



# Sírio Libanês

GABARITO | 2025 | SP | 100 Questões



## Gabarito: Sírio Libanês

2025 | SP

---

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

## Comentários e Explicações

### Questão 1

Análise do Eletrocardiograma (ECG): O traçado revela uma taquicardia de complexo largo (QRS maior que 120 ms) com frequência cardíaca de aproximadamente 130 bpm. O ritmo é regular e a morfologia dos complexos QRS é idêntica entre si (monomórfica). Um achado importante é o desvio extremo do eixo para a esquerda (complexo positivo em aVR e negativo em I e aVF), conhecido como eixo em "terra de ninguém", o que é um forte critério para origem ventricular. Em um paciente idoso com múltiplos fatores de risco cardiovascular (hipertensão, diabetes e dislipidemia), toda taquicardia de complexo largo deve ser considerada Taquicardia Ventricular (TV) até que se prove o contrário.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A fibrilação atrial é caracterizada por um ritmo totalmente irregular (irregularmente irregular) e, na maioria das vezes, com complexos estreitos, a menos que haja bloqueio de ramo prévio. O ritmo do paciente é rigorosamente regular.

b) Correta. O diagnóstico eletrocardiográfico é de taquicardia ventricular monomórfica. Como o paciente encontra-se hemodinamicamente estável (PA 146 x 86 mmHg, lúcido e sem sinais de choque), a conduta preconizada pelos protocolos de suporte avançado de vida cardiovascular (ACLS) é o uso de antiarrítmicos. A amiodarona na dose de 150 mg por via intravenosa, infundida em 10 minutos, é uma das opções de escolha.

c) Incorreta. Embora a taquicardia supraventricular com condução aberrante seja um diagnóstico diferencial, as características do eixo e a idade do paciente favorecem TV. Além disso, a questão afirma que 6 mg de adenosina já foram administrados sem reversão do quadro. Diante da probabilidade de TV, a conduta correta em paciente estável é o antiarrítmico.

d) Incorreta. Na taquicardia ventricular polimórfica, os complexos QRS variam constantemente de amplitude e morfologia (como no Torsades de Pointes), o que não ocorre neste ECG, onde os complexos são iguais. A cardioversão sincronizada é o tratamento de escolha para pacientes instáveis, o que não é o caso deste paciente no momento.

e) Incorreta. O flutter atrial com bloqueio de ramo poderia gerar um ritmo regular de complexo largo, mas a morfologia apresentada, especialmente o eixo extremo, é clássica de TV. Repetir a mesma dose de 6 mg de adenosina após uma tentativa sem sucesso não é a conduta adequada; se fosse seguida a lógica da taquicardia

supraventricular, a próxima dose seria de 12 mg. No entanto, o diagnóstico principal permanece sendo TV.

## Questão 2

Análise do caso clínico:

Paciente de 58 anos com quadro de Angina Estável (Síndrome Coronariana Crônica), classificada como CCS I ou II. Os exames confirmam isquemia miocárdica reversível na cintilografia (parede septal apical) e presença de fatores de risco como hipertensão, dislipidemia e sobrepeso (IMC 28,2). A fração de ejeção está preservada (58%).

Por que a alternativa E é a correta:

1. Otimização do Betabloqueador: A paciente já usa atenolol, mas sua frequência cardíaca (FC) é de 72 bpm. Em pacientes com doença coronariana estável, o objetivo terapêutico é manter a FC entre 55 e 60 bpm para reduzir o consumo de oxigênio pelo miocárdio. Portanto, aumentar a dose do atenolol é uma conduta correta.

2. Potencialização da Estatina: A paciente usa simvastatina 20 mg (baixa potência) e apresenta LDL de 78 mg/dL. Pelas diretrizes atuais, pacientes com isquemia comprovada são classificados como de muito alto risco cardiovascular, com meta de LDL inferior a 50 mg/dL. A troca por uma estatina de alta potência, como a atorvastatina 40 mg, é necessária para atingir essa meta.

3. Antiagregação Plaquetária: O uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS) é mandatório para todos os pacientes com doença arterial coronariana comprovada, visando à prevenção de eventos trombóticos (infarto e AVC), a menos que haja contraindicação. A paciente não estava em uso.

4. Semaglutida: Recentemente, grandes estudos (como o SELECT) demonstraram que a semaglutida reduz eventos cardiovasculares maiores (MACE) em pacientes com doença cardiovascular estabelecida e sobrepeso/obesidade, mesmo na ausência de diabetes mellitus. Dado o IMC de 28,2 e a coronariopatia, o uso é bem indicado.

Análise das demais alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A associação de rivaroxabana 2,5 mg (dose vascular) é geralmente reservada para casos de altíssimo risco ou doença polivascular associada ao AAS, e não como primeira linha isolada. A dapagliflozina tem benefício cardiovascular robusto em insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou

doença renal crônica/diabetes, o que não é o caso principal aqui. A troca da estatina é mais eficiente que apenas associar ezetimiba à simvastatina de baixa dose.

Alternativa B: Incorreta. Jamais se deve associar verapamil (bloqueador de canal de cálcio não diidropiridínico) a um betabloqueador (atenolol), devido ao alto risco de bradicardia grave e bloqueio atrioventricular total. O clopidogrel é uma alternativa ao AAS, mas não a primeira escolha sem justificativa de intolerância.

Alternativa C: Incorreta. A ivabradina é indicada para controle da FC em pacientes que já estão em dose máxima tolerada de betabloqueador e mantêm FC > 70 bpm, o que ainda não foi tentado. Além disso, a simvastatina 40 mg é considerada de intensidade moderada, sendo inferior às estatinas de alta potência para este perfil de risco.

Alternativa D: Incorreta. A troca de atenolol por carvedilol é excelente na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, mas no cenário de angina estável com função ventricular normal, ambos são eficazes. O alirocumab (inibidor da PCSK9) é uma medicação de alto custo reservada para casos em que não se atinge a meta de LDL mesmo com dose máxima de estatina e ezetimiba. O clopidogrel não é superior ao AAS como primeira linha.

---

### Questão 3

Análise do quadro clínico: A paciente apresenta um quadro clássico de Síndrome do Túnel do Carpo (STC). Os principais indícios são a parestesia (formigamento) e hipoestesia na distribuição do nervo mediano (polegar, indicador, dedo médio e metade radial do anelar), a piora com atividades laborais repetitivas e, principalmente, o despertar noturno com dormência, sinal muito específico desta patologia decorrente da compressão do nervo mediano no punho.

Alternativa a: Incorreta. A manobra de Finkelstein é utilizada para o diagnóstico da Tenossinovite de De Quervain. Ela consiste no desvio ulnar passivo do punho com o polegar fletido e aduzido dentro da mão fechada, o que gera dor na região da estilóide radial, e não sintomas neurológicos na palma da mão e dedos.

Alternativa b: Correta. O teste de Phalen é realizado solicitando que a paciente mantenha os punhos em flexão máxima, encostando o dorso das mãos, por 30 a 60 segundos. Esse posicionamento aumenta a pressão intrínseca no canal do carpo e comprime o nervo mediano, reproduzindo os sintomas de dormência e formigamento descritos no caso, sendo um dos testes provocativos mais importantes para a STC.

Alternativa c: Incorreta. O dedo em gatilho (tenossinovite estenosante) decorre de

uma inflamação ou espessamento no tendão flexor que dificulta sua passagem pela polia A1. Isso causa dor na base do dedo e um travamento característico (estalido) durante o movimento de flexão e extensão, sem a distribuição sensitiva típica do nervo mediano.

Alternativa d: Incorreta. A deformidade em botoeira (Boutonnière) caracteriza-se pela flexão da articulação interfalângica proximal e hiperextensão da distal. É uma alteração anatômica estrutural resultante de lesão da banda central do tendão extensor, comum em traumas ou artrite reumatoide, e não possui relação com compressão nervosa.

Alternativa e: Incorreta. Os nódulos de Heberden são sinais de osteoartrite (desgaste articular) localizados nas articulações interfalângicas distais. Eles provocam aumento de volume ósseo, deformidade e dor local, mas não explicam a parestesia noturna ou a fraqueza muscular no território do nervo mediano.

---

#### Questão 4

Análise do caso clínico:

A paciente de 63 anos possui Doença Renal Crônica (DRC) estágio IIIb (Taxa de Filtração Glomerular de 42 mL/min), hipertensão e diabetes. O quadro laboratorial revela hipercalemia moderada (Potássio: 5,9 mEq/L), acidose metabólica (Bicarbonato: 18 mEq/L) e sinais clínicos de leve congestão (crépitos e edema). O eletrocardiograma (ECG) apresenta ondas T apiculadas e simétricas, visíveis principalmente de V2 a V5, o que é característico da hipercalemia. No entanto, o ritmo é sinusal, a frequência cardíaca está normal e o complexo QRS não está alargado, indicando que não há instabilidade elétrica iminente. Como a paciente está assintomática e estável, o manejo pode ser ambulatorial.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Correta. Esta é a conduta mais adequada para o cenário ambulatorial. A suspensão da espironolactona é prioritária, pois, em pacientes com DRC, os antagonistas da aldosterona aumentam significativamente o risco de hipercalemia grave. O uso da furosemida (diurético de alça) é superior à hidroclorotiazida para promover a excreção urinária de potássio e tratar os sinais de sobrecarga volêmica (crépitos e edema). O bicarbonato de sódio oral é indicado para corrigir a acidose metabólica; a correção do pH sanguíneo promove a entrada do potássio para o meio intracelular, ajudando a reduzir os níveis séricos de forma sustentada.

Alternativa B: Incorreta. O encaminhamento para a emergência para realizar solução

polarizante (insulina e glicose) é indicado em casos de hipercalemia grave (geralmente acima de 6,5 mEq/L) ou quando há alterações eletrocardiográficas que sugerem risco de arritmia letal ou instabilidade clínica, o que não ocorre nesta paciente estável.

Alternativa C: Incorreta. Embora a suspensão do enalapril ajude a baixar o potássio, ele é um medicamento fundamental para o controle da proteinúria (relação albumina/creatinina de 242 mg/g) e proteção renal. Tenta-se, primeiro, suspender a espironolactona e otimizar a excreção de potássio antes de retirar o IECA (enalapril). Além disso, resinas de troca como o Sorcal têm eficácia limitada e maior risco de efeitos colaterais gastrointestinais em comparação ao ajuste com diuréticos e bicarbonato.

Alternativa D: Incorreta. O gluconato de cálcio é uma medida de emergência para estabilização da membrana miocárdica. Ele só deve ser utilizado quando há alterações graves no ECG, como o alargamento do complexo QRS ou perda da onda P, visando prevenir parada cardiorrespiratória. As ondas T apiculadas isoladas, em paciente estável, não justificam seu uso.

Alternativa E: Incorreta. Manter todas as medicações, especialmente a espironolactona, em uma paciente com potássio de 5,9 mEq/L e DRC estágio IIIb é uma conduta insegura. Mesmo iniciando furosemida e bicarbonato, o risco de progressão para uma hipercalemia grave e fatal é alto se os agentes retentores de potássio não forem ajustados.

---

## Questão 5

A paciente apresenta um quadro de Doença Renal Crônica (DRC) estágio IIIb (eGFR 42 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), Diabetes Mellitus tipo 2 com albuminúria significativa (242 mg/g) e Hipertensão Arterial Sistêmica subcontrolada (138/86 mmHg), apesar do uso de quatro classes de anti-hipertensivos. Além disso, os exames laboratoriais e o eletrocardiograma (ECG) revelam complicações metabólicas.

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

A imagem mostra ondas T simétricas, pontiagudas e com base estreita, conhecidas como ondas T em tenda, visíveis principalmente nas derivações precordiais (V2 a V5). Esse achado é patognomônico de hipercalemia, o que corrobora o potássio sérico elevado de 5,9 mEq/L.

Indicação da Dapagliflozina:

Os inibidores do SGLT2 (como a dapagliflozina) tornaram-se pilares no tratamento da DRC em pacientes com diabetes e albuminúria. Eles oferecem nefroproteção

(reduzem a progressão da perda de função renal) e cardioproteção, independentemente do controle glicêmico (que nesta paciente já está adequado, com HbA1c de 6,8%). Como a taxa de filtração glomerular da paciente é de 42 mL/min, o início dessa medicação está bem indicado.

Indicação da Clonidina:

O alvo pressórico para pacientes com DRC e diabetes é geralmente inferior a 130/80 mmHg. A paciente já utiliza enalapril, anlodipino, hidroclorotiazida e espironolactona, configurando um quadro de hipertensão resistente. A clonidina, um agonista alfa-2 central, surge como uma opção para auxiliar no alcance da meta pressórica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não há dados de hemoglobina que justifiquem o uso de eritropoetina (indicada geralmente se Hb < 10 g/dL após exclusão de outras causas de anemia). O sevelamer é um quelante de fósforo usado na hiperfosfatemia refratária à dieta; o fósforo da paciente (4,7 mg/dL) está apenas discretamente elevado, sendo a restrição dietética a conduta inicial.

b) Correta. A dapagliflozina é indicada pela nefroproteção em pacientes com DM2 e DRC com albuminúria. A clonidina é utilizada para o controle adicional da pressão arterial, que permanece acima do alvo.

c) Incorreta. O ácido úrico da paciente (6,8 mg/dL) está dentro da faixa de normalidade (até 7,2 mg/dL), não havendo indicação para alopurinol, que é reservado para casos de gota ou hiperuricemia importante.

d) Incorreta. Embora a dapagliflozina esteja correta, não há evidência de anemia de doença renal que sustente o início de eritropoetina nesta questão.

e) Incorreta. Novamente, a indicação de sevelamer é precoce para este cenário, onde o fósforo está pouco acima do limite e a orientação dietética (já mencionada no enunciado) é o primeiro passo. A clonidina é mais necessária para o controle da hipertensão resistente do que o quelante para esse nível de fósforo.

---

## Questão 6

Para resolver essa questão, devemos seguir um raciocínio clínico baseado na fisiologia do metabolismo do cálcio. O ponto de partida é a identificação de uma hipercalcemia (11,0 mg/dL) associada a um PTH elevado (96 pg/mL). Em situações normais, o aumento do cálcio deveria inibir a secreção de PTH. Se o PTH está alto na presença de cálcio alto, estamos diante de uma hipercalcemia PTH-dependente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na hipercalcemia da malignidade (seja por metástases ósseas ou pela produção de proteína relacionada ao PTH — PTHrP), o PTH endógeno estará suprimido (níveis muito baixos), pois a glândula paratireoide responde ao excesso de cálcio interrompendo sua produção. Além disso, o cálcio costuma ser muito mais elevado e a paciente apresenta-se sintomática.

b) Incorreta. Doenças granulomatosas (como sarcoidose ou tuberculose) causam hipercalcemia através da produção excessiva de vitamina D ativa (1,25-di-hidroxitamina D) pelos macrófagos nos granulomas. Esse excesso de vitamina D aumenta a absorção intestinal de cálcio, o que, por sua vez, suprime a secreção de PTH.

c) Correta. O hiperparatireoidismo primário (HPP) é a causa mais comum de hipercalcemia em pacientes ambulatoriais e assintomáticos. Caracteriza-se pela secreção autônoma de PTH (geralmente por um adenoma de paratireoide). Os exames mostram cálcio elevado e PTH elevado (ou inadequadamente normal). A excreção urinária de cálcio de 256 mg/dia (normal/alta) confirma o diagnóstico, demonstrando que o rim está filtrando e eliminando o excesso de cálcio.

d) Incorreta. A hipercalcemia hipocalciúrica familiar (HHF) também apresenta cálcio elevado e PTH elevado/normal, assemelhando-se muito ao HPP. No entanto, a característica definidora da HHF é a baixa excreção de cálcio na urina (hipocalciúria), geralmente menor que 100 mg/dia ou uma fração de excreção de cálcio menor que 0,01. O valor de 256 mg/dia apresentado pela paciente exclui essa hipótese.

e) Incorreta. O hiperparatireoidismo secundário ocorre como uma resposta compensatória a estados de hipocalcemia (comumente por deficiência grave de vitamina D ou doença renal crônica). Nele, o PTH está alto, mas o cálcio sérico está baixo ou no limite inferior da normalidade. No caso da questão, a paciente apresenta hipercalcemia, o que invalida essa alternativa.

---

## Questão 7

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta sinais e sintomas clássicos de tireotoxicose: perda de peso mesmo com aumento do apetite, palpitações, intolerância ao calor, sudorese excessiva e nervosismo. Os exames laboratoriais confirmam o estado de hipertireoidismo primário, caracterizado por TSH suprimido ( $< 0,01$  mUI/L) e níveis

elevados de T4 livre e T3. O diagnóstico diferencial entre as causas de hipertireoidismo é definido pelo padrão da cintilografia de tireoide.

Alternativa a) Incorreta. A tireoidite de Hashimoto é tipicamente uma causa de hipotireoidismo. Existe uma variante chamada hashitoxicose, que é uma fase transitória de tireotoxicose causada pela destruição folicular e liberação de hormônios na circulação. Contudo, na cintilografia, a captação estaria baixa (pela destruição da glândula) ou apenas irregular, não apresentando o padrão de múltiplos focos de hiper captação ativa.

Alternativa b) Incorreta. Embora a doença de Graves seja a causa mais comum de hipertireoidismo em mulheres jovens, o padrão cintilográfico clássico dessa patologia é uma captação aumentada de forma difusa e homogênea por toda a glândula. O enunciado descreve uma captação heterogênea com múltiplas áreas de hiper captação alternadas com áreas de hipocaptação, o que afasta Graves.

Alternativa c) Incorreta. O adenoma tóxico (doença de Plummer) caracteriza-se pela presença de um único nódulo autônomo. Na cintilografia, observaríamos uma única área focal de hiper captação ("nódulo quente"), com o restante do tecido tireoidiano apresentando captação suprimida ou ausente devido aos níveis baixos de TSH.

Alternativa d) Correta. O bócio multinodular tóxico (BMT) é a segunda causa mais comum de hipertireoidismo e ocorre quando múltiplos nódulos em um bócio multinodular preexistente desenvolvem autonomia funcional. O achado na cintilografia é patognomônico: um aspecto heterogêneo ou "em mosaico", onde as áreas de hiper captação correspondem aos nódulos autônomos e as áreas de hipocaptação correspondem ao parênquima glandular normal que está funcionalmente suprimido.

Alternativa e) Incorreta. O hipertireoidismo factício decorre da ingestão exógena de hormônios tireoidianos. Nesses casos, como o hormônio vem de fora, a produção interna da glândula é totalmente inibida pelo TSH baixo. Portanto, a cintilografia de tireoide mostraria uma captação de radiomarcador muito baixa ou nula, diferente do aumento heterogêneo relatado.

---

## Questão 8

O caso clínico apresenta uma paciente jovem com quadro clínico e laboratorial clássico de hipertireoidismo (TSH suprimido com T4 livre e T3 elevados). A cintilografia sugere um bócio multinodular tóxico ou uma variante heterogênea, e a conduta terapêutica escolhida foi o uso de betabloqueador (atenolol) para controle sintomático e tionamida (metimazol) para o controle da síntese hormonal.

O foco da questão é a segurança farmacológica antes de iniciar o metimazol. As tionamidas estão associadas a efeitos colaterais raros, porém graves, que exigem uma avaliação basal para comparação futura e para identificar contraindicações relativas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A função renal (creatinina e ureia) e a série vermelha (hemoglobina e hematócrito) não são os parâmetros principais afetados pelas tionamidas. O metimazol não possui toxicidade renal característica que justifique essa triagem obrigatória pré-tratamento.

b) Incorreta. A ultrassonografia de tireoide com Doppler é um exame de imagem que auxilia no diagnóstico etiológico (como diferenciar Graves de tireoidites), mas a paciente já possui o diagnóstico de hipertireoidismo confirmado laboratorialmente e pela cintilografia. Não é um exame obrigatório para a segurança do início do tratamento medicamentoso.

c) Incorreta. Os anticorpos (anti-TPO, anti-Tg e TRAb) são úteis para definir a etiologia (como a doença de Graves), mas não são exames de segurança para o início da medicação. Uma vez que a decisão de tratar com metimazol já foi tomada com base na clínica e nos exames anteriores, a solicitação desses anticorpos não é pré-requisito para a segurança da prescrição.

d) Incorreta. O teste tuberculínico (PPD) e a radiografia de tórax são protocolos comuns antes do início de imunobiológicos (como inibidores de TNF-alfa) para rastreio de tuberculose latente, o que não se aplica ao tratamento do hipertireoidismo.

e) Correta. Antes de iniciar tionamidas (metimazol ou propiltiuracil), as diretrizes da American Thyroid Association (ATA) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia recomendam a realização de um hemograma completo e perfil hepático basal. Isso ocorre por dois motivos principais:

1. Agranulocitose: É uma complicação rara e grave. Deve-se ter um leucograma basal, pois o hipertireoidismo per se pode causar leucopenia leve, e o médico precisa saber se uma eventual queda nos glóbulos brancos é efeito da droga ou já existia antes.

2. Hepatotoxicidade: As tionamidas podem causar lesão hepática (o metimazol está mais associado a colestase, enquanto o propiltiuracil a necrose hepatocelular). Ter os valores de transaminases e bilirrubinas basais é fundamental para monitorar a segurança do tratamento.

Portanto, a alternativa (e) é a correta, pois contempla o rastreio hematológico e hepático necessário antes da introdução da droga.

---

### Questão 9

O foco desta questão é a escolha do tratamento anti-hipertensivo em um paciente que apresenta hiperuricemia (níveis elevados de ácido úrico no sangue), mesmo que assintomática. O ácido úrico elevado é um fator de risco metabólico e pode predispor à gota e a cálculos renais. Portanto, ao escolher um medicamento para a pressão arterial, devemos optar por um que não piore essa condição ou, idealmente, que ajude a reduzi-la.

Análise das alternativas:

a) Furosemida: Incorreta. É um diurético de alça. Assim como os diuréticos tiazídicos, a furosemida reduz a excreção renal de ácido úrico e pode elevar seus níveis séricos, sendo contraindicada ou devendo ser usada com cautela em pacientes com hiperuricemia ou gota.

b) Enalapril: Incorreta. É um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA). Embora seja um excelente anti-hipertensivo e não tenha um efeito negativo importante sobre o ácido úrico, ele não possui a propriedade específica de aumentar a excreção de urato como a alternativa correta.

c) Atenolol: Incorreta. É um betabloqueador. Betabloqueadores, em geral, podem causar uma pequena elevação nos níveis de ácido úrico ou serem neutros, não sendo a escolha preferencial para um paciente que já apresenta níveis elevados.

d) Losartana: Correta. A losartana é um bloqueador do receptor de angiotensina (BRA) que possui um efeito único em sua classe: ela é uricosúrica. Isso significa que ela inibe o transportador URAT1 nos túbulos renais, aumentando a excreção de ácido úrico pela urina e, conseqüentemente, reduzindo seus níveis no sangue. Por essa característica, é a droga de escolha para hipertensos com hiperuricemia.

e) Hidroclorotiazida: Incorreta. É um diurético tiazídico. Esta classe é classicamente associada ao aumento dos níveis de ácido úrico, pois compete com a secreção de urato nos túbulos renais e aumenta sua reabsorção. É um dos principais gatilhos para crises de gota em pacientes predispostos.

Resumo: Em pacientes hipertensos com hiperuricemia, deve-se evitar diuréticos (tiazídicos e de alça) e preferir a losartana, devido ao seu efeito uricosúrico benéfico.

---

## Questão 10

O caso clínico apresenta um homem jovem com HIV e uso irregular de terapia antirretroviral, o que indica um estado de imunossupressão grave. Ele apresenta um quadro de meningite subaguda (duas semanas de evolução), caracterizado por febre, cefaleia, rigidez de nuca, fotofobia e sinais de hipertensão intracraniana, como vômitos, turvação visual e sonolência.

Análise das imagens e exames laboratoriais:

A imagem de microscopia é o ponto-chave da questão. Ela mostra o exame direto do líquido cefalorraquidiano (LCR) preparado com a técnica de tinta da China (nanquim), evidenciando leveduras arredondadas e encapsuladas, identificadas pelo halo claro ao redor da célula fúngica. Este achado é patognomônico do fungo *Cryptococcus neoformans*.

A tomografia computadorizada de crânio demonstra uma dilatação dos ventrículos laterais (hidrocefalia), uma complicação frequente na neurocriptococose. Isso ocorre porque os componentes da cápsula polissacarídica do fungo obstruem a reabsorção do líquido pelas granulações aracnoides.

O exame do LCR corrobora o diagnóstico ao mostrar uma pleocitose leve com predomínio de monócitos e glicose reduzida (hipoglicorraquemia). O valor de ADA (adenosina desaminase) está normal (2 UI/L), o que é um dado fundamental para afastar a hipótese de tuberculose.

Alternativa a) Correta. Os dados clínicos de meningite subaguda em paciente com AIDS, aliados à visualização direta de leveduras encapsuladas e ao achado de hidrocefalia na imagem, confirmam o diagnóstico de criptococose. Embora o enunciado mencione erroneamente "diagnóstico eletrocardiográfico" (um erro de digitação comum em provas, onde se pretendia escrever diagnóstico etiológico), a alternativa (a) é a única que corresponde aos achados.

Alternativa b) Incorreta. A neurotoxoplasmose costuma se manifestar com déficits neurológicos focais (como fraqueza em um lado do corpo) e lesões expansivas com realce anelar de contraste na tomografia (abscessos), e não como uma meningite com líquido apresentando leveduras.

Alternativa c) Incorreta. A criptosporidíase é uma infecção oportunista causada por um protozoário que ataca o trato gastrointestinal, provocando diarreia crônica e desidratação em pacientes com AIDS, sem relação com quadros de meningite.

Alternativa d) Incorreta. A neurotuberculose é o principal diferencial da criptococose

em quadros subagudos. Contudo, ela geralmente apresenta ADA elevado no LCR (acima de 9-10 UI/L) e a microscopia revelaria bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) ou seria negativa para fungos.

Alternativa e) Incorreta. A neurosífilis pode causar meningite em pacientes HIV positivos, mas seu diagnóstico é baseado na sorologia e no teste de VDRL no líquido, não apresentando as leveduras encapsuladas vistas na imagem de tinta da China.

### Questão 11

O caso clínico descreve um paciente com HIV e má adesão à terapia antirretroviral, apresentando uma síndrome meníngea de evolução subaguda (duas semanas), acompanhada de sinais de hipertensão intracraniana (vômitos, turvação visual, sonolência) e febre. Em pacientes com contagem de CD4 baixa, a principal hipótese diagnóstica diante deste quadro é a meningite criptocócica.

A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) mostra uma pleocitose leve com predomínio de monócitos, o que é compatível com infecções fúngicas ou tuberculose. O valor da ADA (adenosina deaminase) de 2 UI/L é o dado-chave para descartar a neurotuberculose, que tipicamente apresenta ADA elevada (geralmente acima de 9-10 UI/L). A imagem da microscopia mencionada na questão, embora não visualizada aqui, tipicamente mostra leveduras encapsuladas na coloração com tinta da China (nigrosina), confirmando a presença do *Cryptococcus neoformans*.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Este esquema (pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico) é indicado para a neurotoxoplasmose. A neurotoxoplasmose costuma cursar com déficits neurológicos focais e imagens de tomografia com lesões expansivas que apresentam realce anelar de contraste e edema perilesional, o que difere do quadro de meningite subaguda aqui apresentado.

b) Correta. A anfotericina B, preferencialmente em sua formulação lipossomal devido ao menor perfil de nefrotoxicidade, é o tratamento de escolha para a fase de indução da meningite criptocócica. O objetivo é a rápida esterilização do LCR.

c) Incorreta. A nitazoxanida e a azitromicina não possuem papel no tratamento de infecções fúngicas ou bacterianas do sistema nervoso central neste contexto. São medicamentos usados para parasitoses intestinais ou infecções por micobactérias atípicas.

d) Incorreta. O esquema RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) é o

tratamento para tuberculose. Apesar de ser um diagnóstico diferencial importante, o valor de ADA muito baixo (2 UI/L) no líquido praticamente exclui a etiologia por *Mycobacterium tuberculosis*.

e) Incorreta. A penicilina cristalina é o tratamento padrão para a neurosífilis. Embora a sífilis seja uma infecção oportunista comum no HIV, o quadro clínico-laboratorial descrito (especialmente se a microscopia revelou leveduras) é clássico para criptococose, e não para sífilis terciária.

---

## Questão 12

O quadro clínico e laboratorial apresentado aponta diretamente para uma anemia megaloblástica. A paciente apresenta anemia macrocítica (VCM elevado) e as imagens fornecidas são fundamentais para o diagnóstico: a primeira imagem mostra uma glossite atrófica (língua careca ou de Hunter), caracterizada pela perda das papilas linguais; a segunda imagem, do esfregaço de sangue periférico, revela macro-ovalócitos e, crucialmente, um neutrófilo hipersegmentado (com 6 ou mais lobos nucleares), que é um achado patognomônico de processos megaloblásticos.

