam os intervalos entre as menstruações, tratando a queixa principal da paciente e prevenindo a anemia.
- d) Histeroscopia diagnóstica de rotina: **INCORRETA**. A histeroscopia é um exame invasivo indicado quando há suspeita de patologia intracavitária (como pólipos ou miomas submucosos) ou quando o endométrio está espessado na pós-menopausa.

Como a ultrassonografia foi normal e o endométrio está muito fino, não há indicação de realizar esse exame de forma rotineira neste momento.

Questão 59

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente jovem (25 anos) com Sangramento Uterino Anormal (SUA) caracterizado por irregularidade menstrual e aumento do fluxo. As etapas fundamentais da investigação foram cumpridas: gravidez foi descartada (Beta-hCG negativo) e causas estruturais foram afastadas por meio da ultrassonografia (útero de volume normal, sem miomas ou pólipos). O endométrio de 1 mm sugere que o sangramento recente pode ter descamado a camada funcional, mas a chave da questão está na irregularidade do ciclo (15 a 45 dias), que é o marcador clássico de disfunção ovulatória. Em mulheres jovens, na ausência de doenças sistêmicas ou estruturais, a causa mais comum é a anovulação crônica.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A redução da produção hipotalâmica de GnRH levaria a um quadro de hipogonadismo hipogonadotrófico. Clinicamente, isso se manifestaria como amenorreia (ausência de menstruação) e não como sangramento irregular com fluxo aumentado. É o que ocorre, por exemplo, na amenorreia funcional hipotalâmica (estresse extremo, perda de peso excessiva ou exercício físico intenso).

Alternativa (b) CORRETA: Esta é a base da fisiopatologia do sangramento uterino anormal de causa ovulatória (conhecido na classificação FIGO como SUA-O). Quando ocorre uma falha na seleção e dominância folicular, não há a formação do folículo dominante e, conseqüentemente, não ocorre a ovulação. Sem ovulação, não há formação do corpo lúteo nem produção de progesterona. O endométrio fica exposto apenas ao estímulo estrogênico (sem a oposição da progesterona), tornando-se instável e descamando de forma irregular e imprevisível, o que justifica os intervalos variáveis e o fluxo aumentado.

Alternativa (c) INCORRETA: A dopamina é o principal fator inibidor da prolactina. Portanto, um aumento da atividade dopaminérgica levaria a uma redução dos níveis de prolactina, o que geralmente não causa distúrbios menstruais. O contrário (diminuição da dopamina ou uso de drogas que bloqueiam seus receptores) levaria à hiperprolactinemia, esta, sim, uma causa conhecida de anovulação e irregularidade menstrual.

Alternativa (d) INCORRETA: O excesso de FSH na fase folicular inicial é tipicamente

um marcador de baixa reserva ovariana ou transição para a menopausa (perimenopausa), na qual o hipotálamo e a hipófise tentam estimular um ovário que já não responde adequadamente. Embora possa haver anovulação nesses casos, não é a alteração fisiopatológica primária ou mais comum para uma paciente de 25 anos com o quadro descrito; a falha no eixo de feedback que impede a dominância folicular é a explicação mais direta.

Questão 60

Para definir o diagnóstico de distúrbios hipertensivos na gestação, deve-se avaliar o momento do início da hipertensão e a presença de repercussões sistêmicas ou proteinúria.

ANÁLISE DO CASO:

A paciente apresenta níveis pressóricos elevados (152 x 98 mmHg) identificados com 31 semanas de gestação. O quadro descreve uma paciente assintomática, com exames laboratoriais normais (hemograma, enzimas hepáticas e ácido úrico) e ausência de proteinúria.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: A pré-eclâmpsia exige a presença de hipertensão surgida após 20 semanas associada à proteinúria ou, na ausência desta, à presença de sinais de gravidade/disfunção de órgãos-alvo (como plaquetopenia, elevação de enzimas hepáticas, insuficiência renal, edema agudo de pulmão ou sintomas visuais e cerebrais). Como a paciente não apresenta proteinúria nem qualquer sinal de gravidade clínica ou laboratorial, este diagnóstico não pode ser feito.

ALTERNATIVA B - CORRETA: A Hipertensão Gestacional é definida como a hipertensão (pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg) que surge pela primeira vez após a 20ª semana de gravidez em uma paciente previamente normotensa, sem a presença de proteinúria ou outros achados sistêmicos que caracterizam a pré-eclâmpsia. O caso clínico preenche exatamente esses critérios.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: A Hipertensão Crônica é aquela diagnosticada antes da gestação ou identificada antes de completar 20 semanas de gravidez. No caso descrito, a alteração foi detectada apenas no terceiro trimestre (31 semanas).

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A Doença Trofoblástica Gestacional costuma manifestar-se no início da gravidez, frequentemente com sangramento vaginal e níveis muito elevados de beta-hCG. Embora possa causar hipertensão por um quadro de pré-eclâmpsia precoce, esta ocorre antes das 20 semanas de gestação. O cenário de um feto viável de 31 semanas torna essa opção incorreta.

