



UERJ

GABARITO | 2025 | RJ | 100 Questões



Gabarito: UERJ

2025 | RJ

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O quadro clínico descrito é clássico para coqueluche (tosse comprida), causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. O paciente apresenta as fases típicas da doença: a fase catarral inicial (coriza, lacrimejamento e tosse leve) seguida pela fase paroxística (piora acentuada da tosse, especialmente à noite).

Um ponto fundamental para o diagnóstico nesta questão é o hemograma. A presença de uma leucocitose importante (25.000 leucócitos/ mm^3) com linfocitose absoluta (60%, resultando em 15.000 linfócitos/ mm^3) em um paciente com tosse e sem febre é um sinal patognomônico de coqueluche. A bactéria produz uma toxina que impede a migração dos linfócitos do sangue para os tecidos linfoides, gerando esse acúmulo na corrente sanguínea.

Mesmo com a vacinação completa na infância, a imunidade para coqueluche (tanto vacinal quanto natural) diminui com o passar dos anos, tornando adolescentes e adultos jovens suscetíveis novamente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O oseltamivir é indicado para o tratamento de influenza (gripe). Embora a gripe cause sintomas respiratórios, ela costuma cursar com febre alta e mialgia, e o hemograma geralmente não apresenta essa linfocitose intensa. A codeína é um antitussígeno que não trata a causa-base e não é a prioridade no manejo da coqueluche.

b) Correta. O tratamento de escolha para a coqueluche é feito com antibióticos da classe dos macrolídeos (como azitromicina ou claritromicina). O uso do antibiótico tem como principais objetivos reduzir a transmissibilidade do agente para contatos e, se iniciado precocemente, diminuir a duração e a gravidade dos sintomas. A hidratação é uma medida de suporte essencial.

c) Incorreta. O aspirado de medula óssea é um procedimento invasivo utilizado para investigar doenças hematológicas, como leucemias. Embora o número de glóbulos brancos esteja elevado (reação leucemoide), o quadro clínico de tosse paroxística e a ausência de anemia ou plaquetopenia direcionam o diagnóstico para uma causa infecciosa, e não neoplásica. A amoxicilina não possui ação eficaz contra a *Bordetella pertussis*.

d) Incorreta. A imunofenotipagem de sangue periférico é utilizada no diagnóstico de neoplasias hematológicas. Como mencionado, a linfocitose aqui é uma reação

fisiológica à toxina da coqueluche. O uso de corticoides não é o tratamento de primeira linha para esta infecção bacteriana.

Questão 2

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de arbovirose: início súbito de febre alta, mialgia, cefaleia, dor retro-orbitária e exantema (*rash*), acompanhado de leucopenia e plaquetopenia. O ponto fundamental para a resolução desta questão é a epidemiologia e a exclusão das arboviroses mais comuns (Dengue, Zika e Chikungunya), cujos testes de biologia molecular foram negativos.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A Febre do Oropouche é uma arbovirose endêmica na região amazônica, causada pelo *Orthobunyavirus oropoucheense*. O quadro clínico é muito semelhante ao da Dengue, podendo incluir fotofobia e manifestações hemorrágicas leves, como epistaxe e petéquias, exatamente como descrito no caso. O detalhe decisivo na questão é a ocupação do paciente: cacaeiro. O principal vetor de transmissão urbana e periurbana do vírus Oropouche é o *Culicoides paraensis* (conhecido como maruim ou mosquito-pólvora). Este inseto utiliza cascas de frutos, como as do cacau, e outros restos de matéria orgânica para se reproduzir. Portanto, a associação entre a profissão de cacaeiro no Amazonas e os sintomas de arbovirose com exames negativos para Dengue aponta diretamente para o Oropouche.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) *Leptospira interrogans*: A leptospirose é um importante diagnóstico diferencial de síndromes febris agudas, mas costuma estar associada ao contato com águas de inundação ou urina de roedores. Embora cause mialgia severa (especialmente em panturrilhas) e sufusão conjuntival, a dor retro-orbitária e o exantema maculopapular são muito mais característicos de arboviroses. Além disso, formas que cursam com sangramento geralmente apresentam maior comprometimento hepático e renal.

b) Viral pela febre amarela: A febre amarela em sua forma clássica apresenta o sinal de Faget (dissociação pulso-temperatura) e uma elevação muito acentuada das transaminases (frequentemente acima de 1.000 U/L), além de icterícia evidente. No caso clínico, as transaminases estão elevadas de forma discreta e a bilirrubina está apenas levemente alterada (1,8 mg/dL), o que torna esse diagnóstico menos provável.

c) Pelo *Plasmodium ovale*: Embora o paciente viva em área endêmica para malária (Amazonas), a espécie *Plasmodium ovale* é encontrada quase que exclusivamente no continente africano. Na região amazônica brasileira, os casos de malária são causados por *P. vivax*, *P. falciparum* e, raramente, *P. malariae*. Além disso, a presença de rash cutâneo e dor retro-orbitária não são sintomas típicos da malária.

RESUMO DIDÁTICO

Diante de um quadro de síndrome febril aguda com características de arbovirose em um paciente vindo da Amazônia, com histórico de trabalho em lavouras de cacau e testes negativos para Dengue, o diagnóstico de Febre do Oropouche deve ser a principal suspeita devido à ecologia do vetor *Culicoides paraensis*.

Questão 3

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFEr), com fração de ejeção de 32 por cento, e mantém-se sintomática (classe funcional III/IV da NYHA) com internações frequentes, apesar do uso da terapia tripla padrão (Carvedilol, Losartana e Espironolactona).

De acordo com as diretrizes atuais, como a da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e diretrizes internacionais, o próximo passo terapêutico para pacientes com ICFEr que permanecem sintomáticos apesar do tratamento básico otimizado é a substituição do Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou do Bloqueador do Receptor de Angiotensina (BRA, que no caso é a Losartana) por um Inibidor da Neprilisina e do Receptor de Angiotensina (INRA), representado pelo Sacubitril-Valsartana. Essa conduta é baseada em grandes estudos, como o PARADIGM-HF, que demonstrou redução superior de mortalidade e hospitalizações com o uso do INRA em comparação ao uso isolado de IECA ou BRA.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O betabloqueador (Carvedilol) é um dos pilares que reduzem mortalidade na IC e não deve ser suspenso para a entrada do Sacubitril-Valsartana. O INRA entra no lugar do IECA ou do BRA, mantendo-se o betabloqueador e o antagonista de mineralocorticoide (Espironolactona).

Alternativa b) Correta. Como a paciente já utiliza a dose tripla básica e permanece com sintomas limitantes e baixa fração de ejeção, a conduta mais indicada é substituir a Losartana pelo Sacubitril-Valsartana. Vale ressaltar que, ao trocar um

BRA (como a Losartana) por Sacubitril-Valsartana, não é obrigatório o período de washout de 36 horas exigido para quem usa IECA (como o Enalapril), embora a monitorização da pressão arterial seja fundamental na transição.

Alternativa c) Incorreta. A combinação de nitrato e hidralazina não é substituta para o betabloqueador. O carvedilol é essencial para o bloqueio adrenérgico e melhora do prognóstico a longo prazo, devendo ser mantido sempre que o paciente estiver hemodinamicamente estável.

Alternativa d) Incorreta. Embora o nitrato e a hidralazina possam ser usados em pacientes com IC, eles são reservados geralmente para pacientes que se autodeclaram negros e que persistem sintomáticos após tratamento pleno, ou para pacientes com contraindicações formais ao uso de IECA, BRA ou INRA (como insuficiência renal avançada ou potássio muito elevado). No cenário proposto, a troca da Losartana pelo Sacubitril-Valsartana é a opção com maior nível de evidência para melhora clínica e de sobrevida.

Questão 4

O quadro clínico descrito é um exemplo clássico de tamponamento cardíaco em um paciente oncológico. A paciente apresenta a combinação de três sinais fundamentais conhecidos como Tríade de Beck: hipofonese de bulhas cardíacas, turgência jugular patológica e hipotensão arterial (ou tendência à hipotensão). Além disso, a questão descreve detalhadamente o pulso paradoxal, que é a queda da pressão arterial sistólica maior que 10 mmHg durante a inspiração (no caso, uma queda de 20 mmHg, de 120 para 100 mmHg).

O adenocarcinoma de pulmão é uma das neoplasias que mais frequentemente causam metástases pericárdicas, levando ao acúmulo de líquido no saco pericárdico. Quando esse acúmulo é rápido ou volumoso o suficiente para restringir o enchimento ventricular, ocorre o tamponamento.

Abaixo, a análise das alternativas:

a) CORRETA. O diagnóstico é tamponamento cardíaco, confirmado pela Tríade de Beck e pelo pulso paradoxal. A conduta imediata para salvar a vida da paciente e estabilizar a hemodinâmica é a pericardiocentese (drenagem do líquido pericárdico), que alivia a pressão sobre o coração.

b) INCORRETA. Embora a embolia pulmonar seja comum em pacientes com câncer e cause dispneia e turgência jugular, ela não explica a hipofonese de bulhas nem o pulso paradoxal clássico com queda pressórica acentuada. Além disso, a

anticoagulação plena em um paciente com possível tamponamento ou derrame pericárdico hemorrágico seria perigosa.

c) INCORRETA. A pericardite constrictiva é um processo crônico de fibrose do pericárdio. Embora possa causar turgência jugular, ela geralmente se manifesta com o sinal de Kussmaul (aumento da turgência jugular na inspiração) e não com o pulso paradoxal clássico do tamponamento agudo. O tratamento definitivo seria a pericardiectomia, e não a poliquimioterapia.

d) INCORRETA. A linfangite carcinomatosa pulmonar causa dispneia progressiva e tosse seca devido à infiltração tumoral dos vasos linfáticos do parênquima pulmonar. No entanto, ela não altera os sinais vitais ou o exame físico cardíaco da maneira descrita (bulhas abafadas e pulso paradoxal são sinais de patologia pericárdica, não pulmonar parenquimatosa).

Questão 5

Análise do Quadro Clínico:

O paciente em questão apresenta um quadro clássico de Nefropatia por IgA (Doença de Berger). Os principais pontos que sustentam esse diagnóstico são: 1) Paciente jovem de 34 anos; 2) Hematúria macroscópica recorrente; 3) Curto período de incubação entre a infecção de vias aéreas superiores (faringite) e o início da hematúria (apenas 4 a 5 dias), caracterizando a chamada hematúria sinfaringítica; e 4) Níveis de complemento (CH50) normais.

Diferente da Glomerulonefrite Pós-Estreptocócica (GNPE), onde o intervalo entre a faringite e a hematúria é maior (1 a 3 semanas) e o complemento encontra-se baixo, na Doença de Berger o complemento é tipicamente normal. O ASLO levemente aumentado pode ser apenas um achado inespecífico de contato prévio com estreptococos, sem confirmar GNPE neste contexto temporal.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Depósito de C3 e imunoglobulinas na cápsula de Bowman não é o achado característico da doença sugerida. A cápsula de Bowman pode estar envolvida na formação de crescentes em casos graves (glomerulonefrite rapidamente progressiva), mas não é o local primário de deposição na Doença de Berger.

Alternativa b) Incorreta. A hiper celularidade glomerular às custas de polimorfonucleares e células endoteliais é o padrão histológico típico da Glomerulonefrite Difusa Aguda (ex: GNPE). Como vimos, o tempo de latência curto e

o complemento normal afastam essa hipótese.

Alternativa c) Incorreta. Embora possa haver algum grau de proliferação celular na Nefropatia por IgA, a descrição de hiper celularidade por células mononucleares e endoteliais é genérica e não define a patologia em questão, que foca primordialmente na região mesangial.

Alternativa d) Correta. O achado patognomônico da Nefropatia por IgA é a presença de depósitos granulares de IgA (imunoglobulina) e frequentemente de C3 localizados predominantemente no mesângio glomerular, observados através da técnica de imunofluorescência. A microscopia óptica geralmente revela expansão da matriz e hiper celularidade mesangial. Portanto, esta alternativa descreve perfeitamente o achado histopatológico esperado para o caso clínico apresentado.

Questão 6

Análise do Caso Clínico:

O paciente em questão apresenta Hipertensão Arterial Estágio 2 (150x105 mmHg), obesidade (IMC 31 kg/m²), tabagismo e doença renal crônica incipiente (Clearance de creatinina de 55 mL/min, o que o enquadra no estágio G3a). Além disso, possui asma brônquica controlada. As diretrizes atuais recomendam o início da terapia com combinação de dois fármacos para pacientes em estágio 2.

Análise das Alternativas:

a) Clonidina e hidroclorotiazida: Incorreta. A clonidina é um agonista alfa-2 central, considerada droga de terceira ou quarta linha, geralmente reservada para hipertensão resistente, devido aos seus efeitos colaterais no sistema nervoso central. A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico eficaz, mas não é a melhor escolha inicial para este perfil de paciente quando comparada a outras classes.

b) Hidralazina e furosemida: Incorreta. A hidralazina é um vasodilatador direto, também de terceira ou quarta linha, frequentemente associada a taquicardia reflexa e edema. A furosemida é um diurético de alça, indicado para hipertensão arterial apenas em casos de insuficiência renal avançada (clearance abaixo de 30 mL/min) ou em estados de hipervolemia/insuficiência cardíaca, o que não é o caso deste paciente.

c) Enalapril e anlodipino: Correta. Esta é a combinação ideal para o paciente descrito. O enalapril (Inibidor da ECA) possui efeito nefroprotetor, sendo a droga de escolha para pacientes com doença renal crônica (clearance de 55 mL/min). O anlodipino (Bloqueador de Canais de Cálcio) é um potente anti-hipertensivo, metabolicamente

neutro e eficaz na redução de eventos cardiovasculares. A associação de IECA com BCC é uma das mais recomendadas pelas diretrizes para o início do tratamento no estágio 2.

d) Losartana e atenolol: Incorreta. Embora a losartana (Bloqueador do Receptor de Angiotensina) fosse uma excelente opção para a proteção renal, o atenolol é um betabloqueador. O uso de betabloqueadores não é recomendado como primeira linha para hipertensão sem indicações específicas (como insuficiência cardíaca ou coronariopatia). No caso deste paciente, o atenolol é formalmente contraindicado ou deve ser evitado devido ao histórico de asma brônquica, pois pode desencadear broncoespasmo.

Conclusão:

A alternativa (c) oferece o melhor controle tensional com proteção de órgão-alvo (rins) e evita medicamentos que poderiam agravar a condição respiratória do paciente.

Questão 7

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de Emergência Hipertensiva manifestada como Edema Agudo de Pulmão (EAP). Os elementos fundamentais para o diagnóstico são a hipertensão arterial severa (220/140 mmHg), a dispneia súbita de forte intensidade e o exame físico com estertores crepitantes em maré montante (indicando que o líquido está subindo das bases em direção aos ápices pulmonares). O escarro róseo é um sinal patognomônico de edema alveolar de origem cardiogênica, decorrente do extravasamento de fluido e hemácias para os alvéolos.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico de edema agudo de pulmão está correto, porém a conduta terapêutica peca na indicação de digitálicos. A digoxina e outros digitálicos possuem início de ação lento e não exercem papel no manejo agudo da emergência hipertensiva ou do edema agudo. Eles seriam cogitados apenas se houvesse uma arritmia supraventricular (como fibrilação atrial) com alta resposta ventricular associada, o que não é o caso, já que o ritmo é regular.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico é Edema Agudo de Pulmão. A conduta terapêutica padrão envolve a redução imediata da pré-carga e da pós-carga. Os nitratos (como nitroglicerina ou nitroprussiato de sódio) são fundamentais por serem vasodilatadores potentes e de ação rápida, reduzindo a pressão arterial e aliviando a

congestão pulmonar. Os diuréticos de alça (furosemida) são essenciais tanto pelo seu efeito venodilatador inicial quanto pela ação diurética posterior, ajudando a reduzir o volume circulante.

Alternativa c) Incorreta. A embolia pulmonar (tromboembolismo venoso) manifesta-se tipicamente com dispneia e dor torácica, mas não costuma apresentar estertores em maré montante ou escarro róseo (sinais de congestão alveolar esquerda). Além disso, o quadro de hipertensão extrema (220/140 mmHg) aponta diretamente para uma etiologia hipertensiva/cardiogênica. No TEP grave, a tendência é a hipotensão por falência do ventrículo direito.

Alternativa d) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o diagnóstico de embolia pulmonar não condiz com os achados clínicos de congestão pulmonar bilateral e hipertensão severa. O uso de trombolíticos é restrito a casos de TEP de alto risco com instabilidade hemodinâmica (choque obstrutivo), o que é o oposto do quadro de pico hipertensivo apresentado pelo paciente.