O ponto-chave para diferenciar a etiologia é a história medicamentosa. A paciente faz uso crônico de metformina, um fármaco associado à redução da absorção de vitamina B12 no íleo terminal por interferir na homeostase do cálcio necessária para a absorção do complexo B12-fator intrínseco.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A anemia sideroblástica geralmente cursa com um quadro microcítico ou dimórfico (populações de células pequenas e grandes). No aspirado de medula óssea, observaríamos sideroblastos em anel, o que não condiz com os achados de hipersegmentação neutrofilica e glossite.

b) Incorreta. A síndrome mielodisplásica (SMD) pode causar macrocitose, mas é tipicamente acompanhada de outras citopenias (leucopenia, plaquetopenia) ou alterações displásicas como neutrófilos hipossegmentados (anomalia de Pseudo-Pelger-Huët), o oposto do que vemos na imagem. Além disso, a glossite não é característica da SMD.

c) Correta. A deficiência de vitamina B12 justifica perfeitamente a anemia macrocítica, a glossite de Hunter e a presença de neutrófilos hipersegmentados. O uso da metformina é o fator epidemiológico decisivo que reforça essa hipótese diagnóstica, tornando a carência de B12 mais provável que a de folato neste cenário clínico.

d) Incorreta. O álcool pode causar macrocitose por toxicidade direta à medula ou por deficiência secundária de folato. No entanto, o consumo relatado (1 a 2 taças de vinho nos finais de semana) é muito baixo para justificar tal alteração hematológica. Além disso, a associação com o uso de metformina direciona o raciocínio para a vitamina B12.

e) Incorreta. Embora a deficiência de ácido fólico também cause anemia megaloblástica com neutrófilos hipersegmentados, ela não possui uma associação direta com o uso de metformina. Em provas de residência, a presença de metformina no enunciado é uma "deixa" clássica para a deficiência de vitamina B12.

---

### Questão 13

Texto Original:

A visita interprofissional, também conhecida como round multiprofissional, é uma estratégia de gestão clínica que visa a integrar as diferentes categorias profissionais, como medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e farmácia, para discutir o plano terapêutico de forma colaborativa. No caso de um paciente idoso, com múltiplas doenças crônicas, demência e sequelas de AVC, essa abordagem é fundamental para garantir um cuidado integral, seguro e coordenado.

Alternativa a: Incorreta. A prática interprofissional busca justamente o oposto. Ela estimula a comunicação transparente e, sempre que possível, envolve a família e os cuidadores nas decisões, especialmente em pacientes com limitações de fala (disartria) ou déficit cognitivo, garantindo que o cuidado seja centrado no paciente.

Alternativa b: Incorreta. O objetivo não é o aumento quantitativo de intervenções, mas sim a qualificação do que é necessário. Em pacientes idosos e complexos, a discussão em equipe muitas vezes leva à redução de exames e procedimentos desnecessários, priorizando a segurança e evitando a iatrogenia.

Alternativa c: Incorreta. A essência da interprofissionalidade é a horizontalidade e a tomada de decisão compartilhada. Centralizar as decisões apenas no médico contraria o princípio de colaboração entre as diferentes áreas do saber que caracteriza esse modelo de visita.

Alternativa d: Correta. Ao reunir os diversos olhares profissionais sobre o mesmo caso, a equipe consegue alinhar condutas, evitar redundâncias, identificar precocemente as necessidades de reabilitação e planejar uma alta segura. Isso resulta na otimização do uso dos recursos hospitalares (humanos, técnicos e financeiros), direcionando-os de forma eficiente para aquilo de que o paciente

realmente precisa.

Alternativa e: Incorreta. Embora a visita ajude a organizar as tarefas, seu objetivo primordial não é estabelecer uma ordenação hierárquica ou de comando entre as equipes assistenciais. O foco é a integração e a sinergia de ações para que o cuidado não seja fragmentado em intervenções isoladas de cada profissional.

#### **Questão 14**

Esta questão aborda o manejo da Hipertensão Arterial Resistente (HAR). O paciente em questão apresenta pressão arterial acima da meta (152 x 94 mmHg), apesar do uso de três classes de anti-hipertensivos em doses otimizadas (IECA, tiazídico e bloqueador de canais de cálcio), com boa adesão comprovada e confirmação por MAPA (afastando o efeito do avental branco).

De acordo com as principais diretrizes nacionais e internacionais (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e o estudo PATHWAY-2), o diagnóstico é de Hipertensão Arterial Resistente. O próximo passo terapêutico preconizado é a adição de um antagonista do receptor de mineralocorticoide.

Alternativa A (Correta): A espironolactona é a droga de escolha como quarto fármaco no tratamento da hipertensão resistente. Ela atua combatendo o escape de aldosterona e o estado de expansão de volume comum nesses pacientes. Estudos demonstram que ela é superior aos betabloqueadores e alfabloqueadores na redução pressórica nesse cenário específico.

Alternativa B (Incorreta): A hidralazina é um vasodilatador direto potente, porém não é a droga de primeira escolha para a hipertensão resistente devido ao seu perfil de efeitos colaterais (taquicardia reflexa e retenção hídrica) e à necessidade de múltiplas doses diárias. É geralmente reservada para casos refratários ou quando há contraindicação às drogas preferenciais.

Alternativa C (Incorreta): O minoxidil é um vasodilatador extremamente potente, reservado apenas para casos de hipertensão refratária (quando o paciente não controla a pressão mesmo com 5 ou mais drogas, incluindo espironolactona). Apresenta efeitos colaterais importantes, como hirsutismo e edema intenso.

Alternativa D (Incorreta): O bisoprolol é um betabloqueador. Embora os betabloqueadores possam ser utilizados no tratamento da hipertensão, eles não são mais considerados a quarta escolha preferencial na hipertensão resistente, a menos que o paciente apresente uma indicação específica (como insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou doença coronariana), o que não é o caso descrito.

Alternativa E (Incorreta): O mononitrato ou dinitrato de isossorbida são nitratos utilizados principalmente no manejo da angina estável ou na insuficiência cardíaca (associados à hidralazina em perfis específicos). Não possuem papel primário como droga de quarta linha no algoritmo de tratamento da hipertensão arterial essencial.

## Questão 15

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descrito é clássico de pancreatite aguda. O paciente apresenta dor epigástrica de forte intensidade com irradiação para o dorso (dor em faixa), desencadeada ou piorada pela alimentação, acompanhada de náuseas, vômitos e sinais de resposta inflamatória sistêmica (taquicardia, taquipneia e febre leve). O antecedente de etilismo crônico e a libação alcoólica recente são fatores de risco determinantes para a etiologia alcoólica da pancreatite. O exame físico com distensão abdominal e ruídos hidroaéreos reduzidos sugere o íleo paralítico, frequente em processos inflamatórios intra-abdominais agudos.

Critérios Diagnósticos:

De acordo com a Classificação de Atlanta, o diagnóstico de pancreatite aguda requer a presença de pelo menos dois dos três critérios a seguir:

1. Dor abdominal sugestiva (epigástrica com irradiação para o dorso).
2. Níveis séricos de amilase ou lipase pelo menos três vezes acima do limite superior da normalidade.
3. Achados característicos em exames de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética ou ultrassonografia).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A elevação de bilirrubinas sugere obstrução biliar ou doença hepatobiliar. Embora a colelitíase seja uma causa comum de pancreatite, o quadro do paciente é fortemente voltado para a etiologia alcoólica. Além disso, a alteração das bilirrubinas não é um critério diagnóstico para pancreatite aguda em si, mas sim um marcador etiológico ou de complicação.

Alternativa b) Correta. A elevação da lipase acima de três vezes o limite da normalidade é um dos critérios fundamentais para confirmar a hipótese de pancreatite aguda. A lipase é preferível à amilase por ser mais específica e por permanecer elevada por um período maior (o paciente já tem 5 dias de evolução), enquanto a amilase tende a normalizar mais rapidamente (em 3 a 5 dias).

Alternativa c) Incorreta. Transaminases acima de 1.000 U/L são encontradas em quadros de hepatite aguda viral, isquêmica ou por drogas/toxinas. Na pancreatite de origem biliar, pode haver elevação de ALT acima de 150 U/L, mas valores superiores a 1.000 não são marcadores de diagnóstico de pancreatite.

Alternativa d) Incorreta. A fosfatase alcalina é um marcador de colestase (obstrução de vias biliares). Assim como as bilirrubinas, ela pode estar alterada se a causa for biliar, mas não serve para confirmar o diagnóstico da inflamação pancreática.

Alternativa e) Incorreta. A presença de acidose metabólica na gasometria arterial é um sinal de gravidade, indicando má perfusão tecidual, choque ou disfunção orgânica. Embora seja importante para o prognóstico e manejo do paciente crítico, não é um achado laboratorial que auxilia na confirmação diagnóstica da patologia em questão.

---

## Questão 16

Interpretação dos Marcadores Sorológicos:

HBsAg positivo: Este é o antígeno de superfície do vírus da Hepatite B. Sua presença no sangue indica que o vírus está presente no organismo, caracterizando uma infecção ativa, que pode ser aguda ou crônica.

Anti-HBs negativo: Este é o anticorpo contra o antígeno de superfície. Quando positivo, indica cura da doença ou imunidade conferida pela vacina. Como está negativo, a paciente não possui proteção contra o vírus.

Anti-HBc total positivo: Este anticorpo indica contato com o núcleo do vírus (core). Ele só fica positivo em pessoas que tiveram contato com o vírus selvagem (infecção natural). Pessoas que apenas tomaram a vacina possuem esse marcador negativo.

HBeAg positivo: Este é o marcador de replicação viral. Quando positivo, indica que o vírus está se multiplicando intensamente e que a paciente tem alta capacidade de transmitir a doença.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O termo inativo e não replicante é invalidado pela presença do HBeAg positivo. Se o vírus estivesse inativo, o HBeAg estaria negativo e o Anti-HBe estaria positivo.

Alternativa b) Correta. A paciente apresenta HBsAg positivo, o que confirma o contato e a presença do vírus no corpo. O HBeAg positivo confirma que o vírus está em fase de replicação ativa. Esta é a interpretação clínica exata para os marcadores apresentados.

Alternativa c) Incorreta. Na imunização por vacina, o paciente apresenta apenas o Anti-HBs positivo. O HBsAg e o Anti-HBc seriam obrigatoriamente negativos.

Alternativa d) Incorreta. Semelhante à alternativa anterior, a presença do HBsAg positivo exclui a condição de imunizado. Além disso, a vacina não gera positividade para o Anti-HBc.

Alternativa e) Incorreta. Para que houvesse imunização (cura ou proteção), o HBsAg precisaria estar negativo e o Anti-HBs precisaria estar positivo. O fato de o HBsAg ser positivo indica que a paciente é portadora do vírus no momento, e não que está imune a ele.

Nota sobre o Gabarito: Embora o gabarito oficial indicado seja a letra (e), há uma clara inconsistência médica nesta resposta. O perfil sorológico descrito (HBsAg positivo e HBeAg positivo) define uma infecção ativa com alta replicação viral, o que torna a alternativa (b) a resposta tecnicamente correta em qualquer exame de residência médica ou prática clínica baseada em diretrizes de hepatologia. Se a paciente estivesse imunizada, ela não poderia ter o antígeno HBsAg circulante.

---

### Questão 17

A questão descreve um quadro clássico de sífilis secundária. O paciente apresenta o período de incubação compatível (exposição há três meses), sintomas constitucionais (adinamia, cefaleia e febre baixa) e a manifestação dermatológica típica: erupções maculopapulares que atingem as regiões palmar e plantar.

Para a confirmação diagnóstica da sífilis, as diretrizes do Ministério da Saúde e protocolos internacionais recomendam a realização de dois tipos de testes: um teste treponêmico e um teste não treponêmico.

Análise das alternativas:

a) Correta. O Teste Rápido (TR) é um teste treponêmico (detecta anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum*) e o VDRL é um teste não treponêmico (detecta anticorpos inespecíficos contra antígenos lipóidicos). A combinação de ambos os reagentes, em um paciente com clínica exuberante, confirma o diagnóstico de sífilis em atividade e permite o início imediato do tratamento e o

acompanhamento da queda de títulos.

b) Incorreta. Um VDRL reagente com FTA-Abs (teste treponêmico) não reagente indica, na imensa maioria das vezes, um resultado falso-positivo do VDRL. O VDRL pode positivar em diversas outras condições, como doenças autoimunes, infecções virais agudas ou uso de drogas. Sem um teste treponêmico positivo, não se confirma sífilis.

c) Incorreta. Tanto o Teste Rápido quanto o FTA-Abs são testes treponêmicos. Embora confirmem que o paciente teve contato com a bactéria em algum momento da vida, eles não distinguem uma infecção atual de uma "cicatriz sorológica" (infecção tratada anteriormente). Para fins de diagnóstico de doença ativa e monitoramento, é indispensável a associação com um teste não treponêmico (VDRL ou RPR).

d) Incorreta. VDRL e RPR são ambos testes não treponêmicos. Utilizar dois testes da mesma categoria não afasta a possibilidade de um falso-positivo biológico. É necessário um teste treponêmico para confirmar a especificidade da reação.

e) Incorreta. Um Teste Rápido reagente com RPR (não treponêmico) não reagente pode ocorrer em três situações: sífilis em fase muito inicial (antes da positivação do teste não treponêmico), sífilis tratada anteriormente (cicatriz sorológica) ou sífilis tardia. No caso clínico apresentado (sífilis secundária), o teste não treponêmico obrigatoriamente deveria estar reagente e, geralmente, com títulos elevados devido à alta carga bacteriana.

---

### Questão 18

A questão descreve um caso clássico de sífilis secundária em um homem jovem, caracterizado pelo exantema maculopapular que atinge as regiões palmoplantares, surgido meses após comportamento sexual de risco. Após o início do tratamento (provavelmente com penicilina benzatina), o paciente apresentou uma reação sistêmica aguda nas primeiras 24 horas.

Essa reação é conhecida como reação de Jarisch-Herxheimer. Ela ocorre devido à destruição maciça de espiroquetas (*Treponema pallidum*) pelo antibiótico, o que libera uma grande quantidade de lipoproteínas e citocinas inflamatórias na corrente sanguínea. Os sintomas incluem febre, cefaleia, mialgia, artralgia e exacerbação temporária das lesões cutâneas. É fundamental compreender que isso não representa uma alergia à medicação nem falha terapêutica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A doxiciclina é uma opção de tratamento para pacientes alérgicos à penicilina. No entanto, a reação descrita não é alérgica, mas sim uma resposta biológica à lise bacteriana. Além disso, a doxiciclina também pode desencadear a reação de Jarisch-Herxheimer.

b) Incorreta. O uso de corticoides como a prednisona pode ser indicado de forma profilática em casos específicos, como na neurosífilis ou sífilis cardiovascular, para evitar complicações graves decorrentes da inflamação. No caso da sífilis secundária sem sinais de gravidade, o manejo é mais simples e não requer corticoterapia sistêmica de rotina após o início da reação.

c) Incorreta. A adrenalina (epinefrina) é o tratamento de escolha para anafilaxia. A reação de Jarisch-Herxheimer difere da anafilaxia por não apresentar sinais de hipersensibilidade imediata (como urticária, angioedema ou broncoespasmo) e por ter um início geralmente mais tardio (algumas horas após a aplicação).

d) Correta. O manejo da reação de Jarisch-Herxheimer é puramente sintomático. Como o quadro é autolimitado (geralmente dura de 12 a 24 horas), recomenda-se o uso de analgésicos e antitérmicos, como a dipirona ou o paracetamol, para o controle da febre e do mal-estar. O paciente deve ser orientado de que a reação é esperada e que o tratamento da sífilis não deve ser interrompido.

e) Incorreta. A ceftriaxona é uma alternativa terapêutica, mas não há indicação de troca do antibiótico. A reação apresentada confirma que o tratamento inicial foi eficaz em promover a destruição dos treponemas.

---

### Questão 19

O caso clínico apresenta um paciente idoso com um quadro de declínio cognitivo associado a características muito específicas que permitem o diagnóstico diferencial das demências.

Alternativa a: Incorreta. As demências rapidamente progressivas, como a Doença de Creutzfeldt-Jakob, caracterizam-se por uma evolução extremamente veloz (geralmente menos de um ano para o óbito), com perda de funções globais e presença de mioclonias. Embora o quadro do paciente tenha cerca de seis meses, os sintomas descritos são muito específicos de outra etiologia.

Alternativa b: Incorreta. Na Doença de Alzheimer, o sintoma cardinal inicial é o déficit de memória episódica (esquecimento de fatos recentes). Alucinações visuais e distúrbios motores ou do sono costumam aparecer apenas em fases avançadas da

doença, e não precocemente como no caso relatado.

Alternativa c: Incorreta. A demência vascular é caracterizada por um declínio cognitivo relacionado a eventos vasculares cerebrais (isquêmicos ou hemorrágicos), apresentando frequentemente uma progressão em degraus ou déficits neurológicos focais, o que não foi mencionado na história clínica.

Alternativa d: Incorreta. A demência frontotemporal manifesta-se prioritariamente por alterações marcantes de comportamento (desinibição, perda de empatia, impulsividade) ou por distúrbios da linguagem (afasias), sem a presença típica de alucinações visuais precoces e distúrbio do sono REM.

Alternativa e: Correta. O paciente apresenta a tríade clínica clássica da Demência por Corpúsculos de Lewy. Os critérios principais presentes são: 1. Alucinações visuais recorrentes e bem formadas (presença de figuras humanas e animais); 2. Flutuação cognitiva (episódios de discurso desorganizado e sonolência diurna excessiva); 3. Distúrbio comportamental do sono REM (agitação noturna com movimentos bruscos, como se estivesse vivenciando os sonhos). Além disso, a instabilidade postural e as quedas frequentes são sinais de parkinsonismo, que também compõem os critérios diagnósticos desta demência. A presença de dois ou mais desses critérios nucleares torna o diagnóstico de Demência por Corpúsculos de Lewy a principal hipótese.

---

## Questão 20

O quadro clínico descrito apresenta os pilares diagnósticos da Demência por Corpos de Lewy (DCL). O paciente manifesta alucinações visuais detalhadas (figuras humanas e animais), flutuação cognitiva (episódios de discurso desorganizado e sonolência diurna), transtorno comportamental do sono REM (agitação noturna com movimentos bruscos, como se estivesse encenando sonhos) e instabilidade postural com quedas frequentes (sugerindo parkinsonismo).

Na Demência por Corpos de Lewy, existe uma característica clínica fundamental: a sensibilidade extrema a antipsicóticos.

a) Duloxetina: Incorreta. Trata-se de um inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina. Embora exija cautela em idosos devido ao risco de quedas ou hiponatremia, não possui a contraindicação específica relacionada à fisiopatologia da doença de Lewy.

b) Sertralina: Incorreta. É um inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS), sendo um dos antidepressivos mais seguros para uso em idosos com demência e depressão, não sendo o fármaco a ser evitado nesta questão.

c) Haloperidol: Correta. O haloperidol é um antipsicótico de primeira geração (típico) com forte bloqueio de receptores dopaminérgicos D2. Pacientes com Demência por Corpos de Lewy podem apresentar reações graves e potencialmente fatais ao utilizarem neurolépticos, manifestando agravamento súbito do parkinsonismo, rigidez extrema, sedação excessiva e risco aumentado de Síndrome Neuroléptica Maligna. Portanto, o haloperidol é formalmente contraindicado nesse cenário.

d) Mirtazapina: Incorreta. É um antidepressivo com propriedades sedativas, frequentemente utilizado para tratar insônia e perda de apetite em idosos. Não apresenta a toxicidade dopaminérgica que contraindica o seu uso no paciente em questão.

e) Amitriptilina: Incorreta. A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico que deve, de fato, ser evitado em idosos de forma geral devido ao seu alto perfil anticolinérgico (que pode piorar a confusão mental, causar retenção urinária e constipação). No entanto, frente ao diagnóstico de Demência por Corpos de Lewy, o risco associado ao uso de antipsicóticos típicos como o haloperidol é considerado mais específico e perigoso, tornando-o a resposta prioritária.

---

## Questão 21

O caso clínico apresenta um paciente com trauma de alta energia e uma radiografia de tórax com achados clássicos. Ao observar a imagem, nota-se a presença de estruturas com conteúdo aéreo (alças intestinais e estômago) ocupando o hemitórax esquerdo. Há também um importante efeito de massa, causando o desvio do mediastino e do coração para o lado direito. Esses achados são característicos da ruptura diafragmática traumática.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O desvio das estruturas para a direita não é causado por um pneumotórax nesse lado, mas sim pelo empurramento provocado pelas vísceras abdominais que subiram para o hemitórax esquerdo. No pneumotórax, observaríamos uma área de transparência pulmonar sem vasos, o que não é o caso.

Alternativa B: Incorreta. Embora o pulmão esquerdo sofra uma atelectasia compressiva (ele está "murcho" por falta de espaço), a patologia principal é a hérnia. O tratamento com pressão positiva (ventilação mecânica) pode, inclusive, ser perigoso se houver pneumotórax associado ou se a pressão distender ainda mais as alças herniadas, comprimindo o pulmão e o coração.

Alternativa C: Correta. A imagem é típica de hérnia diafragmática traumática, mais comum no lado esquerdo devido à proteção que o fígado exerce no lado direito. O trauma contuso aumenta subitamente a pressão intra-abdominal, rompendo o músculo diafragma. O tratamento é obrigatoriamente cirúrgico para reposicionar os órgãos e suturar a lesão diafragmática.

Alternativa D: Incorreta. O hemotórax (sangue no tórax) se manifestaria como um velamento (imagem branca) homogêneo na base do pulmão ou em todo o hemitórax, e não como imagens de alças intestinais com gás.

Alternativa E: Incorreta. Embora lesões esplênicas (no baço) ocorram com frequência em traumas que rompem o diafragma esquerdo, a radiografia foca na alteração torácica. Além disso, nem todo traumatismo esplênico exige laparotomia (muitos são tratados de forma conservadora), enquanto a hérnia diafragmática traumática aguda sempre exige correção cirúrgica.

Gabarito: Alternativa (c).

---

## Questão 22

Análise do Caso Clínico:

O quadro descreve uma paciente com histórico de múltiplas cirurgias abdominais (procedimento de Hartmann, reconstrução de trânsito e nova derivação após deiscência). Ela apresenta sintomas clássicos de obstrução intestinal: vômitos, parada de eliminação de flatos e imagem radiológica sugestiva de obstrução intestinal alta (delgado). Em pacientes com cirurgias prévias, a causa mais comum de obstrução mecânica do intestino delgado são as bridas ou aderências.

A questão solicita o "tratamento inicial" para o diagnóstico mais provável. No manejo da obstrução intestinal por bridas sem sinais de estrangulamento (sofrimento de alça), a conduta inicial é preferencialmente conservadora.

Alternativa A: Lise de bridas por vídeo.

Incorreta. Embora seja o tratamento definitivo para casos que não respondem à terapia clínica ou que apresentam sinais de isquemia/perfuração, a cirurgia (seja por vídeo ou via aberta) não é a primeira escolha no manejo inicial de uma obstrução por bridas simples. Cerca de 70% a 80% desses casos se resolvem apenas com medidas clínicas.

Alternativa B: Colonoscopia descompressiva.

Incorreta. A colonoscopia descompressiva é indicada para casos de obstrução do cólon (intestino grosso), como no volvo de sigmoide ou na síndrome de Ogilvie

(pseudo-obstrução colônica). O quadro da paciente sugere obstrução intestinal alta (delgado), onde a colonoscopia não possui papel terapêutico.

Alternativa C: Dilatação endoscópica.

Incorreta. A dilatação endoscópica é utilizada para tratar estenoses localizadas (como em casos de doença de Crohn ou estenoses de anastomoses cicatriciais), mas não é o manejo inicial para um quadro de obstrução intestinal aguda generalizada.

Alternativa D: Jejum e sonda nasogástrica.

Correta. O tratamento inicial padrão para obstrução intestinal funcional ou mecânica por bridas (sem sinais de gravidade como peritonite ou instabilidade) baseia-se no suporte clínico. Isso inclui: repouso intestinal (jejum), decompressão gástrica com sonda nasogástrica (para reduzir o vômito e o risco de aspiração), hidratação venosa e correção de distúrbios hidroeletrólíticos. Grande parte dos pacientes apresenta resolução do quadro em 24 a 48 horas com esse protocolo.

Alternativa E: Antibioticoterapia.

Incorreta. A antibioticoterapia não é o tratamento principal da obstrução mecânica. Ela pode ser associada caso haja suspeita de translocação bacteriana, isquemia intestinal ou perfuração, mas não atua na causa da obstrução nem é a medida inicial isolada para resolver o quadro.

Gabarito: Letra (d).

---

### Questão 23

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta a tríade clássica do carcinoma de células renais (Tumor de Grawitz): dor lombar, hematúria macroscópica e massa abdominal palpável. Embora essa tríade completa ocorra em menos de 10% dos casos atualmente (devido aos achados incidentais em exames de imagem), sua presença é fortemente sugestiva de neoplasia renal avançada. O tabagismo (45 maços/ano) é o principal fator de risco modificável para essa patologia. A localização da massa em hipocôndrio esquerdo e a dor lombar ipsilateral direcionam o diagnóstico para o rim esquerdo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O adenocarcinoma de próstata geralmente se manifesta com sintomas obstrutivos urinários baixos ou é assintomático nas fases iniciais. A dor lombar no câncer de próstata costuma estar associada a metástases ósseas, e não a uma massa palpável no hipocôndrio. Além disso, a RM de próstata não é o exame inicial para investigação de hematúria e massa abdominal.

b) Incorreta. A hiperplasia prostática benigna (HPB) causa sintomas de armazenamento e esvaziamento vesical (polaciúria, nictúria, jato fraco). Embora possa causar hematúria, não justifica uma massa palpável em hipocôndrio nem dor lombar isolada. O ultrassom transretal é utilizado para guiar biópsias ou avaliar o volume prostático, não para o diagnóstico de massas abdominais.

c) Incorreta. O carcinoma urotelial de bexiga tem o tabagismo como importante fator de risco e se manifesta com hematúria. No entanto, não explicaria uma massa palpável no hipocôndrio/flanco. O exame de urina tipo 1 apenas confirmaria a hematúria, mas não é um exame de elucidação diagnóstica para a causa da massa.

d) Incorreta. O adenocarcinoma de úraco é um tumor raro que se localiza na linha média, entre a cúpula vesical e o umbigo. Os sintomas costumam envolver hematúria e massa palpável na região suprapúbica ou infraumbilical, o que não condiz com a localização no hipocôndrio esquerdo descrita no caso.

e) Correta. A tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste venoso é o padrão-ouro para o diagnóstico, avaliação de características morfológicas e estadiamento do carcinoma de células renais. O quadro clínico do paciente (idade, tabagismo, hematúria, dor e massa palpável) é a descrição clássica desta patologia, tornando a TC o próximo passo mais adequado para a elucidação diagnóstica.

---

## Questão 24

A paciente em questão apresenta um quadro clínico clássico de síndrome da bexiga hiperativa, caracterizado por urgência miccional (desejo súbito e imperioso de urinar), polaciúria (aumento da frequência urinária) e urge-incontinência (perdas urinárias associadas à urgência). O tempo de evolução (6 meses) e a ausência de sinais de infecção aguda direcionam o diagnóstico para essa disfunção neuromuscular da bexiga.

Abaixo, a análise detalhada das alternativas:

a) Correta. Os antimuscarínicos (como oxibutinina, tolterodina, solifenacina e darifenacina) agem bloqueando os receptores muscarínicos (principalmente o subtipo M3) no músculo detrusor da bexiga. Isso reduz as contrações involuntárias do detrusor, aumentando a capacidade vesical e diminuindo os sintomas de urgência e frequência. São considerados, junto aos agonistas beta-3-adrenérgicos (mirabegrona), a primeira linha de tratamento farmacológico para a bexiga hiperativa, após a falha de medidas comportamentais.

b) Incorreta. As quinolonas são antibióticos. Embora uma infecção do trato urinário (ITU) possa causar sintomas de urgência e polaciúria, o quadro da paciente é crônico (6 meses) e não há descrição de disúria ou febre. O uso de antibióticos não é o tratamento para bexiga hiperativa.

c) Incorreta. Os inibidores da recaptação da serotonina são utilizados principalmente no tratamento de transtornos depressivos e de ansiedade. No campo da uroginecologia, a duloxetine (um inibidor dual de serotonina e noradrenalina) é, por vezes, utilizada para o tratamento da incontinência urinária de esforço em alguns protocolos, mas não é a primeira linha para bexiga hiperativa/urgência.

d) Incorreta. Os alfabloqueadores agem relaxando a musculatura lisa do colo vesical e da próstata. São utilizados primordialmente em pacientes do sexo masculino com sintomas obstrutivos decorrentes da hiperplasia prostática benigna (HPB). Não são o tratamento de escolha para urgência miccional em mulheres sem evidência de obstrução infravesical.

e) Incorreta. Os inibidores da 5-alfarredutase (como a finasterida) atuam reduzindo o volume da glândula prostática por meio do bloqueio da conversão da testosterona em di-hidrotestosterona. Trata-se de uma medicação de uso exclusivo para homens com HPB, não possuindo indicação para o caso clínico de uma paciente do sexo feminino.

---

## Questão 25

### EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

O caso clínico apresenta um paciente com alto risco cirúrgico para complicações relacionadas ao acesso abdominal. O ponto-chave é o histórico de múltiplas laparotomias prévias, o que aumenta significativamente a probabilidade de aderências (sinéquias) de alças intestinais à parede abdominal anterior. Ao utilizar a agulha de Verres (uma técnica de acesso "às cegas") para criar o pneumoperitônio, o risco de lesão iatrogênica de uma víscera oca é elevado. Os sintomas de dor intensa, taquipneia (indicando resposta inflamatória ou sepse precoce) e os achados tomográficos de líquido livre e gás fora da alça (pneumoperitônio patológico) confirmam uma perfuração.