DOPPLER DE ARTÉRIAS UTERINAS: A presença de incisura bilateral nas artérias uterinas é um marcador de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia ou restrição de crescimento fetal, indicando uma falha na segunda onda de migração trofoblástica. No entanto, o achado do Doppler isolado é um preditor de risco e não um critério diagnóstico; ele não substitui a necessidade de proteinúria ou lesão de órgão-alvo para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Questão 61

Análise do caso clínico:

A paciente de 32 anos apresenta um quadro compatível com Hipertensão Gestacional. O diagnóstico é firmado pela presença de níveis pressóricos elevados (entre 140/90 e 159/109 mmHg) detectados após a 20ª semana de gestação em uma paciente previamente normotensa, sem a presença de proteinúria ou sinais de disfunção de órgãos-alvo (sintomas clínicos, alterações de enzimas hepáticas ou plaquetopenia). A presença de incisura bilateral nas artérias uterinas ao Doppler sinaliza uma falha na invasão trofoblástica e indica um risco aumentado para o desenvolvimento futuro de pré-eclâmpsia ou restrição de crescimento fetal, mas no momento não altera a classificação de gravidade ou a necessidade de parto imediato.

Alternativa a) Correta. Por se tratar de uma gestação pré-termo (31 semanas) com hipertensão sem sinais de gravidade e vitalidade fetal preservada, a conduta é conservadora. O objetivo é prolongar a gestação para evitar as complicações da prematuridade, mantendo um controle rigoroso da pressão arterial e uma vigilância fetal seriada para detectar precocemente qualquer sinal de descompensação materna ou sofrimento fetal. O acompanhamento ambulatorial é seguro nestas condições.

Alternativa b) Incorreta. A internação imediata por risco iminente é reservada para casos de pré-eclâmpsia grave, crise hipertensiva (pressão arterial maior ou igual a 160/110 mmHg) ou presença de sinais de iminência de eclâmpsia (cefaleia, alterações visuais, dor epigástrica). A paciente em questão está assintomática e com níveis pressóricos controlados abaixo do limite de gravidade.

Alternativa c) Incorreta. O uso de sulfato de magnésio tem como indicação principal a prevenção e o tratamento de crises convulsivas na eclâmpsia. Ele deve ser utilizado apenas em casos de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. Não há indicação de seu uso em casos de hipertensão gestacional leve ou pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade.

Alternativa d) Incorreta. A interrupção da gestação com 31 semanas traria riscos severos de morbimortalidade neonatal devido à prematuridade extrema. O parto só seria indicado nesta idade gestacional se houvesse deterioração clínica materna (como síndrome HELLP ou eclâmpsia) ou sinais de perda de vitalidade fetal aguda, o que não é o caso, já que os exames laboratoriais estão normais e o feto apresenta boa vitalidade. Em casos de hipertensão gestacional leve, o parto é geralmente programado para as 37 semanas.

Questão 62

Análise do Quadro Clínico:

O caso descreve uma paciente com os sinais clássicos de vaginose bacteriana (VB). O diagnóstico clínico de VB é realizado por meio dos critérios de Amsel, sendo necessária a presença de pelo menos três dos quatro seguintes critérios:

- 1) Corrimento branco-acinzentado, homogêneo e fino;
- 2) pH vaginal maior que 4,5;
- 3) Teste das aminas (*whiff test*) positivo, com liberação de odor fétido (semelhante a peixe podre) após adição de hidróxido de potássio (KOH) a 10%;
- 4) Presença de células-alvo (*clue cells*) no exame microscópico a fresco.

No caso em questão, a paciente apresenta o corrimento característico, a ausência de prurido e o teste das aminas positivo, o que confirma o diagnóstico de VB.

Explicação das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A cultura vaginal não é recomendada para o diagnóstico de vaginose bacteriana. A *Gardnerella vaginalis*, principal bactéria associada à VB, pode fazer parte da flora vaginal normal de muitas mulheres assintomáticas. Portanto, o crescimento bacteriano em cultura não confirma a doença. O diagnóstico é essencialmente clínico e microscópico.

Alternativa B: Incorreta. O tratamento antifúngico é indicado para a candidíase vulvovaginal. No entanto, na candidíase, o corrimento é tipicamente esbranquiçado e grumoso (com aspecto de leite coalhado), o prurido é um sintoma marcante e o teste das aminas é negativo. O quadro descrito na questão é incompatível com candidíase.

Alternativa C: Incorreta. A vaginose bacteriana deve ser tratada sempre que a paciente for sintomática, independentemente da presença de febre ou dor pélvica. Febre e dor pélvica são sinais de alerta que podem sugerir complicações ou outras patologias, como a Doença Inflamatória Pélvica (DIP), mas não são pré-requisitos para tratar o corrimento da VB.

Alternativa D: Correta. Uma vez estabelecido o diagnóstico de vaginose bacteriana através dos critérios clínicos, a conduta correta é a prescrição de antibioticoterapia. O tratamento padrão-ouro recomendado pelas diretrizes (como as do Ministério da Saúde e do CDC) é o uso de metronidazol, que pode ser administrado por via oral ou por aplicação vaginal.

Gabarito: Letra D.

Questão 63

Análise do caso: A paciente apresenta um quadro clínico clássico de cervicite infecciosa. Os achados de exame especular que confirmam essa hipótese são a presença de secreção mucopurulenta no orifício externo do colo uterino e a friabilidade cervical, evidenciada pelo sangramento ao contato. Os principais agentes etiológicos da cervicite são a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*.