Questão 8

O quadro clínico descreve uma paciente em estado de choque obstrutivo. Os pontos-chave para o diagnóstico são o início súbito dos sintomas (dispneia e dor precordial), sinais de falência do ventrículo direito (turgência jugular) e, principalmente, os dados do cateter de Swan-Ganz. No choque obstrutivo por embolia pulmonar maciça, há uma obstrução ao fluxo sanguíneo nos pulmões, o que impede que o sangue chegue adequadamente ao lado esquerdo do coração. Isso resulta em débito cardíaco baixo, resistência vascular periférica aumentada (como mecanismo compensatório) e uma pressão capilar pulmonar (PCP) normal ou baixa, pois a PCP reflete a pressão no átrio esquerdo, que está "vazio" devido à obstrução anterior.

Análise das alternativas:

a) Infarto agudo do miocárdio: O choque cardiogênico secundário ao infarto do ventrículo esquerdo geralmente apresenta pressão capilar pulmonar (PCP) elevada, refletindo a congestão retrógrada para os pulmões. Embora um infarto isolado do ventrículo direito pudesse cursar com PCP normal, a tríade de dispneia súbita, cianose e dor precordial súbita em uma paciente com turgência jugular é muito mais sugestiva de embolia pulmonar.

b) Causa distributiva séptica: O choque séptico é caracterizado por uma diminuição da resistência vascular periférica devido à vasodilatação sistêmica generalizada. Além disso, na fase inicial (choque hiperdinâmico), o débito cardíaco costuma estar

aumentado, o que contraria os achados do cateter de Swan-Ganz apresentados no caso (baixo débito e resistência aumentada).

c) Tamponamento cardíaco: Embora o tamponamento também cause choque obstrutivo e turgência jugular, ele apresenta características hemodinâmicas específicas que não condizem com a questão. No tamponamento, ocorre a "equalização das pressões diastólicas", o que elevaria a pressão capilar pulmonar. Além disso, o exame físico tipicamente revelaria o pulso paradoxal (variação respiratória na pressão arterial), que a questão explicitamente afirma estar ausente.

d) Embolia pulmonar: Esta é a alternativa correta. A embolia pulmonar maciça causa um aumento súbito da pós-carga do ventrículo direito, levando à sua falência (cor pulmonale agudo). Isso explica a turgência jugular, a hipotensão e o baixo débito cardíaco. Como a obstrução ocorre nas artérias pulmonares (antes de chegar aos capilares pulmonares e ao átrio esquerdo), a pressão capilar pulmonar permanece normal ou baixa, validando os dados hemodinâmicos fornecidos.

Questão 9

Análise do Quadro Clínico

A paciente apresenta um quadro de insuficiência cardíaca crônica agudizada, mas a análise do líquido pleural é fundamental para definir a etiologia do derrame. O primeiro passo é aplicar os Critérios de Light para diferenciar transudato de exsudato:

1. Relação Proteína pleural / Proteína sérica: 4 dividido por 7 é igual a 0,57 (Valor > 0,5 indica exsudato).
2. Relação LDH pleural / LDH sérico: 350 dividido por 350 é igual a 1,0 (Valor > 0,6 indica exsudato).
3. LDH pleural: 350 UI/L (Geralmente > 200 ou > 2/3 do limite superior do soro indica exsudato).

Conclusão: O líquido pleural é um exsudato.

A insuficiência cardíaca tipicamente causa transudato. A presença de um exsudato com predomínio de células mononucleares, glicose reduzida (50 mg/dL), anemia (Hb 9 g/dL) e marcadores inflamatórios elevados (VHS 60 mm/h) aponta para uma etiologia inflamatória ou infecciosa crônica, sendo a Tuberculose Pleural a principal hipótese diagnóstica no Brasil.

Análise das Alternativas

Alternativa A (Incorreta): Embora a paciente tenha disfunção ventricular, a combinação de nitrato e hidralazina é uma terapia para insuficiência cardíaca, mas não resolve a causa do derrame pleural exsudativo. O foco no momento deve ser a investigação do exsudato, que não é causado apenas pela congestão passiva.

Alternativa B (Correta): Diante de um exsudato mononuclear (linfocítico), a investigação de Tuberculose Pleural é mandatória. A dosagem de Adenosina Deaminase (ADA) no líquido pleural tem alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico. A biópsia de pleura é o exame com maior rendimento para visualização do granuloma e confirmação etiológica. O gama-interferon é outro marcador inflamatório que corrobora o diagnóstico.

Alternativa C (Incorreta): O uso de diuréticos em altas doses visa tratar a sobrecarga volêmica (transudato). Como os Critérios de Light confirmaram que se trata de um exsudato, o tratamento isolado da insuficiência cardíaca seria insuficiente e retardaria o diagnóstico da doença pleural de base.

Alternativa D (Incorreta): Infecções virais podem causar derrames pleurais, mas o quadro de tosse há 15 dias, queda do estado geral, VHS muito elevado e as características do líquido pleural tornam a Tuberculose muito mais provável que as etiologias virais citadas, tornando a alternativa B a conduta inicial mais adequada.

Questão 10

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente de 30 anos com história prévia de asma na infância que, ao retomar atividades físicas intensas (futebol), apresenta sintomas clássicos de Broncoespasmo Induzido pelo Exercício (BIE). No momento da avaliação, ele está em pleno treino (há 20 minutos) e apresenta sintomas agudos: tosse persistente e sibilos na ausculta pulmonar. A questão solicita a conduta imediata para o alívio desses sintomas.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

O salbutamol é um agonista beta-2 adrenérgico de curta duração (SABA). É a medicação de escolha para o tratamento de resgate em episódios agudos de broncoespasmo devido ao seu início de ação rápido (poucos minutos) e potente efeito broncodilatador. No contexto do Broncoespasmo Induzido pelo Exercício, o SABA pode ser utilizado tanto para reverter os sintomas agudos (como no caso apresentado) quanto de forma profilática, sendo administrado 10 a 15 minutos antes

do início da atividade física.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Ipratrópio: É um antagonista muscarínico de curta ação (SAMA). Embora seja um broncodilatador, seu início de ação é mais lento e seu efeito é menos potente que o dos beta-2 agonistas na asma. É utilizado geralmente como terapia adjuvante em crises asmáticas graves nas emergências ou no tratamento da DPOC, não sendo a primeira escolha para o alívio imediato no broncoespasmo por exercício.

c) Beclometasona: É um corticosteroide inalatório (CI). Sua função é o controle da inflamação crônica das vias aéreas na asma. A beclometasona não possui efeito broncodilatador agudo e, portanto, não serve para o alívio imediato de sintomas como tosse e sibilos que ocorrem durante o esforço. O benefício do corticosteroide ocorre a longo prazo, com o uso contínuo para reduzir a hiperresponsividade brônquica.

d) Inibidor de leucotrienos: Medicamentos como o montelucaste são utilizados por via oral (e não em "puffs" ou aerossol) para o controle crônico da asma e prevenção do broncoespasmo induzido pelo exercício. Eles não possuem ação broncodilatadora imediata, sendo ineficazes para a reversão de sintomas agudos durante o treino.

Questão 11

O ponto fundamental para resolver esta questão é o diagnóstico clínico de osteoporose. Embora a densitometria óssea da paciente apresente valores na faixa de osteopenia (T-score entre -1,0 e -2,5), a presença de uma fratura por fragilidade comprovada por exame de imagem (colapso vertebral de L3) estabelece o diagnóstico de osteoporose, independentemente do resultado da densitometria. Em pacientes com osteoporose estabelecida, o tratamento farmacológico é mandatório para reduzir o risco de novos eventos.

Alternativa a: Incorreta. O tabagismo é um fator de risco modificável importante para a perda de massa óssea. No entanto, em uma paciente que já sofreu uma fratura vertebral, a interrupção do fumo, embora recomendada para a saúde global, possui um impacto inferior na redução imediata do risco de novas fraturas quando comparada ao uso de medicações antirreabsortivas.

Alternativa b: Incorreta. O nível de vitamina D da paciente é de 33 ng/mL. As diretrizes atuais recomendam manter níveis acima de 30 ng/mL em populações de alto risco, como idosos e portadores de osteoporose. Como a paciente já está dentro da meta, não há necessidade de reposição ou suplementação adicional visando à

redução de risco de fraturas neste momento.

Alternativa c: Correta. Os bisfosfonatos são a terapia de primeira escolha para o tratamento da osteoporose. Eles atuam inibindo a reabsorção óssea pelos osteoclastos, aumentando a densidade mineral e, comprovadamente, reduzindo de forma significativa o risco de novas fraturas vertebrais e de quadril em pacientes com diagnóstico de osteoporose clínica ou densitométrica.

Alternativa d: Incorreta. O cálcio sérico da paciente está normal (9,2 mg/dL). A suplementação de cálcio deve ser considerada apenas se a ingestão dietética for insuficiente (geralmente abaixo de 1.200 mg/dia para idosos). Mesmo quando necessária, a suplementação de cálcio isolada é insuficiente para tratar a osteoporose com fratura prévia e não substitui a eficácia dos bisfosfonatos.

Questão 12

Para resolver esta questão, o primeiro passo é calcular o Gradiente de Albumina Soro-Ascite (GASA), que é a diferença entre a albumina medida no sangue e a albumina medida no líquido ascítico.

CÁLCULO DO GASA:

$GASA = \text{Albumina sérica (2,8 g/dL)} - \text{Albumina da ascite (2,3 g/dL)} = 0,5 \text{ g/dL}$.

INTERPRETAÇÃO DO GASA:

Um GASA menor que 1,1 g/dL indica que a ascite não é causada por hipertensão portal (como ocorre na cirrose hepática), mas sim por causas inflamatórias, infecciosas ou neoplásicas que atingem o peritônio ou órgãos adjacentes. Além disso, as proteínas totais no líquido estão elevadas (4,2 g/dL), o que caracteriza um exsudato.

CORRELAÇÃO CLÍNICA:

O paciente é etilista e apresenta dor abdominal crônica em andar superior, que piora após a alimentação (dor pós-prandial). Esse quadro é clássico de insuficiência pancreática exócrina e pancreatite crônica. A ascite, neste cenário, é chamada de ascite pancreática, ocorrendo geralmente por ruptura de um ducto pancreático ou de um pseudocisto para dentro da cavidade abdominal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A cultura para germes comuns busca diagnosticar peritonites bacterianas. Na Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE), o GASA costuma ser maior que 1,1 (pois a base é a cirrose) e o número de polimorfonucleares deve ser superior

a 250/mm³. Neste caso, o paciente possui 240 polimorfonucleares (80% de 300), e a clínica aponta para outra direção.

b) Incorreta. A adenosina-deaminase (ADA) é um marcador utilizado para o diagnóstico de tuberculose peritoneal. Embora a tuberculose cause um líquido com GASA baixo e proteínas altas, ela geralmente se apresenta com febre, emagrecimento e dor abdominal difusa, não se relacionando especificamente com o período pós-prandial em um paciente etilista.

c) Incorreta. A citologia oncótica é utilizada para diagnosticar carcinomatose peritoneal. É um diagnóstico diferencial importante em ascites com GASA baixo, mas os antecedentes de etilismo e o padrão da dor abdominal tornam a hipótese pancreática muito mais forte.

d) Correta. A dosagem de amilase no líquido ascítico é o exame fundamental quando se suspeita de ascite pancreática. Nesses casos, o valor da amilase no líquido é extremamente elevado (frequentemente acima de 1.000 U/L), confirmando que a origem do fluido é o extravasamento de secreção pancreática para o peritônio.

Questão 13

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um histórico crônico de sangramentos de padrão mucocutâneo (menorragia desde a menarca, epistaxe e hematomas espontâneos). Esse perfil sugere, prioritariamente, um distúrbio da hemostasia primária (plaquetas ou fator de von Willebrand). Laboratorialmente, o Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (PTT) alargado indica um defeito na via intrínseca da coagulação, enquanto o Tempo de Atividade da Protrombina (TAP) normal descarta problemas nas vias extrínseca e comum.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A Doença de von Willebrand (DvW) é o distúrbio hemorrágico hereditário mais comum e afeta ambos os sexos. O Fator de von Willebrand (FvW) tem duas funções centrais: mediar a adesão das plaquetas ao subendotélio (hemostasia primária) e servir como proteína transportadora para o Fator VIII, protegendo-o da degradação proteolítica. Quando há deficiência ou disfunção do FvW, os níveis de Fator VIII também podem cair, o que explica o PTT alargado no caso. A plaquetopenia leve mencionada pode ocorrer em subtipos específicos, como o tipo 2B. O quadro clínico de sangramento mucoso (fluxo menstrual aumentado e epistaxe) é a marca registrada desta patologia.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Hemofilia A: É uma doença de herança recessiva ligada ao cromossomo X, o que significa que se manifesta quase exclusivamente em homens. Além disso, o quadro clínico típico da hemofilia envolve sangramentos em tecidos profundos, como hemartroses (articulações) e hematomas musculares, e não sangramentos de mucosas, como menorragia e epistaxe, desde a infância.

b) Deficiência de vitamina K: A vitamina K é necessária para a carboxilação dos fatores II, VII, IX e X. Como o fator VII tem a meia-vida mais curta de todos, a primeira alteração laboratorial em sua deficiência é o prolongamento do TAP (via extrínseca). Na questão, o TAP está normal, o que torna esse diagnóstico improvável. Além disso, não há histórico de má-absorção ou uso de antibióticos que justificasse a deficiência em uma paciente jovem e previamente hígida.

d) Púrpura trombocitopênica imune (PTI): Esta condição é caracterizada pela destruição autoimune de plaquetas. Embora possa causar sangramentos mucocutâneos e plaquetopenia, a PTI não afeta os fatores de coagulação plasmáticos. Portanto, o PTT estaria normal. O alargamento do PTT na paciente indica que existe uma deficiência de fator de coagulação associada (neste caso, o Fator VIII secundário à queda do FvW), o que não ocorre na PTI.

Questão 14

Análise do caso: O paciente apresenta um quadro de diarreia crônica (duração superior a 4 semanas), síndrome consumptiva (perda de peso) e febre baixa. O ponto crucial da questão é a identificação do agente etiológico: o protozoário *Cystoisospora belli*.

Alternativa A (Correta): A *Cystoisospora belli* é um patógeno oportunista. Embora possa causar diarreia autolimitada em pessoas saudáveis, em pacientes com comprometimento do sistema imune (especialmente na infecção avançada pelo HIV), ela causa diarreia persistente, profusa e má absorção severa. O tratamento de primeira escolha é o sulfametoxazol e trimetoprima (cotrimoxazol). Pelo fato de a cistoisosporíase ser uma condição definidora de AIDS, a conduta diagnóstica obrigatória para este paciente é a solicitação da sorologia para HIV.

Alternativa B (Incorreta): O albendazol é um anti-helmíntico utilizado para tratar verminoses (como ascaridíase e ancilostomíase) e alguns protozoários como a *Giardia*, mas não tem eficácia contra a *Cystoisospora*. O anticorpo antitransglutaminase é o rastreo para doença celíaca, o que não se aplica quando há

um agente infeccioso identificado.

Alternativa C (Incorreta): A nitazoxanida é um antiparasitário de amplo espectro que pode ser usado em casos de resistência ou alergia, mas o sulfametoxazol-trimetoprima continua sendo o padrão-ouro e a primeira opção terapêutica. A endoscopia digestiva alta não é necessária neste momento, pois o diagnóstico etiológico já foi estabelecido pelo exame parasitológico de fezes.

Alternativa D (Incorreta): O metronidazol é indicado para o tratamento de amebíase, giardíase e infecções por bactérias anaeróbias, não possuindo atividade contra a *Cystoisospora belli*. A colonoscopia é um exame de segunda linha na investigação de diarreia crônica, indicada geralmente quando os exames não invasivos são negativos ou quando se suspeita de doenças inflamatórias intestinais ou neoplasias. No caso em tela, o diagnóstico já foi feito.

Questão 15

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma paciente idosa com fraqueza progressiva e insidiosa (um ano de evolução), associada a sinais claros de acometimento do primeiro neurônio motor (hiperreflexia e clônus) e do segundo neurônio motor (atrofia e fasciculações). A presença de disfagia (engasgos e tosse) indica acometimento bulbar, o que é fundamental para o raciocínio diagnóstico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A mielopatia espondilótica cervical é uma causa comum de síndrome mista (segundo neurônio nos braços e primeiro neurônio nas pernas), porém ela é uma doença compressiva da medula espinal. Portanto, ela jamais explicaria os sintomas bulbares da paciente (engasgos e tosse), já que a compressão ocorre abaixo do tronco encefálico. Além disso, costuma cursar com alterações sensitivas, ausentes no relato.