Análise das alternativas:

a) Íleo paralítico: O íleo adinâmico é frequente no pós-operatório devido à manipulação das alças e anestésicos. Ele causa distensão e ausência de ruídos hidroaéreos, mas não justifica a dor abdominal intensa, a taquipneia nem a presença

de líquido livre e gás extraluminal na tomografia.

b) Obstrução mecânica do intestino delgado: Poderia ocorrer devido a bridas (aderências) antigas ou encarceramento em sítio de trocarte. Entretanto, a obstrução mecânica apresentaria tipicamente distensão de alças com níveis hidroaéreos na imagem. O gás fora da alça (extraluminal) é um sinal clássico de perfuração, e não de obstrução simples.

c) Lesão de víscera oca: É a alternativa correta. Em pacientes com "abdome hostil" (múltiplas cirurgias anteriores), as alças intestinais costumam estar fixas à parede. A entrada com agulha de Verres ou trocartes pode perfurar o intestino delgado ou o cólon. O quadro de peritonite química e bacteriana resultante explica a dor súbita, a distensão, a redução dos sons intestinais e os achados da tomografia (gás e líquido na cavidade).

d) Trombose de veia porta: É uma complicação vascular rara e não explicaria a presença de gás livre na cavidade abdominal logo no primeiro dia de pós-operatório. Costuma cursar com dor abdominal mal definida e achados específicos de falha de enchimento vascular nos exames de imagem.

e) Úlcera perfurada: Embora a clínica de úlcera perfurada inclua pneumoperitônio e dor intensa, o enunciado destaca que o paciente realizou uma endoscopia digestiva alta pré-operatória que estava normal. Isso torna essa hipótese improvável, direcionando o diagnóstico para uma complicação da própria cirurgia laparoscópica realizada.

---

## Questão 26

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente encontra-se no segundo dia de pós-operatório de uma cirurgia de grande porte (ressecção gástrica subtotal) e apresenta um quadro clínico compatível com choque hipovolêmico. Os sinais fundamentais para esse diagnóstico são a hipotensão (90 x 50 mmHg), a taquicardia (120 bpm) e o tempo de enchimento capilar (TEC) prolongado de 4 segundos, indicando má perfusão tecidual. A queixa de pré-síncope e mal-estar corrobora a instabilidade hemodinâmica. O fato de o abdome estar tenso e doloroso sugere um processo agudo intraperitoneal, sendo a hemorragia a causa mais provável para a queda pressórica súbita e a irritação peritoneal neste período.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Hemorragia intra-abdominal (Correta): É a complicação mais provável devido à

tríade de instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia), sinais de má perfusão periférica (TEC de 4 segundos) e sinais locais (abdome tenso e dor intensa). Em um pós-operatório recente de gastrectomia, o sangramento pode advir de vasos arteriais não ligados adequadamente ou da linha de sutura/anastomose. A ausência de febre (36 °C) afasta inicialmente um quadro infeccioso agudo e reforça a hipótese de choque hemorrágico.

b) Perfuração do intestino: Embora possa causar dor e abdome tenso por peritonite, a perfuração intestinal costuma evoluir para um quadro de sepse abdominal. No segundo dia pós-operatório, uma perfuração geralmente apresentaria sinais inflamatórios mais evidentes, como febre, e a instabilidade hemodinâmica não seria tão súbita quanto na hemorragia, a menos que o paciente já estivesse em choque séptico avançado, o que é menos provável sem histórico de febre.

c) Sepse intra-abdominal: A sepse é uma causa importante de choque no pós-operatório, mas geralmente se manifesta com febre (ou hipotermia), leucocitose e costuma ocorrer em um intervalo de tempo um pouco maior (3 a 5 dias após a cirurgia em casos de deiscência de anastomose). O quadro descrito é mais compatível com uma perda volêmica aguda (sangue) do que com uma resposta inflamatória sistêmica a uma infecção.

d) Íleo paralítico: É uma condição comum e esperada após cirurgias abdominais, caracterizada pela ausência de peristalse e distensão abdominal. No entanto, o íleo paralítico isolado não justifica dor intensa, hipotensão severa, taquicardia nem TEC prolongado. Ele é um achado secundário ao trauma cirúrgico ou à própria irritação peritoneal causada pelo sangue (hemoperitônio), mas não é a causa da instabilidade do paciente.

e) Embolia pulmonar: A embolia pulmonar (TEP) é uma complicação pós-operatória grave que pode causar taquicardia, hipotensão e síncope. Contudo, o TEP não explica o abdome tenso nem a dor abdominal intensa com ausência de peristalse. O foco dos sintomas de TEP seria primordialmente cardiorrespiratório (dispneia, dor torácica e queda de saturação de oxigênio).

---

### **Questão 27**

O quadro clínico descrito apresenta um paciente vítima de trauma de alta energia com sinais clássicos de choque obstrutivo. Os achados fundamentais para o diagnóstico são: instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia), ausência de murmúrio vesicular à direita, desvio da traqueia para o lado contralateral (esquerda) e turgência jugular. Esta combinação é a apresentação típica do pneumotórax hipertensivo.

Análise das alternativas:

a) Pneumotórax simples: Incorreta. No pneumotórax simples, o ar entra no espaço pleural, mas não gera pressão positiva suficiente para desviar as estruturas do mediastino ou comprimir os grandes vasos. O paciente pode apresentar dor torácica e diminuição do murmúrio vesicular, mas permanece hemodinamicamente estável, sem desvio de traqueia ou turgência jugular.

b) Pneumotórax hipertensivo: Correta. Esta condição ocorre quando há um mecanismo de válvula unidirecional (o ar entra no espaço pleural durante a inspiração, mas não sai na expiração). O acúmulo progressivo de ar aumenta a pressão intratorácica, desviando o mediastino e comprimindo as veias cavas superior e inferior. Isso reduz o retorno venoso ao coração, levando à queda do débito cardíaco (hipotensão) e ao represamento de sangue (turgência jugular). É uma emergência médica de diagnóstico clínico.

c) Hemotórax: Incorreta. O hemotórax (sangue no espaço pleural) pode causar ausência de murmúrio vesicular e choque. No entanto, no hemotórax, o choque é hipovolêmico, o que resultaria em veias jugulares colapsadas (planas) devido à perda de volume sanguíneo, e não ingurgitadas. O desvio de traqueia também é um achado raro no hemotórax, sendo mais característico das patologias que geram pressão positiva no tórax.

d) Tamponamento cardíaco: Incorreta. O tamponamento cardíaco apresenta a tríade de Beck (hipotensão, turgência jugular e abafamento de bulhas). Embora compartilhe a hipotensão e a turgência jugular com o pneumotórax hipertensivo, no tamponamento os pulmões estão tipicamente limpos, com murmúrio vesicular presente e simétrico, e não há desvio de traqueia.

e) Contusão pulmonar: Incorreta. A contusão pulmonar é uma lesão do parênquima que causa hemorragia e edema alveolar, manifestando-se geralmente com hipoxemia e desconforto respiratório que pode evoluir ao longo de horas. Ela não causa, de forma aguda e isolada, o desvio da traqueia ou os sinais de choque obstrutivo observados neste caso.

## Questão 28

### ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta um mecanismo de trauma de alta energia (queda de 6 metros, o que equivale a aproximadamente dois andares). Apesar de estar alerta, a presença de confusão mental e dor localizada na coluna lombar em uma vítima de queda de altura exige uma investigação rigorosa para lesões multissistêmicas e fraturas ocultas. Em traumas de alta energia, a incidência de lesões não diagnosticadas apenas pelo exame físico é significativa.

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

A tomografia computadorizada de corpo inteiro (conhecida como "pan-scan") tornou-se o padrão-ouro na avaliação inicial de pacientes politraumatizados com mecanismos de alta energia. Ela oferece maior sensibilidade e especificidade do que as radiografias simples para detectar fraturas de coluna, lesões em órgãos sólidos abdominais, hemotórax, pneumotórax e lesões cranianas. No caso clínico, a confusão mental indica a necessidade de avaliar o crânio, e o mecanismo de queda com dor lombar exige avaliação detalhada de toda a coluna e pelve, justificando a abordagem tomográfica completa para agilizar o diagnóstico e o tratamento definitivo.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Radiografia de crânio: Este exame caiu em desuso na rotina do trauma moderno. Para uma paciente com confusão mental após queda de altura, o exame de escolha para o crânio é a tomografia computadorizada, que permite visualizar o parênquima cerebral e sangramentos intracranianos, o que a radiografia não faz.

c) Ressonância magnética da coluna lombar: A ressonância não é um exame de triagem inicial no trauma agudo. Ela é reservada para casos específicos em que há déficit neurológico não explicado pela tomografia ou suspeita de lesão ligamentar ou discal. Além disso, é um exame demorado e contraindicado em pacientes instáveis ou que necessitam de monitorização contínua.

d) Radiografia de tórax, pelve e coluna cervico-tóraco-lombar: Embora essa fosse a abordagem clássica ("série trauma"), as evidências atuais demonstram que, em mecanismos de alta energia, a tomografia é superior. Radiografias simples de coluna perdem muitas fraturas agudas (baixa sensibilidade). Dado que a paciente já apresenta sintomas (dor lombar e confusão), a tomografia é o próximo passo mais seguro e completo.

e) Observação por 24 horas no hospital: A conduta expectante é perigosa neste

cenário. Um trauma de 6 metros de altura pode causar lesões internas graves (como rotura de baço ou fraturas instáveis de coluna) que podem não apresentar sinais claros imediatamente. O diagnóstico por imagem deve ser imediato para excluir lesões que ameacem a vida ou a integridade neurológica.

## Questão 29

### ESTUDO DO CASO

O paciente em questão apresenta um quadro clássico de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) grave. Os critérios que definem a gravidade e a necessidade de intervenção imediata são:

1. Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 6 pontos: Por definição, qualquer paciente com Glasgow menor ou igual a 8 é classificado como TCE grave.
2. Sinais de herniação cerebral e hipertensão intracraniana: A presença de pupilas anisocóricas (uma pupila maior que a outra) e o desvio da linha média na tomografia sugerem que o cérebro está sofrendo uma compressão severa e deslocamento.
3. Insuficiência respiratória iminente: A respiração irregular indica que o centro respiratório, localizado no tronco encefálico, pode estar sendo comprimido.

Seguindo o protocolo mundial do ATLS (Advanced Trauma Life Support), o atendimento ao trauma deve sempre seguir a ordem de prioridades do ABCDE, onde A (Via aérea e proteção da coluna cervical) e B (Respiração e ventilação) precedem a avaliação neurológica e o tratamento definitivo das lesões.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) CORRETA. Esta é a conduta prioritária. Um paciente com Glasgow de 6 não possui reflexos de proteção das vias aéreas, o que gera alto risco de aspiração de conteúdo gástrico e obstrução da via aérea pela língua. Além disso, a respiração irregular necessita de suporte ventilatório imediato para evitar a hipóxia e manter níveis controlados de gás carbônico (CO<sub>2</sub>) no sangue. A hipóxia e a hipercapnia são fatores que aumentam o fluxo sanguíneo cerebral e pioram drasticamente a pressão intracraniana.

Alternativa b) INCORRETA. O manitol é uma medida terapêutica adjunta para reduzir a pressão intracraniana em pacientes com sinais de herniação. Embora seja uma droga importante no manejo do TCE grave, ela só deve ser administrada após o controle da via aérea e ventilação (ABC). Não se trata a pressão intracraniana antes de garantir que o paciente esteja respirando e oxigenando.

Alternativa c) INCORRETA. A craniotomia descompressiva é o tratamento definitivo para aliviar a pressão causada pelo desvio da linha média e lesões expansivas. No entanto, na ordem de prioridade, o paciente deve ser estabilizado (intubado e ventilado) antes de ser transportado ao centro cirúrgico. O manejo da via aérea precede qualquer procedimento cirúrgico.

Alternativa d) INCORRETA. O tratamento não operatório não é a conduta padrão para um paciente com sinais claros de desvio de linha média e deterioração neurológica importante (anisocoria). Além disso, o manejo de UTI ocorre após a estabilização inicial na sala de emergência.

Alternativa e) INCORRETA. O coma barbitúrico é uma medida de exceção utilizada apenas em casos de hipertensão intracraniana refratária a todas as outras medidas (manitol, drenagem de líquor, sedação comum). É uma conduta tardia e não deve ser iniciada na fase de avaliação primária do paciente no pronto-socorro.

---

### Questão 30

O caso clínico descreve um paciente jovem com quadro de choque hipovolêmico (hipotensão e taquicardia) e sinais de irritação peritoneal após trauma abdominal contuso. A queda expressiva do hematócrito confirma uma hemorragia aguda. O conjunto de sinais e sintomas aponta para um hemoperitônio volumoso.

Alternativa (a) Correta: O baço é o órgão sólido mais frequentemente lesionado em traumas abdominais contusos. Sua ruptura causa sangramento intraperitoneal rápido e volumoso, o que justifica a instabilidade hemodinâmica (choque), a distensão abdominal e a queda do hematócrito. O sangue livre na cavidade peritoneal atua como um irritante, gerando os sinais de peritonite observados no exame físico.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a lesão hepática seja a segunda causa mais comum de hemoperitônio no trauma contuso e possa causar um quadro clínico idêntico ao da ruptura esplênica, estatisticamente o baço é o órgão mais acometido nesse tipo de mecanismo. Na ausência de dados que apontem especificamente para o hipocôndrio direito, a ruptura de baço é a hipótese diagnóstica primária em provas de residência.

Alternativa (c) Incorreta: A perfuração de alça intestinal (víscera oca) resultaria em peritonite química e, posteriormente, bacteriana. No entanto, o quadro predominante seria de pneumoperitônio e sepse, e não de um choque hemorrágico agudo com queda rápida e significativa do hematócrito logo na admissão, como descrito no caso.

Alternativa (d) Incorreta: A ruptura de bexiga ocorre geralmente associada a fraturas de pelve. Pode causar uroperitônio e dor abdominal, mas não costuma evoluir com

queda súbita de hematócrito e choque hipovolêmico grave, a menos que haja lesões vasculares pélvicas associadas.

Alternativa (e) Incorreta: O hematoma retroperitoneal geralmente está associado a fraturas de pelve ou lesões em órgãos retroperitoneais (como rins ou pâncreas). Embora possa causar choque, o sangue fica contido no espaço retroperitoneal, demorando mais para gerar sinais claros de peritonite difusa e distensão abdominal quando comparado ao sangramento intraperitoneal livre, como ocorre na ruptura esplênica.

---

### Questão 31

O paciente apresenta um quadro clínico sugestivo de fratura de pelve com instabilidade do anel pélvico após trauma de alta energia. Nessas situações, a principal preocupação e causa de morte precoce é a hemorragia retroperitoneal grave. A prioridade absoluta no atendimento inicial, seguindo os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), é a estabilização mecânica da pelve para reduzir o volume pélvico e auxiliar no controle do sangramento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A fixação interna representa o tratamento definitivo da fratura. Ela só deve ser realizada quando o paciente estiver clinicamente estável e após um planejamento cirúrgico adequado, geralmente dias após o trauma inicial. Não é uma medida de emergência.

Alternativa b) Incorreta. A fixação externa é uma opção de estabilização temporária que pode ser usada no controle de danos, mas exige ambiente de centro cirúrgico e é um procedimento invasivo. A estabilização imediata deve ser realizada de forma mais rápida, ainda na sala de trauma.

Alternativa c) Incorreta. Embora a tomografia de corpo inteiro seja essencial para o diagnóstico detalhado das lesões no trauma, ela não deve atrasar manobras de ressuscitação e estabilização. Em um cenário de suspeita de fratura pélvica grave, a prioridade é fechar o anel pélvico antes de deslocar o paciente para exames de imagem complexos.

Alternativa d) Incorreta. A tração esquelética é utilizada principalmente para alinhar fraturas do fêmur ou do acetábulo e manter o comprimento do membro. Ela não tem eficácia na estabilização do anel pélvico nem no controle de hemorragia retroperitoneal.

Alternativa e) Correta. A aplicação de uma cinta pélvica (ou, na ausência desta, de um lençol ao nível dos trocanteres maiores) é a conduta prioritária e imediata. Essa medida reduz o volume da pelve "aberta", promovendo o tamponamento de sangramentos venosos e estabilizando mecanicamente os fragmentos ósseos. É um método não invasivo, rápido e fundamental para a sobrevivência do paciente na fase aguda.

### Questão 32

Análise do caso:

O paciente apresenta um Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão (CPCP), também conhecido como oat cell. Este tipo histológico é caracterizado por sua alta agressividade, rápido tempo de duplicação celular e uma tendência precoce à disseminação sistêmica (micrometástases). Clinicamente, o CPCP é dividido em Doença Limitada (restrita a um hemitórax e linfonodos regionais que caibam em um campo de radioterapia) e Doença Extensa. No caso em questão, a presença de linfonodos mediastinais e cervicais, associada à massa pulmonar, classifica o quadro como uma doença que requer tratamento sistêmico e local agressivo, mas não cirúrgico.

Alternativa a: Incorreta. Diferente do câncer de pulmão de não pequenas células (adenocarcinoma, carcinoma epidermoide), a cirurgia raramente tem papel no tratamento do CPCP. A ressecção só é considerada em casos excepcionais de nódulo solitário muito pequeno (T1-2, N0), o que não se aplica a este paciente, que já apresenta linfonodopatia mediastinal e cervical.

Alternativa b: Correta. O carcinoma de pequenas células é extremamente sensível à quimioterapia e à radioterapia. Para pacientes em estágio de doença limitada (como parece ser o caso, já que os linfonodos cervicais/supraclaviculares e mediastinais podem ser incluídos no planejamento radioterápico), o padrão-ouro é a quimiorradioterapia concomitante. A quimioterapia trata a doença sistêmica (micrometástases) e a radioterapia foca no controle local da massa e dos linfonodos.

Alternativa c: Incorreta. Não há indicação de cirurgia citorrredutora (debulking) para o carcinoma de pequenas células. A biologia do tumor, marcada por disseminação hematogênica precoce, torna o procedimento cirúrgico ineficaz para o controle da sobrevivência global nestes estágios.

Alternativa d: Incorreta. Embora a quimioterapia neoadjuvante seja utilizada em alguns casos de câncer de pulmão de não pequenas células, ela não é a conduta de escolha para o CPCP com acometimento linfonodal. Uma vez que há linfonodos mediastinais positivos no CPCP, o tratamento de escolha é a combinação de quimio e

radioterapia, e não a sequência com cirurgia.

Alternativa e: Incorreta. O CPCP é o tipo mais agressivo de câncer pulmonar. Sem tratamento, a sobrevida média é de apenas algumas semanas a poucos meses. O seguimento periódico sem intervenção seria considerado negligência diante de um tumor de crescimento tão rápido e fatal.

### Questão 33

A questão descreve uma paciente com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo, apresentando uma lesão de 3 cm (estadiamento clínico T2) e, fundamentalmente, uma axila clinicamente negativa (ausência de adenomegalias palpáveis).

No manejo cirúrgico atual do câncer de mama, a avaliação do status axilar é um pilar fundamental para o estadiamento e planejamento terapêutico. Veja a análise das alternativas:

a) Mastectomia radical: Incorreta. O termo "mastectomia radical" remete a cirurgias agressivas que incluem a retirada dos músculos peitorais e o esvaziamento axilar completo (técnica de Halsted ou variações). Atualmente, para uma lesão de 3 cm, pode-se considerar a cirurgia conservadora (quadrantectomia) ou a mastectomia simples/poupante de pele, dependendo da relação tumor/mama. Além disso, o esvaziamento axilar radical não deve ser feito de rotina em pacientes com axila clinicamente negativa (N0) sem antes avaliar o linfonodo sentinela.

b) Terapia hormonal neoadjuvante: Incorreta. A hormonioterapia neoadjuvante é geralmente reservada para pacientes idosas, com comorbidades que impeçam a cirurgia imediata ou em casos de tumores luminais muito volumosos em pós-menopausadas. A paciente tem 45 anos e uma lesão passível de tratamento cirúrgico inicial.

c) Exame de linfonodo sentinela: Correta. Para pacientes com câncer de mama invasivo e axila clinicamente negativa (sem linfonodos suspeitos ao exame físico ou imagem), a biópsia do linfonodo sentinela é o padrão-ouro para o estadiamento axilar. Esse procedimento permite identificar se há metástases linfonodais com baixa morbidade, evitando as complicações de um esvaziamento axilar desnecessário (como o linfedema), caso o sentinela seja negativo.

d) Quimioterapia neoadjuvante seguida de mastectomia radical: Incorreta. Embora a quimioterapia neoadjuvante possa ser indicada em subtipos biológicos específicos (como triplo-negativo ou HER2-positivo) ou para reduzir o tamanho do tumor e permitir cirurgia conservadora, a "mastectomia radical" com esvaziamento axilar

sistemático não é a conduta padrão automática após a quimioterapia, especialmente se houver resposta axilar ou se a axila era inicialmente negativa.

e) Radioterapia adjuvante antes da cirurgia: Incorreta. Existe uma confusão terminológica nesta alternativa. "Adjuvante" refere-se ao tratamento realizado após o tratamento principal (cirurgia). A radioterapia realizada antes da cirurgia seria chamada de neoadjuvante, o que não é a rotina no câncer de mama, exceto em casos muito específicos de tumores irresssecáveis ou inflamatórios para controle local, o que não é o caso de um nódulo de 3 cm.

Portanto, diante de um câncer de mama invasivo com axila clinicamente negativa, o próximo passo essencial no manejo cirúrgico é a avaliação do linfonodo sentinela.

---

### Questão 34

O caso clínico apresenta um paciente de 62 anos com diagnóstico de adenocarcinoma do sigmoide, sem evidência de metástases a distância nos exames de estadiamento (TNM clínico M0). O tratamento fundamental para o câncer de cólon não metastático é a ressecção cirúrgica com margens oncológicas e linfadenectomia.

Alternativa a) Incorreta. A ressecção anterior do reto é o procedimento padrão para tumores localizados no reto (especialmente reto médio e superior). Embora a cirurgia para tumor do sigmoide envolva a porção superior do reto para a realização da anastomose, o termo técnico mais adequado para a retirada do sigmoide é a sigmoidectomia ou retossigmoidectomia.

Alternativa b) Incorreta. A colectomia total é uma cirurgia extensa indicada em situações específicas, como na polipose adenomatosa familiar, em casos de tumores sincrônicos (múltiplos tumores em diferentes segmentos do cólon) ou em colites inflamatórias graves. Não há indicação para uma lesão única e localizada no sigmoide.

Alternativa c) Correta. A retossigmoidectomia oncológica é a conduta de escolha para o câncer do sigmoide. O procedimento envolve a ligadura da artéria mesentérica inferior na sua origem (ou distalmente à saída da artéria cólica esquerda, dependendo da estratégia), a ressecção do segmento acometido com margens de segurança e a retirada dos linfonodos regionais. A reconstrução do trânsito é feita preferencialmente por meio de uma anastomose primária (ligação direta entre o cólon descendente e o reto) quando as condições clínicas e locais permitem, como é o caso deste paciente, que não apresenta sinais de obstrução aguda complicada ou perfuração.

Alternativa d) Incorreta. A ressecção abdominoperineal, também conhecida como cirurgia de Miles, é indicada para tumores de reto muito baixo que invadem o complexo esfinteriano ou que estão tão próximos da margem anal que não permitem a preservação do esfíncter. Resulta em uma colostomia definitiva, o que não se aplica a um tumor do sigmoide.

Alternativa e) Incorreta. A colectomia esquerda ampliada para o transversal é indicada quando o tumor está localizado na flexura esplênica (ângulo esplênico) ou no cólon descendente alto, necessitando da ligadura da artéria cólica esquerda e de ramos da cólica média. Para uma lesão restrita ao sigmoide, a retossigmoidectomia é o tratamento oncológico suficiente e menos mórbido.

---

### Questão 35

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta dor abdominal com migração (dor que inicia difusa e depois se localiza na fossa ilíaca direita), um fenômeno conhecido como Cronologia de Murphy. O exame físico revela sinal de Blumberg positivo, o que indica irritação peritoneal. Em um homem de 45 anos, essas características são típicas de processos inflamatórios no quadrante inferior direito.

Alternativa a: Está incorreta segundo o gabarito oficial. Na prática clínica, a apendicite aguda é a causa mais comum de dor que migra para a fossa ilíaca direita com irritação peritoneal. Entretanto, o enunciado e o gabarito sugerem o foco em um diagnóstico diferencial que também acomete adultos nessa faixa etária.

Alternativa b: Está correta. A diverticulite aguda, embora ocorra mais frequentemente no cólon sigmoide (lado esquerdo), pode acometer o ceco ou o cólon ascendente. A diverticulite cecal é um diagnóstico diferencial importante da apendicite aguda, pois apresenta sinais e sintomas praticamente idênticos, incluindo dor na fossa ilíaca direita e sinais de peritonite localizada. Em pacientes acima de 40 anos, essa possibilidade deve ser considerada.

Alternativa c: Está incorreta. A colecistite aguda manifesta-se com dor no hipocôndrio direito (quadrante superior) que pode irradiar para a escápula. O sinal característico ao exame físico é o sinal de Murphy (pausa na inspiração profunda durante a palpação do ponto cístico), e não a dor localizada em fossa ilíaca direita.

Alternativa d: Está incorreta. A úlcera péptica perfurada caracteriza-se por um início súbito de dor muito intensa e generalizada (abdome agudo perfurativo). O exame físico costuma mostrar abdome em tábua (rigidez generalizada) e, nos exames de imagem, é comum a presença de pneumoperitônio.

Alternativa e: Está incorreta. A pancreatite aguda apresenta dor em andar superior do abdome, classicamente descrita como dor em barra com irradiação para o dorso, acompanhada de náuseas e vômitos precoces, sem a migração típica para a fossa ilíaca direita descrita no caso.

## Questão 36

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico descrito é clássico de uma síndrome dolorosa abdominal alta. Os pontos-chave para o diagnóstico são: a dor súbita e intensa no epigástrico, a irradiação característica para o dorso (dor em barra ou penetrante), a presença de náuseas e vômitos, e o exame físico com dor à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal (como descompressão dolorosa ou abdome em tábua).

### COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A colecistite aguda geralmente se manifesta com dor no hipocôndrio direito que pode irradiar para a escápula direita. No exame físico, é comum encontrar o sinal de Murphy positivo. Embora possa causar vômitos e dor epigástrica inicial, a irradiação para o dorso em faixa e a localização da dor não são as mais típicas para esta patologia em comparação à pancreatite.

b) INCORRETA. A apendicite aguda apresenta tipicamente uma dor que se inicia na região periumbilical e migra para a fossa ilíaca direita (ponto de McBurney). A irradiação para o dorso e a localização no abdome superior não condizem com a evolução habitual do quadro.

c) CORRETA. A pancreatite aguda é a principal hipótese. A dor epigástrica de início súbito que irradia para o dorso (frequentemente descrita como dor "em barra"), associada a vômitos persistentes e distensão abdominal discreta (devido ao íleo paralítico reflexo), é a apresentação clássica. A ausência de sinais de irritação peritoneal nas fases iniciais ocorre porque o pâncreas é um órgão retroperitoneal; o peritônio parietal leva mais tempo para ser irritado pela inflamação.

d) INCORRETA. A úlcera péptica perfurada também causa dor súbita e intensa no epigástrico. No entanto, por se tratar da perfuração de uma víscera oca com extravasamento de conteúdo gástrico para a cavidade peritoneal, o paciente rapidamente desenvolve sinais claros de irritação peritoneal (abdome em tábua, sinal de Jobert positivo), o que o enunciado explicitamente afasta.

e) INCORRETA. O infarto agudo do miocárdio, especialmente de parede inferior, pode se manifestar como dor epigástrica, náuseas e vômitos, particularmente em pacientes hipertensos ou diabéticos. Contudo, a descrição da dor irradiando para o dorso, associada à distensão abdominal, torna a pancreatite uma hipótese diagnóstica muito mais provável e característica para uma prova de residência. No cenário real, um ECG seria obrigatório, mas para fins de diagnóstico sindrômico em prova, os dados apontam para uma etiologia abdominal.

### Questão 37

Para identificar o distúrbio ácido-básico deste paciente, devemos seguir um passo a passo sistemático:

1. Avaliação do pH: O pH arterial é de 7,50. Como o valor de referência é entre 7,35 e 7,45, um pH de 7,50 indica que o sangue está básico, caracterizando uma alcalose (alcalose).

2. Determinação da causa primária: Observamos o bicarbonato ( $\text{HCO}_3^-$ ) e a pressão parcial de gás carbônico ( $\text{pCO}_2$ ). O  $\text{HCO}_3^-$  está em 36 mEq/L (normal: 22 a 26 mEq/L) e a  $\text{pCO}_2$  está em 47 mmHg (normal: 35 a 45 mmHg). Quando o pH está elevado e o bicarbonato também está elevado, o distúrbio primário é metabólico. Portanto, trata-se de uma alcalose metabólica.

3. Avaliação da compensação: Na alcalose metabólica, o corpo tenta compensar retendo ácido ( $\text{CO}_2$ ) através da hipoventilação. O aumento da  $\text{pCO}_2$  para 47 mmHg representa essa resposta compensatória esperada do sistema respiratório para tentar trazer o pH de volta à normalidade.

4. Correlação clínica: O paciente apresenta vômitos frequentes e grande débito por sonda nasogástrica. O suco gástrico é rico em ácido clorídrico (HCl). A perda de íons hidrogênio ( $\text{H}^+$ ) e cloro ( $\text{Cl}^-$ ) é a causa clássica da alcalose metabólica. A hipocalcemia (potássio de 3,2 mEq/L) também é um achado comum, pois a perda de volume e a alcalose favorecem a excreção renal de potássio.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na alcalose respiratória, o distúrbio primário seria uma queda na  $\text{pCO}_2$  ( $\text{pCO}_2$  menor que 35 mmHg) devido à hiperventilação, o que não é o caso deste paciente. Além disso, o termo compensada só é usado quando o pH retorna à faixa normal.

b) Incorreta. O termo acidose é utilizado quando o pH está abaixo de 7,35. O paciente

em questão apresenta um pH alcalino (7,50).

c) Incorreta. Como explicado, na alcalose respiratória a pCO<sub>2</sub> estaria baixa. Neste caso, a pCO<sub>2</sub> está elevada como uma resposta compensatória a um problema metabólico.

d) Correta. Os dados laboratoriais (pH e bicarbonato elevados) somados à história clínica de perda de secreção gástrica confirmam o diagnóstico de alcalose metabólica.

e) Incorreta. O pH de 7,50 descarta qualquer quadro de acidose. O cálculo do ânion gap é uma ferramenta utilizada para diferenciar as causas de acidose metabólica, não se aplicando a este caso de alcalose.