Alternativa A: Incorreta. A citologia oncológica, conhecida como exame de Papanicolaou, é uma ferramenta de rastreio para o câncer do colo do útero e lesões precursoras causadas pelo HPV. Ela não possui sensibilidade ou indicação para o diagnóstico de infecções agudas como a cervicite. Inclusive, a presença de processo inflamatório intenso e secreção purulenta pode prejudicar a qualidade da amostra e a leitura citológica.

Alternativa B: Correta. Segundo os protocolos de Manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), diante da visualização de muco purulento no colo uterino, deve-se instituir o tratamento empírico imediato para os dois principais patógenos: clamídia e gonococo. Essa conduta é fundamental para interromper a cadeia de transmissão e, principalmente, evitar a progressão da infecção para o trato genital superior, o que poderia resultar em Doença Inflamatória Pélvica (DIP), infertilidade e dor pélvica crônica.

Alternativa C: Incorreta. Embora a coleta de exames moleculares (como biologia molecular por NAAT) ou culturas seja ideal para vigilância epidemiológica e confirmação, o tratamento não deve ser retardado à espera desses resultados. A abordagem sindrômica preconiza tratar no momento da consulta para garantir a adesão e prevenir complicações imediatas.

Alternativa D: Incorreta. A vulvovaginite candidiásica se manifesta tipicamente com prurido vaginal intenso, edema e corrimento branco grumoso (aspecto de leite coalhado), geralmente com pH vaginal abaixo de 4,5. O quadro descrito na questão (secreção no orifício cervical e sangramento de contato) aponta para uma inflamação

do colo (cervicite) e não para uma infecção fúngica das paredes vaginais. Além disso, o odor aumentado não é uma característica comum da candidíase.

Questão 64

O processo de lactação é coordenado principalmente por dois hormônios distintos: a prolactina e a ocitocina. Para responder corretamente a essa questão, é fundamental diferenciar a produção da ejeção do leite.

Alternativa a: Correta. A prolactina é um hormônio secretado pela adeno-hipófise (hipófise anterior). Sua principal função no puerpério é a lactogênese e a galactopoese. Ela atua nos receptores das células epiteliais alveolares da glândula mamária, estimulando a síntese dos componentes do leite (proteínas, gorduras e carboidratos) e sua secreção para o interior dos alvéolos.

Alternativa b: Incorreta. A função de estimular a descida (ejeção) do leite por meio da contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos mamários é da ocitocina, e não da prolactina. A ocitocina é liberada pela neuro-hipófise em resposta ao estímulo de sucção do mamilo.

Alternativa c: Incorreta. O estímulo da sucção causa o efeito inverso: ele promove um arco reflexo que inibe a dopamina (fator inibidor da prolactina) no hipotálamo, resultando em maiores níveis de prolactina e, conseqüentemente, no aumento e manutenção da produção de leite.

Alternativa d: Incorreta. A prolactina não inibe a ejeção do leite. Ela é a responsável por garantir que haja leite produzido para ser ejetado. A inibição da lactação geralmente ocorre por falta de esvaziamento mamário ou por ação de fármacos agonistas dopaminérgicos, mas não é uma função fisiológica da prolactina.

Questão 65

A conduta do médico na questão está incorreta sob a ótica da saúde pública e da vigilância epidemiológica. A leptospirose é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional, conforme estabelecido pela Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública do Ministério da Saúde.

O objetivo da notificação compulsória é permitir que os órgãos de vigilância identifiquem precocemente surtos, monitorem a circulação do agente etiológico e implementem medidas de controle ambiental e sanitário de forma ágil. Por esse motivo, a notificação deve ser realizada diante da simples suspeita clínica, não sendo

necessário aguardar o resultado de exames laboratoriais, que muitas vezes podem demorar ou apresentar resultados falso-negativos nas fases iniciais da doença.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A leptospirose não exige confirmação laboratorial para ser notificada. A vigilância epidemiológica trabalha com a definição de "caso suspeito". Aguardar o laboratório retardaria as ações de investigação de campo e controle de roedores no local de provável infecção.

b) Correta. Esta é a conduta preconizada. A suspeita clínica baseada em febre, cefaleia, mialgia (especialmente em panturrilhas) e história de exposição de risco (área rural, enchentes, contato com água ou lama contaminada) é suficiente para gerar a notificação imediata.

c) Incorreta. A notificação deve ser feita para cada caso individual suspeito, independentemente de haver um surto ou não. Casos isolados são fundamentais para detectar o início de uma possível epidemia.

d) Incorreta. A obrigatoriedade da notificação independe da gravidade do quadro clínico ou da necessidade de internação. Casos leves atendidos ambulatorialmente também devem ser reportados às autoridades de saúde.

Questão 66

Esta questão aborda os princípios que regem a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). O cenário descrito foca na necessidade de deslocar a paciente entre diferentes níveis de complexidade tecnológica para garantir a continuidade do cuidado.

Alternativa A: Regionalização e hierarquização. Esta é a alternativa correta. A regionalização consiste na organização dos serviços de saúde em uma área geográfica delimitada para garantir o acesso e a eficiência. A hierarquização é a organização desses serviços em níveis de complexidade crescente (Atenção Primária, Secundária e Terciária). Quando a UBS identifica uma necessidade que foge de sua competência técnica e encaminha a paciente para um serviço especializado seguindo um fluxo estabelecido, ela está operando exatamente dentro dessa rede hierarquizada e regionalizada.