Alternativa (b) INCORRETA: O acidente vascular encefálico (AVE) apresenta-se com déficit neurológico de início súbito e agudo. O caso em questão descreve uma doença crônica e degenerativa, com piora progressiva ao longo de um ano, o que descarta a etiologia vascular.

Alternativa (c) CORRETA: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é a principal hipótese diagnóstica. Ela se caracteriza clinicamente pela coexistência de sinais de acometimento do neurônio motor superior (hiperreflexia, espasticidade, clônus) e do

neurônio motor inferior (atrofia, fasciculações, fraqueza) em diferentes segmentos corporais (bulbar, cervical, torácico ou lombossacral). No caso, temos acometimento cervical (atrofia/fasciculação em braço), lombossacral (hiperreflexia/clônus em perna) e bulbar (disfagia), sem perda sensitiva, o que preenche os critérios clínicos para o diagnóstico.

Alternativa (d) INCORRETA: A Miastenia Gravis é uma doença da junção neuromuscular que causa fadiga muscular flutuante, acometendo principalmente a musculatura extrínseca dos olhos, bulbar e membros. No entanto, a miastenia não causa sinais de neurônio motor superior (clônus e hiperreflexia) nem fasciculações ou atrofia muscular marcada no início do quadro.

RESUMO DO DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de ELA é essencialmente clínico, baseado na soma de: 1. Sinais de neurônio motor superior; 2. Sinais de neurônio motor inferior; 3. Caráter progressivo; 4. Ausência de déficits sensitivos. A paciente apresenta todos esses elementos.

Questão 16

O quadro clínico apresenta um paciente jovem com febre, poliartralgia migratória que evoluiu para monoartrite do joelho, associada a lesões pustulares e antecedente de corrimento uretral há duas semanas. Esse conjunto de achados é clássico da Infecção Gonocócica Disseminada (IGD), causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*. A IGD manifesta-se frequentemente por meio de uma tríade característica: tenossinovite, dermatite (pústulas) e poliartralgia, ou pode se apresentar como uma artrite séptica purulenta localizada. O líquido sinovial com 30.000 leucócitos e predomínio de polimorfonucleares corrobora um processo infeccioso agudo, sendo que na infecção gonocócica os valores de leucócitos podem ser ligeiramente menores do que na artrite séptica estafilocócica tradicional.

Alternativa a: Incorreta. A prednisona é um corticosteroide indicado para doenças de etiologia inflamatória ou autoimune, como a artrite reumatoide ou o lúpus eritematoso sistêmico. No caso apresentado, os sinais de infecção (febre, pústulas e história de uretrite) tornam o uso de corticoides isolados contraindicado, pois não tratariam a causa-base e poderiam mascarar ou agravar o quadro infeccioso.

Alternativa b: Correta. A ceftriaxona, uma cefalosporina de terceira geração, é o tratamento de escolha para a infecção gonocócica disseminada. Devido aos altos índices de resistência da *Neisseria gonorrhoeae* a outros antibióticos (como as quinolonas e penicilinas), a ceftriaxona é a terapia inicial recomendada para garantir a eficácia contra o agente etiológico mais provável neste contexto clínico.

Alternativa c: Incorreta. A colchicina é utilizada principalmente no manejo de crises de gota ou pseudogota (artropatias por depósito de cristais). Embora a contagem de leucócitos no líquido sinovial possa ser compatível com gota, a presença de febre alta, lesões de pele pustulares e o antecedente de corrimento uretral apontam diretamente para uma etiologia infecciosa por patógeno sexualmente transmissível.

Alternativa d: Incorreta. A oxacilina é um antibiótico direcionado para cocos Gram-positivos, especialmente o *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina. Embora o *Staphylococcus aureus* seja a causa mais comum de artrite séptica não gonocócica na população geral, ele raramente causa o padrão de poliartralgia migratória com lesões pustulares e uretrite prévia, que são manifestações típicas do gonococo em adultos jovens sexualmente ativos.

Questão 17

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta uma paciente com sinais e sintomas clássicos de tireotoxicose: taquicardia, tremores, intolerância ao calor, irritabilidade e palpitações. Os exames laboratoriais confirmam o estado de excesso de hormônios tireoidianos (TSH suprimido e T4 livre elevado). O ponto crucial para a resolução desta questão reside na combinação de dois achados: o exame físico da tireoide normal (ausência de bócio ou nódulos) e a cintilografia com hipocaptação (baixa captação do radionuclídeo).

Diferencial de Tireotoxicose com Baixa Captação na Cintilografia:

Quando a tireoide não capta o marcador, significa que ela não está produzindo hormônio ativamente. Isso ocorre basicamente em três situações: tireoidites (inflamação com liberação de hormônio estocado), uso de substâncias ricas em iodo (fenômeno Jod-Basedow) ou ingestão de hormônio tireoidiano exógeno (tireotoxicose factícia).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Tireotoxicose factícia (Correta):

Esta condição ocorre pela ingestão inadvertida ou proposital (muitas vezes para perda de peso, o que corrobora com o perfil de obesidade da paciente) de hormônios tireoidianos. O excesso de hormônio circulante faz um feedback negativo na hipófise, suprimindo o TSH. Sem o estímulo do TSH, a glândula tireoide da paciente para de trabalhar, o que explica o exame físico normal e a baixíssima captação na cintilografia. Outro marcador útil, embora não citado, seria a tireoglobulina baixa.

b) Doença de Graves (Incorreta):

A Doença de Graves é a causa mais comum de hipertireoidismo primário e decorre

da ação de anticorpos que estimulam o receptor de TSH. Caracteriza-se por bócio difuso ao exame físico e, fundamentalmente, por uma hipercaptação difusa do radionuclídeo na cintilografia, o oposto do que foi descrito no caso.

c) Tumor hipofisário (Incorreta):

Um adenoma hipofisário produtor de TSH (TSHoma) causaria um hipertireoidismo secundário. Nesse caso, o TSH estaria elevado ou inapropriadamente normal, e não suprimido. Além disso, a tireoide apresentaria captação aumentada na cintilografia devido ao estímulo excessivo do TSH.

d) Adenoma tóxico (Incorreta):

Também conhecido como Doença de Plummer, caracteriza-se pela presença de um nódulo autônomo que produz hormônio em excesso. No exame físico, seria palpável um nódulo tireoidiano. Na cintilografia, observaríamos uma área de hipercaptação focal (nódulo quente) com o restante da glândula suprimido, o que diverge da hipocaptação total relatada.

Questão 18

A questão descreve um quadro clínico clássico de leishmaniose visceral (calazar), caracterizado pela tríade de febre prolongada, perda de peso e esplenomegalia maciça.

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta sintomas constitucionais crônicos (febre vespertina, astenia e perda ponderal de 10 kg em quatro meses). O exame físico revela palidez (sugerindo anemia) e uma esplenomegalia importante (15 cm do rebordo costal esquerdo). Laboratorialmente, a pancitopenia é uma consequência comum do hiperesplenismo e da infiltração da medula óssea, enquanto a hipoalbuminemia decorre do estado inflamatório crônico e da inversão da relação albumina/globulina (comum nesta patologia devido à intensa produção policlonal de anticorpos). O achado definitivo está no aspirado de medula óssea: células ovoides com núcleo grande no interior de macrófagos são formas amastigotas de *Leishmania* spp.

Análise das alternativas:

a) Amiloidose: Embora possa causar organomegalias, a amiloidose não costuma cursar com febre vespertina recorrente nem com o achado citológico de estruturas ovoides dentro de macrófagos. O diagnóstico de amiloidose é feito pela demonstração de depósitos de material amiloide que apresenta birrefringência verde-maçã sob luz polarizada após coloração com Vermelho Congo.

b) Tricoleucemia (leucemia de células cabeludas): É uma neoplasia hematológica que causa esplenomegalia e pancitopenia. No entanto, o aspirado de medula costuma ser difícil (punção seca devido à fibrose) e as células características são linfócitos com projeções citoplasmáticas semelhantes a cabelos, e não estruturas intracelulares em macrófagos. Além disso, a febre prolongada e a perda de peso acentuada são mais típicas de processos infecciosos como o calazar.

c) Doença de Gaucher: É uma doença de depósito lisossômico que causa esplenomegalia volumosa e pancitopenia. No aspirado de medula óssea, observam-se as "células de Gaucher" (macrófagos com citoplasma de aspecto em papel amassado), que são diferentes das formas amastigotas (pequenas células ovoides com núcleo e cinetoplasto visíveis) descritas no enunciado. Além disso, a doença de Gaucher não costuma evoluir com episódios de febre diária.

d) Leishmaniose visceral: Alternativa correta. O quadro de febre, emagrecimento, hepatoesplenomegalia e pancitopenia em um paciente adulto é o cenário clássico da doença no Brasil. A descrição citológica do aspirado de medula óssea confirma o diagnóstico ao identificar as formas amastigotas do parasita dentro das células do sistema fagocítico mononuclear (macrófagos).

Questão 19

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO:

O paciente em questão é um homem jovem (19 anos) com um quadro clássico de dor lombar de ritmo inflamatório. As características que definem esse tipo de dor são: início antes dos 40 anos, duração superior a três meses, melhora com a atividade física, piora com o repouso e presença de rigidez matinal prolongada (neste caso, de duas horas). Além disso, o relato de dor e vermelhidão ocular recorrente sugere episódios de uveíte anterior aguda, a manifestação extra-articular mais comum das espondiloartrites. A ausência de sintomas gastrointestinais ou urogenitais afasta, inicialmente, artrite reativa ou enteropática, enquanto a ausência de acometimento de pequenas articulações e o perfil do paciente tornam a artrite reumatoide improvável. O diagnóstico mais provável é espondilite anquilosante.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA. Embora o HLA-B27 esteja presente em cerca de 90% dos pacientes brancos com espondilite anquilosante, ele não é um exame obrigatório para o diagnóstico se os critérios clínicos e radiológicos forem preenchidos. Além disso, o uso de corticosteroides sistêmicos não é recomendado para o tratamento da doença axial (coluna e sacroilíacas), pois não apresenta eficácia comprovada nesse sítio, diferentemente do que ocorre em outras doenças reumáticas.

b) INCORRETA. A colonoscopia seria indicada se houvesse suspeita de doença inflamatória intestinal (como doença de Crohn ou retocolite ulcerativa) associada, mas o paciente nega diarreia ou outros sintomas digestivos. O infliximabe (anti-TNF) é uma excelente opção terapêutica para a espondilite anquilosante, porém é reservado para casos que não respondem ao tratamento inicial com anti-inflamatórios.

c) INCORRETA. O fator reumatoide é um marcador da artrite reumatoide, doença que tipicamente poupa a coluna torácica e lombar, preferindo pequenas articulações periféricas de forma simétrica. O metotrexato é uma droga modificadora de doença (DMARD) eficaz para o acometimento periférico das espondiloartrites, mas não tem eficácia demonstrada para o tratamento da dor axial (coluna).

d) CORRETA. O diagnóstico de espondilite anquilosante baseia-se nos Critérios de Nova York Modificados, que exigem a presença de evidência radiográfica de sacroileíte (identificada inicialmente por radiografia de sacroilíacas) associada a critérios clínicos (dor lombar inflamatória e limitação da mobilidade). Quanto ao manejo, os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são considerados a primeira linha de tratamento medicamentoso, devendo ser utilizados em doses plenas para o controle da dor e da rigidez. Somente após a falha de pelo menos dois AINEs diferentes por um período adequado é que se considera a progressão para agentes biológicos.

Questão 20

O quadro clínico descrito — disfagia paradoxal (para sólidos e líquidos), perda de peso, dor retroesternal e regurgitação — é clássico da acalásia. Trata-se de um distúrbio motor primário do esôfago caracterizado pela falha no relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) e pela ausência de peristalse coordenada no corpo esofágico.

Análise das alternativas:

a) Correta. A fisiopatologia da acalásia envolve a degeneração dos neurônios do plexo mientérico de Auerbach (responsáveis pelo relaxamento do esfíncter). Isso resulta em duas alterações fundamentais: a hipertonia (ou ausência de relaxamento) do esfíncter esofágico inferior e a aperistalse ou hipoperistalse do corpo do esôfago. Esses fatores impedem a passagem adequada do bolo alimentar para o estômago, causando a sensação de "entalo" e a dilatação progressiva do órgão.

b) Incorreta. A fraqueza da musculatura orofaríngea caracteriza a disfagia de

transferência (ou alta), comum em doenças neurológicas como AVC ou miastenia gravis. Nesses casos, o paciente tem dificuldade em iniciar a deglutição, frequentemente apresentando engasgos imediatos e regurgitação nasal, o que difere da queixa de dor retroesternal e entalo esofágico da paciente.

c) Incorreta. A obstrução intraluminal (causada por um tumor ou anel esofágico, por exemplo) gera uma disfagia mecânica. Diferente da acalásia, a disfagia mecânica costuma ser progressiva e seletiva apenas para sólidos no início, evoluindo para líquidos somente quando o lúmen está muito reduzido. Na questão, a paciente já apresenta dificuldade para ambos desde o início (disfagia paradoxal), o que aponta para um distúrbio motor.

d) Incorreta. Embora os divertículos esofágicos (como o de Zenker) possam causar regurgitação e disfagia, eles geralmente se manifestam com halitose fétida e ruídos hidroaéreos cervicais. Além disso, o divertículo é uma consequência de distúrbios pressóricos ou motores, e não a causa fisiopatológica primária que explicaria a dor em aperto e a hipoperistalse sistêmica do corpo esofágico descrita indiretamente pelo quadro clínico.

Questão 21

A questão aborda uma complicação neurológica grave relacionada ao manejo de distúrbios eletrolíticos: a Síndrome da Desmielinização Osmótica, historicamente conhecida como mielinólise pontina central.

Alternativa b: CORRETA. A hiponatremia crônica é o distúrbio cujo tratamento inadequado causa essa condição. Quando o sódio permanece baixo por mais de 48 horas, as células cerebrais se adaptam expulsando solutos internos para evitar o edema cerebral. Se o sódio sanguíneo é elevado de forma muito rápida durante o tratamento, o compartimento extracelular torna-se subitamente hipertônico em relação ao interior das células adaptadas. Isso provoca uma saída abrupta de água dos neurônios e células da glia para o sangue, resultando em desidratação celular severa e morte dos oligodendrócitos (células que produzem mielina). A região da ponte, no tronco encefálico, é a mais sensível a esse estresse osmótico, levando a quadros de paralisia, dificuldade de deglutição e alterações na fala.

Alternativa a: INCORRETA. A hipocalemia é a baixa concentração de potássio no sangue. O risco de sua correção rápida envolve principalmente a irritação das veias (flebite) e a possibilidade de induzir arritmias cardíacas graves por hipercalemia iatrogênica, mas não há relação com a mielinólise pontina.

Alternativa c: INCORRETA. A hipocalcemia é a deficiência de cálcio. Sua correção é

fundamental para evitar tetania e convulsões, mas a administração rápida de cálcio intravenoso está associada a riscos cardiovasculares, como bradicardia e parada cardíaca, e não a lesões desmielinizantes no sistema nervoso central.

Alternativa d: INCORRETA. A hipomagnesemia é a baixa concentração de magnésio. Sua correção rápida pode causar hipotensão arterial e distúrbios de condução cardíaca, mas o mecanismo de lesão por mudança de osmolaridade típico da mielinólise pontina não se aplica a este cátion.

Questão 22

O enunciado descreve uma manobra semiológica clássica utilizada no diagnóstico de apendicite aguda. Vamos analisar cada uma das alternativas para entender por que a letra (c) é a correta:

Alternativa a) McBurney: Incorreta. McBurney refere-se, na verdade, a um ponto anatômico (Ponto de McBurney), localizado na união do terço externo com os dois terços internos de uma linha imaginária entre a espinha ilíaca anterossuperior direita e o umbigo. A dor à palpação profunda neste ponto é sugestiva de apendicite, mas não corresponde à manobra de palpar o lado esquerdo para gerar dor no lado direito.

Alternativa b) Blumberg: Incorreta. O sinal de Blumberg é a dor à descompressão brusca no ponto de McBurney. Ele indica irritação peritoneal. Embora seja um sinal fundamental na apendicite aguda, ele é pesquisado diretamente no quadrante inferior direito, e não por meio da palpação do lado oposto.

Alternativa c) Rovsing: Correta. O sinal de Rovsing ocorre quando a palpação profunda e contínua do quadrante inferior esquerdo (cólon descendente e sigmoide) provoca dor no quadrante inferior direito (fossa ilíaca direita). Isso acontece porque a manobra desloca os gases do cólon em direção retrógrada, distendendo o ceco e o apêndice inflamado, o que desperta a dor localizada.