---

### Questão 38

O caso clínico descreve uma infecção do sítio cirúrgico (ISC) em um paciente submetido à cirurgia cardíaca (esternotomia). Em procedimentos cirúrgicos classificados como limpos, como é o caso da maioria das cirurgias cardíacas, a contaminação geralmente ocorre por microrganismos da própria microbiota da pele do paciente no momento da incisão ou no período pós-operatório imediato.

Alternativa a: Incorreta. O *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A) é um importante causador de infecções de pele e partes moles, como erisipela e celulite, além de ser o agente da faringite bacteriana. Contudo, ele não é o patógeno mais frequentemente isolado em infecções de ferida operatória após esternotomia.

Alternativa b: Incorreta. A *Escherichia coli* é um bacilo Gram-negativo habitante do trato gastrointestinal. Sua participação em infecções de sítio cirúrgico é muito comum em cirurgias abdominais, colorretais ou urológicas (cirurgias limpas-contaminadas ou contaminadas), mas é rara como agente principal em cirurgias torácicas limpas.

Alternativa c: Correta. O *Staphylococcus aureus* é, universalmente, o agente etiológico mais comum nas infecções de sítio cirúrgico em cirurgias limpas, incluindo a esternotomia em cirurgia cardíaca. Sua alta prevalência deve-se ao fato de ser um colonizador frequente da pele e das narinas de pacientes e profissionais de saúde. Além disso, possui diversos fatores de virulência que facilitam a adesão e invasão de tecidos e materiais protéticos após a quebra da barreira cutânea.

Alternativa d: Incorreta. A *Pseudomonas aeruginosa* é um patógeno Gram-negativo oportunista, geralmente associado a infecções em pacientes com internação

hospitalar prolongada, uso de dispositivos invasivos ou em unidades de terapia intensiva. Apesar de poder causar mediastinite e infecções graves, ela não supera o \*Staphylococcus aureus\* em frequência absoluta nas esternotomias.

Alternativa e: Incorreta. A \*Candida albicans\* é um fungo e representa uma causa rara de infecção de sítio cirúrgico pós-esternotomia. Infecções fúngicas nessa topografia costumam ocorrer apenas em cenários específicos, como em pacientes com imunossupressão grave, desnutrição extrema ou uso prolongado de múltiplos antibióticos de amplo espectro.

---

### Questão 39

Esta paciente apresenta um quadro clássico de complicação pós-operatória de colecistectomia videolaparoscópica. A tríade de dor abdominal progressiva, distensão e icterícia iniciada poucos dias após a cirurgia deve sempre levantar a suspeita de fístula biliar com coleperitônio (acúmulo de bile na cavidade peritoneal).

Análise dos dados clínicos e laboratoriais:

A dor no ombro direito indica irritação frênica pelo líquido biliar. A icterícia, com predomínio de bilirrubina direta (BD: 5,6 mg/dL), ocorre não necessariamente por obstrução completa da via biliar, mas pela reabsorção peritoneal da bile acumulada (icterícia por coleperitônio). O hemograma normal (Hb: 14 g/dL) afasta hemorragia aguda importante.

Análise das imagens de tomografia:

As imagens mostram uma grande quantidade de líquido livre hipodenso (densidade de fluido) distribuído pelo espaço peri-hepático, goteiras paracólicas e pelve. Esse achado, no contexto de pós-operatório de via biliar, é altamente sugestivo de bile livre.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O hemoperitônio causaria uma queda significativa nos níveis de hemoglobina, o que não ocorre no caso (Hb 14 g/dL). Além disso, a densidade do sangue na tomografia costuma ser mais elevada do que a do líquido biliar na fase aguda.

b) Incorreta. Um abscesso peri-hepático geralmente se apresenta como uma coleção organizada e bloqueada, acompanhada de febre alta e sinais de toxemia, diferente do quadro de distensão abdominal difusa e líquido livre generalizado visto na imagem.

c) Incorreta. Embora a paciente tenha icterícia e dor, o quadro clínico é dominado por sinais de irritação peritoneal e grande volume de líquido livre. A colangite é uma infecção da via biliar geralmente obstrutiva e não explicaria, isoladamente, a presença de tanto líquido livre na cavidade abdominal. A CPRE pode ser necessária posteriormente para identificar e tratar o local da fístula, mas não é a conduta inicial para o peritônio ocupado.

d) Correta. O diagnóstico de coleperitônio é o que melhor explica a icterícia pós-operatória com líquido livre e dor abdominal. A videolaparoscopia é a conduta de escolha, pois permite confirmar o diagnóstico, realizar a limpeza da cavidade (lavagem exaustiva) e, se possível, identificar e tratar a origem do vazamento biliar ou, no mínimo, realizar a drenagem adequada do abdome.

e) Incorreta. Não há história prévia sugestiva de doença dispéptica e a paciente acabou de passar por uma cirurgia biliar, o que torna a complicação cirúrgica direta a hipótese diagnóstica primária. Além disso, a tomografia não mostra pneumoperitônio significativo compatível com perfuração de víscera oca.

---

#### Questão 40

O quadro clínico apresenta um paciente com dor abdominal aguda, vômitos e distensão abdominal, com um antecedente cirúrgico importante: gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux há 6 meses. Embora a dor no epigástrico irradiada para o dorso e o gatilho alimentar possam sugerir pancreatite, os exames laboratoriais desmentem essa hipótese: a amilase está apenas discretamente alterada (longe de atingir três vezes o valor de referência), as enzimas canaliculares e bilirrubinas estão normais (afastando a origem biliar) e a PCR é baixa, o que não condiz com um processo inflamatório pancreático importante após 48 h de evolução.

A análise da tomografia de abdome é fundamental. Nas imagens, observa-se uma acentuada dilatação de alças de delgado com níveis hidroaéreos e, especificamente na imagem axial, nota-se o sinal do redemoinho (\*whirl sign\*), que indica torção do mesentério. Em pacientes submetidos à reconstrução em Y de Roux, esse achado é altamente sugestivo de uma hérnia interna (como a hérnia de Petersen), onde as alças intestinais passam por espaços criados pela nova anatomia cirúrgica. Como o paciente foi submetido a 48 h de tratamento conservador (sonda nasogástrica e hidratação) sem sucesso, a conduta imperativa é a abordagem cirúrgica.

Alternativa a) Incorreta. Embora a isquemia mesentérica possa ser uma complicação da obstrução ou causada pelo uso de cocaína, o quadro clínico-radiológico de distensão de alças e o antecedente cirúrgico direcionam o diagnóstico primário para obstrução intestinal mecânica.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico de pancreatite aguda é improvável pela amilase baixa e ausência de sinais inflamatórios sistêmicos. Além disso, se fosse pancreatite, a dieta enteral seria preferível à parenteral, mas o diagnóstico principal aqui é outro.

Alternativa c) Incorreta. Novamente, o quadro não é de pancreatite. A nutrição parenteral só seria considerada em casos de impossibilidade absoluta de via enteral por longo período, o que não se aplica ao manejo inicial da maioria das pancreatites ou da obstrução mecânica.

Alternativa d) Correta. O paciente apresenta sinais clínicos e radiológicos de obstrução intestinal (vômitos, distensão, dor em cólica e alças dilatadas na TC). O antecedente de Y de Roux é um fator de risco clássico para hérnias internas. A falha do tratamento clínico por 48 h indica a necessidade de cirurgia imediata para desobstrução e avaliação da viabilidade das alças.

Alternativa e) Incorreta. Não há critérios para pancreatite aguda. Prolongar o tratamento clínico por mais 12 h em um paciente com obstrução intestinal mecânica que já não respondeu em 48 h aumenta significativamente o risco de sofrimento vascular e necrose de alça intestinal.

---

## Questão 41

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente de 22 meses apresenta um quadro de crise convulsiva febril complexa. Uma crise febril é classificada como complexa quando possui caráter focal, duração superior a 15 minutos ou quando ocorre mais de uma vez em um período de 24 horas. No caso descrito, a crise foi focal e durou 20 minutos. Embora o enunciado mencione que a criança chegou ao pronto-socorro em crise, a descrição posterior do exame físico (criança responsiva a estímulos e exame neurológico normal) e os resultados de exames laboratoriais indicam que a atividade convulsiva já cessou e o paciente encontra-se em período pós-ictal ou de recuperação.

#### ALTERNATIVA A: CORRETA

A conduta na convulsão febril, após a interrupção da crise e estabilização do paciente, é essencialmente de suporte e observação. Como os exames laboratoriais (glicemia, eletrólitos e hemograma) estão normais e não há sinais de infecção do sistema nervoso central ou déficits neurológicos, deve-se controlar a febre com antipiréticos para conforto do paciente e observar sua evolução clínica. É fundamental orientar os pais sobre a natureza benigna do quadro, reforçando que,

apesar de assustadora, a convulsão febril tem excelente prognóstico e baixo risco de sequelas.

**ALTERNATIVA B: INCORRETA**

O diazepam intravenoso seria a medicação de escolha para interromper uma crise que ainda estivesse em curso (fase aguda). No entanto, o texto informa que, após a chegada, o exame físico mostra uma criança já responsiva e com exames complementares prontos, o que demonstra que a crise parou. Administrar diazepam em uma criança que não está mais convulsionando é desnecessário e pode causar depressão respiratória ou sedação excessiva, prejudicando a avaliação do nível de consciência.

**ALTERNATIVA C: INCORRETA**

A punção lombar não é um procedimento de rotina para todos os casos de crise febril. Ela é mandatária apenas se houver sinais clínicos de meningite (como rigidez de nuca ou sinais de Kernig e Brudzinski), em crianças menores de 12 meses com esquema vacinal incompleto ou naquelas que apresentam estado geral muito comprometido. O paciente em questão tem 22 meses, está clinicamente bem e não apresenta sinais de irritação meníngea, logo, a investigação de meningite não se justifica.

**ALTERNATIVA D: INCORRETA**

A realização de ressonância magnética ou tomografia não é recomendada na avaliação inicial da crise febril, mesmo na complexa, exceto se houver suspeita de lesão estrutural intracraniana, sinais de hipertensão intracraniana ou déficit neurológico focal persistente. O uso de antibióticos empíricos também é incorreto, pois não há foco infeccioso bacteriano identificado e o hemograma não sugere infecção bacteriana sistêmica.

**ALTERNATIVA E: INCORRETA**

O tratamento profilático com drogas antiepilépticas, como o ácido valproico ou fenobarbital, não é indicado para pacientes com crise febril. Embora esses medicamentos possam reduzir o risco de novas crises durante episódios febris, seus efeitos colaterais (como toxicidade hepática, alterações de comportamento e aprendizado) são considerados muito mais graves do que os riscos da própria convulsão febril, que é uma condição autolimitada.

## Questão 42

A Síndrome Nefrótica é definida por uma tríade (ou téttrade) clássica resultante do aumento da permeabilidade glomerular às proteínas. O quadro clínico descrito (edema palpebral matutino e urina espumosa em criança de 4 anos) é altamente sugestivo dessa patologia, sendo a Doença de Lesões Mínimas a causa mais provável nesta faixa etária. Para confirmar o diagnóstico, os exames devem comprovar os pilares da síndrome.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a ureia e a creatinina sejam importantes para avaliar a função renal e o EAS (Urina I) possa sugerir a presença de proteínas, esta alternativa peca por não incluir a dosagem de albumina sérica, que é um critério diagnóstico fundamental para definir a hipoalbuminemia.

b) Correta. Esta alternativa contempla todos os elementos necessários para o diagnóstico da Síndrome Nefrótica: a proteinúria maciça (confirmada pela proteinúria de 24 horas), a hipoalbuminemia (albumina sérica  $< 2,5 - 3,0$  g/dL) e a dislipidemia (colesterol e triglicerídeos elevados, que ocorrem pela estimulação hepática na síntese de lipoproteínas em resposta à baixa pressão oncótica).

c) Incorreta. O diagnóstico da Síndrome Nefrótica não é exclusivamente clínico. É obrigatória a comprovação laboratorial da perda proteica urinária maciça e da redução dos níveis de albumina no sangue para diferenciar de outras causas de edema (como doenças cardíacas ou hepáticas).

d) Incorreta. A proteína C-reativa (PCR) é um marcador inflamatório inespecífico e não faz parte dos critérios diagnósticos da síndrome. Além disso, embora ureia e creatinina sejam úteis no acompanhamento, o perfil lipídico completo é mais característico para a definição diagnóstica inicial.

e) Incorreta. Glicemia, hemograma e eletrólitos (sódio, potássio, cálcio) são exames complementares que ajudam a avaliar o estado geral do paciente e possíveis complicações, mas não definem o diagnóstico de Síndrome Nefrótica por si só, faltando a dosagem de albumina e do perfil lipídico.

### Questão 43

#### ANÁLISE DO CASO:

O ponto central desta questão é a segurança da vacinação com vírus vivos atenuados em pacientes imunocomprometidos. O adolescente em questão possui Artrite Idiopática Juvenil e faz uso de duas medicações que causam imunossupressão: o metotrexato e o corticoide. A vacina contra a febre amarela é composta por vírus vivo atenuado, o que exige um sistema imunológico íntegro para controlar a replicação viral e gerar imunidade sem causar doença.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. A suspensão isolada e imediata do corticoide não autoriza a vacinação. Para que um paciente que usou corticoide em doses imunossupressoras (geralmente acima de 2 mg/kg/dia ou 20 mg/dia por mais de 14 dias) possa receber vacinas de vírus vivos, é necessário aguardar pelo menos 30 dias após a interrupção. Além disso, a alternativa ignora a presença do metotrexato.

Alternativa B: Incorreta. A aplicação imediata é perigosa. Em pacientes imunossuprimidos, existe o risco de doença viscerotrópica aguda associada à vacina, uma complicação grave e potencialmente fatal, na qual o vírus vacinal se replica de forma descontrolada, simulando a febre amarela selvagem.

Alternativa C: Incorreta. Embora o metotrexato precise ser suspenso para a vacinação com vírus vivos, o prazo de 30 dias pode ser insuficiente dependendo do protocolo adotado (muitas diretrizes recomendam de um a três meses) e a conduta de aguardar apenas o metotrexato falha ao não considerar o tempo de recuperação imunológica após o uso de corticoides e a atividade da doença de base.

Alternativa D: Incorreta. A ocorrência de um surto aumenta o risco epidemiológico da doença, mas não altera a contraindicação biológica. O risco de um evento adverso grave pela vacina em um paciente com este grau de imunossupressão permanece alto, independentemente da situação externa.

Alternativa E: Correta. Esta é a conduta preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm). Pacientes em uso de drogas imunossupressoras, quimioterápicos (como o metotrexato) e corticoides em doses elevadas possuem contraindicação para a vacina de febre amarela. A orientação médica deve focar na prevenção de picadas (uso de repelentes, roupas compridas e evitar áreas de maior risco) e na emissão de um certificado médico de isenção de vacinação se a viagem for para locais que exijam o comprovante.

## RESUMO PARA ESTUDO:

Pacientes com doenças reumatológicas em uso de imunossupressores não devem receber vacinas de agentes vivos (Febre Amarela, Tríplice Viral, Varicela, BCG) devido ao risco de replicação viral exacerbada. Se a vacinação for estritamente necessária, ela deve ser planejada com a suspensão prévia das medicações por períodos que variam entre um e três meses, dependendo da droga, sempre sob supervisão do especialista.

### Questão 44

#### Análise do Caso Clínico

O quadro clínico descreve uma criança de 8 anos com trombocitopenia isolada (10.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>) precedida por uma infecção viral, o que é clássico da Púrpura Trombocitopênica Imunológica (PTI) na infância. No entanto, a paciente apresenta sinais de gravidade extrema: sangramento mucoso (gengival) e, principalmente, uma complicação neurológica grave (cefaleia, vômitos, desorientação e hematoma subdural na TC). Estamos diante de uma PTI com sangramento com risco de morte (hemorragia intracraniana).

#### Explicação das Alternativas

a) Incorreta. A esplenectomia é considerada um tratamento de segunda ou terceira linha, geralmente reservada para casos crônicos, refratários ou quando outras terapias falham após longo período. Não é a conduta inicial em uma emergência aguda de PTI, mesmo com sangramento grave, devido aos riscos cirúrgicos em um paciente plaquetopênico e à existência de terapias medicamentosas rápidas.

b) Incorreta. A corticoterapia isolada (geralmente prednisona oral ou metilprednisolona venosa) é uma opção para casos de PTI com sangramentos cutâneos extensos ou mucosos moderados. Contudo, em vigência de hemorragia intracraniana, o efeito dos corticoides isolados é muito lento para a gravidade do quadro.

c) Correta. Em casos de PTI com sangramento de risco de vida (como o hematoma subdural), a conduta deve ser agressiva e combinada para elevar a contagem de plaquetas o mais rápido possível. A imunoglobulina humana intravenosa (IVIG) age rapidamente bloqueando os receptores Fc dos macrófagos esplênicos, os corticosteroides em doses altas diminuem a resposta imune, e a transfusão de plaquetas, embora tenha sobrevida curta na PTI, é indicada em vigência de

sangramento ativo grave para tentar promover a hemostasia imediata enquanto as outras medicações começam a agir.

d) Incorreta. A observação clínica e a monitorização sem intervenção medicamentosa são condutas aceitáveis apenas para crianças com PTI que apresentam apenas petéquias e equimoses (manifestações cutâneas) e contagens de plaquetas acima de 10.000-20.000/mm<sup>3</sup>, sem sangramentos ativos. No caso em questão, a paciente tem um sangramento no sistema nervoso central, o que exige intervenção imediata.

e) Incorreta. O uso de imunossupressores potentes como a ciclofosfamida ou o rituximabe é reservado para casos de PTI crônica, grave e refratária aos tratamentos iniciais (corticoides, imunoglobulina e esplenectomia). Não possui espaço no manejo agudo de uma hemorragia intracraniana por PTI.

---

### Questão 45

A Doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica que acomete predominantemente crianças pequenas, sendo a principal causa de cardiopatia adquirida na infância em países desenvolvidos. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseia-se na presença de febre persistente associada a critérios específicos de inflamação de mucosas e extremidades.

No caso clínico apresentado, a paciente preenche os critérios clássicos para o diagnóstico: febre alta por mais de 5 dias (6 dias no relato) associada a quatro outros sinais: hiperemia conjuntival bilateral não exsudativa, linfadenopatia cervical maior que 1,5 cm, exantema polimórfico (maculopapular) e alterações nas extremidades (edema de mãos e pés). Outros achados descritos que corroboram fortemente o diagnóstico são a irritabilidade intensa, comum em crianças com Kawasaki, e a trombocitose no hemograma, que é um marcador laboratorial característico da fase subaguda, mas que pode começar a se elevar precocemente. A falha terapêutica com o uso de amoxicilina também aponta para uma etiologia não bacteriana comum.

Alternativa a: Incorreta. A mononucleose infecciosa manifesta-se tipicamente com faringite exsudativa, febre, linfadenopatia (frequentemente posterior ou generalizada) e esplenomegalia. Embora um exantema possa surgir após o uso de amoxicilina/ampicilina, ele não explicaria o edema de extremidades nem a conjuntivite não purulenta persistente com febre alta por 6 dias.

Alternativa b: Incorreta. O sarampo apresenta um período prodrômico marcado por tosse, coriza e conjuntivite com fotofobia. O exantema é morbiliforme e de progressão craniocaudal, e a febre costuma atingir o pico quando o exantema aparece, tendendo a ceder nos dias seguintes. O quadro de edema de extremidades

e a duração da febre alta após o início do exantema não são típicos do sarampo.

Alternativa c: Incorreta. A escarlatina é uma doença bacteriana causada pelo *Streptococcus pyogenes*. Ela se caracteriza por febre, faringite, língua em morango e um exantema micropapular (aspecto de lixa). Um ponto fundamental para descartar essa hipótese é que a escarlatina apresenta uma resposta rápida e dramática ao uso de penicilinas (como a amoxicilina) em 24 a 48 horas, o que não ocorreu no caso. Além disso, a escarlatina não causa conjuntivite.

Alternativa d: Correta. A paciente apresenta todos os critérios para a Doença de Kawasaki: febre prolongada, conjuntivite não exsudativa, linfadenopatia cervical, exantema e edema de extremidades. A leucocitose com neutrofilia e a trombocitose são achados laboratoriais de suporte esperados.

Alternativa e: Incorreta. O eritema infeccioso (Parvovírus B19) é uma doença exantemática benigna. Caracteriza-se pelo sinal da face esbofetada seguido por um exantema rendilhado no tronco e membros. Geralmente não cursa com febre alta persistente, irritabilidade intensa, conjuntivite ou alterações importantes em exames laboratoriais como a trombocitose.

---

### Questão 46

A questão aborda os novos critérios de sepse pediátrica publicados em 2024, conhecidos como Phoenix Sepsis Score (PSS). Segundo o novo consenso internacional, a sepse em crianças é definida pela presença de uma infecção (suspeita ou confirmada) associada a uma pontuação no Phoenix Sepsis Score igual ou maior que 2 pontos. Essa pontuação indica uma disfunção orgânica que coloca a vida em risco.

No caso descrito, a paciente já possui o diagnóstico de sepse confirmado pelo escore (PSS = 2). Mais do que isso, a descrição aponta disfunção cardiovascular (pressão arterial média abaixo do esperado), o que caracteriza um quadro grave com necessidade de intervenção hemodinâmica e infecciosa imediata.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O suporte ventilatório é importante, mas a conduta é incompleta. Diante de uma criança com sepse e disfunção cardiovascular, manter apenas a monitorização sem intervir na volemia e na causa infecciosa permite a progressão para o choque irreversível e falência de múltiplos órgãos.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve os pilares do manejo inicial da

sepsis e do choque séptico em pediatria. O tratamento deve ser iniciado idealmente na primeira hora (bundle da primeira hora) e inclui: restaurar a perfusão tecidual com expansão volêmica (cristaloides), administrar ou ajustar a antibioticoterapia para combater o foco infeccioso e utilizar drogas vasoativas (vasopressores) caso a pressão arterial ou a perfusão não se normalizem após a reposição de fluidos.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a ventilação não invasiva possa ajudar na disfunção respiratória e o antibiótico seja obrigatório, esta opção falha ao não abordar a disfunção cardiovascular (hipotensão/queda da PAM). Sem a ressuscitação volêmica, o quadro hemodinâmico não será corrigido.

Alternativa (d) Incorreta: O uso de corticosteroides em altas doses não faz parte do tratamento inicial da sepsis. Corticosteroides (como a hidrocortisona em doses baixas) são reservados apenas para casos de choque séptico refratário ao uso de fluidos e doses altas de catecolaminas (vasopressores).

Alternativa (e) Incorreta: Na sepsis, o tempo é um fator determinante. Prescrever cristaloides e aguardar apenas a monitorização antes de outras intervenções (como o ajuste do antibiótico) atrasa o tratamento definitivo. O manejo deve ser multifatorial e simultâneo para reduzir a mortalidade.

---

## Questão 47

Análise do caso clínico:

O paciente é um pré-escolar com quadro de pneumonia bacteriana típica que evoluiu para derrame pleural. O ponto-chave da questão é a identificação de loculações na ultrassonografia de tórax. Isso classifica o derrame como parapneumônico complicado (Fase II ou fibrinopurulenta). Diante de um derrame pleural moderado, especialmente com septações/loculações, a conduta diagnóstica e terapêutica imediata é obrigatória para guiar o tratamento.

Alternativa a: Incorreta. O oseltamivir é indicado para o tratamento de infecção pelo vírus influenza. Embora vírus possam causar pneumonia e pequenos derrames, a história clínica de febre alta, tosse produtiva e a presença de loculações no derrame sugerem fortemente uma etiologia bacteriana (como *Streptococcus pneumoniae* ou *Staphylococcus aureus*). Focar apenas no oseltamivir negligenciaria a complicação bacteriana grave.

Alternativa b: Incorreta. A penicilina cristalina é o tratamento de escolha para pneumonia pneumocócica em crianças híidas. No entanto, diante de um derrame pleural loculado, a conduta expectante (apenas aguardar melhora) é contraindicada.

Derrames complicados possuem baixa penetração de antibióticos e grande carga bacteriana, exigindo frequentemente intervenção local.

Alternativa c: Incorreta. A drenagem torácica ou mesmo a cirurgia de limpeza (como a videotoracoscopia - VATS) podem ser necessárias futuramente devido às loculações. Contudo, a prescrição de doxiciclina está incorreta para esta faixa etária. As tetraciclina são contraindicadas em crianças menores de 8 anos devido ao risco de impregnação no esmalte dentário e nos ossos, causando descoloração permanente e atraso no crescimento.

Alternativa d: Incorreta. Embora a introdução de antibióticos de amplo espectro, como ceftriaxona (cobrindo pneumococo resistente) e vancomicina (cobrindo *Staphylococcus aureus* resistente), seja uma prática comum em casos graves, o próximo passo essencial antes ou simultaneamente à troca do antibiótico é a obtenção de uma amostra do líquido pleural. Iniciar apenas a medicação sem analisar o líquido atrasa o diagnóstico definitivo e a definição da necessidade de drenagem.

Alternativa e: Correta. A toracocentese é o passo fundamental no manejo de um derrame pleural moderado ou complicado. O procedimento guiado por ultrassonografia aumenta a segurança, permitindo puncionar exatamente onde o líquido está acumulado (especialmente importante em derrames loculados). A análise microbiológica (Gram e cultura) e bioquímica (pH, glicose, proteínas e LDH) do líquido é o padrão-ouro para diferenciar um derrame parapneumônico simples de um empiema ou derrame complicado, definindo se haverá necessidade de drenagem de tórax ou uso de fibrinolíticos.

---

## Questão 48

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma criança do sexo masculino com manifestações hemorrágicas desde o primeiro ano de vida. Os sintomas incluem sangramentos cutâneo-mucosos (equimoses, gengivorragia e epistaxe) e, mais importante, um sangramento em partes moles (quadríceps) após trauma leve, o que sugere um distúrbio da hemostasia secundária (coagulação).

Os exames laboratoriais revelam um prolongamento do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPa), o que aponta para uma deficiência na via intrínseca da cascata de coagulação (Fatores VIII, IX, XI ou XII). A confirmação diagnóstica é dada pela dosagem do Fator VIII, que está em 1%.

### CLASSIFICAÇÃO DA HEMOFILIA A

A gravidade da Hemofilia A é determinada pelo nível de atividade do Fator VIII:

- Grave: < 1% de atividade.
- Moderada: entre 1% e 5% de atividade.
- Leve: entre 5% e 40% de atividade.

Embora o valor de 1% esteja no limite entre grave e moderada, o quadro clínico de sangramentos precoces e hematoma muscular após trauma leve é característico do fenótipo grave.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O diagnóstico é Hemofilia A (deficiência de Fator VIII). Com um nível de 1% e manifestações clínicas significativas, a criança é classificada como tendo hemofilia grave. O manejo padrão-ouro atual, recomendado pela Federação Mundial de Hemofilia e pelo Ministério da Saúde, é a profilaxia contínua (reposição regular do fator) para prevenir sangramentos espontâneos e, principalmente, evitar a artropatia hemofílica (lesão articular crônica).

Alternativa B (Incorreta): A Doença de von Willebrand (DVW) é o distúrbio hemorrágico hereditário mais comum e pode cursar com redução do Fator VIII (pois o fator de von Willebrand é o carregador do Fator VIII no plasma). No entanto, a DVW costuma apresentar sangramentos predominantemente mucosos e o TTPa pode estar normal ou pouco alterado. Além disso, a desmopressina (DDAVP) não seria o tratamento de escolha para um sangramento muscular importante com nível de Fator VIII tão baixo.

Alternativa C (Incorreta): Como mencionado, o nível de 1% associado à clínica de sangramentos frequentes e precoces direciona para a classificação grave. Mais importante que a classificação é a conduta: a reposição episódica (apenas no momento da crise) é considerada ultrapassada para crianças com este perfil, sendo a profilaxia contínua a estratégia que garante melhor qualidade de vida e prevenção de sequelas.

Alternativa D (Incorreta): A Hemofilia B é causada pela deficiência do Fator IX. O enunciado afirma explicitamente que o Fator VIII está reduzido, o que define a Hemofilia A. Não há indicação de aguardar dosagem de Fator IX quando a deficiência de Fator VIII já explica o quadro e o TTPa prolongado.

Alternativa E (Incorreta): A Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) é uma microangiopatia trombótica grave caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia grave, febre, alterações neurológicas e disfunção renal. Não apresenta relação com deficiência isolada de Fator VIII ou prolongamento

isolado do TTPa por deficiência de fator de coagulação.

---

### Questão 49

Para resolver essa questão, devemos calcular a estatura-alvo (ou alvo genético), que é uma estimativa da altura final da criança baseada na altura dos pais biológicos. O método mais utilizado é a fórmula de Tanner.