Alternativa B: Universalidade. Incorreta. A universalidade é um princípio doutrinário que estabelece que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, garantindo o acesso a qualquer pessoa, sem distinções. Embora a paciente esteja

exercendo seu direito ao acesso, o enunciado foca especificamente no arranjo estrutural entre as unidades de saúde.

Alternativa C: Equidade. Incorreta. A equidade é o princípio de "tratar desigualmente os desiguais" para diminuir as disparidades. Significa oferecer mais recursos a quem mais precisa. O caso descreve um fluxo técnico de referência, e não necessariamente uma estratégia para reduzir desigualdades sociais ou de saúde específicas.

Alternativa D: Participação social. Incorreta. Este princípio refere-se à garantia de que a comunidade, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, participe da formulação de estratégias e do controle da execução das políticas de saúde. O encaminhamento clínico de uma paciente não se relaciona com a gestão participativa do sistema.

Resumo: O fluxo de uma unidade de menor complexidade (UBS) para uma de maior complexidade (Oncologia/Biópsia) dentro de uma rede de saúde é a aplicação prática da Regionalização e da Hierarquização.

Questão 67

A questão aborda os conceitos fundamentais da Promoção da Saúde no âmbito da Atenção Primária, especificamente dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF). O enunciado descreve ações que extrapolam o modelo biomédico tradicional, focando na autonomia do paciente e na articulação de diferentes setores da sociedade para enfrentar um problema de saúde pública (hipertensão).

Alternativa (a) Incorreta: A transmissão vertical de informações é um modelo pedagógico tradicional no qual o profissional de saúde detém o saber e apenas "prescreve" comportamentos ao paciente, sem considerar sua realidade. Grupos educativos e atividades comunitárias buscam justamente o oposto: uma educação horizontal e participativa, na qual o conhecimento é construído coletivamente.

Alternativa (b) Incorreta: Intervenções exclusivamente terapêuticas são aquelas voltadas para o tratamento direto da doença, como a prescrição de anti-hipertensivos ou procedimentos médicos. Embora o tratamento medicamentoso seja necessário na hipertensão, as ações de caminhada, grupos e apoio psicossocial são classificadas como ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, agindo nos determinantes sociais.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa define perfeitamente as ações descritas. A articulação com o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) caracteriza a intersetorialidade, que é a junção de diferentes setores (saúde e assistência social)

para produzir saúde de forma integral. O incentivo a grupos e atividades físicas promove o empoderamento comunitário, fornecendo ferramentas para que os indivíduos e a comunidade tenham maior controle sobre sua própria saúde e qualidade de vida.

Alternativa (d) Incorreta: As ações citadas (caminhadas, grupos educativos e parceria com o CRAS) ocorrem obrigatoriamente fora do consultório individual. Elas ocupam o território e os espaços coletivos, visando o alcance populacional e a socialização, o que rompe com o modelo restrito à consulta médica individual.

Questão 68

A análise de indicadores de saúde, especificamente a cobertura vacinal, é fundamental na gestão da saúde pública. Quando se identifica uma queda na cobertura da vacina pentavalente em uma determinada região, a prioridade deve ser localizar os faltosos para regularizar a situação vacinal o quanto antes.

Alternativa (a) Incorreta. O aumento do estoque só seria útil se o motivo da queda fosse o desabastecimento (falta de vacinas). Se as doses já estão disponíveis, mas a população não comparece, ter mais frascos na geladeira não resolve o problema da baixa cobertura.

Alternativa (b) Correta. A busca ativa é a estratégia padrão-ouro e mais eficaz para recuperar coberturas vacinais. Ela consiste em identificar, por meio dos mapas de vacinação, prontuários ou sistemas de informação (como o e-SUS), quais crianças estão com doses em atraso. A partir dessa identificação, a equipe de saúde, especialmente através dos Agentes Comunitários de Saúde, realiza o contato direto ou a visita domiciliar para encaminhar a criança para a vacinação. É uma ação direta, focada e de alta resolutividade.

Alternativa (c) Incorreta. Embora a flexibilização de horários seja uma estratégia importante para aumentar o acesso, implementá-la apenas aos sábados e de forma isolada é uma medida passiva. Ela depende de que os responsáveis tenham a iniciativa de buscar o serviço, enquanto a busca ativa vai diretamente ao problema.

Alternativa (d) Incorreta. Campanhas de mídia sem foco territorial são muito genéricas e pouco custo-efetivas para resolver uma queda de cobertura em uma região específica. O gestor deve atuar localmente, entendendo as particularidades daquela população e utilizando os recursos da Estratégia Saúde da Família para alcançar quem realmente deixou de vacinar.

Questão 69

Esta questão aborda um tema fundamental na prática médica contemporânea e muito frequente em provas de Medicina Preventiva e Clínica Médica: a Prevenção Quaternária. O foco aqui é a conduta ética e baseada em evidências diante de um paciente que solicita exames de rastreamento sem indicação clínica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A prática da medicina não deve ser pautada apenas pela satisfação de desejos do paciente, especialmente quando esses desejos podem causar danos. Solicitar exames desnecessários fere o princípio da não maleficência e contribui para o desperdício de recursos do sistema de saúde.