Alternativa d) Murphy: Incorreta. O sinal de Murphy é característico da colecistite aguda, não da apendicite. Ele é positivo quando o paciente interrompe subitamente a inspiração profunda durante a palpação do ponto cístico (no hipocôndrio direito), devido à dor causada pelo contato da vesícula biliar inflamada com a mão do examinador.

Portanto, a descrição da questão corresponde exatamente ao sinal de Rovsing.

Questão 23

A apendicite aguda é reconhecida mundialmente como a causa mais comum de abdome agudo não obstétrico que necessita de intervenção cirúrgica durante a gravidez. A incidência é semelhante à observada em mulheres não grávidas da mesma faixa etária, ocorrendo em cerca de uma a cada 1.500 gestações.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A colecistite aguda é a segunda causa cirúrgica não obstétrica mais comum na gestação. Embora as alterações hormonais da gravidez (estrogênio e progesterona) aumentem a saturação de colesterol na bile e diminuam a contratilidade da vesícula, predispondo à formação de cálculos, sua frequência é menor do que a da apendicite.

Alternativa b) Correta. A apendicite aguda é a emergência cirúrgica não obstétrica mais frequente. O grande desafio clínico é que, com o progredir da gestação, o útero gravídico desloca o apêndice para cima e para fora da sua posição habitual. Isso pode fazer com que a dor se localize no flanco direito ou até no hipocôndrio direito, mimetizando quadros de colecistite ou pielonefrite. O atraso no diagnóstico eleva o risco de perfuração, o que aumenta significativamente a taxa de perda fetal.

Alternativa c) Incorreta. A obstrução intestinal é uma causa rara em gestantes. Quando ocorre, geralmente está relacionada a bridas (aderências) de cirurgias abdominais prévias. O período de maior risco é o terceiro trimestre, devido ao volume uterino, ou o pós-parto imediato, devido à mudança súbita no espaço intra-abdominal.

Alternativa d) Incorreta. A úlcera duodenal perfurada é extremamente rara na gravidez. Curiosamente, a gestação costuma ter um efeito protetor sobre a doença ulcerosa péptica, pois o aumento da progesterona reduz a secreção ácida gástrica e aumenta a produção de muco protetor, fazendo com que muitas pacientes apresentem melhora dos sintomas dispépticos durante os nove meses.

Questão 24

O câncer de pâncreas, em especial o adenocarcinoma ductal, possui uma etiologia multifatorial, envolvendo componentes genéticos e ambientais. A identificação do principal fator de risco externo é um tema recorrente em provas, pois foca na prevenção primária.

Alternativa (a): Correta. O tabagismo é o fator de risco ambiental mais bem estabelecido e importante para o câncer de pâncreas. Estudos epidemiológicos

demonstram que o uso de tabaco duplica o risco de desenvolvimento da neoplasia em comparação com não fumantes. Estima-se que cerca de 20% a 30% dos casos de câncer pancreático sejam atribuíveis ao hábito de fumar. A relação é dose-dependente, ou seja, quanto maior a carga tabágica, maior o risco.

Alternativa (b): Incorreta. O consumo excessivo de açúcar não é listado como o principal fator de risco direto. Embora a obesidade e o diabetes mellitus tipo 2 sejam fatores de risco conhecidos para este câncer, e ambos possam estar relacionados a dietas ricas em açúcares, o tabaco permanece como o fator externo de maior impacto isolado.

Alternativa (c): Incorreta. A associação entre álcool e câncer de pâncreas é considerada fraca ou inexistente na ausência de pancreatite crônica. O consumo pesado de álcool aumenta o risco de pancreatite crônica, que, por sua vez, é um fator predisponente para o câncer, mas o tabagismo apresenta uma correlação direta e muito mais robusta em termos de incidência populacional.

Alternativa (d): Incorreta. A exposição à sílica está fortemente ligada ao desenvolvimento de doenças pulmonares ocupacionais (silicose) e ao câncer de pulmão. Não existe evidência científica sólida que a correlacione como um fator de risco primário para a elevação na incidência do câncer de pâncreas. Outras exposições ocupacionais, como a derivados do petróleo e pesticidas, são mais citadas, porém ainda inferiores ao tabaco.

Questão 25

A questão aborda o reconhecimento da Tríade de Beck, que é o conjunto clássico de sinais clínicos indicativos de tamponamento cardíaco agudo. O tamponamento ocorre quando há um acúmulo súbito de líquido (sangue ou exsudato) no espaço pericárdico, aumentando a pressão intrapericárdica e impedindo o enchimento adequado das câmaras cardíacas, o que leva ao choque obstrutivo.

Alternativa (a) Incorreta. Estes componentes formam a Tríade de Charcot, que é indicativa de colangite aguda. A icterícia ocorre pela obstrução do fluxo biliar, enquanto a febre com calafrios e a dor abdominal refletem a infecção sistêmica das vias biliares.

Alternativa (b) Incorreta. Esta é a Tríade de Virchow, que descreve os três fatores primordiais que contribuem para a formação de trombose venosa: lesão na parede do vaso (endotelial), estase do fluxo sanguíneo e alterações na constituição do sangue (hipercoagulabilidade).

Alternativa (c) Incorreta. Estes achados são característicos de um pneumotórax. A dor torácica súbita, o hipertimpanismo à percussão e a ausência de murmúrio vesicular indicam a presença de ar no espaço pleural comprimindo o parênquima pulmonar.

Alternativa (d) Correta. A Tríade de Beck é composta exatamente por:

1. Hipotensão arterial: causada pela redução do volume sistólico e do débito cardíaco, uma vez que o coração não consegue se expandir para receber sangue durante a diástole.
2. Abafamento das bulhas cardíacas: ocorre porque o líquido acumulado ao redor do coração atua como um isolante acústico, dificultando a propagação do som das válvulas cardíacas até a parede do tórax.
3. Turgência jugular: é o reflexo do aumento da pressão venosa central, pois o sangue que retorna ao coração encontra resistência para entrar no átrio direito devido à compressão externa do pericárdio.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 26

O escore MELD (Model for End-Stage Liver Disease) é uma ferramenta prognóstica fundamental na hepatologia, utilizada principalmente para priorizar pacientes na fila de transplante de fígado. Ele foi desenvolvido para prever a mortalidade em três meses em pacientes com doença hepática crônica.

A fórmula original do MELD utiliza três variáveis laboratoriais objetivas:

1. Bilirrubina Total: avalia a capacidade de excreção do fígado.
2. INR (Razão Normalizada Internacional): avalia a função sintética do fígado (fatores de coagulação dependentes de vitamina K).
3. Creatinina: avalia a função renal, que é um forte preditor de sobrevida em pacientes cirróticos (devido ao risco de síndrome hepatorenal).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O pro-BNP é um marcador de estresse miocárdico utilizado na insuficiência cardíaca, não compoendo o escore MELD. A albumina faz parte da classificação de Child-Pugh, mas não do MELD original.

b) Incorreta. Embora o sódio tenha sido incorporado em uma versão atualizada do escore (chamada MELD-Na), a albumina não compõe o cálculo do MELD, sendo um parâmetro da classificação de Child-Pugh.

c) Correta. Estes são os três componentes clássicos e originais utilizados no cálculo do escore MELD: INR, bilirrubina total e creatinina.

d) Incorreta. O sódio é utilizado no MELD-Na, porém o pro-BNP não possui aplicação no cálculo de gravidade da doença hepática terminal.

Vale ressaltar que, atualmente, no Brasil e em diversos outros países, utiliza-se a variante MELD-Na (que inclui o sódio sérico) para o ranqueamento de transplante, mas a base conceitual do acrônimo MELD refere-se à tríade presente na alternativa C.

Questão 27

A funduplicatura de Nissen é o procedimento cirúrgico padrão para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e das hérnias de hiato quando há indicação cirúrgica e a motilidade do corpo esofágico está preservada.

Alternativa a: Correta. A técnica de Nissen é definida como uma funduplicatura total. Nesse procedimento, o fundo gástrico é mobilizado e passado por trás do esôfago, sendo suturado a si mesmo na face anterior. Isso cria uma válvula completa de 360 graus que envolve a transição esofagogástrica, aumentando a pressão de repouso do esfíncter inferior do esôfago e impedindo o refluxo.

Alternativa b: Incorreta. O valor de 320 graus não corresponde à técnica de Nissen. Embora existam variações técnicas como a de Lind (cerca de 300 graus), 320 graus não é uma medida clássica utilizada na descrição das principais cirurgias antirrefluxo.

Alternativa c: Incorreta. Uma válvula de 270 graus caracteriza uma funduplicatura parcial posterior, sendo a técnica de Toupet o exemplo mais conhecido. Esta técnica é geralmente preferida em pacientes que apresentam distúrbios da motilidade esofágica (peristalse ineficaz) para diminuir o risco de disfagia pós-operatória, que poderia ocorrer com uma válvula total.

Alternativa d: Incorreta. A válvula de 180 graus refere-se a uma funduplicatura parcial anterior, cujo principal exemplo é a técnica de Dor. Ela é frequentemente associada à cardiomiectomia de Heller no tratamento da acalasia, servindo para cobrir a área da miotomia e oferecer uma proteção parcial contra o refluxo sem obstruir a passagem do bolo alimentar.

Questão 28

Para determinar a pontuação na Escala de Coma de Glasgow (GCS) deste paciente, devemos analisar individualmente os três parâmetros clássicos: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora.

1. Abertura Ocular: O enunciado informa que houve abertura ocular aos estímulos algícos (estímulo de pressão). Na escala, a abertura espontânea vale 4 pontos, ao estímulo sonoro vale 3 pontos, à pressão vale 2 pontos e a ausência de resposta vale 1 ponto. Portanto, o paciente recebe 2 pontos neste item.

2. Resposta Verbal: O paciente emite apenas sons e gemidos incompreensíveis. Na escala, uma resposta orientada vale 5 pontos, confusa vale 4 pontos, palavras inapropriadas valem 3 pontos, sons incompreensíveis valem 2 pontos e a ausência de resposta vale 1 ponto. Portanto, o paciente recebe 2 pontos neste item.

3. Resposta Motora: O paciente apresenta movimento de retirada ao estímulo doloroso, mas o texto especifica que ele não localiza precisamente o estímulo. Isso define a flexão normal ou retirada. Na escala, obedecer a comandos vale 6 pontos, localizar a dor vale 5 pontos, flexão normal (retirada) vale 4 pontos, flexão anormal (decorticação) vale 3 pontos, extensão (descerebração) vale 2 pontos e a ausência de resposta vale 1 ponto. Portanto, o paciente recebe 4 pontos neste item.

Somando as pontuações obtidas: 2 (Ocular) + 2 (Verbal) + 4 (Motora) = 8 pontos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor 9 seria alcançado se o paciente apresentasse uma resposta um nível acima em qualquer um dos critérios, como localizar o estímulo doloroso (5 na motora) ou pronunciar palavras reconhecíveis, mesmo que inapropriadas (3 na verbal).

Alternativa b) Correta. A soma dos achados clínicos resulta exatamente em 8 pontos. É importante notar que as pupilas isocóricas e fotorreagentes indicam que não há subtração de pontos na escala de Glasgow atualizada com reatividade pupilar (GCS-P). Um escore de 8 ou menos em vítimas de trauma cranioencefálico é o critério clássico para definição de TCE grave e indicação de intubação orotraqueal para proteção de via aérea.

Alternativa c) Incorreta. A pontuação 7 indicaria um nível de consciência ligeiramente inferior, o que ocorreria se o paciente apresentasse, por exemplo, flexão anormal/decorticação (3 pontos na motora) em vez de retirada, mantendo os outros parâmetros.

Alternativa d) Incorreta. O valor 6 indicaria uma gravidade neurológica maior, como a presença de resposta extensora (descerebração) ou a ausência total de resposta em um dos componentes avaliados.

Questão 29

Para resolver essa questão, devemos correlacionar os sinais vitais da paciente com a classificação do choque hemorrágico proposta pelo ATLS (10ª edição) e realizar a estimativa de perda sanguínea baseada nas fraturas apresentadas.

Análise dos Sinais Vitais:

A paciente apresenta frequência cardíaca (FC) de 143 bpm e pressão arterial (PA) de 70x40 mmHg. De acordo com a tabela de choque do ATLS, quando a FC está acima de 140 bpm, a PA está reduzida, a pressão de pulso está diminuída e o estado mental é de letargia ou coma (Glasgow 3), o choque é classificado como Grau IV. No Grau IV, a perda sanguínea é superior a 40 por cento do volume total (geralmente acima de 2000 ml em um adulto).

Estimativa de Perda por Fraturas:

Cada fratura em um politraumatizado contribui para a perda volêmica interna. Os valores clássicos de referência são:

1. Fratura de pelve (especialmente o tipo open book ou livro aberto): pode causar perdas de 1500 ml a 3000 ml ou mais, devido ao grande espaço retroperitoneal e lesão de plexos venosos e arteriais.
2. Fratura de fêmur: perda estimada entre 1000 ml e 1500 ml.
3. Fratura de tíbia: perda estimada entre 500 ml e 750 ml.

Somando as estimativas médias (Pelve 1500 + Fêmur 1250 + Tíbia 750), chegamos ao valor de 3500 ml. Esse volume é condizente com o estado de choque Grau IV observado clinicamente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de 2 litros de perda e o Grau II estão subestimados. No choque Grau II, a FC estaria entre 100-120 bpm e a pressão arterial ainda estaria normal.

Alternativa b) Incorreta. O valor de 0,75 litros e o Grau I representam uma hemorragia leve (até 15 por cento do volume), onde não há alteração significativa de frequência cardíaca ou pressão arterial.

Alternativa c) Incorreta. Embora 2,5 litros seja uma perda considerável, o choque Grau III é caracterizado por uma FC entre 120 e 140 bpm. Como a paciente apresenta FC de 143 bpm e Glasgow 3, ela já se enquadra nos critérios de Grau IV.

Alternativa d) Correta. A estimativa de 3,5 litros de perda sanguínea condiz com a soma das lesões ósseas descritas (pelve, fêmur e tíbia) e os sinais vitais (taquicardia extrema e hipotensão) definem tecnicamente o choque Grau IV.

Questão 30

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de hemorragia digestiva alta (hematêmese após uso de analgésicos, provavelmente anti-inflamatórios não esteroidais para artrose), evoluindo com choque hipovolêmico. Os sinais de instabilidade hemodinâmica são claros: hipotensão arterial (80x45 mmHg), taquicardia (105 bpm), taquipneia, sudorese e agitação (sinal de hipoperfusão cerebral).

Diante de qualquer paciente com hemorragia digestiva grave e instabilidade, a prioridade absoluta segue os preceitos do suporte avançado de vida: estabilização hemodinâmica antes de qualquer investigação diagnóstica ou tratamento definitivo da fonte do sangramento.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): O primeiro passo no manejo de um paciente em choque hipovolêmico por sangramento é garantir o "C" da reanimação (Circulação). Isso é feito através da obtenção de dois acessos venosos periféricos calibrosos (preferencialmente agulhas de calibre 14 ou 16) para a infusão rápida de cristaloides e, se necessário, hemoderivados. Sem a reposição de volume, o paciente corre risco iminente de parada cardiorrespiratória por hipovolemia extrema.

Alternativa B (INCORRETA): A arteriografia com embolização é uma medida terapêutica de exceção. Ela é reservada para casos em que a endoscopia não consegue identificar ou controlar o sangramento, ou quando o paciente não tem condições cirúrgicas. Jamais seria o primeiro passo em um paciente instável que ainda não recebeu volume.

Alternativa C (INCORRETA): A endoscopia digestiva alta é, de fato, o exame de escolha para diagnóstico e tratamento da hemorragia digestiva alta. No entanto, ela deve ser realizada preferencialmente após a estabilização hemodinâmica do paciente. Tentar realizar o procedimento em um paciente com pressão arterial de

80x45 mmHg aumenta drasticamente o risco de complicações anestésicas e cardiovasculares. Primeiro estabilizamos, depois realizamos a endoscopia.

Alternativa D (INCORRETA): O uso de sonda nasogástrica para lavagem com soro gelado é uma prática antiga que não demonstrou benefício na interrupção do sangramento ou na melhora do prognóstico. Além disso, o esvaziamento gástrico por sonda não substitui a necessidade de estabilização volêmica imediata. Atualmente, a sonda é pouco utilizada, servindo às vezes apenas para avaliar se o sangramento ainda está ativo em casos de dúvida, o que não é o caso deste paciente que já apresentou hematêmese clara.

Questão 31

Esta questão aborda o diagnóstico histopatológico e a conduta terapêutica nos nódulos de tireoide, um tema recorrente em provas de residência médica.