O cálculo difere conforme o sexo da criança:

- Para meninas:  $(\text{Altura do pai} - 13 \text{ cm} + \text{Altura da mãe}) / 2$
- Para meninos:  $(\text{Altura da mãe} + 13 \text{ cm} + \text{Altura do pai}) / 2$

No caso de Isabela, aplicamos a fórmula para o sexo feminino:

1. Altura do pai: 173 cm
2. Altura da mãe: 168 cm
3. Constante para o sexo feminino: - 13 cm

Cálculo:

$$(173 + 168 - 13) / 2$$

$$(341 - 13) / 2$$

$$328 / 2 = 164 \text{ cm}$$

A margem de erro ou intervalo de variação esperado para esse cálculo, na maioria das referências bibliográficas pediátricas, é de aproximadamente 5 cm para mais ou para menos (embora algumas referências citem 8,5 cm, a alternativa que traz o valor central correto utiliza a margem de 5 cm).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O valor de 168 cm corresponde à altura da mãe, não ao cálculo do alvo genético da criança.
  - b) Incorreta. O valor de 177 cm está muito acima do potencial genético calculado para Isabela.
  - c) Correta. O cálculo resulta exatamente em 164 cm, e a variação de  $\pm 5$  cm está dentro dos padrões aceitos pela literatura médica para o canal de crescimento familiar.
  - d) Incorreta. O valor de 160 cm está abaixo do ponto médio calculado pela fórmula de Tanner.
  - e) Incorreta. O valor de 158 cm está significativamente abaixo do potencial genético estimado para a paciente.
-

## Questão 50

Para entender essa questão, devemos analisar o quadro clínico de um recém-nascido de 10 dias que apresenta sinais de choque circulatório (hipoatividade, palidez, extremidades frias e má perfusão) associados a distúrbios metabólicos graves.

Análise do Quadro Clínico e Exames:

O paciente apresenta uma acidose metabólica grave (pH 7,14 e bicarbonato 7) e uma hiponatremia severa (sódio 121 mEq/L). Embora o potássio de 4,8 mEq/L esteja dentro da normalidade para a faixa etária, a associação de choque, hiponatremia marcada e acidose em um lactente na segunda semana de vida é o cenário clássico da crise adrenal por Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC).

Explicação das alternativas:

a) Sepses Neonatal Precoce: Incorreta. A sepsis precoce ocorre nas primeiras 48 a 72 horas de vida e geralmente está associada a fatores de risco maternos, como bolsa rota prolongada ou colonização por *Streptococcus B*. O paciente em questão tem 10 dias de vida, a bolsa estava íntegra e a cultura materna para *Streptococcus* foi negativa.

b) Hipotireoidismo Congênito: Incorreta. O hipotireoidismo congênito costuma se manifestar de forma mais insidiosa, com icterícia prolongada, constipação, macroglossia e hérnia umbilical. Não costuma cursar com choque hipovolêmico agudo e hiponatremia grave aos 10 dias de vida.

c) Sepses Neonatal Tardia: Incorreta. Embora a idade de 10 dias seja compatível com sepsis tardia, os exames laboratoriais mostram Proteína C Reativa (PCR) normal (0,3 mg/L) e leucócitos normais para a idade. Além disso, a hiponatremia de 121 mEq/L é muito desproporcional para um quadro de sepsis isolada, sugerindo fortemente uma perda primária de sal.

d) Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC): Correta. A forma clássica perdedora de sal (geralmente por deficiência da enzima 21-hidroxilase) manifesta-se tipicamente entre a 1ª e a 2ª semana de vida. A falta de mineralocorticoides leva à perda urinária de sódio, desidratação grave, choque e acidose. A hiponatremia é um marcador fundamental. Em meninas, pode haver virilização da genitália externa, mas a ausência dessa descrição no enunciado não exclui o diagnóstico clínico-laboratorial.

e) Desidratação por baixa ingesta: Incorreta. A perda ponderal na alta (52 horas) era de 6,8%, o que é considerado fisiológico (até 10%). Na desidratação por baixa ingesta (falta de oferta de leite), o sódio costuma estar normal ou elevado (desidratação hipernatrêmica), e não tão baixo quanto 121 mEq/L. Um sódio de 121

indica perda real de sal, característica da deficiência de aldosterona na HAC.

## Questão 51

Análise do caso clínico:

Estamos diante de um recém-nascido de 8 dias com sinais de dificuldades na técnica de amamentação. Os pontos-chave para a resolução são:

1. **Peso:** O bebê nasceu com 3.660 g, caiu para 3.345 g no 2º dia (perda de 8,6%, que é fisiológica, pois aceita-se até 10%) e agora, no 8º dia, pesa 3.400 g. Houve ganho de peso em relação à alta. É esperado que o bebê recupere o peso de nascimento entre o 10º e o 15º dia de vida.
2. **Hidratação e excreção:** O bebê troca 6 fraldas com urina/dia (sinal de boa hidratação). A ausência de evacuação por dois dias pode ser normal em bebês em aleitamento materno exclusivo, desde que o exame físico esteja normal.
3. **Queixas maternas:** Mamas doloridas, endurecidas e bicos rachados, associados a um bebê que "mama o tempo todo" e dorme pouco, são sinais clássicos de técnica de amamentação inadequada (má pega ou posicionamento), resultando em extração ineficiente de leite e trauma mamilar.
4. **Exame físico:** O bebê está ativo, hidratado e com icterícia leve (Kramer 2), compatível com a idade e o quadro.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A conduta prioritária é corrigir a causa do problema, que é a técnica de amamentação. A massagem e a ordenha manual antes da mamada ajudam a amaciar a aréola, facilitando a pega correta. Corrigir o posicionamento e a pega alivia a dor, trata as fissuras e permite que o bebê retire o leite de forma mais eficiente, o que aumentará sua saciedade e o fará dormir melhor. O retorno em 48 horas é essencial para monitorar o peso e o sucesso das intervenções.

Alternativa b) Incorreta. Não há indicação de complementação com fórmula láctea. O bebê apresenta sinais de hidratação adequada (diurese preservada) e está ganhando peso em relação ao peso da alta. A introdução de fórmula nesse momento sem necessidade clínica real poderia levar ao desmame precoce e à "confusão de bicos".

Alternativa c) Incorreta. A suspensão do aleitamento materno é contraindicada. Mesmo com fissuras mamilares, a amamentação deve continuar, focando na correção da pega. O repouso mamilar raramente é necessário e, se ocorrer, deve ser feito com a manutenção da lactação através de ordenhas frequentes, sem o uso desnecessário de fórmulas.

Alternativa d) Incorreta. Embora o exame físico do bebê esteja bem, não se deve dizer que "está tudo bem" ignorando o sofrimento materno. A afirmação de que o peito vai "calejar" é um mito. A amamentação não deve ser dolorosa; a dor e a fissura são sinais de que algo na técnica precisa ser ajustado imediatamente.

Alternativa e) Incorreta. Esta alternativa sugere corretamente o manejo da amamentação, mas erra ao indicar a complementação com fórmula. Como o bebê está hidratado e em curva de recuperação ponderal, o foco deve ser exclusivo no ajuste da técnica para melhorar a transferência de leite.

## Questão 52

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve uma intoxicação exógena por nafazolina em uma criança de 4 anos. A nafazolina é um derivado imidazolínico utilizado como descongestionante nasal que atua como agonista de receptores alfa-adrenérgicos. Em crianças, a absorção sistêmica ocorre rapidamente, seja por ingestão ou pela mucosa nasal, e a toxicidade é grave.

A apresentação típica é bifásica:

1. Fase inicial (curta): Pode ocorrer estimulação periférica com hipertensão e taquicardia.
2. Fase de depressão (dominante): O efeito agonista alfa-2 central (semelhante à clonidina) reduz o fluxo simpático, levando a bradicardia, hipotensão, depressão do sistema nervoso central (sonolência, coma), hipotermia e depressão respiratória. O paciente em questão já evoluiu para esta fase de instabilidade hemodinâmica.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A - INCORRETA: A hidratação basal é voltada para manutenção e não para a correção de um quadro de choque (hipotensão). Além disso, um paciente com bradicardia persistente e hipotensão não deve apenas aguardar a melhora espontânea; ele requer intervenção ativa para garantir a perfusão tecidual.

Alternativa B - CORRETA: O tratamento da intoxicação por imidazolínicos é de suporte e sintomático, pois não existe um antídoto específico. Diante da hipotensão, deve-se realizar a expansão volêmica com cristaloides (soro fisiológico). Para a bradicardia sintomática e persistente, a atropina é a droga de escolha. A monitorização, o aquecimento e a oferta de oxigênio completam o suporte básico necessário para a estabilização.

Alternativa C - INCORRETA: Embora a descontaminação gástrica possa ser considerada em ingestões muito recentes, ela é contraindicada em pacientes com rebaixamento do nível de consciência (sonolência) sem proteção de via aérea, devido ao risco de aspiração. O foco principal no momento de instabilidade hemodinâmica deve ser a estabilização cardiovascular (pressão e frequência cardíaca).

Alternativa D - INCORRETA: Afirmar que as medidas de suporte são suficientes sem citar quais são (como expansão e atropina) torna a questão incompleta para um cenário de emergência. Além disso, o tempo de recuperação é variável e pode exceder as 4 horas mencionadas, exigindo vigilância intensiva.

Alternativa E - INCORRETA: A noradrenalina é um vasopressor potente reservado para choques refratários. O manejo inicial da hipotensão na intoxicação por nafazolina deve ser feito primeiramente com reposição de volume (expansão com soro fisiológico). A sondagem vesical é uma medida auxiliar, mas não é prioridade frente à bradicardia que exige atropina.

---

### Questão 53

Análise do quadro clínico:

O paciente de 12 anos apresenta os sintomas clássicos de Diabetes Mellitus (DM): poliúria, polidipsia e perda de peso (os "polis"), associados a cansaço e dor abdominal leve. Os exames laboratoriais confirmam o diagnóstico de DM (glicemia de 250 mg/dL e HbA1c de 10,2%). A presença de cetonúria e o emagrecimento rápido em um adolescente sugerem fortemente o Diabetes Mellitus Tipo 1, que ocorre pela destruição autoimune das células beta pancreáticas, levando à deficiência absoluta de insulina. A gasometria (pH 7,34 e HCO<sub>3</sub> 19 mEq/L) revela uma acidose metabólica muito leve ou apenas um estado de cetose, não preenchendo critérios para Cetoacidose Diabética (CAD) moderada ou grave (que exigiria pH menor que 7,30 ou bicarbonato menor que 15 mEq/L). Portanto, o paciente está estável e pode iniciar o tratamento de forma ambulatorial ou em enfermaria sem necessidade de protocolos de emergência agressivos.

Alternativa a: Incorreta. A reposição volêmica maciça é contraindicada em pediatria pelo risco elevado de edema cerebral. Além disso, o uso de bolus de insulina não é recomendado nos protocolos atuais de pediatria (prefere-se a infusão contínua se houver CAD grave ou insulina subcutânea se o paciente estiver estável). O nível de consciência normal e a gasometria próxima da normalidade descartam a necessidade dessa conduta invasiva inicial.

Alternativa b: Incorreta. Este é o manejo típico do DM tipo 2, geralmente associado à obesidade e resistência insulínica. O paciente em questão tem quadro clínico de DM

tipo 1 (adolescente magro com cetonúria), cuja base do tratamento é obrigatoriamente a reposição de insulina, e não apenas antidiabéticos orais.

Alternativa c: Correta. O tratamento do DM tipo 1 baseia-se no tripé: insulinoterapia (substituição do hormônio faltante), automonitorização glicêmica (para ajuste de doses e prevenção de hipoglicemia) e educação em saúde (orientação nutricional e atividade física). Como o paciente está clinicamente estável e consegue se alimentar, o início da insulina por via subcutânea associado ao aprendizado sobre a doença é a conduta mais adequada.

Alternativa d: Incorreta. Não se recomenda dieta hipoglicídica rigorosa para crianças e adolescentes, pois isso pode prejudicar o crescimento e desenvolvimento, além de favorecer distúrbios alimentares. O correto é uma dieta equilibrada com contagem de carboidratos. O acompanhamento semanal é insuficiente; no início do tratamento, o monitoramento deve ser diário e frequente.

Alternativa e: Incorreta. Os corticosteroides são medicamentos que aumentam a resistência à insulina e elevam os níveis de glicose no sangue (efeito hiperglicemiante). Embora a etiologia seja autoimune, o uso de corticoides agravaria severamente o quadro metabólico do paciente, podendo precipitá-lo para uma cetoacidose grave. A insulina é o único tratamento para a deficiência hormonal estabelecida.

---

## Questão 54

Para resolver essa questão, devemos seguir o fluxograma de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para recém-nascidos com idade gestacional de 34 semanas ou mais.

O caso descreve um recém-nascido (RN) de 36 semanas que nasce deprimido (hipotônico e em apneia) em um contexto de descolamento prematuro de placenta. Após o nascimento, foram realizados corretamente o clampeamento imediato do cordão e os passos iniciais na mesa de reanimação (prover calor, posicionar a cabeça em leve extensão, aspirar vias aéreas se necessário, secar e avaliar).

A avaliação após os passos iniciais mostra que o RN mantém apneia e a frequência cardíaca (FC) está inaudível. Segundo a diretriz de reanimação, se após os passos iniciais o RN apresentar FC menor que 100 bpm, apneia ou respiração irregular (gasping), a conduta imediata e mais importante é iniciar a Ventilação com Pressão Positiva (VPP) nos primeiros 60 segundos de vida, o chamado "minuto de ouro".

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Monitorar e aguardar é uma conduta passiva e fatal para um recém-nascido em apneia e com frequência cardíaca inaudível. A intervenção deve ser imediata para evitar lesão hipóxico-isquêmica.
- b) Incorreta. Na reanimação neonatal, as compressões torácicas só estão indicadas se a FC permanecer abaixo de 60 bpm após 30 segundos de VPP técnica e efetiva, preferencialmente com via aérea avançada. Nunca se inicia a reanimação pela massagem cardíaca antes de garantir a ventilação pulmonar.
- c) Incorreta. A adrenalina é uma medida de reanimação avançada, reservada apenas para casos em que a FC permanece abaixo de 60 bpm mesmo após ventilação adequada (VPP) e compressões torácicas bem executadas com oxigênio a 100%.
- d) Incorreta. A intubação orotraqueal pode ser necessária se a VPP com máscara facial não for efetiva ou se houver necessidade de prolongar a ventilação. No entanto, o passo inicial e imediato para ventilar o RN é a VPP com máscara e balão. Não se deve retardar o início da ventilação tentando uma intubação como primeira manobra.
- e) Correta. A ventilação pulmonar é a medida mais importante e eficaz na reanimação do recém-nascido ao nascimento. Como o RN mantém apneia e bradicardia severa (FC inaudível) após os passos iniciais, a indicação absoluta é iniciar a VPP imediatamente.

---

### Questão 55

A questão descreve um caso clássico de Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), também conhecida como Doença da Membrana Hialina. Os principais fatores de risco presentes são a prematuridade (32 semanas) e o parto cesáreo sem trabalho de parto prévio (devido ao descolamento de placenta). O início precoce dos sintomas (aos 20 minutos de vida), com gemência e batimento de aletas nasais, reforça esse diagnóstico.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O quadro clínico de taquipneia, gemência e retrações em um prematuro aponta para uma patologia do parênquima pulmonar, e não para uma obstrução de vias aéreas superiores (como atresia de coanas ou laringomalácia). Na SDR, o padrão radiológico é marcadamente alterado.

Alternativa b: Incorreta. Esta descrição radiológica (congestão peri-hilar, líquido nas

cisuras e hiperinsuflação) é característica da Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN). A TTRN ocorre geralmente em recém-nascidos a termo ou pré-termos tardios, após cesarianas eletivas, devido ao retardo na reabsorção do líquido pulmonar fetal.

Alternativa c: Incorreta. O infiltrado grosseiro, granular fino e irregular, associado a áreas de consolidação, é o padrão típico da Síndrome de Aspiração Meconial (SAM). A SAM acomete preferencialmente recém-nascidos a termo ou pós-termo que apresentaram sofrimento fetal e líquido amniótico meconial, o que não condiz com a idade gestacional de 32 semanas.

Alternativa d: Correta. Esta é a descrição clássica da Doença da Membrana Hialina. A deficiência de surfactante leva ao colapso alveolar disseminado (microatelectasias). Radiologicamente, isso se traduz como um infiltrado reticulogranular difuso, com aspecto de vidro moído ou fosco. A presença de broncogramas aéreos ocorre porque os brônquios permanecem aerados em contraste com o parênquima pulmonar colapsado ao redor.

Alternativa e: Incorreta. Hiperinsuflação e achatamento do diafragma indicam aprisionamento de ar. Na Doença da Membrana Hialina, o volume pulmonar está tipicamente reduzido (hipotransparência e pulmões pequenos) devido às atelectasias, e não aumentado. Além disso, a opacidade alveolar na SDR não costuma ser homogênea como em uma pneumonia lobar clássica, mas sim granular e difusa.

---

### Questão 56

O quadro clínico descreve um lactente de 7 meses em choque cardiogênico decorrente de uma taquiarritmia. A análise deve focar nos critérios de diferenciação entre as arritmias pediátricas, utilizando a frequência cardíaca (FC), a morfologia do complexo QRS e a presença ou ausência de ondas P.

Análise das alternativas:

a) Taquicardia supraventricular (TSV): Esta é a alternativa correta. Em lactentes, a TSV geralmente apresenta frequência cardíaca superior a 220 bpm (no caso, 244 bpm). Os achados eletrocardiográficos clássicos, presentes tanto na descrição quanto na imagem, incluem complexos QRS estreitos (indicando origem acima do feixe de His), ritmo regular com intervalo RR constante e ausência de ondas P visíveis (pois estas ficam "escondidas" no QRS ou na onda T anterior). O início súbito e os sinais de insuficiência cardíaca congestiva (fígado a 3 cm do rebordo costal) corroboram o diagnóstico.

b) Flutter atrial: Incorreto. O flutter atrial é caracterizado pelas ondas F (em aspecto de "dentes de serra") na linha de base, que não são observadas no ECG fornecido. Embora seja uma taquicardia de QRS estreito, o padrão serrilhado é o marcador diagnóstico principal.

c) Taquicardia sinusal: Incorreto. Na taquicardia sinusal, a onda P está sempre presente e precede cada complexo QRS com morfologia normal. Além disso, em lactentes, a frequência cardíaca na taquicardia sinusal raramente excede 220 bpm e costuma apresentar variabilidade de acordo com o estímulo (febre, dor, desidratação), ao contrário da TSV, que mantém uma frequência fixa e extremamente alta.

d) Taquicardia ventricular (TV): Incorreto. A taquicardia ventricular manifesta-se com complexos QRS largos (dissociação entre a despolarização ventricular e atrial ou origem ventricular). O caso apresenta QRS estreito, o que exclui a origem ventricular típica.

e) Fibrilação atrial: Incorreto. A fibrilação atrial é caracterizada por um ritmo "irregularmente irregular", ou seja, os intervalos entre os complexos QRS (RR) são variáveis. A descrição e a imagem do exame mostram um ritmo rigorosamente regular, o que descarta essa hipótese.

Associação com a imagem: O eletrocardiograma confirma a descrição do enunciado, exibindo uma taquicardia de complexo estreito, com frequência cardíaca muito elevada e regular, sem ondas P precedendo os complexos QRS, o que é patognomônico de Taquicardia Supraventricular em pediatria.

---

## Questão 57

### DIAGNÓSTICO E FISIOPATOLOGIA

O quadro clínico descreve um paciente escolar com traumatismo cranioencefálico (TCE) que evolui com hipernatremia grave (163 mEq/L), sinais de desidratação e sintomas neurológicos (irritabilidade e convulsão). Em pacientes com história de trauma de base de crânio ou lesão cerebral grave, a tríade de hipernatremia, desidratação e poliúria (implícita pela desidratação apesar da monitoração) é altamente sugestiva de Diabetes Insipidus Central (DIC).

O DIC ocorre pela redução da produção ou liberação do hormônio antidiurético (ADH) pelo eixo hipotálamo-hipofisário devido ao trauma. Sem o ADH, os rins não conseguem concentrar a urina, perdendo grandes volumes de água livre, o que eleva

o sódio sérico e desidrata o paciente rapidamente.

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A - Incorreta: Embora a água livre (muitas vezes administrada como solução glicosada a 5%) seja necessária para corrigir o déficit de sódio, o termo "prescrição rápida" torna a alternativa errada. A correção da hipernatremia deve ser lenta (máximo de 0,5 a 1 mEq/L por hora ou 10 a 12 mEq/L em 24 horas). Uma queda brusca da natremia pode causar edema cerebral grave, piorando o prognóstico neurológico do paciente.

Alternativa B - Correta: A intervenção prioritária no Diabetes Insipidus Central é a reposição do hormônio faltante. A desmopressina (DDAVP) é um análogo sintético do ADH que agirá nos túbulos coletores renais para promover a reabsorção de água. Isso interrompe a perda hídrica excessiva na fonte, permitindo que a natremia se estabilize e que a hidratação de manutenção seja efetiva.

Alternativa C - Incorreta: Suspender os fluidos intravenosos seria perigoso. O paciente já se encontra desidratado e com sódio muito elevado (hiperosmolaridade). A interrupção de fluidos agravaria a desidratação celular e poderia levar ao choque hipovolêmico.

Alternativa D - Incorreta: O enunciado foca na complicação metabólica/endócrina aguda (hipernatremia de 163 mEq/L e convulsões associadas). Embora o paciente tenha sofrido um trauma, o quadro de irritabilidade e espasmos que evoluiu em 8 horas está classicamente ligado ao distúrbio eletrolítico. Não há menção de sinais de herniação ou hematomas expansivos que justifiquem neurocirurgia como prioridade imediata frente ao distúrbio metabólico.

Alternativa E - Incorreta: A administração de grande volume de água por via oral é contraindicada em pacientes com nível de consciência comprometido, irritabilidade ou histórico recente de convulsão, devido ao elevado risco de broncoaspiração. Além disso, a reposição hídrica deve ser controlada e não em "grande volume" de forma indiscriminada.

---

### Questão 58

O caso clínico descreve uma criança com obesidade grave, evidências de gordura visceral e alterações metabólicas e endócrinas importantes, como resistência à insulina e puberdade precoce periférica (frequentemente associada à conversão periférica de androgênios em estrogênios no tecido adiposo).

Alternativa (c): Correta. O paciente apresenta níveis elevados de cortisol e leptina. O cortisol em excesso é um potente estimulador da lipogênese, especialmente na região visceral, além de contribuir para a resistência insulínica. A leptina é o hormônio da saciedade produzido pelos adipócitos; em pacientes obesos, seus níveis estão altos porque há muita gordura, mas o indivíduo não para de comer devido à resistência central à leptina no hipotálamo. O cérebro não "enxerga" o sinal de saciedade, perpetuando o ganho de peso.

Alternativa (a): Incorreta. A hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide resultaria em hipertireoidismo. Clinicamente, isso se manifestaria com perda de peso, taquicardia e agitação, o que é o oposto do quadro de ganho de peso excessivo e apneia do sono apresentado.

Alternativa (b): Incorreta. O sistema de melanocortinas regula o balanço energético. Os antagonistas dos receptores de melanocortina (como a proteína AgRP) são orexígenos, ou seja, estimulam a fome. Uma deficiência desses antagonistas levaria a uma sinalização de saciedade mais persistente, o que teoricamente reduziria o peso, e não causaria obesidade.

Alternativa (d): Incorreta. Na obesidade e na síndrome metabólica, observa-se geralmente um aumento da atividade do sistema nervoso simpático e das catecolaminas, o que contribui para o desenvolvimento de hipertensão arterial precoce. Não há relação direta de diminuição de catecolaminas causada por maior gliconeogênese nesse contexto.

Alternativa (e): Incorreta. A grelina é um hormônio produzido principalmente no estômago com função orexígena (estimula a fome). A exposição à grelina ativa as vias que aumentam a ingestão alimentar, não as inibe. Além disso, em pacientes com obesidade crônica, os níveis de grelina costumam estar paradoxalmente reduzidos como uma tentativa falha de compensação do organismo.

---

### Questão 59

O quadro clínico descrito é clássico para o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), um transtorno do neurodesenvolvimento frequente na idade escolar.

Alternativa a: Incorreta. O Transtorno Explosivo Intermitente caracteriza-se por episódios repentinos de comportamento agressivo e explosões de raiva desproporcionais à situação. O caso clínico foca na desatenção, agitação motora e impulsividade social, sem mencionar episódios de fúria ou agressividade física contra pessoas ou objetos.

Alternativa b: Incorreta. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) exige a presença de déficits persistentes na comunicação e interação social, além de padrões de comportamento restritos e repetitivos. Embora a criança do caso tenha dificuldades sociais, estas parecem decorrer da impulsividade e da desatenção, e não de uma incapacidade de compreensão social ou presença de estereotípias e interesses restritos.

Alternativa c: Incorreta. O Transtorno Opositor Desafiador (TOD) define-se por um padrão de humor irritável, comportamento desafiador, argumentativo e de vingança contra figuras de autoridade. Embora os pais mencionem que o menino não obedece a regras, os sintomas de desatenção (olhar pela janela), hiperatividade motora (levantar-se da cadeira) e baixo desempenho escolar são os pilares do quadro, apontando para o TDAH como diagnóstico principal. Vale lembrar que o TOD é uma comorbidade comum no TDAH, mas não explica a desatenção e a inquietude motora descritas.

Alternativa d: Correta. A criança apresenta sintomas claros dos dois domínios do TDAH: desatenção (distração fácil, não termina tarefas, baixo desempenho acadêmico) e hiperatividade/impulsividade (levantar-se frequentemente, interromper os outros, agitação em casa). Segundo os critérios diagnósticos, os sintomas devem estar presentes em dois ou mais ambientes (casa e escola) e causar prejuízo funcional, o que está evidente no relato. Por envolver ambos os domínios, este caso seria classificado como TDAH de apresentação combinada.

Alternativa e: Incorreta. Embora transtornos de ansiedade possam gerar inquietação e dificuldade de concentração, eles costumam vir acompanhados de preocupações excessivas, medos específicos, esquiva ou sintomas físicos de ansiedade. O comportamento de interromper os outros e a hiperatividade motora persistente em múltiplos ambientes desde o início do ano letivo são marcos mais robustos para o diagnóstico de TDAH.

---

## Questão 60

### ANÁLISE DO CASO

O paciente em questão tem 8 anos de idade, situando-se na faixa etária de 6 a 11 anos das diretrizes do GINA (Global Strategy for Asthma Management and Prevention). Ele já utiliza corticoide inalatório (ICS) em dose baixa, o que o coloca na Etapa 2 do tratamento. O quadro clínico atual indica asma não controlada, pois apresenta:

1. Sintomas diurnos/uso de alívio frequente (3 a 4 vezes por semana; o limite para

controle é até 2 vezes).

2. Tosse noturna frequente.

3. Função pulmonar reduzida (VEF1 de 65% do previsto; o normal é geralmente acima de 80%).

Segundo o GINA 2024, para pacientes nesta faixa etária que não estão controlados na Etapa 2, o próximo passo é o escalonamento para a Etapa 3.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Manter o tratamento atual é inadequado porque o paciente apresenta sinais de falta de controle e comprometimento da função pulmonar. A manutenção da conduta sem ajustes expõe a criança a um risco elevado de exacerbações graves.

Alternativa b) Incorreta. Embora aumentar a dose do ICS para dose média seja uma opção prevista na Etapa 3 para crianças de 6 a 11 anos (especialmente no Track 2), a diretriz ressalta que a adição de um LABA (beta-2 agonista de longa duração) ao ICS é, em geral, mais eficaz para melhorar a função pulmonar e controlar os sintomas do que o simples aumento da dose do corticoide.

Alternativa c) Incorreta. Os antagonistas de receptores de leucotrienos são considerados terapias alternativas e menos potentes que o ICS ou a combinação ICS-LABA. Eles podem ser usados como adição, mas não são a conduta de escolha preferencial para o escalonamento na Etapa 3 quando o paciente já falhou com dose baixa de ICS.

Alternativa d) Incorreta. Terapias biológicas, como os anticorpos anti-IL5, são reservadas exclusivamente para a Etapa 5 do tratamento. São indicadas para pacientes com asma grave e fenótipo específico que permanecem sem controle mesmo em uso de doses altas de ICS associadas a LABA.

Alternativa e) Correta. Conforme o GINA 2024 para crianças de 6 a 11 anos, a Etapa 3 recomenda o uso de dose baixa de ICS associada a um LABA. Isso pode ser feito via terapia MART (ICS-formoterol como manutenção e alívio) ou via terapia de manutenção fixa com ICS-LABA mais um broncodilatador de curta duração (SABA) para alívio. Essa combinação visa melhorar a função pulmonar (que está significativamente baixa no paciente, VEF1 65%) e reduzir a frequência de sintomas noturnos e o uso de medicação de resgate.

## Questão 61

Esta questão aborda o diagnóstico da sífilis por meio do fluxograma reverso, que se inicia com um teste treponêmico. No caso apresentado, a paciente possui um teste treponêmico reagente e um teste não treponêmico não reagente.

Essa discordância (Treponêmico + / Não Treponêmico -) pode representar quatro situações clínicas:

1. Sífilis em estágio muito inicial (o teste treponêmico positiva antes do não treponêmico).
2. Sífilis curada (cicatriz sorológica), em que o teste treponêmico permanece positivo para o resto da vida, enquanto o não treponêmico negativou após o tratamento.
3. Sífilis tardia, na qual os títulos do teste não treponêmico podem cair naturalmente até se tornarem não reagentes.
4. Falso-positivo do teste treponêmico inicial (raro).

Para esclarecer a situação e descartar um falso-positivo do primeiro exame, os protocolos (como os do Ministério da Saúde e do CDC) recomendam a realização de um segundo teste treponêmico com metodologia diferente da utilizada no primeiro.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O RPR (Rapid Plasma Reagin) é um teste não treponêmico, e não um teste treponêmico como afirma a alternativa. Além disso, se o primeiro teste não treponêmico já foi negativo, repetir outro teste não treponêmico não resolve a dúvida sobre o teste treponêmico inicial ser um falso-positivo.