Alternativa b) Incorreta. A ressonância magnética (RM) de corpo inteiro em pacientes assintomáticos não possui boa relação custo-benefício. Pelo contrário, ela apresenta uma alta taxa de achados incidentais (incidentalomas), que são alterações sem significado clínico, mas que geram ansiedade, custos adicionais e procedimentos invasivos desnecessários para investigação.

Alternativa c) Incorreta. O encaminhamento ao especialista sem uma suspeita clínica fundamentada é uma conduta inadequada. O médico generalista ou de família deve ter competência para realizar o aconselhamento e a educação em saúde do paciente, explicando por que determinadas condutas não são recomendadas.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta que define a Prevenção Quaternária: a detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas para protegê-los de novas incursões médicas inapropriadas. O médico deve realizar uma decisão compartilhada, explicando que o excesso de exames pode levar ao sobrediagnóstico (overdiagnosis) e ao sobretratamento (overtreatment). Isso ocorre quando se detecta uma condição que nunca causaria sintomas ou morte ao paciente, mas cuja descoberta leva a tratamentos que possuem riscos e efeitos colaterais.

Em resumo, a boa prática médica em pacientes assintomáticos deve seguir protocolos de rastreamento validados cientificamente (como os da USPSTF ou do Ministério da Saúde), evitando a busca aleatória por doenças que pode resultar em mais prejuízos do que benefícios à saúde do indivíduo.

Questão 70

O caso clínico descreve um quadro clássico de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) em um trabalhador da construção civil. A exposição crônica a níveis elevados de pressão sonora sem a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) causa danos às células ciliadas da cóclea, resultando em perda auditiva sensorineural progressiva e zumbido.

Alternativa a: Correta. De acordo com as normas de higiene ocupacional e medicina do trabalho, o ruído é classificado como um risco físico. O grupo de riscos físicos engloba diversas formas de energia às quais os trabalhadores podem estar expostos, como ruído, vibrações, radiações ionizantes e não ionizantes, temperaturas extremas (frio e calor), pressões anormais e ultrassom.

Alternativa b: Incorreta. Os riscos químicos referem-se a substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória (na forma de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores) ou que possam ser absorvidos pela pele ou por ingestão. Embora alguns solventes e metais pesados sejam reconhecidos como agentes ototóxicos químicos, o cenário da construção civil e a menção específica à falta de protetores auriculares direcionam a questão para o agente físico ruído.

Alternativa c: Incorreta. Os riscos biológicos são representados por agentes como bactérias, vírus, fungos, parasitas e outros microrganismos que podem causar patologias em decorrência da exposição ocupacional, sendo mais comuns em ambientes de saúde, laboratórios ou saneamento.

Alternativa d: Incorreta. Os riscos ergonômicos envolvem fatores que interferem nas características psicofisiológicas do trabalhador e na sua interação com o posto de trabalho. Exemplos incluem levantamento de peso, posturas inadequadas, movimentos repetitivos, monotonia, estresse e jornadas de trabalho excessivas. Eles estão geralmente associados a distúrbios osteomusculares, não à perda auditiva sensorineural por ruído.

Portanto, o agente causador do agravo (ruído) pertence estritamente à categoria de riscos físicos.

Questão 71

Análise da Questão:

O caso clínico descreve um paciente hipertenso de 52 anos com excelente controle pressórico (PA média de 128 x 82 mmHg), boa adesão ao tratamento e ausência de lesões de órgãos-alvo aparentes (função renal normal e glicemia de jejum dentro da normalidade). O paciente apresenta sobrepeso (IMC 29 kg/m²) e histórico familiar cardiovascular, o que exige atenção, mas não mudança imediata na medicação diante dos níveis pressóricos atuais.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O objetivo terapêutico na hipertensão arterial, segundo a maioria das diretrizes nacionais e internacionais, é manter a PA abaixo de 140/90 mmHg (ou 130/80 mmHg em pacientes de alto risco). Como o paciente já apresenta níveis de 128/82 mmHg e está assintomático, aumentar a dose da medicação poderia resultar em efeitos colaterais ou episódios de hipotensão, sem benefício clínico adicional comprovado para este perfil de risco.

Alternativa B (Incorreta): O início de estatinas deve ser baseado na estratificação de risco cardiovascular global (utilizando escores como o de Framingham ou o Escore de Risco Cardiovascular da SBC) e no perfil lipídico do paciente. Ter histórico familiar é um fator de risco, mas não autoriza a prescrição de estatina de forma empírica sem antes avaliar os níveis de LDL-colesterol e o risco calculado.

Alternativa C (Incorreta): O teste ergométrico não é indicado como rastreamento de rotina em pacientes assintomáticos, mesmo hipertensos, de acordo com os princípios da Atenção Primária e da Medicina Baseada em Evidências. O rastreamento universal com testes de esforço em assintomáticos aumenta o número de resultados falsos-positivos, levando a exames invasivos desnecessários e iatrogenia (Prevenção Quaternária).