Análise do quadro clínico e citopatológico:

A paciente apresenta um nódulo de 4 cm e função tireoidiana normal (screening hormonal normal). O ponto crucial da questão está no resultado da Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF). A descrição de núcleos em "vidro fosco" (conhecidos como olhos da órfã Annie, devido à cromatina clara e periférica) e a presença de fendas ou sulcos intranucleares (grooving intranuclear) são achados patognomônicos do Carcinoma Papilífero de Tireoide.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O cisto colóide é uma lesão benigna. Na PAAF, encontraríamos apenas material colóide e células foliculares sem atipias, o que não condiz com as características de inclusões e fendas nucleares descritas. Além disso, cistos colóides geralmente não requerem tireoidectomia, a menos que causem sintomas compressivos ou estéticos importantes.

b) Incorreta. O carcinoma medular de tireoide origina-se das células C (parafoliculares) e, na citologia, apresenta-se com células fusiformes ou plasmocitoides e presença de substância amiloide. Não apresenta os núcleos em vidro fosco ou fendas, que são exclusivos do tipo papilífero.

c) Correta. O carcinoma papilífero é o câncer de tireoide mais comum e possui as características citológicas exatas descritas no enunciado (olhos da órfã Annie e fendas nucleares). Quanto ao tratamento, embora as diretrizes atuais discutam a tireoidectomia parcial para tumores entre 1 e 4 cm sem extensão extratireoidiana, a conduta clássica e ainda amplamente cobrada em concursos para nódulos de 4 cm

(ou maiores que 1 cm com fatores de risco) é a tireoidectomia total.

d) Incorreta. O carcinoma folicular não pode ser diagnosticado apenas pela PAAF, pois o diagnóstico diferencial entre adenoma folicular e carcinoma folicular depende da análise histológica da peça cirúrgica para identificar invasão capsular ou vascular. Além disso, as características nucleares do tipo papilífero não estão presentes no carcinoma folicular clássico.

Resumo do diagnóstico e conduta:

O Carcinoma Papilífero é o tipo histológico mais frequente das neoplasias malignas da tireoide, apresentando excelente prognóstico. O diagnóstico é sugerido pela PAAF e confirmado pela histopatologia. Diante de um tumor de 4 cm, a tireoidectomia total é a alternativa que melhor se adequa ao padrão de resposta esperado em provas de residência.

Questão 32

O baço desempenha um papel fundamental na defesa imunológica, atuando como um filtro para o sangue e removendo microrganismos, especialmente bactérias opsonizadas. Ele é o principal local de produção de anticorpos (IgM) e de ativação do sistema complemento pela via alternativa. Pacientes asplênicos (sem baço) ou com asplenia funcional (como na anemia falciforme) perdem essa capacidade de depuração, ficando altamente suscetíveis à sepse pós-esplenectomia (OPSI — Overwhelming Post-Splenectomy Infection), uma condição de evolução rápida e alta mortalidade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O vírus da varicela (catapora) não é uma bactéria encapsulada. O risco aumentado nesses pacientes está diretamente ligado à dificuldade de combater patógenos que possuem cápsula polissacarídica, que exige uma resposta imune específica dependente da arquitetura esplênica.

b) Incorreta. O *Haemophilus influenzae* tipo b é um dos três principais agentes encapsulados causadores de infecção grave em esplenectomizados. Apesar de ser um patógeno importante e alvo de vacinação obrigatória nesses pacientes, ele não é o mais frequente.

c) Incorreta. A *Neisseria meningitidis* (meningococo) também é uma bactéria encapsulada que causa quadros graves de sepse e meningite em pacientes sem baço. Contudo, em termos epidemiológicos, sua incidência é menor do que a do pneumococo.

d) Correta. O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é o patógeno mais comumente isolado em casos de sepse pós-esplenectomia, sendo responsável por aproximadamente 50% a 90% de todos os casos relatados na literatura médica. Devido a essa alta prevalência e à gravidade do quadro clínico, a vacinação antipneumocócica é a medida profilática mais importante para esses pacientes.

Questão 33

Para compreender esta questão, é necessário classificar a hipertensão portal de acordo com o local da obstrução ao fluxo sanguíneo em relação aos sinusoides hepáticos. A condição descrita, a trombose das veias supra-hepáticas, é a definição clínica da Síndrome de Budd-Chiari.

Alternativa (a) Incorreta: O ducto biliar terciário integra o sistema excretor de bile. Problemas nesse nível causam quadros de colestase (como icterícia e prurido), mas não possuem relação fisiopatológica direta com a hipertensão portal ou com a formação de varizes de esôfago, que são fenômenos de origem vascular venosa.

Alternativa (b) Correta: A drenagem venosa do fígado ocorre dos sinusoides para as veias centrolobulares, que convergem para as veias supra-hepáticas e, finalmente, para a veia cava inferior. Quando há uma trombose nas veias supra-hepáticas, o sangue encontra uma barreira após ter atravessado os sinusoides. Por isso, essa obstrução é classificada como pós-sinusoidal. Esse represamento sanguíneo aumenta a pressão de forma retrógrada em todo o sistema porta, levando ao desenvolvimento de circulação colateral, como as varizes de esôfago, que podem romper e causar hematêmese.

Alternativa (c) Incorreta: A alteração pré-sinusoidal ocorre quando a resistência ao fluxo está posicionada antes de o sangue atingir os sinusoides hepáticos. Isso é observado em doenças como a esquistossomose (onde o dano ocorre nos espaços porta) ou na trombose da veia porta. Como a questão especifica que a trombose ocorre nas veias de saída (supra-hepáticas), a classificação pré-sinusoidal está incorreta.

Alternativa (d) Incorreta: O espaço linfático hepático sofre impacto indireto na Síndrome de Budd-Chiari. O aumento da pressão hidrostática nos sinusoides gera uma produção excessiva de linfa, o que é um dos principais mecanismos da ascite volumosa observada nesses pacientes. Entretanto, a hematêmese e as varizes de esôfago são decorrentes do componente vascular venoso pós-sinusoidal, e não do sistema linfático.

Resumo: A trombose das veias supra-hepáticas impede o efluxo (saída) de sangue do fígado. Como essa obstrução está localizada após os sinusoides na arquitetura lobular, ela é definida como pós-sinusoidal.

Questão 34

O manejo de um incidentaloma adrenal de grandes dimensões (7 cm) em uma paciente jovem deve focar em duas frentes principais: a avaliação da funcionalidade hormonal e a avaliação do potencial de malignidade.

Alternativa A: O teste de supressão com 1 mg de dexametasona é o exame de rastreio inicial padrão para avaliar a secreção autônoma de cortisol. Ele é obrigatório em todos os casos de incidentaloma adrenal, independentemente do tamanho da lesão ou da presença de sintomas, para descartar a síndrome de Cushing subclínica. Portanto, está indicado.

Alternativa B: A ressonância magnética (RM) com gadolínio é um método de imagem complementar importante. Ela auxilia na caracterização da lesão, permitindo avaliar o conteúdo de gordura intracitoplasmática (técnica de desvio químico ou *chemical shift*), a presença de necrose e a invasão de tecidos ou vasos adjacentes. Em massas de 7 cm, onde a suspeita de carcinoma adrenocortical é elevada, a RM ajuda no planejamento cirúrgico e no estadiamento local. Portanto, está indicada.

Alternativa D: A dosagem de metanefrinas (urinárias ou plasmáticas) é fundamental para descartar feocromocitoma. Esta investigação é mandatória antes de qualquer procedimento ou cirurgia, pois a manipulação de um feocromocitoma não diagnosticado pode levar a crises hipertensivas graves e fatais. Mesmo em pacientes normotensos, a secreção de catecolaminas deve ser excluída. Portanto, está indicada.

Alternativa C (Gabarito): A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) NÃO está indicada neste cenário. Existem três razões principais para isso:

1. A citologia obtida pela punção não consegue diferenciar com segurança um adenoma benigno de um carcinoma adrenocortical. O diagnóstico de malignidade em tumores primários da adrenal depende da análise histopatológica completa da peça cirúrgica (critérios de Weiss), observando invasão capsular, vascular e arquitetura tecidual.
2. Existe um risco real de disseminação de células neoplásicas (semeadura) ao longo do trajeto da agulha em casos de carcinoma.
3. A punção de um feocromocitoma sem bloqueio alfa-adrenérgico prévio pode desencadear uma crise catecolaminérgica maciça.

A biópsia adrenal só é considerada em casos muito específicos: quando há suspeita

de metástase de um câncer extra-adrenal conhecido (e a confirmação mudaria a conduta terapêutica) e somente após o feocromocitoma ter sido categoricamente excluído por exames laboratoriais. No caso descrito, uma massa de 7 cm tem indicação direta de ressecção cirúrgica pelo alto risco de malignidade.

Questão 35

A síndrome de Ogilvie, também conhecida como pseudo-obstrução colônica aguda, é uma condição caracterizada pela dilatação maciça do cólon sem que haja uma causa mecânica (obstrutiva) evidente. Ela ocorre frequentemente em pacientes idosos, institucionalizados ou com doenças neurológicas e metabólicas, como o caso da paciente com Alzheimer avançado citada no enunciado.

O mecanismo fisiopatológico envolve um desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, com predomínio da atividade simpática ou redução da parassimpática, levando à interrupção do peristaltismo efetivo.

A distribuição da distensão gasosa na síndrome de Ogilvie segue um padrão anatômico preferencial: ela acomete predominantemente os segmentos proximais do intestino grosso.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o cólon direito (cólon D) seja um local clássico de distensão na síndrome de Ogilvie, o sigmoide é um segmento distal. A distensão isolada ou predominante do sigmoide é mais característica do vólculo de sigmoide, e não da pseudo-obstrução colônica aguda.

Alternativa b) Correta. Na síndrome de Ogilvie, a dilatação geralmente se inicia no ceco e progride pelo cólon ascendente (direito) até o cólon transverso. Frequentemente, observa-se uma zona de transição funcional próxima à flexura esplênica, onde o calibre do cólon volta ao normal, mesmo sem obstrução mecânica. Portanto, os segmentos mais distendidos são o cólon direito e o transverso. Vale lembrar que o ceco é a área de maior risco para perfuração devido à Lei de Laplace (maior diâmetro gera maior tensão na parede).

Alternativa c) Incorreta. O cólon esquerdo e o sigmoide são segmentos distais. Na síndrome de Ogilvie, esses segmentos costumam apresentar calibre normal ou estar menos distendidos do que a porção proximal. A presença de grande distensão nessas áreas sugeriria uma obstrução mecânica distal ou outras patologias.

Alternativa d) Incorreta. O cólon transverso é comumente afetado, mas o cólon

esquerdo (descendente) costuma estar menos dilatado ou até colabado na síndrome de Ogilvie clássica, uma vez que a distensão tende a ser mais proeminente no lado direito e no transversos.

Resumo: A tomografia computadorizada na síndrome de Ogilvie revela uma dilatação importante do ceco, cólon ascendente e transversos, com uma redução súbita do calibre (sem massa ou estenose) geralmente ao nível da flexura esplênica. Por isso, a alternativa B é a que descreve corretamente os segmentos mais afetados.

Questão 36

A proctocolectomia total com ileostomia terminal resulta na perda definitiva da principal superfície de reabsorção de água e eletrólitos do organismo: o cólon. Por esse motivo, o manejo do débito da ileostomia é o ponto principal para evitar a desidratação e os distúrbios hidroeletrólíticos, como a hiponatremia e a hipocalcemia, após a alta hospitalar.

O processo de adaptação intestinal faz com que, com o passar dos dias e o início da alimentação oral, o intestino delgado aumente gradualmente sua capacidade de absorção para compensar a ausência do intestino grosso. O débito considerado fisiológico e seguro para um paciente com ileostomia já adaptada e sob dieta oral plena varia entre 500 mL e 1.000 mL por dia.

Análise das alternativas:

Alternativas A e B (3.000 mL e 2.500 mL): Valores nesta magnitude são tecnicamente definidos como ileostomia de alto débito (high-output stoma). Perdas superiores a 2.000 mL por dia tornam impossível a manutenção do equilíbrio hídrico apenas por via oral, levando rapidamente a desidratação grave, depleção de magnésio e sódio, e risco de insuficiência renal pré-renal. São valores que exigem intervenção médica e farmacológica, não sendo adequados para uma condição de alta segura.

Alternativa C (1.500 mL): Embora seja um valor encontrado em alguns pacientes no período pós-operatório imediato, 1.500 mL é considerado o limite superior de alerta. Manter esse débito diariamente coloca o paciente em risco constante de balanço hídrico negativo e formação de cálculos renais por urina concentrada. A maioria dos protocolos de cirurgia colorretal busca reduzir o débito para níveis mais próximos de 1.000 mL antes de considerar o paciente totalmente estabilizado.

Alternativa D (1.000 mL): Esta é a alternativa correta. O débito alvo de uma ileostomia funcional deve girar em torno de 500 a 1.000 mL em 24 horas. Dentro dessa faixa, o organismo consegue compensar as perdas através da ingestão oral

adequada de líquidos e sal, garantindo a homeostase e prevenindo as complicações hidroeletrólíticas mencionadas no enunciado.

Em resumo, o controle do débito para que não ultrapasse 1.000 mL/dia é o parâmetro ideal para assegurar que o paciente com ileostomia possa manter uma vida saudável e hidratada apenas com suporte dietético.

Questão 37

A questão aborda os mecanismos fisiopatológicos das cirurgias bariátricas, focando especificamente na modulação hormonal e na sinalização entre o trato gastrointestinal e o sistema nervoso central (eixo enteroencefálico).

Alternativa (a) Incorreta: A cirurgia de Collis (gastroplastia de Collis) não é um procedimento para o tratamento da obesidade. Trata-se de uma técnica cirúrgica utilizada para o alongamento do esôfago em pacientes com braquiesôfago (esôfago curto), geralmente associada ao tratamento de hérnias de hiato complexas ou doença do refluxo gastroesofágico grave.

Alternativa (b) Correta: A gastrectomia vertical, também conhecida como "Sleeve", embora seja classificada inicialmente como um procedimento restritivo, possui um importante componente endócrino. A ressecção da grande curvatura gástrica inclui a retirada do fundo gástrico, que é o principal local de produção da grelina, conhecida como o hormônio da fome. A redução drástica nos níveis de grelina diminui o apetite. Além disso, a aceleração do esvaziamento gástrico para o intestino delgado promove a liberação precoce de hormônios como o GLP-1 e o PYY, que atuam no hipotálamo aumentando a saciedade e melhorando o metabolismo da glicose. Esse conjunto de alterações hormonais caracteriza a ação no eixo endócrino-enteroencefálico.

Alternativa (c) Incorreta: A gastrectomia subtotal é um procedimento clássico da cirurgia geral, indicado principalmente para o tratamento de neoplasias gástricas ou complicações de doença ulcerosa péptica (como estenoses ou perfurações). Embora remova parte do estômago, ela não é desenhada ou padronizada como uma técnica de cirurgia metabólica para o tratamento da obesidade com foco na modulação do eixo enteroencefálico.

Alternativa (d) Incorreta: A banda gástrica ajustável é considerada um procedimento puramente restritivo mecânico. Ela consiste na colocação de um anel de silicone ao redor da parte superior do estômago para limitar a ingestão de alimentos. Ao contrário da gastrectomia vertical, a banda gástrica não envolve a ressecção de tecido gástrico nem altera significativamente a secreção de hormônios gastrointestinais ou a sinalização neuroendócrina de saciedade.

Questão 38

Esta questão exige o conhecimento da classificação anatômica das hérnias de hiato, que são divididas em quatro tipos principais. O ponto fundamental para a resolução é a localização da transição esofagogástrica (linha Z) em relação ao hiato diafragmático (pinçamento).

Análise do caso clínico:

A endoscopia revelou que a linha Z está coincidente com o pinçamento diafragmático. Isso indica que a junção esofagogástrica (JEG) está em sua posição anatômica normal, ao nível do diafragma. No entanto, a tomografia computadorizada mostrou que parte do estômago está herniada para o tórax. Essa configuração, em que a JEG está fixa, mas o fundo gástrico se projeta para cima ao lado do esôfago, caracteriza a hérnia paraesofágica verdadeira.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A hérnia tipo IV ocorre quando, além do estômago, outros órgãos abdominais (como cólon, baço, intestino delgado ou pâncreas) também se encontram no interior do saco herniário no tórax. A questão menciona apenas a herniação do estômago.

b) Incorreta. A hérnia tipo III é a hérnia mista. Ela combina características do tipo I e do tipo II. Nesse caso, tanto a junção esofagogástrica quanto o fundo gástrico estão deslocados para cima do diafragma. Na questão, a linha Z está no lugar correto (coincidente com o pinçamento), o que descarta o tipo III.

c) Correta. A hérnia tipo II, ou hérnia paraesofágica verdadeira, ocorre quando a junção esofagogástrica permanece fixada ao ligamento frenoesofágico (mantendo a linha Z ao nível do diafragma), mas o fundo gástrico hernia para o tórax através do hiato. É exatamente o que foi descrito no enunciado.

d) Incorreta. A hérnia tipo I, ou hérnia por deslizamento, é a mais comum (cerca de 95% dos casos). Nela, a junção esofagogástrica desliza para cima do hiato diafragmático. Portanto, na endoscopia, a linha Z estaria acima do pinçamento diafragmático, o que contraria o achado do exame descrito.