Alternativa b: Correta. O FTA-abs é um teste treponêmico. Realizar um segundo teste treponêmico diferente do primeiro (por exemplo, se o primeiro foi um teste rápido, faz-se um FTA-abs ou ELISA) serve para confirmar a reatividade. Se este segundo teste for positivo, confirma-se que a paciente teve contato com o *Treponema pallidum*, podendo ser uma infecção recente (fase primária bem inicial) ou, mais comumente nesta faixa etária e perfil, uma cicatriz sorológica de uma infecção antiga.

Alternativa c: Incorreta. O VDRL é um teste não treponêmico. A lógica de realizar um segundo teste diferente do primeiro visa confirmar a presença de anticorpos específicos contra o treponema, o que requer outro teste treponêmico, e não a repetição de um teste não treponêmico que já resultou negativo.

Alternativa d: Incorreta. Embora a conduta de realizar o FTA-abs esteja correta para confirmar o primeiro teste, a alternativa classifica o FTA-abs erroneamente como um teste não treponêmico. O FTA-abs é um teste treponêmico clássico.

Alternativa e: Incorreta. O VDRL é um teste não treponêmico, e a alternativa o classifica erroneamente como treponêmico. Além disso, se o VDRL for negativo, ele não prova que o primeiro teste (treponêmico) foi um falso-positivo, apenas confirma que não há atividade de doença detectável por testes não treponêmicos no momento.

## Questão 62

### DEFINIÇÃO DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA

A prevenção primária consiste em intervenções realizadas para evitar a ocorrência de uma doença na população, eliminando ou reduzindo a exposição aos fatores de risco. No contexto das neoplasias, isso significa agir antes que qualquer lesão precursora ou neoplásica se instale.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. A suspensão da terapia hormonal em mulheres com mutação BRCA é uma medida de redução de risco individualizada. Embora o BRCA aumente o risco de câncer de mama e ovário, a principal estratégia de prevenção primária para essas mulheres seria a cirurgia redutora de risco (mastectomia ou salpingo-ooforectomia profilática). A alternativa também é menos abrangente que a vacinação.

Alternativa b) INCORRETA. O uso de ultrassonografia para detectar precocemente o câncer de endométrio é uma estratégia de prevenção secundária (rastreamento). Além disso, não existe recomendação de rastreamento sistemático com ultrassonografia para câncer de endométrio em mulheres assintomáticas na pós-menopausa, pois o método não demonstra redução de mortalidade na população geral.

Alternativa c) CORRETA. A vacinação contra o HPV é o exemplo mais típico de prevenção primária para o câncer de colo do útero. Ao conferir imunidade contra os tipos oncogênicos do vírus (especialmente os tipos 16 e 18), a vacina impede a infecção viral, que é o fator causal necessário para o desenvolvimento da doença, agindo antes de qualquer alteração celular.

Alternativa d) INCORRETA. A administração de antiestrogênicos (como Tamoxifeno ou Raloxifeno) é chamada de quimioprevenção. Ela é geralmente considerada para mulheres de alto risco, mas especificamente em casos de hiperplasia ductal COM atipia ou carcinoma lobular in situ. Na hiperplasia ductal SEM atipia, o benefício não costuma superar os riscos dos efeitos colaterais.

Alternativa e) INCORRETA. A exérese da zona de transformação é um tratamento de uma lesão já existente (lesão intraepitelial de baixo grau - LSIL). Toda vez que tratamos uma lesão precursora já diagnosticada para evitar que ela evolua para câncer, estamos realizando prevenção secundária. Além disso, a conduta habitual para LSIL é a observação, e não a exérese imediata.

### Questão 63

Análise do caso clínico:

Paciente de 15 anos (adolescente), obesa (IMC 30 kg/m<sup>2</sup>), com ciclos irregulares (oligomenorreia), sem outras comorbidades. O objetivo principal é a orientação de um método anticoncepcional eficaz e seguro.

Alternativa a: Incorreta. De acordo com os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade isolada (IMC igual ou maior que 30 kg/m<sup>2</sup>) é classificada como Categoria 2 para o uso de contraceptivos combinados (os benefícios geralmente superam os riscos teóricos ou comprovados). Portanto, o método não está contraindicado, apenas exige cautela e acompanhamento.

Alternativa b: Incorreta. Embora métodos de progestagênio isolado sejam muito seguros para pacientes obesas (Categoria 1 da OMS), a obesidade por si só não torna esse método a única escolha obrigatória. A questão pede a conduta "mais adequada", considerando o perfil global da paciente (adolescente com necessidade de alta eficácia).

Alternativa c: Incorreta. Existe um mito antigo de que nulíparas ou adolescentes não poderiam usar o DIU. No entanto, as diretrizes modernas da FEBRASGO, da Academia Americana de Pediatria e do ACOG afirmam categoricamente que o DIU é seguro e pode ser utilizado por adolescentes, não havendo contraindicação baseada apenas na idade ou na ausência de filhos.

Alternativa d: Correta. Os LARCs (\*Long-Acting Reversible Contraception\*), que englobam os DIUs (hormonal e de cobre) e o implante dérmico, são atualmente recomendados como primeira linha para adolescentes. Isso ocorre porque essa faixa etária apresenta as maiores taxas de falha com métodos dependentes da usuária (como pílulas e preservativos) e as maiores taxas de gravidez não planejada. O DIU hormonal oferece alta eficácia (falha próxima a 0,2%), longa duração (5 anos), é seguro para obesas e ainda auxilia no controle do ciclo menstrual.

Alternativa e: Incorreta. A baixa taxa de adesão é um desafio real na adolescência e um motivo para preferirmos os LARCs, mas não é uma contraindicação formal.

Contraindicação médica refere-se a riscos à saúde da paciente. Se a paciente optar conscientemente pela pílula após aconselhamento, ela pode usar, embora não seja a opção técnica mais robusta para evitar falhas.

### Questão 64

Esta questão aborda o manejo da menopausa cirúrgica em uma paciente jovem (40 anos) tratada por câncer epitelial de ovário inicial (estádio I). O ponto central é entender a segurança da Terapia Hormonal (TH) nesse cenário e a necessidade de tratar tanto sintomas vasomotores quanto queixas urogenitais.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Pacientes com câncer epitelial de ovário em estádios iniciais (I e II) podem receber terapia hormonal com segurança, pois os estudos não demonstram prejuízo ao prognóstico ou aumento na recorrência da doença. Como a paciente realizou histerectomia, não há necessidade de usar progestagênio para proteção endometrial, sendo indicado o estrogênio isolado. O estrogênio sistêmico tratará os fogachos e a insônia, enquanto o estrogênio local é a forma mais eficaz de tratar o ressecamento vaginal e a dispareunia (síndrome geniturinária da menopausa).

Alternativa (b) Incorreta: O uso de progestagênio isolado não é o tratamento de primeira linha para sintomas climatéricos. Além disso, a paciente não possui útero, o que dispensa o uso de progestagênios, cuja principal função na TH é evitar a hiperplasia e o câncer de endométrio causados pelo estrogênio sem oposição.

Alternativa (c) Incorreta: Não há contraindicação formal para o uso de estrogênio sistêmico em casos de câncer epitelial de ovário inicial. Prescrever apenas o estrogênio vaginal trataria a dispareunia, mas deixaria a paciente desassistida em relação aos fogachos e à insônia, que prejudicam significativamente sua qualidade de vida.

Alternativa (d) Incorreta: A terapia combinada (estrogênio + progestagênio) é indicada apenas para mulheres que possuem útero. Como a paciente foi submetida a uma histerectomia total, o uso do progestagênio é desnecessário e adiciona riscos desnecessários, como o aumento do risco de câncer de mama a longo prazo quando comparado ao estrogênio isolado.

Alternativa (e) Incorreta: A afirmação de contraindicação da terapia sistêmica está errada, pois o câncer epitelial de ovário não é uma contraindicação absoluta para TH, especialmente em estádios iniciais e em pacientes jovens que sofrem com

menopausa precoce/cirúrgica. Hidratantes vaginais podem ajudar, mas o estrogênio local é muito mais eficaz para a atrofia vaginal grave manifestada como dispareunia.

Resumo: Em pacientes jovens com câncer epitelial de ovário estágio I submetidas a histerectomia e anexectomia, a terapia de reposição hormonal apenas com estrogênio (sistêmico para sintomas vasomotores e local para sintomas vaginais) é segura e recomendada para melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações da menopausa precoce, como a osteoporose.

## Questão 65

Para entender essa questão, é fundamental dominar a classificação BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System), que padroniza os laudos de exames de imagem da mama.

A categoria BI-RADS 0 significa que o exame é inconclusivo ou incompleto. Isso ocorre quando os achados na mamografia de rastreamento não são suficientes para uma interpretação final, exigindo uma avaliação adicional. Essa avaliação pode ser feita por meio de manobras mamográficas complementares (como compressão focal ou magnificação), ultrassonografia mamária ou comparação com exames anteriores que não estavam disponíveis no momento da primeira leitura.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A ressonância magnética não é a conduta inicial para um BI-RADS 0. A densidade mamária pode, de fato, dificultar a visualização de lesões, mas o próximo passo preconizado é o uso de métodos mais acessíveis, como a ultrassonografia ou incidências mamográficas adicionais.

Alternativa b) Incorreta. Um exame normal seria classificado como BI-RADS 1. O BI-RADS 0 indica que não foi possível definir se o exame é normal ou se há alguma alteração, portanto, ele não pode ser considerado "normal para a idade" até que a investigação seja concluída.

Alternativa c) Incorreta. A repetição em 6 meses é a conduta para a categoria BI-RADS 3 (achados provavelmente benignos). No BI-RADS 0, a complementação deve ser imediata, pois ainda não se sabe em qual categoria definitiva o achado se enquadra.

Alternativa d) Incorreta. Achados provavelmente benignos correspondem ao BI-RADS 3. Além disso, a indicação de punção (biópsia) ocorre em categorias BI-RADS 4 ou 5. O antecedente familiar citado (uma tia paterna aos 40 anos) aumenta o risco da

paciente, mas não autoriza a indicação de um procedimento invasivo antes da conclusão do diagnóstico por imagem.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa define exatamente o manejo do BI-RADS 0. Por ser um laudo incompleto, é necessário realizar exames complementares (como a ultrassonografia citada) ou comparar com exames anteriores para que o radiologista possa atribuir uma categoria final (1, 2, 3, 4 ou 5) e, só então, informar o risco de neoplasia e a conduta adequada.

## Questão 66

Os planos de De Lee são utilizados para medir a progressão do feto pelo canal de parto, tomando como ponto de referência zero (0) as espinhas isquiáticas da pelve materna. As posições acima das espinhas são negativas (-1 a -5) e abaixo são positivas (+1 a +5).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O plano +4 de De Lee indica que a apresentação fetal está muito baixa, praticamente no assoalho pélvico e próxima ao desprendimento. Nesse estágio, uma cesariana é tecnicamente difícil e arriscada devido ao encravamento profundo da cabeça, sendo o parto vaginal iminente ou auxiliado por vácuo/fórcipe a conduta habitual em caso de necessidade de abreviação.

Alternativa b) Incorreta. O plano -3 indica que o feto ainda está muito alto na bacia (acima das espinhas isquiáticas). O uso de fórcipe é absolutamente contraindicado quando o feto não está devidamente encaixado. O fórcipe de alívio (ou de saída) exige, por definição, que a cabeça fetal esteja no plano +5, visível na fenda vulvar sem necessidade de afastar os lábios.

Alternativa c) Incorreta. O plano 0 corresponde ao nível das espinhas isquiáticas. Embora o feto seja considerado "insinuado" ou "encaixado" nesse ponto, não é a posição ideal para fórceps de rotação. Fórceps aplicados no plano 0 são classificados como fórceps médios e carregam maior risco de trauma materno e fetal. O ideal é que as rotações ocorram em planos mais baixos (+2 ou mais).

Alternativa d) Incorreta. A persistência da apresentação no plano -1 (sem progressão) pode sugerir uma desproporção cefalopélvica (DCP) ou uma parada secundária da descida. A utilização de ocitocina não é uma indicação automática baseada apenas no plano; ela depende da avaliação da dinâmica uterina (se as contrações são efetivas ou não). Se a contratilidade for adequada e não houver descida, a suspeita de DCP aumenta, o que contraindicaria a ocitocina.

Alternativa e) Correta. No plano +3 de De Lee, a parte mais baixa da apresentação fetal já ultrapassou em 3 centímetros as espinhas isquiáticas, encontrando-se profundamente no canal de parto e próxima ao assoalho pélvico. Isso indica que a fase de descida está avançada e o nascimento está muito próximo de ocorrer.

### Questão 67

Esta questão aborda uma distócia de situação fetal durante o trabalho de parto. A descrição "palpa-se o braço fetal insinuado" caracteriza uma situação transversa com procidência de membro superior. Em uma gestação a termo ou próxima do termo, com o feto em situação transversa e em trabalho de parto avançado, o parto vaginal é mecanicamente impossível, configurando uma indicação absoluta de interrupção pela via alta.

Análise das alternativas:

a) Correta. A cesariana é a conduta de eleição e a mais segura para a mãe e para o feto. Na situação transversa, o eixo longitudinal do feto é perpendicular ao eixo longitudinal da mãe. Com a dilatação avançada (8 cm) e a bolsa rota, há um risco iminente de compactação do ombro no estreito superior da bacia (situação transversa negligenciada), o que pode levar à ruptura uterina e óbito fetal se não for realizada a cesárea imediatamente.

b) Incorreta. A manobra de Bracht é utilizada no parto pélvico para auxiliar a saída do corpo e braços do feto, consistindo na rotação do corpo fetal sobre o dorso materno. Não tem aplicação na situação transversa.

c) Incorreta. A manobra de Mauriceau também é exclusiva do parto pélvico, servindo para promover a flexão e a saída da cabeça derradeira. Como o feto está atravessado (transversa), não há como aplicar manobras de parto pélvico. A extração podálica mencionada na alternativa é uma manobra de força que não se aplica a este cenário inicial.

d) Incorreta. A versão externa é a tentativa de transformar uma situação transversa ou pélvica em cefálica através de manobras manuais sobre o abdome materno. É contraindicada em pacientes em trabalho de parto avançado, com bolsa rota e contrações frequentes, devido ao alto risco de descolamento de placenta e ruptura uterina.

e) Incorreta. A versão interna é uma manobra obstétrica agressiva e praticamente proscrita na obstetrícia moderna para fetos únicos. Consiste em introduzir a mão

inteira no útero para buscar os pés do feto e virá-lo. Atualmente, sua única indicação excepcional e discutível seria no segundo gemelar (em gravidez gemelar) logo após o nascimento do primeiro, caso o segundo mude para situação transversa e não haja possibilidade de cesárea imediata. No caso de feto único e 8 cm de dilatação, o risco de ruptura uterina é altíssimo.

### Questão 68

A imagem apresenta um gráfico da evolução da altura uterina (AU) em centímetros ao longo das semanas de gestação. Ao observar os pontos marcados no gráfico (círculos pretos), percebe-se que, conforme a gravidez progride, a medida da altura uterina ultrapassa o percentil 90 (P90). Esse achado clínico indica um crescimento uterino acima do esperado para a idade gestacional, sugerindo condições que aumentem o volume do conteúdo uterino, como fetos grandes (macrossomia) ou excesso de líquido amniótico (polidrâmio).

Alternativa a) Incorreta. A desproporção cefalopélvica (DCP) é uma condição diagnosticada predominantemente durante o trabalho de parto, quando o trajeto pélvico é insuficiente para a passagem da cabeça fetal. Embora a macrossomia possa ser um fator de risco para DCP, a desproporção em si não é a causa do aumento da altura uterina mostrado na curva pré-natal.

Alternativa b) Correta. O diabetes gestacional é uma das causas mais comuns de altura uterina acima do percentil 90. A hiperglicemia materna leva à hiperinsulinemia fetal; como o pulmão e os rins do feto respondem a esse estado, pode haver um aumento da produção de urina fetal (causando polidrâmio) e um aumento do depósito de gordura e crescimento de órgãos (causando macrossomia). Ambos os fatores elevam a medida da altura uterina.

Alternativa c) Incorreta. A insuficiência renal fetal resulta em uma produção diminuída ou ausente de urina pelo feto. Como a urina fetal é a principal fonte de líquido amniótico no segundo e terceiro trimestres, essa condição leva ao oligoâmio (baixo volume de líquido), o que faria com que a altura uterina ficasse abaixo do percentil 10, e não acima do P90.

Alternativa d) Incorreta. Infecções congênitas como o citomegalovírus (CMV) estão classicamente associadas à restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e microcefalia. Nesses casos, o desenvolvimento fetal é prejudicado, resultando em medidas de altura uterina menores do que o esperado para a idade gestacional.

Alternativa e) Incorreta. Não existe uma associação direta ou clássica entre a infecção materna por COVID-19 e o aumento exagerado da altura uterina. Pelo

contrário, processos infecciosos graves ou complicações vasculares placentárias decorrentes de infecções sistêmicas tendem a causar restrição de crescimento ou parto prematuro, o que não corresponde ao padrão de crescimento acelerado observado no gráfico.

### Questão 69

Para resolver essa questão, é fundamental analisar os parâmetros hematológicos apresentados: o nível de hemoglobina e os índices hematimétricos (volume corpuscular e concentração de hemoglobina).

A paciente apresenta hemoglobina de 9,0 g/dL. Na gestação, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde definem anemia como hemoglobina inferior a 11 g/dL. Portanto, a paciente está comprovadamente anêmica.

O ponto-chave da questão é a classificação morfológica: anemia normocrômica e macrocítica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A anemia fisiológica da gravidez ocorre devido ao fato de a expansão do volume plasmático ser proporcionalmente maior do que o aumento da massa de glóbulos vermelhos (hemodiluição). No entanto, os níveis de hemoglobina na anemia fisiológica raramente caem abaixo de 10,5 ou 10 g/dL. Além disso, ela é tipicamente normocítica e normocrômica, não justificando a macrocitose (aumento do tamanho das hemácias).

b) Incorreta. A anemia ferropriva é a causa mais comum de anemia na gestação, mas seu padrão morfológico clássico é de anemia microcítica (VCM baixo) e hipocrômica (CHCM baixo), o que contradiz o achado de macrocitose descrito no enunciado.

c) Correta. A anemia macrocítica é caracterizada pelo aumento do Volume Corpuscular Médio (VCM). As causas principais desse padrão são as anemias megaloblásticas, decorrentes da deficiência de folato (vitamina B9) ou de vitamina B12. Na gestação, a deficiência de folato é relativamente comum devido ao aumento da demanda fetal e materna para síntese de DNA e divisão celular.

d) Incorreta. As talassemias são hemoglobinopatias que se apresentam laboratorialmente como anemias microcíticas e hipocrômicas, simulando muitas vezes a anemia ferropriva, porém com níveis de ferro geralmente normais ou elevados e presença de hemácias em alvo.

e) Incorreta. Embora a desnutrição possa levar a carências vitamínicas, o termo é genérico. A questão exige o diagnóstico específico baseado na morfologia das hemácias. A desnutrição proteico-calórica isolada costuma causar anemia normocítica e normocrômica por redução da produção eritropoiética, e não macrocitose específica.

Portanto, diante de uma anemia macrocítica, a investigação deve focar na carência de ácido fólico ou vitamina B12.

## Questão 70

A classificação das lacerações perineais é um tema recorrente em provas de obstetrícia, sendo baseada na profundidade dos tecidos envolvidos. A padronização mais utilizada mundialmente é a de Sultan, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).

Para responder a essa questão, devemos lembrar os quatro graus de lacerações:

1º Grau: Lesão apenas da pele do períneo e/ou da mucosa vaginal.

2º Grau: Lesão dos músculos do corpo perineal, mas sem atingir o esfíncter anal.

3º Grau: Lesão que envolve o complexo do esfíncter anal. Este grau é subdividido em:

- 3A: Lesão de menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo (EAE).

- 3B: Lesão de mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo (EAE).

- 3C: Lesão que envolve tanto o esfíncter anal externo quanto o esfíncter anal interno (EAI).

4º Grau: Lesão que envolve o complexo do esfíncter anal (EAE e EAI) e a mucosa anal (epitélio retal).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A lesão dos músculos bulbocavernoso e transversos superficial do períneo caracteriza uma laceração de 2º grau.

Alternativa (b) Correta. Conforme a classificação detalhada acima, a laceração 3C é definida especificamente pelo acometimento total do esfíncter externo somado à lesão do esfíncter interno do ânus.

Alternativa (c) Incorreta. A lesão da mucosa anal (ou mucosa retal) define a laceração de 4º grau, que é a forma mais grave de trauma perineal durante o parto.

Alternativa (d) Incorreta. O feixe puborretal faz parte do músculo levantador do ânus.

Embora possa sofrer estiramento ou avulsão durante o parto, sua lesão isolada não define a classificação 3C. A classificação de lacerações foca na progressão da pele em direção ao canal anal.

Alternativa (e) Incorreta. A lesão do corpo perineal e das inserções musculares sem atingir o complexo esfíncteriano anal define a laceração de 2º grau.

Portanto, para que uma laceração seja classificada como 3C, é obrigatória a identificação da lesão tanto do esfíncter externo quanto do esfíncter interno do ânus.

---

## Questão 71

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve uma paciente de 30 anos com dor vulvar crônica (3 meses de duração), caracterizada por queimação e dor ao toque na região do vestíbulo vaginal (vestibulodinia provocada). O exame físico é fundamental para o diagnóstico, pois revela uma anatomia normal, sem lesões elementares, inflamações agudas ou distrofias, mas com nítida sensibilidade dolorosa ao toque (frequentemente avaliada pelo teste do cotonete). O uso de anticoncepcionais orais combinados é um fator frequentemente associado a alterações na mucosa vestibular que podem contribuir para o quadro.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O líquen plano é uma dermatose inflamatória crônica que causa lesões visíveis na mucosa. Pode se apresentar como estrias esbranquiçadas (estrias de Wickham), áreas erosivas ou placas. O enunciado afirma explicitamente que as formações labiais e vestibulares estavam sem alterações.

Alternativa b) Incorreta. A síndrome pós-herpética é uma dor neuropática que surge após um episódio de herpes-zoster ou, raramente, herpes simples. Manifesta-se por dor em queimação persistente, mas geralmente segue um dermatomo específico e há histórico de lesões vesiculares e crostosas prévias, o que não ocorre neste caso.

Alternativa c) Incorreta. A síndrome da dor vesical (antigamente chamada de cistite intersticial) caracteriza-se por dor na região suprapúbica relacionada ao enchimento da bexiga, associada a sintomas urinários como urgência e aumento da frequência miccional. O foco do quadro da paciente é puramente vulvar e desencadeado pelo toque.

Alternativa d) Correta. A vulvodínia é definida como dor vulvar com duração mínima

de 3 meses, sem causa identificável (como infecções, inflamações, neoplasias ou distúrbios neurológicos). É um diagnóstico de exclusão. O tipo mais comum em mulheres jovens é a vestibulodinia localizada provocada, em que a dor (geralmente em queimação) ocorre especificamente ao toque do vestíbulo ou na tentativa de penetração vaginal. O fato de a mucosa e a musculatura estarem normais ao exame físico corrobora esse diagnóstico.

Alternativa e) Incorreta. O vaginismo é caracterizado pela contração involuntária e persistente dos músculos do assoalho pélvico que interfere na penetração vaginal, causando sofrimento. Embora a paciente apresente dispareunia e tenha tido dificuldade em permitir o exame bidigital, o exame unidigital mostrou que não havia alterações na musculatura vaginal. Na vulvodínia, a dor é o sintoma primário (sensorial), enquanto no vaginismo a disfunção é predominantemente motora (contração muscular), embora ambas as condições possam coexistir. O diagnóstico principal que justifica a dor ao toque vestibular sem alteração muscular é a vulvodínia.

---

## Questão 72

A questão apresenta uma paciente de 55 anos com diagnóstico de adenocarcinoma in situ (AIS) de colo uterino, confirmado por biópsia. O ponto crucial para resolver essa questão é entender o manejo inicial de lesões glandulares pré-invasivas.

O adenocarcinoma in situ é o precursor do adenocarcinoma invasor. Diferentemente das lesões escamosas, o AIS frequentemente apresenta "skip lesions" (áreas de doença descontínuas) e pode estar localizado profundamente no canal endocervical. Por essa razão, uma biópsia simples obtida por colposcopia não é suficiente para excluir a presença de um câncer invasor em outra área do canal.

A conduta inicial obrigatória diante de um AIS é a realização de um procedimento excisional (conização, preferencialmente por cirurgia de alta frequência ou faca fria). Esse procedimento tem dois objetivos: 1) Avaliar se existe invasão oculta; 2) Avaliar as margens cirúrgicas.

Somente após a conização confirmar que não há invasão e que as margens estão livres é que se planeja o tratamento definitivo. Para uma paciente de 55 anos (prole constituída), o tratamento definitivo recomendado é a histerectomia total simples, mas o primeiro passo clínico ainda é a conização diagnóstica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A histerectomia radical (Wertheim-Meigs) associada à linfadenectomia

pélvica é indicada para casos de câncer cervical invasor (estadiamento IB1 em diante). O diagnóstico atual é de lesão "in situ".

b) Incorreta. Embora a histerectomia total seja o tratamento final para esta paciente de 55 anos, ela não deve ser realizada diretamente após a biópsia de AIS. Se houver um adenocarcinoma invasor oculto que não foi detectado pela biópsia, a paciente terá sido submetida a uma cirurgia incompleta (subtratamento), o que compromete o prognóstico. A conização deve preceder a histerectomia.

c) Incorreta. A radioquimioterapia é o tratamento de escolha para o câncer de colo uterino invasor a partir do estágio IIB (doença parametrial) ou em casos de contraindicação cirúrgica. Não se aplica a lesões pré-invasivas.

d) Incorreta. A traquelectomia radical é uma técnica de preservação de fertilidade para pacientes jovens com câncer invasor inicial. Não é o caso de uma paciente de 55 anos com lesão in situ.

e) Correta. A conização é o passo essencial para avaliar a extensão da doença glandular e excluir invasão estromal oculta antes de qualquer decisão cirúrgica definitiva, sendo a conduta mais adequada no momento.

---

### Questão 73

A escolha do método contraceptivo deve considerar as preferências da paciente, a eficácia do método, a segurança e a proteção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Análise das alternativas:

a) Método de calendário: É um método comportamental com alta taxa de falha (chegando a 24% no uso típico). Como a paciente afirma que não pretende engravidar, este método é inadequado por sua baixa eficácia e por não oferecer nenhuma proteção contra ISTs.

b) Laqueadura tubária: Trata-se de um método definitivo. No Brasil, de acordo com a Lei 14.443/2022, a esterilização voluntária só é permitida em pessoas com capacidade civil plena, maiores de 21 anos de idade OU, pelo menos, com dois filhos vivos. A paciente tem 20 anos e a questão não menciona filhos, o que torna o método legalmente inviável, além de ser uma medida extrema para uma paciente jovem que busca orientação inicial.

c) Condom (Preservativo): É a alternativa mais adequada. Por ser um método de

barreira, não envolve hormônios nem dispositivos intrauterinos (atendendo às restrições da paciente). Além disso, é o único método que oferece dupla proteção: previne a gravidez indesejada e protege contra ISTs, o que é fundamental para uma paciente jovem e sexualmente ativa com parceiros de ambos os sexos.

d) Diafragma: É um método de barreira não hormonal, mas apresenta eficácia menor que o preservativo masculino no uso típico e exige maior treinamento da paciente para inserção correta e associação com espermicidas. Além disso, não oferece a mesma eficácia na prevenção de diversas ISTs quando comparado ao condom.

e) Molas intratubárias: Referem-se a dispositivos como o Essure, que realizavam a oclusão tubária por via histeroscópica. Além de ser um método definitivo (inadequado para a idade), esse tipo de dispositivo foi retirado do mercado e teve seu uso suspenso pela Anvisa devido a eventos adversos, não sendo mais uma opção prática na ginecologia atual.

---

## Questão 74

Análise do Caso Clínico:

A paciente de 35 anos apresenta um quadro de infertilidade primária há 2 anos. Os exames laboratoriais (FSH, prolactina e TSH) e o espermograma do parceiro estão normais, o que direciona a investigação para causas anatômicas ou ginecológicas específicas. A ultrassonografia transvaginal é a chave do diagnóstico: o ovário direito apresenta uma imagem característica de endometrioma (cisto com ecotextura homogênea, hipocogênica e ecos internos difusos de baixa ecogenicidade, o aspecto em vidro fosco). Além disso, o espessamento dos ligamentos uterossacrais e a lesão no sigmoide confirmam o diagnóstico de endometriose profunda.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: O uso de análogos do GnRH por tempo prolongado (6 meses) promove um estado de hipoenstrogenismo que pode reduzir sintomas dolorosos, mas não trata o componente anatômico da endometriose (como o endometrioma e as aderências) nem melhora as taxas de gravidez natural após a suspensão. Em uma paciente de 35 anos, postergar a tentativa de gestação por 6 meses com bloqueio hormonal não é a conduta inicial ideal.

Alternativa (b) CORRETA: A conduta para infertilidade associada à endometriose com presença de endometrioma ovariano e focos de endometriose profunda envolve a abordagem cirúrgica, preferencialmente por laparoscopia. A ooforoplastia (retirada da cápsula do cisto ovariano) e a ressecção dos focos de endometriose profunda

(incluindo ligamentos e, se necessário, a lesão intestinal) visam restaurar a anatomia pélvica, reduzir o estado inflamatório local e melhorar as chances de concepção espontânea ou o sucesso de técnicas de reprodução assistida.