Alternativa D (Correta): Esta é a conduta mais adequada. O paciente está com a pressão arterial controlada com o esquema atual. Como ele possui um IMC de 29 kg/m² (sobrepeso), o foco deve ser a manutenção do controle medicamentoso aliado ao reforço das medidas não farmacológicas, como dieta equilibrada e atividade física, visando a perda de peso e a redução do risco cardiovascular global. O acompanhamento longitudinal é a base do manejo na Atenção Primária.

Questão 72

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de infecção de vias aéreas superiores (IVAS), provavelmente de etiologia viral, popularmente conhecido como resfriado comum. Os sintomas de tosse, coriza, dor de garganta e febre baixa que já se resolveu, somados a uma ausculta pulmonar normal e ausência de dispneia, apontam para uma condição benigna e autolimitada.

Alternativa a: Incorreta. Antibióticos são indicados para infecções de origem bacteriana. No caso de uma IVAS de provável etiologia viral, o uso de antimicrobianos não reduz o tempo de doença, não previne complicações e aumenta o risco de efeitos colaterais, além de contribuir para a resistência bacteriana.

Alternativa b: Incorreta. A radiografia de tórax não deve ser solicitada de rotina em pacientes com sintomas gripais leves. A ausculta pulmonar normal e a ausência de sinais de gravidade (como taquipneia ou febre persistente) tornam o diagnóstico de pneumonia clinicamente improvável, dispensando o exame de imagem.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta baseada em evidências e centrada na pessoa. O médico deve realizar a educação em saúde, explicando que o quadro é viral e autolimitado (cura espontânea). O tratamento deve ser focado no alívio dos sintomas (sintomáticos). O manejo compartilhado é fundamental para abordar a ansiedade da paciente em retornar ao trabalho, pactuando o tempo de recuperação e orientando sinais de alerta para um eventual retorno.

Alternativa d: Incorreta. O uso de corticoides orais não tem indicação no tratamento do resfriado comum ou de quadros virais simples em pacientes sem comorbidades (como asma ou DPOC). Não há benefício comprovado na redução da tosse ou do processo inflamatório que justifique os riscos e efeitos adversos da medicação neste cenário.

Gabarito: Letra (c).

Questão 73

Esta questão aborda o manejo do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) em pacientes idosos, focando na individualização das metas terapêuticas e na segurança do paciente.

Análise do caso clínico:

A paciente tem 67 anos e apresenta um controle glicêmico muito rigoroso (HbA1c de 6,3%). No entanto, ela relata episódios de hipoglicemia e possui fatores de risco

social e comportamental, como morar sozinha e ter alimentação irregular. Em idosos, a hipoglicemia é extremamente perigosa, pois aumenta o risco de quedas, fraturas, arritmias cardíacas e declínio cognitivo.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Reduzir a meta de HbA1c para menos de 6% seria inadequado e perigoso. As diretrizes atuais (como as da Sociedade Brasileira de Diabetes e da ADA) recomendam metas menos rígidas para idosos, geralmente entre 7,0% e 8,0%, dependendo da fragilidade e das comorbidades. Um controle excessivamente estrito em uma paciente que já apresenta hipoglicemia aumenta o risco de morte.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta prioritária. O médico deve reconhecer que a meta atual está muito baixa para a realidade da paciente. Avaliar o risco de hipoglicemia é fundamental, visto que ela mora sozinha (risco de um evento grave sem socorro). Ajustar a meta para um patamar mais seguro e trabalhar o planejamento alimentar para compensar as irregularidades nas refeições são passos essenciais da Medicina de Família e Comunidade para garantir a segurança e a qualidade de vida.

Alternativa (c) Incorreta: A metformina é o padrão-ouro no tratamento do DM2 e, isoladamente, possui um risco muito baixo de causar hipoglicemia, pois não estimula a secreção de insulina (é um sensibilizador). Embora a dose possa ser ajustada, a suspensão imediata e total não é a primeira conduta indicada antes de se avaliar os hábitos alimentares e a possibilidade de outras causas para os sintomas.

Alternativa (d) Incorreta: Iniciar insulina basal seria contraproducente. A paciente já apresenta níveis de HbA1c baixos (6,3%) e episódios de hipoglicemia. A adição de insulina aumentaria drasticamente o risco de eventos hipoglicêmicos graves, indo contra a necessidade de flexibilização do tratamento observada no caso.

Questão 74

Para compreender a questão, devemos focar nos conceitos de bioestatística aplicados à epidemiologia e aos testes diagnósticos. O enunciado pede o termo técnico que define a capacidade de um teste de identificar corretamente as pessoas que possuem a doença.

Alternativa (a) Incorreta. O Valor Preditivo Positivo (VPP) indica a probabilidade de um indivíduo realmente ter a doença quando o seu resultado de teste é positivo. Diferente da sensibilidade, o VPP é influenciado pela prevalência da doença na

população estudada.

Alternativa (b) Incorreta. A Especificidade é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos saudáveis, ou seja, de dar um resultado negativo naqueles que não apresentam a patologia (verdadeiros-negativos). Ela é fundamental para testes confirmatórios, evitando tratamentos desnecessários em quem não está doente.