Resumo da classificação:

Tipo I (Deslizamento): JEG acima do diafragma.

Tipo II (Paraesofágica): JEG no nível do diafragma, mas fundo gástrico no tórax.

Tipo III (Mista): JEG e fundo gástrico no tórax.

Tipo IV (Gigante/Complexa): Estômago e outros órgãos no tórax.

Questão 39

O diagnóstico de apendicite aguda é eminentemente clínico, mas ferramentas como o Escore de Alvarado auxiliam na estratificação de risco e na decisão terapêutica. O escore utiliza o mnemônico MANTRELS para facilitar a memorização de seus critérios:

M (Migração da dor para a fossa ilíaca direita): 1 ponto. O paciente relatou que a dor começou no epigástrio e mudou para o lado direito.

A (Anorexia): 1 ponto. O paciente refere anorexia na história.

N (Náusea ou vômitos): 1 ponto. O paciente refere náuseas.

T (Tenderness/Dor à palpação na fossa ilíaca direita): 2 pontos. O exame físico descreve dor importante à palpação profunda nessa região.

R (Rebound/Descompressão brusca dolorosa): 1 ponto. O paciente NÃO pontua aqui, pois o enunciado nega sinais de irritação peritoneal.

E (Elevação da temperatura/Febre superior a 37,3 graus): 1 ponto. O paciente NÃO pontua, pois está afebril.

L (Leucocitose superior a 10.000/mcL): 2 pontos. O paciente apresenta 13.000 leucócitos.

S (Shift to the left/Desvio à esquerda - Neutrofilia): 1 ponto. O paciente NÃO pontua, pois apresenta apenas 1% de bastões (o desvio geralmente é considerado acima de 5 a 10% ou neutrofilia absoluta).

Somando a pontuação deste caso:

1 (migração) + 1 (anorexia) + 1 (náusea) + 2 (dor na FID) + 2 (leucocitose) = 7 pontos.

Interpretação do Escore de Alvarado:

- 1 a 4 pontos: Baixa probabilidade (apendicite improvável).
- 5 a 6 pontos: Consistente com apendicite, mas não diagnóstica (apendicite possível; recomenda-se observação ou exames de imagem).
- 7 a 8 pontos: Alta probabilidade (apendicite provável; recomenda-se avaliação cirúrgica ou imagem se houver dúvida).
- 9 a 10 pontos: Apendicite muito provável (indicação cirúrgica).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Correta. A soma dos critérios totaliza 7 pontos e, conforme a classificação do escore, o quadro é interpretado como apendicite provável.

Alternativa B: Incorreta. A pontuação de 4 ignora a leucocitose significativa (2 pontos) e a dor localizada na fossa ilíaca direita (2 pontos), que sozinhas já somariam 4, sem contar os sintomas clínicos.

Alternativa C: Incorreta. O Escore de Alvarado tem pontuação máxima de 10 pontos. Portanto, 12 pontos é um valor inexistente na escala.

Alternativa D: Incorreta. Para atingir 10 pontos, o paciente precisaria obrigatoriamente apresentar febre, sinal de descompressão brusca dolorosa (sinal de Blumberg) e desvio à esquerda no hemograma, achados que foram negados no enunciado.

Questão 40

Para resolver essa questão, o primeiro passo é classificar o grau da doença hemorroidária interna do paciente, baseando-se nos achados do exame físico e na história clínica. O paciente apresenta protrusão (prolapso) com redução espontânea, o que caracteriza a hemorroida de Grau II. A classificação de Goligher define: Grau I (apenas sangramento, sem prolapso), Grau II (prolapso com redução espontânea), Grau III (prolapso que exige redução manual) e Grau IV (prolapso persistente ou irreduzível).

O paciente já realizou tratamento conservador (medidas tópicas e dietéticas) por seis meses sem sucesso. Para hemorroidas de Grau II que não respondem ao tratamento clínico, a conduta de escolha é a realização de procedimentos ambulatoriais não cirúrgicos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A infiltração local com lidocaína é um procedimento anestésico temporário. Ela pode ser usada para aliviar a dor em casos de trombose hemorroidária aguda ou como parte de uma técnica cirúrgica, mas não é um tratamento definitivo para a doença hemorroidária interna crônica com prolapso e sangramento.

Alternativa b) Incorreta. A hemorroidectomia de Ferguson (técnica fechada) é um procedimento cirúrgico invasivo, realizado em centro cirúrgico sob anestesia. Geralmente é reservada para casos mais graves, como hemorroidas de Grau III e IV, ou quando há um componente externo muito importante e falha completa de métodos menos invasivos. Para um Grau II, é considerada uma conduta excessiva inicialmente.

Alternativa c) Incorreta. O PPH (Grampeamento Cirúrgico ou Hemorroidopexia Mecânica) é uma técnica cirúrgica indicada principalmente para hemorroidas de Grau III e IV ou casos de prolapso muco-hemorroidário circunferencial. Assim como a hemorroidectomia convencional, exige ambiente hospitalar e possui indicações

específicas que não se enquadram como primeira escolha para o Grau II.

Alternativa d) Correta. A ligadura elástica ambulatorial é o tratamento padrão-ouro para hemorroidas de Grau II (e algumas de Grau III) que não melhoraram com fibras e pomadas. É um procedimento simples, realizado no consultório sem necessidade de anestesia, com baixo índice de complicações e boa eficácia para controlar o sangramento e o prolapso, agindo através da necrose isquêmica e fixação da mucosa.

Questão 41

Para resolver esta questão, devemos focar no achado clínico principal: a ausência de útero em um indivíduo com fenótipo feminino e amenorreia primária. Na propedêutica da amenorreia primária, quando o útero está ausente ao exame de imagem, os dois principais diagnósticos diferenciais são a Agenesia Mülleriana e a Síndrome de Insensibilidade Androgênica Completa.

Alternativa (a) Incorreta. A agenesia mülleriana (Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser) explica perfeitamente o quadro, pois nela ocorre uma falha no desenvolvimento dos ductos de Müller. No entanto, na disgenesia gonadal pura (como na Síndrome de Swyer, 46,XY), as gônadas não são funcionais (gônadas em fita) e não produzem o hormônio antimülleriano (HAM). Sem a presença do HAM, os ductos de Müller se desenvolvem normalmente, o que significa que essas pacientes possuem útero e vagina normais, divergindo do caso clínico.

Alternativa (b) Correta. Estas são as duas condições que cursam com fenótipo feminino e ausência de útero. Na agenesia mülleriana (46,XX), os ovários são normais, mas há uma falha anatômica na formação do útero e dos 2/3 superiores da vagina. Na insensibilidade androgênica completa (46,XY), o indivíduo possui testículos que produzem HAM, provocando a regressão dos ductos de Müller (ausência de útero). Por haver resistência total aos hormônios masculinos, a genitália externa desenvolve-se como feminina.

Alternativa (c) Incorreta. Como já mencionado, na disgenesia gonadal pura o útero está presente. Na hipoplasia de células de Sertoli, haveria uma deficiência na produção ou secreção do HAM durante a fase embrionária. Sem HAM suficiente, os ductos de Müller não regridem, resultando na presença de útero e trompas no indivíduo, o que invalida a hipótese para este caso.

Alternativa (d) Incorreta. Embora a insensibilidade androgênica se encaixe na descrição, a hipoplasia de células de Sertoli levaria à persistência dos ductos müllerianos. Portanto, o paciente apresentaria útero na ultrassonografia.

Resumo do raciocínio:

1. Ausência de útero = Algum fator impediu o desenvolvimento dos ductos de Müller (HAM presente) ou os ductos não se formaram por defeito genético.
2. HAM presente em fenótipo feminino ocorre na Insensibilidade Androgênica (46,XY).
3. Defeito na formação dos ductos ocorre na Agenesia Mülleriana (46,XX).

Questão 42

Análise do caso clínico:

A paciente em questão apresenta um fator determinante para a escolha do método contraceptivo: o antecedente de câncer de mama. Segundo os Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos da Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer de mama é uma condição classificada como Categoria 4 para o uso de qualquer método hormonal (seja ele combinado ou apenas de progestagênio). Isso significa que o uso desses métodos representa um risco à saúde inaceitável, devido ao fato de o câncer de mama ser um tumor frequentemente sensível a hormônios, o que pode favorecer a recidiva da doença.

Alternativa a) Incorreta. O implante de etonorgestrel é um método hormonal que libera progestagênio de forma contínua. Apesar de não conter estrogênio, o uso de progestagênios isolados também é contraindicado (Categoria 4) em pacientes com história atual ou passada de câncer de mama.

Alternativa b) Incorreta. O injetável trimestral utiliza o acetato de medroxiprogesterona. Assim como o implante, trata-se de um método hormonal (progestagênio isolado) e é formalmente contraindicado para mulheres com histórico de neoplasia de mama pelo risco de estímulo a células tumorais remanescentes.

Alternativa c) Correta. O DIU de cobre é um método não hormonal. Ele atua promovendo uma reação inflamatória estéril no endométrio que é citotóxica para os espermatozoides, sem liberar qualquer substância na corrente sanguínea que possa interagir com receptores hormonais mamários. Para pacientes com câncer de mama, o DIU de cobre é classificado como Categoria 1 (sem restrição ao uso), sendo a opção de escolha para garantir uma contracepção segura e eficaz.

Alternativa d) Incorreta. O anel vaginal é um método contraceptivo combinado, ou seja, contém estrogênio e progestagênio. O estrogênio possui uma contraindicação ainda mais rigorosa em casos de tumores dependentes de hormônios. Além disso, a paciente é hipertensa e tem 38 anos; o uso de estrogênio em mulheres acima de 35 anos que possuem comorbidades cardiovasculares deve ser evitado, reforçando a

inadequação deste método.

Questão 43

Para compreender a zona de transformação (ZT), é fundamental entender a histologia do colo do útero. O colo uterino possui dois tipos de revestimentos: o epitélio escamoso estratificado (que reveste a parte externa, ou ectocérvice) e o epitélio colunar simples ou glandular (que reveste o canal interno, ou endocérvice).

A zona de transformação é a região localizada entre a junção escamocolunar (JEC) original e a nova JEC. Nessa área, ocorre um processo dinâmico chamado metaplasia escamosa, em que o epitélio colunar, ao ser exposto ao ambiente ácido da vagina e às flutuações hormonais, é gradualmente substituído por um epitélio escamoso mais resistente. Este é um fenômeno biológico normal e esperado em mulheres durante a vida reprodutiva; portanto, é um achado fisiológico.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Define com precisão que a zona de transformação é um achado fisiológico (normal) decorrente da substituição do epitélio colunar (glandular) pelo epitélio escamoso.

Alternativa b) Incorreta. O erro está na direção da transformação. O processo de metaplasia ocorre do epitélio colunar para o escamoso, e não o inverso. O epitélio escamoso não se transforma em colunar na zona de transformação.

Alternativa c) Incorreta. A zona de transformação não é uma patologia ou doença. Embora seja o local onde se originam a maioria das lesões pré-neoplásicas (NIC) e o câncer do colo do útero devido à alta atividade celular, a existência da zona de transformação em si faz parte da anatomia funcional normal do colo uterino.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa apresenta dois erros: classifica o achado como patológico e inverte o sentido da transformação epitelial (que deve ser de colunar para escamoso).

Questão 44

O quadro clínico apresentado é clássico de uma vulvovaginite inflamatória. Para chegar ao diagnóstico correto, devemos analisar as características do conteúdo vaginal, os sintomas associados e os achados do exame físico e do pH.

Alternativa (a) Incorreta: A candidíase vulvovaginal manifesta-se tipicamente com

prurido intenso (que a paciente nega) e um corrimento branco, aderente e em grumos (aspecto de leite coalhado). Além disso, na candidíase, o pH vaginal costuma permanecer ácido (menor que 4,5), diferentemente do valor superior a 4,5 relatado na questão.

Alternativa (b) Incorreta: A enterobiose (infestação pelo *Enterobius vermicularis*) é uma causa de prurido anal e, ocasionalmente, pode causar vulvovaginite em crianças por migração do helminto. No entanto, não é a causa de corrimento profuso amarelado com pH elevado em mulheres adultas sexualmente ativas.

Alternativa (c) Correta: A tricomoníase é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Ela se caracteriza por corrimento profuso, bolhoso, amarelado ou amarelo-esverdeado e com odor fétido. Por ser uma infecção francamente inflamatória, causa hiperemia (vermelhidão) da mucosa vaginal e do colo uterino (o clássico colo em framboesa ou morango). O pH vaginal na tricomoníase é sempre elevado (maior que 4,5). Um ponto fundamental do enunciado é a piora pós-menstrual: o sangue menstrual eleva o pH vaginal, o que favorece a replicação do *Trichomonas*, exacerbando os sintomas nesse período.

Alternativa (d) Incorreta: A vaginose bacteriana também apresenta pH elevado (maior que 4,5) e corrimento, mas é uma condição não inflamatória. Por definição, na vaginose bacteriana não há hiperemia da vagina ou do colo, nem sensação de queimação importante ou dor, sendo o sintoma principal o odor fétido (semelhante a peixe podre), que piora após o coito ou a menstruação. A presença de hiperemia relatada no exame físico afasta esse diagnóstico.

Questão 45

Para responder a essa questão, é fundamental conhecer a classificação da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) para os leiomiomas uterinos, que os divide em categorias de 0 a 8 baseando-se na sua localização anatômica e profundidade.

O sistema de classificação da FIGO é definido da seguinte forma:

- 0: Submucoso pediculado (intracavitário).
- 1: Submucoso com menos de 50% de componente intramural.
- 2: Submucoso com 50% ou mais de componente intramural.
- 3: Intramural que entra em contato com o endométrio.
- 4: Intramural puro (não atinge o endométrio nem a serosa).
- 5: Subseroso com 50% ou mais de componente intramural.
- 6: Subseroso com menos de 50% de componente intramural.
- 7: Subseroso pediculado (ligado ao útero apenas por um pedículo, localizado na parte

externa).

8: Outros locais (cervical, parasita, etc.).

Analise das alternativas:

a) Incorreta. O mioma submucoso pediculado é classificado como FIGO tipo 0. Embora a miomectomia histeroscópica seja o tratamento correto para o tipo 0, a alternativa não condiz com o enunciado que descreve o tipo 7.

b) Incorreta. O submucoso pediculado é o tipo 0. Além disso, miomas estritamente submucosos devem ser abordados preferencialmente por via histeroscópica, e não laparoscópica, para evitar incisões desnecessárias no miométrio e na serosa.

c) Incorreta. A definição do mioma tipo 7 como subseroso pediculado está correta. No entanto, a indicação de miomectomia histeroscópica está errada. A histeroscopia atua por dentro da cavidade uterina; miomas subserosos estão do lado de fora do útero e só podem ser acessados por via abdominal (laparoscopia ou laparotomia).

d) Correta. Esta alternativa correlaciona perfeitamente a classificação da FIGO com a conduta. O mioma tipo 7 é, por definição, um mioma subseroso pediculado. Para pacientes com desejo reprodutivo que necessitam de tratamento cirúrgico, a miomectomia laparoscópica é a via preferencial para abordar miomas localizados na superfície externa do útero (subserosos), por ser menos invasiva e permitir uma excelente recuperação.

Questão 46

O quadro clínico descreve sinais claros de virilização em uma mulher de 58 anos: voz grossa, alopecia (calvície de padrão masculino) e hipertrofia do clitóris. Esses sintomas indicam uma exposição severa e progressiva a hormônios androgênicos, como a testosterona. A detecção de uma massa sólida ovariana de 5 cm aponta para um tumor ovariano como a fonte dessa secreção hormonal.

Alternativa a: Incorreta. A linhagem epitelial é a mais comum entre os tumores de ovário em mulheres idosas, incluindo tipos como seroso, mucinoso e endometrióide. Contudo, esses tumores geralmente não possuem atividade hormonal. Eles costumam se manifestar com sintomas de massa ocupante de espaço, como aumento do volume abdominal, dor ou ascite, mas não causam virilização.