Alternativa (c) INCORRETA: A colonoscopia com biópsia tem pouca utilidade no diagnóstico da endometriose intestinal, pois a doença acomete o intestino da serosa em direção à mucosa (de fora para dentro). Na maioria dos casos, a mucosa está íntegra, o que resultaria em uma biópsia normal. O diagnóstico já foi sugerido pela ultrassonografia com preparo intestinal ou poderia ser complementado por uma ressonância magnética.

Alternativa (d) INCORRETA: A ovodoação é indicada para pacientes com falência ovariana prematura ou reserva ovariana muito baixa. Apesar de a paciente ter 35 anos, o seu FSH de 3 mUI/mL sugere uma boa reserva ovariana, não havendo indicação para utilização de óvulos de doadora neste momento.

Alternativa (e) INCORRETA: A inseminação intrauterina (IIU) é indicada para casos de infertilidade sem causa aparente, fator masculino leve ou problemas cervicais, desde que as tubas uterinas estejam pérvias. Na presença de endometriose moderada a grave (estágios III e IV), a IIU apresenta taxas de sucesso muito baixas devido à distorção anatômica e ao ambiente inflamatório pélvico.

---

### Questão 75

Alternativa a: Correta. Segundo os protocolos de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) do Ministério da Saúde, em casos de agressão sexual nos quais a vítima refere ter o esquema vacinal completo para hepatite B (três doses), mas não possui ou desconhece o resultado de seu exame de anticorpos (anti-HBs), a conduta preconizada é a administração de uma dose de reforço da vacina. Caso ela soubesse que é reatora (anti-HBs superior a 10), nenhuma dose seria necessária.

Alternativa b: Incorreta. O atendimento médico e ginecológico a vítimas de violência sexual é uma emergência de saúde pública e, de acordo com a Lei nº 12.845/2013, deve ser prestado de forma imediata e gratuita. O acesso ao serviço de saúde e a coleta de vestígios não podem ser condicionados à apresentação de boletim de ocorrência ou a qualquer outra exigência policial ou burocrática.

Alternativa c: Incorreta. A notificação de violência doméstica, sexual e interpessoal é compulsória e deve ser realizada pelo profissional de saúde que atende o caso, não pela vítima. Além disso, os procedimentos de registro e notificação devem ser feitos durante o processo de cuidado, nunca servindo como uma barreira ou requisito prévio ao atendimento clínico emergencial.

Alternativa d: Incorreta. O prazo máximo para o início da profilaxia para o HIV (PEP) é de 72 horas após a exposição, sendo a eficácia muito maior quando iniciada nas primeiras 2 horas. O prazo de 96 horas citado na alternativa invalida a recomendação para o HIV. Já a profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis (IST) não virais e a contracepção de emergência (que pode ser feita em até 120 horas) possuem janelas diferentes, mas o conjunto da conduta na alternativa está errado devido ao prazo do HIV.

Alternativa e: Incorreta. Embora o acolhimento humanizado e a redução do dano psíquico sejam pilares do atendimento, não há obrigatoriedade técnica de que o exame seja realizado por uma profissional do sexo feminino se isso retardar o atendimento especializado. O direito da vítima é o de ser atendida por uma equipe capacitada e, preferencialmente, multidisciplinar, podendo solicitar acompanhante, mas a prioridade médica é o manejo técnico adequado das lesões e profilaxias.

### Questão 76

Para diagnosticar distúrbios glicêmicos na gestação utilizando o Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) de 75 gramas, realizado geralmente entre a 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semanas, seguimos critérios que diferenciam o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) do Diabetes Manifesto (Overt Diabetes).

Os critérios para o diagnóstico de Overt Diabetes (diabetes diagnosticado na gestação, mas com níveis de diabetes pré-gestacional) são:

1. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL.
2. Glicemia de 2 horas após a sobrecarga de 75 g de glicose maior ou igual a 200 mg/dL.
3. Hemoglobina glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5%.

No caso apresentado, a paciente teve os seguintes resultados: jejum de 95 mg/dL, 1 hora de 215 mg/dL e 2 horas de 200 mg/dL. Como o valor de 2 horas atingiu exatamente o limite de 200 mg/dL, o diagnóstico correto é Overt Diabetes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não existe este diagnóstico técnico. Embora a gestação gemelar aumente a resistência à insulina por conta da maior carga hormonal placentária, os critérios de diagnóstico seguem os padrões universais de glicemia.

b) Incorreta. O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é diagnosticado quando pelo menos um dos valores do TOTG 75 g está alterado nos seguintes intervalos: jejum

entre 92 e 125 mg/dL; 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL; ou 2 horas entre 153 e 199 mg/dL. Como o valor de 2 horas foi 200 mg/dL, ele ultrapassa a faixa de DMG e entra no critério de diabetes manifesto.

c) Incorreta. Esta terminologia não é utilizada em diretrizes oficiais (como as da Sociedade Brasileira de Diabetes ou FEBRASGO) para classificar alterações glicêmicas na gravidez.

d) Incorreta. O termo "intolerância à glicose" é frequentemente usado para estados pré-diabéticos fora da gestação. No contexto gestacional, os termos corretos para resultados alterados são Diabetes Gestacional ou Overt Diabetes.

e) Correta. A paciente preenche o critério de diagnóstico de Overt Diabetes por apresentar uma glicemia de 2 horas no TOTG igual a 200 mg/dL. Este diagnóstico indica que a paciente provavelmente já possuía diabetes não diagnosticado antes da gravidez ou apresenta uma alteração metabólica severa o suficiente para atingir os níveis de corte de indivíduos não gestantes.

---

### Questão 77

A distocia de ombros é uma emergência obstétrica que ocorre quando o ombro anterior do feto fica impactado atrás da sínfise púbica materna após a saída da cabeça. A conduta deve ser imediata, seguindo protocolos sistematizados (como o ALARM ou HELPERR). Abaixo, a análise detalhada das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A manobra que visa à adução dos ombros para reduzir o diâmetro biacromial é a Manobra de Rubin II (uma manobra interna). Embora eficaz para desimpactar o ombro, ela não é considerada a primeira escolha nem a "mais eficaz" isoladamente quando comparada à abordagem inicial menos invasiva.

Alternativa b) Incorreta. A episiotomia não resolve a distocia de ombros, pois a obstrução é óssea (ombro fetal contra o púbis materno) e não de tecidos moles. Ela só deve ser realizada se o obstetra precisar de mais espaço vaginal para realizar as manobras internas, não sendo indicada de forma obrigatória em todos os casos.

Alternativa c) Incorreta. Embora uma bexiga cheia possa dificultar o trajeto fetal, a sondagem vesical de alívio não é um passo mandatório nem prioritário. O foco inicial deve ser a execução imediata das manobras de desprendimento, pois o tempo é o fator mais crítico.

Alternativa d) Correta. A manobra descrita é a Manobra de McRoberts. Ela é a primeira conduta recomendada na maioria dos protocolos mundiais devido à sua alta

taxa de sucesso (sozinha resolve até 40% dos casos e, combinada com a pressão suprapúbica, até 90%) e baixo risco de trauma. A hiperflexão das coxas sobre o abdome materno retifica a lordose lombar, rotaciona a sínfise púbica superiormente e aplaina o promontório sacral, facilitando a passagem do ombro.

Alternativa e) Incorreta. O tempo é extremamente curto. O risco de asfixia fetal grave e lesão neurológica irreversível aumenta significativamente após 5 a 7 minutos de impactação. Aguardar 10 minutos é um intervalo longo demais e está associado a resultados perinatais desastrosos.

Gabarito: Alternativa (d).

---

### Questão 78

Esta questão aborda os critérios de elegibilidade para métodos contraceptivos no período pós-parto, considerando o aleitamento materno e o risco de eventos tromboembólicos.

Análise do cenário clínico:

A paciente está no 28º dia pós-parto (4 semanas), em aleitamento misto e deseja início imediato de anticoncepção.

Alternativa a) DIU de levonorgestrel: Incorreta. Embora o DIU possa ser inserido no pós-parto imediato (até 48 horas) ou após 4 semanas, o período entre 48 horas e 4 semanas após o parto é classificado como Categoria 3 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devido ao elevado risco de expulsão do dispositivo. No 28º dia, ela está exatamente no limite. Além disso, em provas de residência, quando se busca um método de início imediato em consultório ambulatorial nesse período, os progestagênios orais costumam ser a resposta preferencial frente ao DIU, que muitas vezes requer agendamento ou condições técnicas específicas de involução uterina completa.

Alternativa b) DIU de cobre: Incorreta. Segue a mesma lógica da alternativa anterior. O risco de expulsão é maior se inserido entre 48 horas e 4 semanas pós-parto. Apesar de tecnicamente ser Categoria 1 a partir de 4 semanas, a alternativa (c) é considerada mais adequada para o "início imediato" ambulatorial no contexto da amamentação.

Alternativa c) Drospirenona oral: Correta. A drospirenona é um progestagênio isolado (pílula livre de estrogênio). Métodos contendo apenas progestagênio são a escolha ideal para mulheres que estão amamentando, pois não interferem na produção, no volume ou na composição do leite materno. Além disso, não aumentam o risco de

tromboembolismo venoso, que ainda está elevado nos primeiros 42 dias após o parto. A drospirenona isolada permite o início imediato com segurança e eficácia.

Alternativa d) Etinilestradiol e etonogestrel vaginal: Incorreta. Este é um método combinado (contém estrogênio). O uso de estrogênios é contraindicado (Categoria 4 da OMS se menos de 21 dias e Categoria 3 entre 21 e 42 dias com fatores de risco) durante a amamentação, pois o estrogênio reduz a produção de leite e aumenta significativamente o risco de trombose no puerpério.

Alternativa e) Estradiol e nomegestrol oral: Incorreta. Assim como a alternativa anterior, trata-se de um anticoncepcional combinado. A presença do estradiol (estrogênio) contraindica o método para uma paciente em aleitamento materno exclusivo ou misto antes de 6 meses pós-parto, conforme os critérios de elegibilidade da OMS, devido ao risco de redução da lactação e risco vascular.

Resumo didático:

No puerpério e durante a lactação, priorizamos métodos que não contenham estrogênio. As opções seguras são os métodos de progestagênio isolado (minipílulas, implante, injeção trimestral ou pílula de drospirenona) e os métodos não hormonais (DIU de cobre). Entre eles, a pílula de progestagênio isolado (drospirenona) destaca-se pela facilidade de início imediato e segurança para o aleitamento.

---

## Questão 79

Para interpretar esta cardiotocografia (CTG), devemos observar os parâmetros básicos: frequência cardíaca basal, variabilidade, acelerações e desacelerações.

Análise do traçado:

O traçado mostra uma frequência cardíaca basal dentro da normalidade (entre 110 e 160 bpm). No entanto, a variabilidade está nitidamente reduzida (traçado mais "liso"). Foi realizado o estímulo sonoro (ES), indicado pela marcação vertical no centro do gráfico. Após o estímulo, observa-se apenas uma única aceleração transitória discreta, e a variabilidade não retornou aos níveis normais de forma sustentada.

Alternativa (a) Correta: Um feto é considerado hiporreativo quando não apresenta as acelerações esperadas para a idade gestacional (pelo menos duas acelerações de 15 bpm por 15 segundos em 20 minutos) ou quando apresenta variabilidade reduzida, mesmo após manobras de despertar como a alimentação e o estímulo sonoro (ES). No caso, a paciente já havia se alimentado, e o estímulo sonoro não foi suficiente para tornar o traçado reativo.

Alternativa (b) Incorreta: Para ser classificado como reativo, o feto deveria apresentar pelo menos duas acelerações de grande amplitude (15 bpm por 15 segundos) em um intervalo de 20 minutos, além de manter uma variabilidade normal (entre 6 a 25 bpm). O traçado mostra variabilidade reduzida e ausência de acelerações cíclicas.

Alternativa (c) Incorreta: O termo "hipoativo" refere-se à percepção materna ou clínica de redução dos movimentos fetais (mobilograma). Na interpretação técnica da cardiotocografia, o termo correto para a baixa resposta da frequência cardíaca é "hiporreativo".

Alternativa (d) Incorreta: Embora o traçado seja suspeito ou não tranquilizador devido à baixa variabilidade, o termo "sofrimento fetal" (ou estado fetal não tranquilizador) costuma ser reservado para situações mais graves, como desacelerações tardias (DIP II) repetitivas, bradicardia persistente ou padrão sinusoidal. A hiporreatividade é um sinal de alerta que exige propedêutica complementar (como o Perfil Biofísico Fetal), mas não confirma sofrimento agudo isoladamente.

Alternativa (e) Incorreta: A questão afirma que a cardiotocografia foi realizada "após alimentação". A hipoglicemia materna poderia causar um feto sonolento e menos reativo, mas, como a paciente já se alimentou, essa causa provável foi descartada, reforçando que a falta de resposta é intrínseca à condição fetal ou placentária (comum em casos de doença hipertensiva).

---

## Questão 80

Essa questão aborda um desafio comum no manejo do aleitamento materno: a reintrodução da amamentação após um período de separação entre mãe e bebê e o uso de bicos artificiais (mamadeira).

Análise do caso:

A paciente é puérpera de um prematuro (32 semanas) e ficou afastada por 7 dias devido a uma cirurgia e antibioticoterapia. Nesse intervalo, o bebê usou mamadeira e agora apresenta dificuldade de sucção, um fenômeno conhecido como confusão de bicos. O ponto crucial é que a mãe manteve boa produção de leite e deseja amamentar.

Explicação das alternativas:

Alternativa A (Correta): A translactação é a técnica indicada quando a mãe possui produção de leite, mas o bebê apresenta dificuldades para sugar diretamente a mama ou precisa ser reintroduzido ao peito. O procedimento consiste em oferecer o leite materno ordenhado através de uma sonda (cateter fino) fixada ao mamilo e

conectada a um recipiente com o leite. Assim, enquanto o bebê suga a sonda para receber o leite, ele também suga o mamilo, estimulando a mama e reaprendendo a pega correta sem a frustração de não obter fluxo imediato.

Alternativa B (Incorreta): Embora os termos sejam frequentemente confundidos, a relactação é a técnica utilizada quando a mãe não tem produção de leite ou a produção é insuficiente (por exemplo, em casos de amamentação adotiva ou após o desmame total). Nela, utiliza-se a sonda com fórmula infantil ou leite humano de banco de leite para estimular a volta da lactação. Como a paciente do caso já possui boa produção de leite, o termo técnico mais preciso é translactação.

Alternativa C (Incorreta): Estimular apenas o aleitamento fisiológico (colocar o bebê direto no peito sem auxílio) tende ao fracasso nesse cenário. O bebê já experimentou a facilidade do fluxo da mamadeira e apresenta dificuldade de sucção. Sem uma técnica de transição, ele pode chorar, rejeitar o peito e a mãe pode desanimar.

Alternativa D (Incorreta): O bico de silicone é geralmente contraindicado, pois pode interferir na dinâmica da sucção, diminuir a transferência de leite e prejudicar o esvaziamento da mama, além de não resolver o problema da confusão de bicos causada pela mamadeira.

Alternativa E (Incorreta): Retirar o leite com bomba e oferecer na mamadeira mantém a nutrição do bebê e a produção da mãe, mas não atende ao desejo da paciente de amamentar diretamente no peito. Além disso, perpetua o uso da mamadeira, que é a causa da dificuldade de sucção do bebê.

Resumo: Para um bebê com dificuldade de sucção após uso de mamadeira, mas cuja mãe tem leite, a translactação é o método padrão-ouro para a relactação, pois une o estímulo da mama ao treinamento de sucção do bebê com o próprio leite da mãe.

---

## Questão 81

Esta questão exige a análise cuidadosa do gráfico de linhas que apresenta os coeficientes de incidência da coinfeção TB-HIV por 100 mil habitantes, divididos por regiões brasileiras e pela média nacional, no período de 2010 a 2021.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a linha que representa o Brasil (círculos) demonstre uma tendência de queda, esse comportamento não foi uniforme em todas as regiões. A região Norte, por exemplo, apresentou um aumento importante em seus coeficientes durante grande parte da década de 2010, o que contradiz a ideia de queda sustentada e uniforme em todo o território.

Alternativa (b) Correta: Ao observar a linha correspondente à região Norte (marcada com losangos e linha pontilhada), nota-se claramente que o coeficiente de incidência estava em torno de 8,8 em 2011, subindo progressivamente até atingir um pico próximo a 11,5 em 2019. Após esse ano, há uma queda acentuada, chegando a valores próximos a 6,5 em 2021. Vale destacar que a queda observada em todas as regiões entre 2019 e 2021 pode estar relacionada ao impacto da pandemia de COVID-19 no diagnóstico e na notificação de outras doenças.

Alternativa (c) Incorreta: A região Centro-Oeste (asteriscos), de fato, apresenta o menor coeficiente de incidência inicial e mantém certa estabilidade relativa comparada às outras. Entretanto, a alternativa falha ao dizer que houve estabilidade em todo o período, pois o gráfico mostra uma queda perceptível no último biênio (2020-2021), rompendo o padrão anterior.

Alternativa (d) Incorreta: A região Sul (estrelas) é a que apresenta a redução mais expressiva em termos absolutos e proporcionais ao longo do tempo, partindo de um coeficiente superior a 14,0 em 2010 e terminando em aproximadamente 7,0 em 2021. A região Sudeste (triângulos) também apresenta queda, mas partiu de um patamar inicial bem menor (cerca de 9,5), tornando sua redução proporcional menos impactante que a da região Sul.

Alternativa (e) Incorreta: O cenário mais grave, definido pelo maior coeficiente de incidência de casos, é observado na região Sul durante quase todo o período, e não na região Nordeste. A região Nordeste (quadrados) manteve coeficientes intermediários, ficando abaixo das regiões Sul, Sudeste e Norte na maior parte da série histórica.

---

## Questão 82

O estudo descrito baseia-se na Coorte de Pelotas, um modelo clássico de estudo observacional longitudinal. Abaixo, a explicação detalhada de cada ponto da questão:

O estudo é caracterizado como de coorte porque acompanha um grupo de indivíduos (nascidos em 1993) ao longo do tempo para observar a relação entre uma exposição (consumo de cálcio aos 18 anos) e um desfecho posterior (densidade mineral óssea aos 22 anos). O viés de memória, citado pelos autores, ocorre porque a aferição da dieta foi feita de forma retrospectiva, dependendo da capacidade dos participantes de lembrarem e relatarem seu consumo habitual. Esse erro de medida pode afetar qualquer participante, independentemente de seu nível de ingestão, atingindo tanto os expostos quanto os não expostos.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O estudo de caso-controle parte do desfecho já estabelecido (pessoas com baixa densidade óssea vs. pessoas com densidade normal) para olhar para o passado em busca da exposição. O enunciado descreve o acompanhamento de uma população desde o nascimento (coorte), avaliando a exposição antes do desfecho.
- b) Incorreta. Um ensaio clínico é um estudo experimental no qual o pesquisador interfere diretamente, designando quem receberá a intervenção (ex.: suplementação de cálcio) e quem receberá o controle/placebo. No caso relatado, os pesquisadores apenas observaram o comportamento natural dos participantes.
- c) Correta. Conforme explicado, trata-se de um estudo de coorte (acompanhamento longitudinal). O viés de memória é uma limitação técnica na coleta da exposição que afeta a classificação de todos os participantes (expostos e não expostos) em relação ao seu consumo real de cálcio.
- d) Incorreta. O estudo transversal realiza a coleta de dados de exposição e desfecho simultaneamente, em um único momento. O estudo em questão apresenta uma temporalidade clara entre a avaliação aos 18 anos e o desfecho aos 22 anos.
- e) Incorreta. O estudo ecológico utiliza dados de populações ou agregados geográficos (como a média de consumo de leite de uma cidade) e não dados individuais de cada participante. Além disso, o termo "grupo de intervenção" aplica-se a estudos experimentais, o que não é o caso desta coorte observacional.

Gabarito: Alternativa (c).

---

### Questão 83

Para resolver esta questão, é fundamental conhecer as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicadas pelo INCA. O achado de Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LIE-BG ou LSIL) reflete, na maioria das vezes, a manifestação citopatológica da infecção transitória pelo HPV, que apresenta altas taxas de regressão espontânea.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O encaminhamento imediato para colposcopia é indicado para lesões de alto grau (LIE-AG), presença de células atípicas onde não se pode excluir lesão de alto grau (ASC-H), adenocarcinoma in situ ou em casos de persistência de lesões de baixo grau em exames subsequentes. A conduta inicial para um primeiro achado de LIE-BG em mulheres com 25 anos ou mais é a repetição

da citologia.

Alternativa b) Incorreta. A identificação de uma lesão de baixo grau não é motivo para interromper o rastreamento nem indica conduta cirúrgica. Lesões de baixo grau têm grande probabilidade de regressão e não devem ser tratadas com métodos excisionais sem antes passar por uma investigação colposcópica e confirmação histopatológica de lesão de alto grau persistente.

Alternativa c) Incorreta. O protocolo para LIE-BG não envolve rastreamento anual por colposcopia nem biópsias seriadas. A biópsia é um procedimento diagnóstico invasivo, indicado apenas quando há achados anormais na colposcopia. O acompanhamento inicial é citológico.

Alternativa d) Incorreta. A repetição do Papanicolau em 3 anos diante de um resultado de LIE-BG é a conduta preconizada pelo INCA exclusivamente para mulheres com menos de 25 anos. Como a paciente da questão tem 32 anos, ela deve seguir o protocolo para a faixa etária de 25 anos ou mais.

Alternativa e) Correta. De acordo com as diretrizes do INCA, para mulheres com 25 anos ou mais que apresentam resultado de LIE-BG pela primeira vez, a conduta correta é a repetição do exame citopatológico em 6 meses. Se o novo exame for negativo, deve-se repetir novamente em 6 meses. Após dois resultados negativos em intervalos de 6 meses, a paciente retorna ao rastreamento trienal. Se o resultado de 6 meses mantiver a lesão ou apresentar algo mais grave, a colposcopia deverá ser realizada.

Resumo da conduta para LIE-BG (LSIL) segundo a idade:

- Mulheres com menos de 25 anos: Repetir citologia em 3 anos.
- Mulheres com 25 anos ou mais: Repetir citologia em 6 meses.
- Mulheres imunossuprimidas: Encaminhar diretamente para colposcopia, independentemente da idade.

---

### Questão 84

O quadro clínico descrito, de um homem jovem com fraqueza muscular ascendente e simétrica, hiporreflexia e líquido com dissociação albumino-citológica (proteína elevada com celularidade normal), é clássico para a Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Para o tratamento da SGB, as duas principais opções são a imunoglobulina intravenosa (IVIg) e a plasmaférese (PE).

Análise dos gráficos (Forest Plots):

Os três gráficos comparam a IVIg com a PE em diferentes desfechos: melhora do grau de incapacidade, eventos adversos e mortalidade. Em todos eles, o losango (que representa o resultado combinado da meta-análise) cruza a linha vertical central (linha de nulidade).

1. No primeiro gráfico (Incapacidade em 4 semanas), o intervalo de confiança do efeito global toca o zero (-0,02 [IC 95%: -0,25, 0,20]). Isso significa que não há diferença estatisticamente significativa na melhora funcional entre os dois grupos.
2. No segundo gráfico (Eventos adversos), o losango cruza a linha do 1 (0,84 [IC 95%: 0,54, 1,30]), indicando que não houve superioridade em termos de segurança.
3. No terceiro gráfico (Morte), ocorre o mesmo, com o intervalo de confiança cruzando a linha da nulidade (0,78 [IC 95%: 0,31, 1,95]).

Análise das alternativas:

a) Correta. Como os intervalos de confiança em todos os desfechos analisados pela meta-análise cruzam a linha de nulidade, os dados demonstram que ambos os tratamentos possuem eficácia e segurança equivalentes. Portanto, não se pode afirmar que um é superior ao outro.

b) Incorreta. Para a imunoglobulina ser considerada superior, o losango no gráfico de incapacidade deveria estar totalmente deslocado para a esquerda (Favours IVIg) sem tocar a linha central, e nos gráficos de risco (morte/eventos adversos), deveria estar abaixo de 1 sem tocá-lo.

c) Incorreta. Da mesma forma que na alternativa B, para a plasmaférese ser superior, os resultados precisariam favorecer estatisticamente esse grupo de forma isolada, o que não ocorre nos gráficos apresentados.

d) Incorreta. A meta-análise apresentada compara apenas IVIg versus PE. Além disso, evidências clínicas consolidadas na literatura médica demonstram que a terapia combinada (usar os dois tratamentos simultaneamente ou em sequência) não traz benefício adicional em relação ao uso isolado de um deles, além de aumentar custos e riscos.

e) Incorreta. É possível, sim, estabelecer uma conclusão com segurança: a de que os tratamentos são equivalentes. Na prática médica, a escolha entre um e outro costuma basear-se na disponibilidade do serviço, custos e facilidade de administração (sendo a IVIg mais simples de administrar por não exigir acesso venoso central ou equipe especializada em hemodiálise).

## Questão 85

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O cenário apresentado descreve uma cidade com indicadores desfavoráveis em duas frentes principais: saúde materno-infantil (mortalidade) e doenças crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão). De acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a estratégia mais resolutive e custo-efetiva para lidar com esses problemas de forma integrada é o fortalecimento do primeiro nível de atenção.

### ALTERNATIVA A (INCORRETA)

Focar na rede especializada e em serviços hospitalares ou de urgência é uma estratégia reativa e centrada na doença. Embora o suporte hospitalar seja fundamental para partos de risco ou crises hipertensivas, ele não previne o surgimento de complicações. A redução da mortalidade materno-infantil e o controle de doenças crônicas dependem de acompanhamento contínuo e preventivo, o que não é o escopo principal dos hospitais.

### ALTERNATIVA B (CORRETA)

A Atenção Básica é definida como a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado no SUS. O fortalecimento deste nível de atenção permite a realização de um pré-natal de qualidade e o acompanhamento do desenvolvimento infantil (puericultura), que são as medidas mais eficazes para reduzir a mortalidade materno-infantil. Simultaneamente, a Atenção Básica realiza o manejo longitudinal de hipertensos e diabéticos, promovendo mudanças no estilo de vida e garantindo a adesão ao tratamento, o que evita complicações graves e melhora os indicadores de saúde da cidade.

### ALTERNATIVA C (INCORRETA)

O monitoramento de indicadores e as ações em escolas são ferramentas importantes de vigilância e promoção, mas são insuficientes como estratégias isoladas. O monitoramento identifica o problema, mas a assistência direta e o tratamento clínico (necessários para diabetes e pré-natal) ocorrem nas unidades de saúde, não apenas em ações comunitárias ou escolares.

### ALTERNATIVA D (INCORRETA)

A vigilância em saúde e o diagnóstico precoce são partes fundamentais do sistema, porém a alternativa restringe o foco apenas às doenças crônicas. Além disso, para melhorar indicadores, não basta diagnosticar; é preciso oferecer assistência contínua e integral, garantindo que o paciente diagnosticado receba o tratamento e o acompanhamento necessários na rede de saúde.

### ALTERNATIVA E (INCORRETA)

O planejamento estratégico é um método de gestão essencial, mas a alternativa falha ao sugerir que as ações de prevenção e assistência materno-infantil devam ser prioritariamente "especializadas". A maioria das gestações e dos casos de doenças crônicas é de baixo risco e deve ser manejada integralmente na Atenção Básica para garantir acessibilidade e continuidade do cuidado. O uso excessivo de serviços especializados para casos simples gera ineficiência no sistema.

### **Questão 86**

A questão aborda um desafio comum na Atenção Primária à Saúde: a baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas, como a hipertensão arterial. O foco aqui é o princípio da orientação às necessidades de saúde e o cuidado centrado na pessoa, que buscam entender o indivíduo além da patologia biológica.

Alternativa a) Incorreta. Esta abordagem é puramente impositiva e paternalista. Simplesmente reforçar que a paciente siga recomendações de forma estrita ignora os motivos que a levaram a não aderir ao tratamento. Na gestão de doenças crônicas, o autoritarismo médico costuma ser ineficaz, pois não estabelece um vínculo de confiança nem trabalha a autonomia da paciente.

Alternativa b) Correta. Para que o tratamento seja efetivo, o profissional deve compreender a experiência da doença sob a ótica do paciente. Isso envolve investigar suas crenças sobre a medicação, medos em relação a efeitos colaterais, dificuldades financeiras ou desinformação. Ao diagnosticar essas concepções, o médico pode realizar uma pactuação ou plano terapêutico compartilhado, o que aumenta significativamente as chances de adesão real.

Alternativa c) Incorreta. A conduta é falha por dois motivos: primeiro, foca apenas na revisão da prescrição (abordagem biomédica isolada), o que pode não ser o problema central. Segundo, ignora a importância da equipe interdisciplinar (enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos), que é fundamental no acompanhamento de pacientes hipertensos com dificuldades de adesão na Unidade Básica de Saúde.

Alternativa d) Incorreta. Esta conduta é tecnicamente inadequada e perigosa. Substituir um tratamento medicamentoso com eficácia comprovada por alternativas naturais sem evidência científica para o controle de hipertensão de longa data expõe a paciente a riscos cardiovasculares graves, como AVC e infarto. As terapias complementares podem ser somadas ao tratamento, mas nunca substituí-lo sem critério clínico.

Alternativa e) Incorreta. Instruir o seguimento rigoroso de apenas uma parte do tratamento (nutricional) enquanto a paciente está insegura com a outra parte

(medicamentosa) é uma estratégia fragmentada. O cuidado em saúde deve ser integral. Se a paciente não está segura quanto aos fármacos, essa insegurança deve ser abordada e esclarecida, em vez de ser simplesmente ignorada em favor de orientações dietéticas.