Alternativa (c) Correta. A Sensibilidade é definida como a proporção de indivíduos verdadeiramente doentes que apresentam teste positivo. Em programas de rastreamento (screening), como o de câncer de colo do útero, busca-se um teste com alta sensibilidade para garantir que o maior número possível de casos seja detectado, minimizando a ocorrência de resultados falsos-negativos. Se um teste é altamente sensível, um resultado negativo torna a presença da doença muito improvável.

Alternativa (d) Incorreta. A Acurácia representa o desempenho global do teste. É a proporção de resultados corretos (soma de verdadeiros-positivos e verdadeiros-negativos) em relação ao total de testes realizados. Ela indica a proximidade do resultado do teste com o valor real, mas não foca especificamente na identificação dos doentes, como solicitado no enunciado.

Questão 75

Essa questão aborda os níveis de prevenção em saúde, fundamentados no modelo de Leavell e Clark. O foco é identificar em qual estágio de intervenção se encaixam as atividades de promoção da saúde realizadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Alternativa (a): Correta. A prevenção primária atua antes do surgimento da doença (período de pré-patogênese). Ela se divide em duas frentes: promoção da saúde e proteção específica. Atividades como caminhadas orientadas, oficinas de alimentação saudável e educação para o autocuidado são exemplos clássicos de promoção da saúde, pois visam a melhorar o bem-estar geral e a reduzir os fatores de risco populacionais, impedindo a instalação de agravos.

Alternativa (b): Incorreta. A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato de doenças já existentes, mas ainda em estágio inicial ou assintomático. Exemplos incluem exames de rastreamento (como o Papanicolau ou a mamografia) e inquéritos para detecção de casos. O objetivo aqui é evitar a progressão da doença, e não apenas promover hábitos saudáveis.

Alternativa (c): Incorreta. A prevenção terciária atua na fase avançada ou crônica da doença. Seu objetivo é reduzir as incapacidades, evitar complicações e realizar a reabilitação do paciente. Exemplos incluem o controle rigoroso da glicemia para evitar amputações em diabéticos ou a fisioterapia após um acidente vascular cerebral.

Alternativa (d): Incorreta. A reabilitação funcional é um componente da prevenção terciária. Ela busca reintegrar o indivíduo às suas atividades após uma seqüela estabelecida. As ações descritas no enunciado (caminhadas e oficinas) são preventivas e educativas, voltadas para evitar que a doença ocorra ou se agrave precocemente, e não para recuperar uma função já perdida.

Questão 76

A questão aborda os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Esses fatores influenciam diretamente a situação de saúde de indivíduos e populações. No caso apresentado, a dificuldade de adesão ao pré-natal não é uma escolha da gestante, mas uma consequência do meio em que ela está inserida.

Alternativa (a) de risco comportamental: Incorreta. Riscos comportamentais referem-se a decisões e ações individuais que podem prejudicar a saúde, como o tabagismo, o sedentarismo ou a recusa deliberada em seguir um tratamento. No enunciado, o impedimento é logístico (distância e falta de transporte), e não uma conduta deliberada da paciente.

Alternativa (b) determinante social estrutural: Correta. Os determinantes estruturais são aqueles que geram ou mantêm a estratificação social e definem o bem-estar de um grupo. Eles incluem o contexto socioeconômico e político, as políticas públicas de infraestrutura e o acesso a serviços básicos. Morar em uma área isolada sem transporte público reflete uma falha na organização do território e na oferta de serviços pelo Estado, configurando uma barreira estrutural que impede o acesso ao direito à saúde.

Alternativa (c) determinante biológico: Incorreta. Determinantes biológicos são características intrínsecas ao organismo humano, como carga genética, sexo e idade. Embora a idade da paciente (32 anos) seja um dado biológico, o foco do problema descrito pela questão é a dificuldade de acesso ao serviço de saúde decorrente da sua localização geográfica.

Alternativa (d) determinante relacionado a estilos de vida: Incorreta. Estilos de vida estão situados na camada dos determinantes proximais, que envolvem hábitos

individuais como alimentação e higiene. O isolamento rural e a carência de transporte são fatores ambientais e políticos externos, que estão além do controle das escolhas de estilo de vida da gestante.

Questão 77

A questão descreve a ocorrência de 100 novos casos de tuberculose em uma população de 50.000 habitantes ao longo de um ano. O ponto fundamental para a resolução é a identificação do termo novos casos, que define a dinâmica de disseminação da doença em um intervalo de tempo.

Alternativa a) Incorreta. A prevalência representa o número total de casos (casos novos somados aos casos antigos) existentes em uma população em um momento específico ou em um período determinado. Ela funciona como uma fotografia do momento, mostrando quantos indivíduos estão doentes, independentemente de quando a doença começou.

Alternativa b) Incorreta. A mortalidade proporcional é um indicador de saúde que expressa a relação entre o número de mortes por uma causa específica (como a tuberculose) e o total de mortes ocorridas na mesma população e período. Ela não mede o surgimento de novos doentes, mas sim a importância de uma causa de morte em relação às outras.

Alternativa c) Incorreta. A letalidade é uma medida da gravidade de uma doença. Ela relaciona o número de mortes por uma determinada doença com o número de pessoas que apresentam essa doença. Ou seja, indica o percentual de doentes que morrem em decorrência da patologia.