Alternativa b: Correta. Os tumores de linhagem estromal (também conhecidos como tumores do cordão sexual-estroma) derivam do mesênquima gonadal e são caracterizados por sua capacidade de produzir hormônios esteróides. Dentro desse

grupo, os tumores de células de Sertoli-Leydig são os principais responsáveis por quadros de virilização súbita ou progressiva devido à secreção de androgênios. Sendo assim, a linhagem estromal é a única que explica perfeitamente a associação entre a massa sólida e a sintomatologia hormonal descrita.

Alternativa c: Incorreta. Tumores metastáticos para o ovário (como o tumor de Krukenberg, oriundo do estômago ou cólon) são tipicamente bilaterais e não produzem hormônios sexuais de forma primária. O quadro clínico dessas pacientes costuma ser dominado por sintomas gastrointestinais, perda de peso e caquexia.

Alternativa d: Incorreta. A linhagem de células germinativas (como disgerminomas e teratomas) é característica de crianças, adolescentes e mulheres jovens, sendo rara após a menopausa. Além disso, esses tumores não costumam produzir androgênios; quando produzem hormônios, geralmente elevam o hCG ou a alfa-fetoproteína, que não causam o quadro de virilização apresentado.

Questão 47

A bexiga hiperativa é uma síndrome clínica caracterizada principalmente pela urgência urinária, frequentemente acompanhada de polaciúria (aumento da frequência) e noctúria, com ou sem incontinência de urgência. Fisiopatologicamente, ocorre devido a contrações involuntárias do músculo detrusor durante a fase de enchimento vesical. O tratamento visa reduzir essas contrações e aumentar a capacidade funcional da bexiga.

Alternativa A: Incorreta. Substâncias antiadrenérgicas, especificamente os alfa-bloqueadores, agem relaxando a musculatura lisa do colo vesical e da uretra proximal. Eles são indicados para o tratamento de sintomas obstrutivos, como na hiperplasia prostática benigna (HPB), facilitando a saída da urina, e não para o controle da hiperatividade do detrusor. Para a bexiga hiperativa, o uso de agonistas beta-3 adrenérgicos (como a mirabegrona) seria uma opção para promover o relaxamento do detrusor, e não substâncias antiadrenérgicas.

Alternativa B: Incorreta. Medicamentos colinérgicos (como o betanecol) estimulam a contração do músculo detrusor através dos receptores muscarínicos. Eles são indicados para quadros de hipotonia vesical ou retenção urinária não obstrutiva. Na bexiga hiperativa, o objetivo é o oposto: utilizam-se medicamentos anticolinérgicos (antimuscarínicos) para inibir as contrações involuntárias.

Alternativa C: Incorreta. Os inibidores da aromatase são medicamentos que bloqueiam a conversão periférica de androgênios em estrogênios. São amplamente utilizados na oncologia para o tratamento do câncer de mama em mulheres na

pós-menopausa, não possuindo papel no tratamento da bexiga hiperativa.

Alternativa D: Correta. A aplicação intradetrusora de toxina botulínica tipo A é uma terapia de terceira linha consolidada para pacientes com bexiga hiperativa que não responderam ou que apresentam contra-indicações/efeitos colaterais intoleráveis aos medicamentos orais (anticolinérgicos ou agonistas beta-3). A toxina bloqueia a liberação de acetilcolina nas terminações nervosas pré-sinápticas da junção neuromuscular, inibindo temporariamente a contração do músculo detrusor e reduzindo a sensibilidade aferente vesical, o que alivia significativamente a urgência e os episódios de incontinência.

Questão 48

A lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) da vulva, anteriormente denominada Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) de tipo usual, ocorre predominantemente em mulheres jovens e está fortemente associada à infecção persistente por tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV), especialmente o HPV 16. O caso descreve uma paciente com diversos fatores de risco metabólicos, mas a questão exige a identificação daquele que está especificamente ligado ao desenvolvimento da HSIL vulvar.

Alternativa a) Incorreta. O diabetes mellitus pode causar prurido vulvar devido à predisposição para candidíase e outras infecções fúngicas decorrentes da hiperglicemia, mas não é considerado um fator etiológico ou de risco direto para o desenvolvimento da displasia escamosa (HSIL) vulvar.

Alternativa b) Incorreta. A obesidade é um fator de risco bem estabelecido para neoplasias hormonodependentes, como o câncer de endométrio, devido à conversão periférica de andrógenos em estrógenos. No entanto, não possui associação direta com a patogênese das lesões vulvares induzidas pelo HPV.

Alternativa c) Correta. O tabagismo é um dos principais cofatores para o surgimento de lesões precursoras e câncer de células escamosas no trato genital inferior (colo do útero, vagina e vulva). Os componentes carcinogênicos do tabaco são concentrados no epitélio genital e promovem uma imunossupressão local, prejudicando a função das células de Langerhans. Isso dificulta a eliminação natural do HPV pelo sistema imune, favorecendo a persistência viral e a progressão para lesões de alto grau.

Alternativa d) Incorreta. A hipertensão arterial sistêmica não apresenta qualquer mecanismo fisiopatológico que a ligue ao desenvolvimento de neoplasias intraepiteliais. Sua presença no enunciado serve para descrever o perfil de comorbidades da paciente, mas não justifica a patologia vulvar apresentada.

Questão 49

A questão aborda o manejo sindrômico das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), especificamente o protocolo do Ministério da Saúde para úlceras genitais. O objetivo do manejo sindrômico é tratar as causas mais prováveis de forma imediata, mas existem situações em que a investigação deve ser aprofundada.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com IST do Ministério da Saúde, a biópsia de uma úlcera genital está indicada quando as lesões persistem por mais de quatro semanas, sem cicatrização após o tratamento convencional. Essa conduta é fundamental para descartar diagnósticos diferenciais, principalmente processos neoplásicos (como o câncer de pênis ou de vulva) e infecções de curso crônico que não responderam à terapêutica inicial.

Alternativa b) Incorreta. A apresentação de uma lesão única é característica marcante da sífilis primária (cancro duro). Nessas situações, a conduta padrão é o tratamento medicamentoso com benzilpenicilina benzatina, não havendo indicação de biópsia baseada apenas na unicidade da lesão.

Alternativa c) Incorreta. A idade ou o sexo do paciente não são critérios isolados para indicação de biópsia no fluxograma de úlcera genital. A indicação depende do aspecto clínico da lesão, do tempo de evolução e da resposta aos tratamentos instituídos.

Alternativa d) Incorreta. A presença ou ausência de dor é um critério clínico utilizado para diferenciar as etiologias no manejo sindrômico. Por exemplo, úlceras dolorosas sugerem herpes genital ou cancro mole, enquanto úlceras indolores sugerem sífilis ou linfogranuloma venéreo. No entanto, a dor por si só não é indicação para procedimento biópsico.

Resumo: A biópsia é reservada para casos de cronicidade (mais de 4 semanas), suspeita de malignidade ou quando as lesões não regredem com os esquemas terapêuticos preconizados para as ISTs mais comuns.

Questão 50

Essa questão aborda o manejo clínico da endometriose profunda e do endometrioma ovariano em uma paciente que deseja evitar a cirurgia, apesar de possuir queixas de infertilidade e dor.

Alternativa (a): Correta. O tratamento clínico da endometriose, fundamentado no uso de hormônios (como progestágenos, anticoncepcionais combinados ou análogos do GnRH) e analgésicos, tem como principal objetivo o controle dos sintomas dolorosos. Esses medicamentos atuam na supressão do estímulo estrogênico sobre os focos de endometriose, reduzindo a inflamação e, conseqüentemente, a dor pélvica e a dismenorreia.

Alternativa (b): Incorreta. O tratamento clínico medicamentoso não aumenta as taxas de fertilidade na endometriose. Na verdade, a maioria das terapias hormonais utilizadas são anovulatórias, impedindo a gestação durante o uso. Estudos demonstram que a supressão hormonal isolada não melhora a chance de gravidez espontânea após a interrupção do tratamento. Para pacientes com infertilidade e endometriose, as condutas indicadas são a cirurgia (para restaurar a anatomia pélvica) ou a reprodução assistida.

Alternativa (c): Incorreta. Endometriomas, especialmente os volumosos como o de 7 cm descrito no caso, não regredem com tratamento medicamentoso. O conteúdo achocolatado e a cápsula do cisto não são reabsorvidos pela terapia hormonal. O tratamento padrão para endometriomas maiores que 3 a 4 cm, principalmente se sintomáticos, é a exérese cirúrgica (cistectomia).

Alternativa (d): Incorreta. O espessamento dos ligamentos uterossacos caracteriza a endometriose profunda, que frequentemente envolve componentes fibróticos e cicatriciais. Embora a medicação possa reduzir o processo inflamatório e a dor no local, ela não é capaz de promover a regressão anatômica das lesões ou a redução do espessamento já estabelecido. O tratamento clínico foca na sintomatologia, não na cura anatômica da lesão infiltrativa.

Questão 51

Para resolver essa questão, é fundamental dominar os conceitos de estática fetal, que descrevem a relação do feto com a bacia materna e o útero. A questão fornece a variedade de posição OET (Occipito-Esquerda-Transversa) e pede para identificar a situação e a posição.

1. Entendendo a Situação Fetal:

A situação refere-se à relação entre o maior eixo do feto e o maior eixo da cavidade

uterina (eixo longitudinal da mãe).

- Situação Longitudinal: Os eixos coincidem. É o que ocorre nas apresentações cefálicas e pélvicas.
- Situação Transversa: Os eixos são perpendiculares.
- Situação Oblíqua: Os eixos se cruzam em ângulo.

No caso clínico, o toque vaginal identifica a variedade de posição OET. O termo "Occipito" indica uma apresentação cefálica fletida. Se há uma apresentação cefálica e o feto já se encontra no plano +1 de De Lee (dentro do canal de parto), a situação obrigatoriamente é longitudinal.

2. Entendendo a Posição Fetal:

A posição é a relação do ponto de referência fetal com o lado direito ou esquerdo da pelve materna.

Na sigla OET:

- O (Occipito): É o ponto de referência fetal (λ), indicando apresentação cefálica fletida.
- E (Esquerda): Indica que o ponto de referência (occipital) está voltado para o lado esquerdo da mãe. Portanto, a posição é esquerda.
- T (Transversa): Indica a variedade de posição, ou seja, que o occipital está voltado para a lateral da bacia (neste caso, lateral esquerda), e não para a frente (púbis) ou para trás (sacro).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A situação é longitudinal (pois o feto está em apresentação cefálica) e a posição é esquerda (conforme indicado pela letra "E" em OET).
- b) Incorreta. Embora a situação seja longitudinal, a posição é esquerda, e não direita. Se fosse direita, a sigla seria ODT (Occipito-Direita-Transversa).
- c) Incorreta. Existe uma confusão comum entre "situação transversa" e "variedade de posição transversa". A situação do feto é longitudinal. O termo "transversa" na sigla OET refere-se apenas à orientação da cabeça fetal em relação ao diâmetro transverso da bacia, e não à posição do corpo inteiro do feto no útero.
- d) Correta. Como o feto está em apresentação cefálica (implícito em "Occipito") e posicionado no canal de parto (plano +1), a situação é longitudinal. A posição é esquerda, conforme explicitado pela letra "E" na nomenclatura OET.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 52

Para analisar este partograma, devemos observar a progressão da dilatação cervical (representada pelos triângulos) e a descida da apresentação fetal (representada pelos círculos) em relação às linhas de Alerta e de Ação.

Análise do Partograma:

Dilatação (Triângulos): A fase ativa do trabalho de parto tem início aos 4 cm de dilatação (às 21h). A partir desse ponto, nota-se que a curva de dilatação se mantém sempre à esquerda da Linha de Alerta. A evolução ocorre de forma satisfatória, atingindo a dilatação total (10 cm) em cerca de 5 horas (entre 21h e 02h), o que respeita a velocidade mínima esperada de 1 cm/hora para uma evolução normal.

Descida (Círculos): O polo cefálico fetal progride de forma síncrona com a dilatação. Começa em uma posição alta (estática -3 de De Lee) e desce progressivamente conforme o colo se dilata, atingindo o plano +1/+2 no momento da dilatação total.

Batimentos Cardíofetais (FCF) e Contrações: A frequência cardíaca fetal mantém-se estável entre 120 e 140 bpm, dentro da normalidade. A dinâmica uterina (quadrados preenchidos na base) mostra um aumento gradual na intensidade e frequência das contrações, tornando-se efetiva para promover o parto.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A desproporção cefalopélvica (DCP) seria caracterizada por uma parada na progressão da dilatação (frequentemente ultrapassando a linha de ação) associada à interrupção da descida da apresentação, mesmo na presença de boas contrações. No gráfico, vemos tanto a dilatação quanto a descida progredindo sem obstáculos.

b) Correta. O partograma demonstra uma evolução fisiológica e harmoniosa. A dilatação cervical progride de forma constante à esquerda da linha de alerta, e a descida fetal acompanha esse processo. Não há evidências de distocias ou sofrimento fetal.

c) Incorreta. A hipersistolia refere-se a contrações excessivamente intensas ou prolongadas. Embora o gráfico mostre contrações eficientes (quadrados totalmente pintados no final), elas resultaram em uma progressão normal e não em um quadro de parto precipitado ou sofrimento fetal agudo que justificasse esse diagnóstico como uma patologia do gráfico.

d) Incorreta. A hipoatividade uterina ocorreria se as contrações fossem insuficientes

para dilatar o colo, resultando em um prolongamento do trabalho de parto (distocia funcional), o que faria a curva de dilatação cruzar a linha de alerta e a linha de ação, o que não aconteceu.

Questão 53

Para resolver essa questão, devemos primeiro relembrar os alvos terapêuticos da glicemia capilar no diabetes mellitus gestacional (DMG), recomendados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO):

- Jejum: menor que 95 mg/dL.
- 1 hora pós-prandial: menor que 140 mg/dL.
- 2 horas pós-prandial: menor que 120 mg/dL.

Analisando a tabela de monitorização domiciliar da paciente na imagem:

- Na linha da glicemia de jejum, apenas o valor de domingo (96 mg/dL) está levemente acima do alvo de 95 mg/dL. Os outros seis dias estão normais.
- Na linha de 1 h pós-prandial, apenas o valor de domingo (142 mg/dL) está acima do alvo de 140 mg/dL. Os outros seis dias estão normais.
- Na linha de 2 h pós-prandial, os valores de domingo (124 mg/dL) e sexta-feira (121 mg/dL) estão levemente acima do alvo de 120 mg/dL. Os outros cinco dias estão normais.

No manejo do DMG, considera-se que o controle glicêmico está adequado quando pelo menos 70% a 80% dos valores medidos estão dentro das metas. No caso apresentado, a vasta maioria das medições está rigorosamente controlada, com apenas escapes pontuais e muito próximos do limite superior. Portanto, não há necessidade de escalonamento para o tratamento farmacológico.

Alternativa a) Incorreta. A metformina não é a primeira linha de tratamento farmacológico no DMG na maioria dos protocolos brasileiros (sendo a insulina a preferencial). Além disso, a paciente apresenta um bom controle glicêmico apenas com medidas não farmacológicas, tornando o uso de medicação desnecessário neste momento.

Alternativa b) Incorreta. A insulinoterapia é indicada quando as metas glicêmicas não são atingidas após um período de 1 a 2 semanas de dieta e exercícios (geralmente quando mais de 20% a 30% dos valores estão alterados). Como a paciente mantém a maioria dos níveis normais, a introdução de insulina não é recomendada.

Alternativa c) Correta. Como a paciente apresenta um controle glicêmico satisfatório (superior a 80% dos valores normais), a conduta correta é reforçar e manter o

tratamento não farmacológico com dieta individualizada e atividade física.

Alternativa d) Incorreta. A interrupção da gestação em uma paciente com 34 semanas e diabetes gestacional controlado não tem indicação clínica. O parto em casos de DMG controlado costuma ser aguardado até 39 ou 40 semanas. A interrupção precoce só seria avaliada em casos de complicações obstétricas graves, sofrimento fetal ou descontrole glicêmico grave refratário, o que não ocorre aqui.

Questão 54

Para resolver esta questão, o primeiro passo é calcular a idade gestacional (IG) da paciente na data da consulta em que se deve solicitar os novos exames (25/09/2024).

Cálculo da Idade Gestacional:

Data da Última Menstruação (DUM): 08/04/2024.

Abril: 22 dias restantes.

Mai: 31 dias.

Junho: 30 dias.

Julho: 31 dias.

Agosto: 31 dias.

Setembro: 25 dias.

Total: 170 dias.

170 dividido por 7 = 24 semanas e 2 dias.