### Questão 87

O caso clínico apresenta um paciente de 65 anos com Fibrilação Atrial (FA) confirmada e frequência cardíaca elevada (110 bpm). Segundo as diretrizes cardiológicas, pacientes nesta condição necessitam de avaliação para controle de frequência e, fundamentalmente, estratificação de risco tromboembólico (Escore CHA2DS2-VASc) para indicação de anticoagulação, visando prevenir Acidente Vascular Cerebral (AVC). A conduta do especialista, ao ignorar a necessidade de intervenção, está em desacordo com as evidências clínicas.

Alternativa a: Incorreta. O diagnóstico já foi confirmado por métodos padrão-ouro (ECG e Holter). Repetir exames é uma conduta redundante que não resolve o problema da falta de manejo terapêutico e gera custos desnecessários ao sistema de saúde.

Alternativa b: Incorreta. Embora o médico de família tenha competência para iniciar o tratamento, a questão foca nos atributos da coordenação do cuidado. Ao identificar que o suporte especializado solicitado falhou em oferecer a conduta adequada para uma patologia que impacta o prognóstico do paciente, o médico da UBS deve garantir que a assistência especializada seja efetiva antes de assumir o caso isoladamente.

Alternativa c: Incorreta. O paciente está hemodinamicamente estável e assintomático. A internação hospitalar na FA é reservada para casos de instabilidade (hipotensão, congestão pulmonar, dor torácica anginosa) ou necessidade de controle agudo de frequência/ritmo que não possa ser feito ambulatorialmente.

Alternativa d: Incorreta. O encaminhamento para o nível terciário (alta complexidade/procedimentos intervencionistas) não se justifica neste momento, pois o manejo inicial da FA é de nível secundário. Além disso, o encaminhamento direto ignora o fluxo do sistema de regulação e a hierarquização do SUS.

Alternativa e: Correta. Como coordenador do cuidado, o médico da Atenção Primária deve monitorar o percurso do paciente na rede e intervir quando o cuidado prestado por outros pontos da rede é insuficiente ou incorreto. Solicitar uma segunda opinião é a conduta que assegura o direito do paciente ao tratamento adequado, corrigindo a falha assistencial do primeiro especialista e garantindo a segurança do paciente.

frente aos riscos da arritmia não tratada.

---

### Questão 88

A paciente apresenta um perfil lipídico excelente, com LDL-colesterol de 70 mg/dL e HDL-colesterol de 55 mg/dL, além de um risco cardiovascular global baixo (menor que 5% em 10 anos). O conceito de prevenção quaternária refere-se à detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas (\*overmedicalization\*) e à proteção contra novos procedimentos médicos desnecessários ou iatrogenias. No caso clínico, o médico propõe uma intervenção que não trará benefício líquido à paciente, configurando um excesso.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Não há indicação formal para o uso de estatinas neste cenário. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e outras entidades internacionais, pacientes com baixo risco cardiovascular e LDL já em níveis ótimos (70 mg/dL) não possuem indicação para tratamento farmacológico preventivo.

Alternativa b: Incorreta. O teste ergométrico não é indicado para rastreamento em pacientes assintomáticos de baixo risco cardiovascular. A dosagem de resistência à insulina, embora possa ser útil em alguns contextos de obesidade, não alteraria a conduta imediata para o manejo lipídico ou o risco cardiovascular da paciente de forma a justificar medicação.

Alternativa c: Incorreta. O encaminhamento ao especialista com o objetivo de "sensibilizar" a paciente para um tratamento medicamentoso desnecessário fere o princípio da autonomia e da prevenção quaternária. A questão não é de resistência da paciente, mas de falta de indicação técnica para a droga.

Alternativa d: Correta. Esta conduta respeita a prevenção quaternária. Embora os exames laboratoriais e a pressão arterial estejam normais, a paciente apresenta obesidade (IMC 32 kg/m<sup>2</sup>). O foco terapêutico deve ser a mudança do estilo de vida (MEV), com ajustes na dieta e intensificação de atividades físicas, visando à perda de peso e à manutenção da saúde metabólica, evitando a medicalização indevida de uma condição que, no momento, é de baixo risco cardiovascular.

Alternativa e: Incorreta. Assim como na alternativa c, o encaminhamento ao cardiologista é desnecessário. O manejo do risco cardiovascular e da obesidade é competência da Atenção Primária, e o encaminhamento apenas para "convencer" a paciente de um tratamento incorreto seria um erro ético e clínico.

---

## Questão 89

Análise da questão:

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) atua como o centro de coordenação do cuidado e a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde. No contexto da dengue, sua força reside na proximidade com a comunidade e na capacidade de gerenciar o grande volume de casos que não apresentam sinais de gravidade, realizando o diagnóstico precoce e o seguimento clínico.

Alternativa (a) INCORRETA. A detecção e o controle de focos de larvas são atribuições principais dos Agentes de Combate a Endemias (ACE), que atuam na Vigilância Ambiental. Embora haja integração com as equipes de Saúde da Família, a função estratégica da UBS como unidade assistencial não é o extermínio de larvas em si, mas sim o manejo clínico e a vigilância epidemiológica dos casos.

Alternativa (b) INCORRETA. No Brasil, as ações de prevenção baseiam-se na educação em saúde e não na obrigatoriedade coercitiva de medidas. Além disso, a vacinação contra a dengue possui critérios específicos de faixa etária e priorização de áreas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), não sendo aplicada indiscriminadamente a todos os moradores de áreas vulneráveis.

Alternativa (c) INCORRETA. Casos de dengue com sinais de alarme ou gravidade (classificados como grupos C e D pelo Ministério da Saúde) exigem suporte avançado, hidratação venosa imediata e monitoramento contínuo. A função da APS é identificar esses sinais precocemente e estabilizar o paciente para remoção, enquanto o suporte avançado de vida deve ocorrer em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou ambiente hospitalar.

Alternativa (d) CORRETA. Esta alternativa define com precisão o papel da APS. A vigilância à saúde na Unidade Básica envolve a notificação dos casos, a identificação de surtos no território e o manejo clínico ambulatorial dos casos leves (Grupo A). O acompanhamento e a supervisão do tratamento (como a orientação correta sobre hidratação e sinais de alerta) pela APS são fundamentais para evitar o agravamento da doença e a sobrecarga dos níveis secundário e terciário de atenção.

Alternativa (e) INCORRETA. A gestão ambiental, que envolve saneamento básico, drenagem de águas pluviais e coleta de lixo, é responsabilidade de outras instâncias da gestão pública (secretarias de obras, serviços urbanos e meio ambiente). Embora a saúde participe na identificação dos riscos, a execução direta dessas medidas de controle ambiental não é a atribuição precípua da Unidade Básica de Saúde.

## Questão 90

A questão aborda o funcionamento da Saúde Suplementar no Brasil, especificamente a cobertura obrigatória das operadoras de planos de saúde, regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Os planos de saúde não são obrigados a cobrir todos os procedimentos médicos existentes. A obrigatoriedade de cobertura é pautada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que é atualizado periodicamente. Procedimentos experimentais ou aqueles que não constam no rol e não possuem previsão contratual específica não precisam ser custeados pela operadora.

Alternativa b) Correta. O Rol da ANS funciona como uma lista de cobertura mínima obrigatória que todos os planos de saúde (contratados após a Lei nº 9.656/1998) devem oferecer. As operadoras podem oferecer coberturas adicionais além desse rol, mas isso deve estar explicitamente detalhado no contrato. Se o procedimento não estiver no rol da ANS e não estiver previsto no contrato firmado pelo paciente, a recusa da operadora é considerada legítima.

Alternativa c) Incorreta. Os planos de saúde são, sim, obrigados a cobrir atendimentos de urgência e emergência. O prazo máximo de carência para esses casos é de 24 horas após a contratação do plano. A recusa em situações de urgência/emergência, após cumprida a carência inicial, é ilegal, respeitando-se o segmento contratado (ambulatorial ou hospitalar).

Alternativa d) Incorreta. Nem todo procedimento médico deve ser autorizado pela operadora. A autorização depende da análise de três critérios: se o paciente cumpriu os prazos de carência, se o procedimento consta no Rol da ANS (ou no contrato) e se há indicação clínica pertinente (pertinência técnica). Não existe uma obrigatoriedade cega de autorização para qualquer solicitação.

Alternativa e) Incorreta. A cobertura dos planos de saúde depende diretamente das regras da ANS. Os contratos de saúde suplementar no Brasil são regulados pela Lei nº 9.656/1998 e pelas resoluções normativas da ANS. Um contrato não pode oferecer menos do que o mínimo estabelecido pela agência reguladora; portanto, a cobertura está intrinsecamente ligada às normas da ANS, e não apenas às cláusulas isoladas do contrato.

Gabarito: Alternativa (b).

## Questão 91

Alternativa a: Incorreta. A judicialização da saúde, em regra, compromete a equidade em vez de promovê-la. Ela privilegia o direito individual de pacientes que possuem acesso à justiça e assistência jurídica, muitas vezes em detrimento do direito coletivo. Ao garantir o acesso imediato a tratamentos de alto custo para um indivíduo, o sistema pode retirar recursos que seriam aplicados em políticas universais que beneficiariam uma parcela muito maior da população.

Alternativa b: Incorreta. Embora existam ações para medicamentos já padronizados, o texto da questão enfatiza que grande parte das demandas envolve tecnologias aprovadas pela Anvisa, mas que ainda não passaram pelo crivo da Conitec ou não foram incorporadas ao SUS. O problema central apresentado é o descompasso entre o registro sanitário e a incorporação tecnológica no sistema público, e não apenas uma falha em cumprir regulamentações vigentes.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa reflete diretamente os dados apresentados no enunciado. A judicialização impõe gastos imprevistos e obrigatórios que não estavam no planejamento orçamentário dos entes federados. Quando um município precisa gastar até 100% do seu orçamento de saúde para atender ordens judiciais individuais, ele perde a capacidade de investir em atenção primária, vacinação, saneamento e manutenção de unidades básicas, desequilibrando toda a gestão da saúde pública local.

Alternativa d: Incorreta. O atendimento a demandas judiciais individuais para tratamentos de alto custo raramente beneficia a coletividade. Pelo contrário, a necessidade de custear inovações tecnológicas caríssimas para poucos pacientes costuma drenar recursos de intervenções de saúde pública com maior impacto populacional e melhor relação custo-benefício, prejudicando o atendimento coletivo.

Alternativa e: Incorreta. Decisões judiciais não substituem e não reduzem a necessidade de avaliações técnicas. A análise da Conitec é indispensável para garantir que uma tecnologia seja segura, eficaz e financeiramente viável para a realidade do país. A decisão judicial baseia-se no direito individual à saúde, mas não possui o rigor técnico-científico necessário para validar a incorporação de uma tecnologia de saúde em larga escala.

## Questão 92

A questão aborda a aplicação dos princípios da bioética (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça/equidade) em um cenário de escassez de recursos durante uma crise sanitária global.

Alternativa a: Incorreta. Priorizar indivíduos com base no poder aquisitivo ou na contribuição econômica viola frontalmente os princípios da justiça e da equidade. Na bioética e na saúde pública, o valor da vida humana não pode ser mensurado pela capacidade financeira ou pela utilidade econômica de um indivíduo para o Estado.

Alternativa b: Incorreta. O critério de sorteio, embora pareça imparcial em uma análise superficial, falha ao ignorar as necessidades clínicas e os riscos biológicos. Em uma pandemia, a alocação de recursos deve buscar o máximo benefício (redução de mortes e internações). Um sorteio poderia resultar na vacinação de jovens saudáveis enquanto idosos com alto risco de morte permanecem desprotegidos, o que é eticamente inadequado.

Alternativa c: Incorreta. O princípio da autonomia garante ao indivíduo o direito de decidir sobre sua própria saúde, mas ele não se sobrepõe ao princípio da justiça em contextos de escassez de recursos coletivos. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se na universalidade e na equidade; permitir que indivíduos "furem a fila" pelo poder financeiro ampliaria a desigualdade social e prejudicaria a estratégia de controle epidemiológico.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa aplica o princípio da equidade, que é a base da justiça distributiva em saúde. Equidade significa tratar de forma diferente aqueles que estão em situações diferentes, visando diminuir as desigualdades. Priorizar idosos e pessoas com comorbidades é uma decisão ética baseada na vulnerabilidade biológica (maior risco de morte), enquanto a priorização de populações em risco social foca na vulnerabilidade social, garantindo proteção aos mais expostos e frágeis.

Alternativa e: Incorreta. O critério de ordem de chegada não reflete uma distribuição ética ou técnica em saúde pública. Esse método favorece quem tem mais acesso à informação, melhores meios de transporte e maior disponibilidade de tempo, o que frequentemente exclui os grupos mais vulneráveis. Além disso, a justificativa apresentada para o princípio da não maleficência não se aplica corretamente ao contexto de organização de filas.

### Questão 93

O tema central desta questão são as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) e o Plano de Ação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2021-2030. O objetivo dessas metas é reduzir drasticamente a carga dessas doenças por meio de abordagens transversais e integradas, abandonando o foco apenas em programas isolados para cada enfermidade.

Alternativa A: Incorreta. Priorizar pesquisas apenas em países desenvolvidos e focar em medicamentos de alto custo vai contra o princípio da equidade. As doenças negligenciadas afetam populações de baixa renda; portanto, a inovação deve ser acessível e, muitas vezes, desenvolvida localmente ou em colaboração direta com os países endêmicos para garantir aplicabilidade e baixo custo.

Alternativa B: Incorreta. Embora o tratamento curativo seja importante, as metas da OMS para 2030 enfatizam a prevenção, o controle de vetores, o saneamento básico e o diagnóstico precoce. Focar apenas em tratamentos emergenciais é uma estratégia reativa que não interrompe a cadeia de transmissão nem promove a eliminação das doenças.

Alternativa C: Incorreta. A estratégia atual da OMS recomenda o "country ownership" (protagonismo dos países), ou seja, as decisões e prioridades devem ser lideradas pelos governos locais e comunidades afetadas, e não centralizadas apenas na organização internacional. A OMS atua como guia técnico e coordenadora, mas a execução e a liderança devem ser nacionais.

Alternativa D: Incorreta. Atribuir a responsabilidade do financiamento apenas ao orçamento próprio dos países afetados é inviável, visto que essas nações geralmente enfrentam grandes vulnerabilidades econômicas. Além disso, a liderança técnica deve ser compartilhada, e não centrada apenas nos "países centrais".

Alternativa E: Correta. Esta alternativa reflete os pilares do novo roteiro da OMS. O combate às DTNs exige cooperação global, reconhecendo que fatores contemporâneos, como as mudanças climáticas (que alteram a distribuição geográfica de vetores) e os fluxos migratórios, influenciam diretamente a epidemiologia dessas doenças. A colaboração internacional é essencial para o compartilhamento de recursos, tecnologias e estratégias de vigilância em saúde.

## Questão 94

O controle de doenças emergentes e reemergentes exige uma abordagem estruturada que prioriza a detecção precoce para evitar a disseminação pandêmica. A lógica das organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), segue uma ordem cronológica e estratégica de ações.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa reflete fielmente as diretrizes de segurança sanitária global. O primeiro passo indispensável é a Vigilância Epidemiológica Global. Sem sistemas capazes de detectar e investigar novos patógenos rapidamente, as outras medidas perdem eficácia. O segundo passo é o fortalecimento da infraestrutura de saúde (leitos, recursos humanos, insumos), garantindo que os sistemas nacionais consigam manejar o aumento da demanda. Por fim, a criação de laboratórios de alta segurança (Biossegurança Níveis 3 e 4) e estratégias de controle de longo prazo permitem o estudo detalhado do agente e a prevenção de novos surtos.

Alternativa B (Incorreta): Embora o fortalecimento local seja crucial, a integração de sistemas globais de vigilância não deve ser a última etapa. Na verdade, a vigilância global é o que dispara os alertas para que os níveis locais e estaduais entrem em ação. Inverter essa ordem atrasa a resposta a patógenos com alto potencial de propagação internacional.

Alternativa C (Incorreta): Colocar laboratórios de alta segurança como a primeira medida é um erro de priorização. Esses laboratórios são centros especializados de diagnóstico e pesquisa. A resposta inicial depende de vigilância de campo e sistemas de saúde estruturados para triagem. Além disso, a comunicação internacional e as forças-tarefa devem ocorrer simultaneamente à detecção, e não como uma etapa final.

Alternativa D (Incorreta): O foco em isolamento e contenção de fronteiras como medida central e secundária é uma estratégia limitada. A experiência com a COVID-19 demonstrou que o fechamento de fronteiras isolado é pouco eficaz se não houver uma vigilância interna e global robusta prévia. O fortalecimento da comunicação deve ser a base da resposta, e não o último passo.

Alternativa E (Incorreta): O desenvolvimento de vacinas e medicamentos é uma resposta de médio a longo prazo e depende da identificação prévia do agente. Não se pode focar em tecnologia vacinal antes de estabelecer sistemas de vigilância que identifiquem o que deve ser combatido. O saneamento básico é fundamental para doenças como a cólera, mas não é a medida primária de resposta rápida para viroses respiratórias emergentes ou febres hemorrágicas.

## Questão 95

Esta questão aborda a conduta do médico do trabalho diante do retorno de um trabalhador após afastamento por lesão na coluna e cirurgia, focando nos princípios de reabilitação e adaptação funcional.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O médico do trabalho tem a responsabilidade ética e legal de zelar pela saúde do trabalhador. Um "termo de responsabilidade" assinado pelo empregado não exime a empresa nem o médico de responsabilidades em caso de agravamento da lesão. Se há riscos e limitações físicas, o trabalhador não deve ser considerado apto para as mesmas atividades que geraram ou podem agravar o quadro.

Alternativa b) Incorreta. A aposentadoria por invalidez (atualmente chamada de aposentadoria por incapacidade permanente) é o último recurso, indicada apenas quando a incapacidade é total e definitiva para qualquer atividade laboral. O paciente em questão apresenta limitações, mas ainda possui capacidade residual que pode ser aproveitada em funções compatíveis.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta padrão na Medicina do Trabalho. Diante de um trabalhador com limitações funcionais pós-lesão, o médico deve realizar a análise das condições de trabalho e recomendar a adaptação das tarefas ou a readaptação funcional (mudança de função). O objetivo é manter o trabalhador ativo e produtivo, porém em uma atividade que não ofereça riscos de agravamento de sua saúde, respeitando suas novas restrições físicas.

Alternativa d) Incorreta. Embora a ergonomia e a automatização sejam desejáveis, nem sempre são suficientes para proteger um trabalhador com lesão de coluna severa na operação de máquinas pesadas (que envolve vibração de corpo inteiro e posturas críticas). Além disso, a "supervisão constante da equipe médica" é uma medida pouco prática no cotidiano fabril. A mudança para uma função inerentemente mais leve (como proposto na alternativa C) é mais segura e resolutiva.

Alternativa e) Incorreta. O trabalho em home office pode não ser tecnicamente possível para quem trabalha em uma linha de produção de fábrica. Além disso, a legislação previdenciária não estabelece um prazo fixo de "seis meses" de reabilitação como regra absoluta antes da aposentadoria por invalidez; a avaliação é baseada na irreversibilidade da incapacidade.

## Questão 96

A questão aborda os princípios da farmacovigilância e a conduta médica adequada diante de suspeitas de reações adversas a medicamentos (RAM).

Alternativa (a) está incorreta porque a decisão de retirar um medicamento de circulação em toda a população é uma medida regulatória extrema, de competência de órgãos como a Anvisa. Tal ação ocorre apenas após investigações detalhadas que comprovem que os riscos superam os benefícios do fármaco em nível populacional. Um relato individual de sintomas como palpitações e insônia não é suficiente para uma interrupção global imediata.

Alternativa (b) está correta. Esta é a conduta padrão esperada de um profissional de saúde. Diante de uma suspeita de reação adversa, o médico deve garantir a assistência direta à paciente (monitoramento) e cumprir o dever ético e legal de notificar o evento às autoridades sanitárias competentes. A notificação permite que os órgãos de vigilância identifiquem sinais de alerta e monitorem o perfil de segurança do medicamento no mercado.

Alternativa (c) está incorreta porque a notificação compulsória ou voluntária não deve depender da observação de múltiplos casos pelo mesmo profissional. O sistema de farmacovigilância é desenhado para centralizar relatos individuais de diversos médicos; se cada profissional esperar ter vários casos semelhantes para notificar, a detecção de riscos coletivos será perigosamente retardada.

Alternativa (d) está incorreta, pois negligencia a segurança da paciente e o princípio da precaução. Mesmo que certos efeitos colaterais sejam comuns em medicamentos para perda de peso (frequentemente devido à ação simpaticomimética), sintomas como palpitações e aumento de ansiedade podem indicar riscos cardiovasculares ou psiquiátricos importantes que exigem avaliação e registro oficial.

Alternativa (e) está incorreta porque discussões em seminários e contatos com representantes da indústria farmacêutica são canais informais ou comerciais. Eles não substituem o canal oficial de vigilância sanitária. A segurança do uso de medicamentos é garantida pelo registro formal nos sistemas de notificação do Estado, que possui autoridade legal para intervir no mercado se necessário.

## Questão 97

A questão aborda um estudo sobre os tempos de atendimento no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) e os fatores que influenciam o tempo até a realização da angioplastia (tempo porta-balão). A análise dos dados permite avaliar cada alternativa da seguinte forma:

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. O estudo demonstrou que pacientes do sexo feminino enfrentaram tempos maiores em todas as etapas do atendimento (da chegada ao pronto-socorro até o acionamento do fluxo e do acionamento até a angioplastia). Na literatura médica, esse atraso é classicamente atribuído ao viés de gênero, no qual a dor torácica em mulheres é muitas vezes subestimada ou interpretada de forma menos urgente pela equipe de saúde, resultando em um atendimento mais lento em comparação aos homens.

Alternativa b: Incorreta. Embora a hipertensão arterial tenha sido identificada como um determinante independente do tempo de atendimento, o texto não apresenta dados sobre desfechos clínicos, como mortalidade ou melhora da função ventricular, para afirmar que esses pacientes possuem resultados melhores.

Alternativa c: Incorreta. Os dados do estudo mostram que a categoria estabelecida na triagem foi um determinante independente do tempo para a angioplastia. Isso indica que a triagem possui um papel fundamental e decisivo no fluxo de atendimento, e não um papel trivial.

Alternativa d: Incorreta. O tamanho do supradesnivelamento do segmento ST foi um determinante do tempo até a angioplastia, provavelmente porque supros maiores facilitam o reconhecimento visual imediato do infarto. No entanto, o estudo foca no fluxo logístico e no tempo de atendimento, e não na definição de gravidade clínica ou prognóstico baseada nessa medida.

Alternativa e: Incorreta. O fato de o atendimento em horário comercial ser um determinante de tempo refere-se à disponibilidade de recursos e logística hospitalar (equipes de hemodinâmica que já estão no hospital versus equipes de sobreaviso à noite). Não se pode concluir que os plantonistas noturnos tenham déficit de conhecimento técnico ou incapacidade de identificar o infarto; a diferença de tempo é uma questão de fluxo institucional e rapidez de mobilização da equipe.

Nota importante: O gabarito indicado como alternativa E está incorreto de acordo com a análise científica e a origem da questão (comumente aplicada em exames como o da UFRJ), onde a resposta correta é a alternativa A. A alternativa E apresenta uma afirmação subjetiva e agressiva que não possui sustentação nos dados estatísticos de tempo apresentados no enunciado.

## Questão 98

Para resolver esta questão, é fundamental realizar uma leitura técnica e atenta dos gráficos apresentados, que utilizam dados de séries temporais e projeções matemáticas sobre a incidência de tuberculose no Brasil.

Análise das Imagens:

A Figura A mostra a incidência registrada de 2001 a 2023. Observamos uma queda progressiva até 2015, seguida de uma reversão da tendência com aumento da incidência. Entre 2019 e 2021, há uma queda abrupta (comumente associada à subnotificação e aos impactos da pandemia de COVID-19 no sistema de saúde), seguida de uma retomada acentuada do crescimento até 2023.

A Figura B apresenta a modelagem matemática para o futuro. A linha de "Incidência estimada" e seu intervalo de confiança (IC 95%) projetam a continuidade do aumento observado nos últimos dois anos da série histórica. Para o ano de 2030, a projeção atinge o topo da escala do gráfico (valores próximos a 5.0), o que é equivalente ou superior aos valores registrados no início do monitoramento, em 2001.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Correta. Ao observar a Figura B, a linha da projeção para 2030 mantém uma inclinação ascendente vigorosa. O patamar atingido no final da projeção visualmente iguala ou ultrapassa os picos registrados entre 2001 e 2003, confirmando que a tendência é de aumento acentuado para níveis históricos.

Alternativa b) Incorreta. O modelo matemático não indica estabilização. Uma estabilização seria representada por uma linha horizontal a partir de 2023, mas o gráfico mostra uma clara tendência de subida contínua.

Alternativa c) Incorreta. O modelo projeta o inverso de um declínio. Para que esta alternativa fosse correta, a curva na Figura B precisaria apontar para baixo após 2023, buscando valores próximos a 3.0 ou 3.5, o que não ocorre.

Alternativa d) Incorreta. A imagem não mostra redução, nem leve nem acentuada, no período de 2023 a 2030. Pelo contrário, a projeção indica que o país se distanciará dos níveis mais baixos registrados (que ocorreram por volta de 2015).

Alternativa e) Incorreta. Embora mencione a recuperação da tendência de aumento, a alternativa afirma que não seria atingido o pico de 2010. No entanto, o gráfico mostra que a incidência projetada para 2030 supera significativamente os níveis de 2010 (que estavam em torno de 3.5 a 4.0 na tendência central) e alcança o patamar

mais alto da série (2001).

---

### Questão 99

Texto Original:

O tratamento da hanseníase é padronizado mundialmente pela Organização Mundial da Saúde e, no Brasil, pelo Ministério da Saúde, por meio da poliquimioterapia (PQT). Para a classificação multibacilar (MB) em adultos, o esquema terapêutico padrão utiliza a combinação de três fármacos: rifampicina, dapsona e clofazimina.

Alternativa a: Incorreta. A rifampicina é utilizada na hanseníase, mas o etambutol e a isoniazida são medicamentos que compõem o esquema de tratamento da tuberculose (esquema RIPE), não sendo indicados para o tratamento de rotina da hanseníase.

Alternativa b: Incorreta. Embora contenha a dapsona e a rifampicina, que são bases do tratamento, a alternativa inclui o etambutol. O etambutol é um tuberculostático e não faz parte do protocolo para *Mycobacterium leprae*.\*

Alternativa c: Correta. Esta opção apresenta o esquema tríplice completo para a hanseníase multibacilar (MB) em adultos. O esquema consiste em rifampicina (dose mensal de 600 mg supervisionada), dapsona (dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada) e clofazimina (dose mensal de 300 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada). O tratamento total dura 12 meses (12 doses).

Alternativa d: Incorreta. A pirazinamida é uma droga do esquema para tuberculose. Para o tratamento da hanseníase multibacilar, a terceira droga necessária para compor o esquema com rifampicina e dapsona é, obrigatoriamente, a clofazimina.

Alternativa e: Incorreta. Isoniazida e pirazinamida são fármacos para tuberculose. Embora a clofazimina esteja correta para a forma multibacilar da hanseníase, os outros dois componentes citados invalidam a alternativa.

Dica para provas: É muito comum que as bancas examinadoras tentem confundir o candidato misturando as drogas do esquema PQT (hanseníase) com as drogas do esquema RIPE (tuberculose). Lembre-se de que a clofazimina é a droga característica do esquema multibacilar da hanseníase, responsável, inclusive, por uma pigmentação acastanhada na pele do paciente durante o tratamento.

---

### Questão 100

O tema abordado nesta questão é o manejo da sífilis na gestação, um ponto crítico na assistência pré-natal para evitar a sífilis congênita. A base do tratamento reside na utilização da penicilina e na abordagem simultânea do parceiro sexual para evitar a reinfecção.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A doxiciclina é um antibiótico da classe das tetraciclina e é absolutamente contraindicada durante a gestação, pois pode causar malformações ósseas e coloração permanente dos dentes do feto. Além disso, a doxiciclina não é eficaz para o tratamento do feto, não prevenindo a sífilis congênita.

b) Correta. A penicilina benzatina é o único tratamento padrão-ouro e a única opção eficaz para atravessar a barreira placentária e tratar o feto. O tratamento deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico. O tratamento do parceiro é um componente essencial da estratégia para evitar o efeito "pingue-pongue" (reinfecção da gestante). O seguimento rigoroso com exames laboratoriais mensais (geralmente o VDRL) é obrigatório para garantir que houve queda na titulação e cura da infecção.

c) Incorreta. A transmissão do *Treponema pallidum* para o feto pode ocorrer em qualquer fase da gestação (desde o primeiro trimestre) e em qualquer estágio da doença materna. A taxa de transmissão é maior nas fases iniciais da sífilis (primária e secundária), mas o risco existe sempre, exigindo tratamento imediato.

d) Incorreta. O tratamento da sífilis durante o pré-natal visa justamente o tratamento "in utero" do feto. Aguardar o nascimento para tratar o bebê é uma conduta inadequada que permite a progressão da doença, podendo levar a abortamento, óbito fetal ou sequelas graves e permanentes para a criança.

e) Incorreta. Não existe recomendação para adiar o tratamento da sífilis na gestação. Uma vez diagnosticada, a conduta deve ser imediata, independentemente da idade gestacional. Quanto mais precocemente a mãe é tratada, menores são as chances de complicações para o conceito. Além disso, para que o tratamento da gestante seja considerado adequado para o feto, ele deve ser finalizado pelo menos 30 dias antes do parto.