Alternativa d) Correta. A incidência é definida como o número de casos novos de uma doença que se desenvolvem em uma população em risco durante um intervalo de tempo definido. Como o enunciado cita especificamente a ocorrência de 100 novos casos no último ano, o conceito aplicado é o de incidência. Ela é um indicador dinâmico que mede o fluxo e o risco de adoecimento.

Questão 78

A alternativa correta é a (b).

A questão descreve o processo de tomada de decisão para a incorporação de uma nova ferramenta no sistema de saúde, especificamente um teste de triagem neonatal. O processo que engloba a análise sistemática da acurácia clínica (sensibilidade e especificidade), da segurança e do impacto econômico (custo e

viabilidade) é denominado Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). A ATS serve para orientar gestores sobre o valor de uma tecnologia em relação às já existentes, garantindo que a implementação seja baseada em evidências e sustentável financeiramente.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A auditoria em saúde é um processo de verificação realizado geralmente após ou durante a execução dos serviços. Ela busca conferir se os processos estão seguindo as normas estabelecidas e se os recursos estão sendo utilizados de forma correta e honesta, não se ocupando da análise prévia de incorporação de novas tecnologias.

Alternativa b: Correta. A ATS é exatamente o estudo das implicações técnicas, clínicas e socioeconômicas de uma tecnologia em saúde (que pode ser um medicamento, equipamento ou programa de rastreamento). Ao analisar sensibilidade, especificidade e custo antes da implantação, a equipe cumpre os pilares fundamentais da ATS para subsidiar uma decisão de saúde pública.

Alternativa c: Incorreta. A pesquisa clínica experimental foca na geração de novos conhecimentos e na testagem de hipóteses (como em ensaios clínicos) para verificar segurança e eficácia. Embora a ATS utilize os dados gerados pelas pesquisas clínicas, o processo de análise de viabilidade e impacto para implementação em um sistema de saúde é uma etapa posterior de gestão.

Alternativa d: Incorreta. O controle de qualidade laboratorial envolve procedimentos técnicos rotineiros para assegurar que os resultados dos exames sejam precisos e reprodutíveis no dia a dia do laboratório. É uma etapa de manutenção operacional e não um estudo de viabilidade para a adoção de uma nova tecnologia de triagem.

Questão 79

Análise do enunciado: O enunciado descreve uma estratégia de saúde fundamentada na troca de conhecimentos, no respeito à cultura local e na participação ativa da comunidade. Esses elementos são os pilares da Educação Popular em Saúde.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A educação em saúde dialógica, inspirada nos conceitos de Paulo Freire, propõe uma relação horizontal entre o profissional de saúde e o cidadão. Nela, o conhecimento é construído de forma compartilhada, valorizando o contexto de vida e a cultura local, exatamente como ocorre nas rodas de conversa citadas.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A educação técnica (ou tradicional) costuma ser centrada apenas no profissional, que detém o saber e o transmite de forma unidirecional para o paciente. Nesse modelo, raramente há espaço para a adaptação cultural ou para a participação ativa descrita na questão.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Ações verticalizadas são aquelas impostas de cima para baixo, geralmente planejadas por gestores ou técnicos sem levar em conta as particularidades e a participação da comunidade local. O exemplo da questão demonstra uma abordagem participativa e horizontal.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A prevenção terciária foca na reabilitação e na redução de danos ou complicações de doenças já estabelecidas (como a reabilitação após um infarto ou AVC). Embora a comunidade apresente alta incidência de hipertensão, a atividade de rodas de conversa com foco cultural é um processo educativo e de promoção da saúde, não se restringindo à definição clínica de prevenção terciária.

Questão 80

Esta questão aborda os fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as diretrizes de acolhimento e acesso no Sistema Único de Saúde (SUS). O conceito central é que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial do sistema e deve estar organizada para receber tanto a demanda agendada quanto a demanda espontânea.

Alternativa a: Incorreta. Impor barreiras burocráticas, como a necessidade de ligar repetidamente para disputar vagas residuais, fere os princípios da acessibilidade, da universalidade e da humanização. O acolhimento deve ser um processo resolutivo que estabelece vínculo entre o serviço e o usuário, e não uma estrutura que dificulta o acesso.

Alternativa b: Incorreta. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem o papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Orientar a paciente a procurar diretamente o pronto-socorro para uma queixa de dor abdominal leve, sem uma avaliação prévia da gravidade, contraria a lógica de resolutividade da UBS e contribui para a superlotação desnecessária dos serviços de urgência e emergência.

Alternativa c: Correta. O acolhimento é uma ferramenta essencial na APS para gerenciar a demanda espontânea. Ele consiste na escuta qualificada das necessidades do usuário por um profissional de saúde, seguida de uma avaliação de risco e vulnerabilidade. Com base nessa avaliação, a equipe define se a paciente precisa de atendimento imediato, se pode ser agendada para um período breve ou se

deve ser encaminhada para outro ponto de atenção, garantindo a segurança e a continuidade do cuidado.

Alternativa d: Incorreta. Basear a decisão de atendimento exclusivamente na presença de febre ou alteração de sinais vitais é uma conduta reducionista e tecnicista. A avaliação de risco na APS deve ser integral, considerando o quadro clínico, o histórico da paciente e o contexto social. Muitos quadros que exigem avaliação médica ou de enfermagem na atenção básica não apresentam obrigatoriamente febre ou instabilidade hemodinâmica inicial.