Análise das alternativas:

a) Sorologia para toxoplasmose: Incorreta. Os exames de 11/07/2024 mostraram toxoplasmose IgG positivo e IgM negativo. Esse resultado indica que a paciente possui imunidade prévia (infecção antiga), não havendo risco de infecção aguda ou transmissão congênita nesta gestação. Portanto, não há necessidade de repetir este exame.

b) Sorologia para hepatite B: Incorreta. A paciente apresenta HBsAg negativo e anti-HBs positivo. Isso demonstra que ela é imune à hepatite B (provavelmente por vacinação prévia). Não há indicação de repetir a sorologia rotineiramente se a imunidade já foi comprovada.

c) Coombs indireto: Incorreta. O grupo sanguíneo da paciente é O positivo. O teste de Coombs indireto é indicado apenas para gestantes com fator Rh negativo (para pesquisar a presença de anticorpos contra o fator Rh), o que não é o caso desta paciente.

d) TOTG: Correta. Segundo os protocolos do Ministério da Saúde e da FEBRASGO, o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g) deve ser realizado em todas as gestantes entre a 24ª e a 28ª semana de gestação, desde que o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG) não tenha sido feito previamente. Como a glicemia de jejum inicial da paciente foi de 78 mg/dL (abaixo do ponto de corte de 92 mg/dL para diagnóstico imediato de DMG) e ela se encontra exatamente na 24ª semana, este é o exame indicado para o rastreio atual.

Questão 55

A alternativa correta é a (b).

A vacina contra a influenza é composta por vírus inativados, sendo considerada extremamente segura e fundamental durante o período gestacional. Como as gestantes apresentam maior risco de complicações respiratórias, hospitalização e óbito decorrentes da gripe, o Ministério da Saúde recomenda sua administração em qualquer idade gestacional (1º, 2º ou 3º trimestre) durante as campanhas anuais de vacinação.

Confira a análise das demais alternativas:

a) dTpa: Embora seja uma vacina recomendada em todas as gestações, ela não é aplicada em qualquer idade gestacional. O protocolo do Ministério da Saúde indica sua administração a partir da 20ª semana de gestação. O objetivo desse período específico é garantir que haja tempo suficiente para a produção de anticorpos maternos e a posterior transferência transplacentária para o feto, conferindo imunidade passiva contra a coqueluche ao recém-nascido nos primeiros meses de vida.

c) Tríplice viral: Esta vacina é composta por vírus vivos atenuados (sarampo, caxumba e rubéola). Por esse motivo, é contraindicada durante a gestação devido ao risco teórico de infecção fetal. Mulheres em idade fértil que recebem a vacina devem ser orientadas a evitar a gravidez por pelo menos 30 dias após a dose.

d) Febre amarela: Também é uma vacina de vírus vivos atenuados. De forma geral, é contraindicada para gestantes. Em situações excepcionais de alto risco de exposição (como surtos ou viagens inevitáveis para áreas de transmissão ativa), o médico deve realizar uma análise de risco-benefício. Nesses casos de exceção, ela costuma ser evitada no primeiro trimestre, não sendo, portanto, uma vacina indicada rotineiramente em qualquer idade gestacional.

Questão 56

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta a tríade clássica de dor pélvica, sangramento vaginal e atraso menstrual (sete semanas). O histórico de tratamento para infertilidade com indução de ovulação é um fator de risco relevante tanto para gestação ectópica quanto para gestação heterotópica. Ao exame físico, a dor à mobilização do colo uterino é um sinal de alerta para patologias anexiais ou irritação peritoneal. O ponto fundamental do caso é o achado da ultrassonografia transvaginal: útero vazio, sem massas anexiais e sem líquido livre, em uma paciente com idade gestacional de sete semanas. Nesse cenário, o diagnóstico diferencial principal reside entre uma gestação inicial (menor do que a calculada pela DUM), um abortamento completo e uma gestação ectópica.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A culdocentese é a punção do fundo de saco de Douglas para verificar a presença de sangue ou pus. Uma culdocentese negativa (ausência de fluido aspirado) não ajuda a reforçar a hipótese de gravidez ectópica; pelo contrário, em casos de ectópica rota, espera-se encontrar sangue (culdocentese positiva). É um exame pouco utilizado atualmente devido à disponibilidade da ultrassonografia.

Alternativa b) Incorreta. O hemograma normal indica apenas que a paciente está estável e não apresenta uma anemia aguda decorrente de grande hemoperitônio, nem leucocitose expressiva que sugerisse um quadro infeccioso (como doença inflamatória pélvica). Ele não confirma nem reforça a hipótese de localização da gravidez.

Alternativa c) Correta. Para que a hipótese de gravidez ectópica seja sequer considerada, é obrigatório confirmar que a paciente está grávida. Como a ultrassonografia não identificou saco gestacional intrauterino (útero vazio) com sete semanas de amenorreia, o teste de beta-hCG positivo é o dado que transforma o quadro de "dor pélvica" em "gestação de localização indeterminada". Se o título de beta-hCG estiver acima da zona discriminatória (geralmente entre 1.500 e 3.500 mUI/mL) e o útero estiver vazio, a probabilidade de gestação ectópica é altíssima, reforçando a hipótese principal.

Alternativa d) Incorreta. A dilatação cervical é um achado característico de abortamentos em curso ou inevitáveis. Na gravidez ectópica, o colo uterino permanece fechado ao exame físico. Além disso, a ausência de conteúdo intrauterino na ultrassonografia com colo dilatado sugeriria abortamento completo, e não necessariamente reforçaria a principal suspeita clínica de ectópica decorrente dos

fatores de risco apresentados.

GABARITO: Letra (c).

Questão 57

A Sequência Anemia-Policitemia Gêmeo-Gêmeo (TAPS) é uma complicação específica das gestações monócóricas, resultante da transfusão sanguínea lenta e crônica entre os fetos através de anastomoses vasculares placentárias muito pequenas (geralmente menores que 1 mm). Diferentemente da Síndrome de Transfusão Feto-Fetal clássica, na TAPS não há uma discordância significativa no volume de líquido amniótico.

Alternativa A: Incorreta. A descrição de feto acárdico (que não possui coração funcional) e feto bomba (que mantém a circulação de ambos) é característica da Sequência TRAP (Twin Reversed Arterial Perfusion), uma complicação grave e distinta da TAPS.

Alternativa B: Correta. Esta é a definição clássica da TAPS. Devido à passagem lenta de sangue, o feto doador desenvolve anemia progressiva, enquanto o feto receptor desenvolve policitemia (excesso de glóbulos vermelhos). O diagnóstico pré-natal é feito pelo Doppler da artéria cerebral média, onde se observa o aumento da velocidade de pico sistólico no feto anêmico e a redução dessa velocidade no feto policitemico.

Alternativa C: Incorreta. A discordância de peso entre os fetos (geralmente considerada relevante acima de 20-25%) é um critério utilizado para o diagnóstico de Restrição de Crescimento Intrauterino Seletiva (RCIU-s). Embora possa ocorrer em conjunto com outras patologias, não é o achado que define a TAPS.

Alternativa D: Incorreta. A presença da sequência oligodrâmio (pouco líquido no doador) e polidrâmio (excesso de líquido no receptor) é o achado patognomônico da Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF). Na TAPS, os volumes de líquido amniótico costumam estar normais em ambos os sacos gestacionais, o que a diferencia clinicamente da STFF.

Questão 58

O quadro clínico descrito apresenta os sinais clássicos de uma das principais emergências obstétricas do terceiro trimestre. Os pontos-chave para o diagnóstico são: história de hipertensão arterial, dor abdominal intensa de início súbito, hipertonia uterina (tônus aumentado), sangramento vaginal escuro e sinal de comprometimento fetal (BCF de 112 bpm, no limite inferior da normalidade).

Alternativa (a) Correta: A principal hipótese é o Descolamento Prematuro de Placenta (DPP). O DPP é a separação da placenta da parede uterina antes do nascimento do feto. A hipertensão arterial é o principal fator de risco associado. O quadro clínico é soberano: a dor súbita ocorre pelo descolamento e formação de hematoma retroplacentário; a hipertonia uterina (útero lenhoso) surge devido à irritação do miométrio pelo sangue infiltrado; e o sangramento é tipicamente escuro, pois é um sangue retido que demora a exteriorizar-se. O sofrimento fetal é uma consequência direta da redução da área de troca gasosa entre mãe e feto.

Alternativa (b) Incorreta: A Doença Trofoblástica Gestacional (mola hidatidiforme) é uma patologia característica da primeira metade da gestação. Manifesta-se geralmente por sangramento vaginal indolor, níveis de hCG muito elevados e útero com volume maior do que o esperado para a idade gestacional. Não é um diagnóstico compatível com uma gestação de 35 semanas com feto vivo e dor aguda.

Alternativa (c) Incorreta: No Trabalho de Parto Prematuro, a paciente apresenta contrações rítmicas e regulares que levam a alterações cervicais. Entre uma contração e outra, o útero deve relaxar completamente. No caso descrito, há hipertonia (tônus permanentemente aumentado) e dor contínua, o que diferencia o quadro de um trabalho de parto fisiológico. Além disso, o sangramento escuro e o sofrimento fetal não fazem parte do quadro de parto prematuro sem complicações.

Alternativa (d) Incorreta: A Placenta Prévia tem como característica principal o sangramento vaginal indolor, de cor vermelho-vivo, de início súbito e sem causa aparente. Ao exame físico, o tônus uterino é normal (útero relaxado) e o batimento cardíaco fetal costuma estar preservado inicialmente. A presença de dor abdominal intensa e hipertonia uterina exclui o diagnóstico de placenta prévia e confirma o descolamento prematuro.

Questão 59

Para resolver essa questão, é fundamental analisar a cronologia do aparecimento da hipertensão e as alterações laboratoriais subsequentes.

Passo 1: Identificação da Hipertensão Arterial Crônica (HAC)

A paciente, na 14ª semana de gestação, já apresentava níveis pressóricos elevados (PA = 150 x 100 mmHg). De acordo com os consensos de obstetrícia, a hipertensão identificada antes da 20ª semana de gravidez caracteriza a Hipertensão Arterial Crônica. Além disso, os exames iniciais mostravam uma proteinúria de 24 horas de 200 mg, valor que é considerado abaixo do limite para o diagnóstico de pré-eclâmpsia (que seria maior ou igual a 300 mg).

Passo 2: Identificação da Pré-eclâmpsia Sobreposta

Na 33ª semana, houve uma mudança drástica no quadro clínico e laboratorial. A pressão arterial, que estava controlada, subiu para 165 x 115 mmHg. O dado mais marcante é a proteinúria de 24 horas, que saltou de 200 mg para 4.500 mg (4,5 g). O surgimento ou o agravamento da proteinúria após a 20ª semana em uma paciente que já era hipertensa crônica define o diagnóstico de Hipertensão Crônica com Pré-eclâmpsia Sobreposta. Nota-se também uma discreta elevação da creatinina e hemoconcentração (aumento do hematócrito), reforçando o diagnóstico de gravidade.

Análise das alternativas:

- a) Iminência de eclâmpsia: Incorreta. A iminência de eclâmpsia é definida pela presença de sinais de encefalopatia hipertensiva, como cefaleia grave, distúrbios visuais (escotomas), dor epigástrica e hiperreflexia. O enunciado afirma explicitamente que a paciente estava "sem qualquer outra queixa", descartando essa hipótese no momento.
- b) Hipertensão crônica bem controlada: Incorreta. Embora a paciente estivesse controlada até a 32ª semana, o quadro na 33ª semana mostra níveis pressóricos muito elevados (165 x 115 mmHg) e lesão de órgão-alvo (rim), evidenciada pela proteinúria maciça.
- c) Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade: Incorreta por dois motivos. Primeiro, a paciente já possuía hipertensão antes da 20ª semana, o que remete à hipertensão crônica. Segundo, os níveis de pressão arterial (165 x 115 mmHg) e a proteinúria de 4,5 g já classificariam o quadro como tendo sinais de gravidade, caso fosse apenas pré-eclâmpsia.
- d) Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta: Correta. É o diagnóstico

clássico para a gestante que já é hipertensa antes da metade da gravidez e que, no terceiro trimestre, apresenta descontrole pressórico associado ao surgimento ou aumento importante da proteinúria, indicando que a pré-eclâmpsia se desenvolveu sobre a condição preexistente. Além disso, o crescimento uterino menor que o esperado (FU de 25 cm para 33 semanas) sugere restrição de crescimento fetal, uma complicação comum dessa patologia.

Questão 60

A questão aborda a profilaxia da pré-eclâmpsia (PE) em uma gestante com alto risco clínico. A paciente apresenta dois critérios de risco elevado: diagnóstico de hipertensão arterial crônica e histórico de pré-eclâmpsia grave em gestações anteriores (com partos prematuros antes de 34 semanas).

Alternativa (a): Correta. O uso de aspirina em baixa dose (variando de 81 a 150 mg/dia, dependendo do protocolo adotado) é a intervenção de escolha para reduzir o risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia em pacientes de alto risco. A medicação deve ser iniciada idealmente entre a 12^a e a 16^a semana de gestação. Seu mecanismo de ação na prevenção da PE envolve a inibição da síntese de tromboxano A₂, o que melhora a perfusão placentária e reduz a inflamação endotelial.

Alternativa (b): Incorreta. O sulfato de magnésio é utilizado para a prevenção e tratamento de convulsões em pacientes que já apresentam pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou eclâmpsia estabelecida. Ele é um medicamento de uso hospitalar para situações agudas e não possui indicação como profilaxia para evitar o surgimento da doença no início da gravidez.

Alternativa (c): Incorreta. A hidralazina venosa é um vasodilatador potente indicado para o tratamento de emergências hipertensivas na gestação (picos pressóricos acima de 160x110 mmHg). Ela serve para baixar a pressão rapidamente e evitar complicações maternas imediatas, como o AVC, mas não previne a fisiopatologia da pré-eclâmpsia.

Alternativa (d): Incorreta. A metildopa é um anti-hipertensivo de ação central usado para o controle da pressão arterial crônica durante a gestação. Embora seja a droga de escolha para manter os níveis tensionais controlados, o tratamento da hipertensão em si não impede que a paciente desenvolva pré-eclâmpsia sobreposta. Portanto, ela trata o sintoma (hipertensão), mas não atua na prevenção da doença trofoblástica.

Questão 61

O caso descreve um menino de 4 anos com quadro de edema generalizado (anasarca), envolvendo a região periorbital, o abdome e os membros inferiores. Um detalhe crucial para o raciocínio clínico é a pressão arterial normal para a idade e a ausência de sinais sistêmicos, como febre ou sintomas cardiovasculares. Em pediatria, esse cenário clínico é o clássico da síndrome nefrótica.

Alternativa a: Incorreta. Edemas alérgicos, como o angioedema, possuem início súbito, são transitórios e frequentemente vêm acompanhados de sinais de hipersensibilidade, como urticária ou prurido. Eles não justificam um edema generalizado persistente por uma semana nem alterações nas características da urina. Além disso, o hemograma e a dosagem de imunoglobulinas não são exames de triagem para quadros de edema.

Alternativa b: Incorreta. A insuficiência cardíaca congestiva em crianças geralmente apresenta sinais de desconforto respiratório (taquipneia), frequência cardíaca elevada (taquicardia) e hepatomegalia. O paciente em questão apresenta frequências cardíaca e respiratória normais e não possui queixas de cansaço, o que torna a hipótese cardíaca improvável.

Alternativa c: Correta. A síndrome nefrótica é a principal causa de anasarca em crianças pré-escolares, sendo a Doença por Lesão Mínima a etiologia mais comum nessa faixa etária. O quadro clínico caracteriza-se por edema importante e urina espumosa (descrita pela mãe como diferente) devido à perda massiva de proteínas. Diferentemente das glomerulonefrites, a síndrome nefrótica na criança costuma cursar com pressão arterial normal. O diagnóstico deve ser confirmado pela demonstração de proteinúria na faixa nefrótica (através da urina de 24 horas ou da relação proteína/creatinina em amostra isolada) e pela hipoalbuminemia (dosagem de albumina sérica).

Alternativa d: Incorreta. A glomerulonefrite difusa aguda (síndrome nefrítica) manifesta-se tipicamente pela tríade de edema, hematúria (urina cor de chá ou Coca-Cola) e hipertensão arterial. Como o paciente está normotenso e apresenta um edema muito proeminente, a hipótese de síndrome nefrótica prevalece sobre a nefrítica. A dosagem de complemento seria útil na investigação de uma glomerulonefrite pós-estreptocócica, mas os sinais clínicos não apontam para esse diagnóstico.

Questão 62

Alternativa A: Incorreta. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a faixa de normotermia considerada ideal para o recém-nascido na sala de parto é de 36,5 a 37,5 graus Celsius. O limite de 38 graus indicado na alternativa já é considerado hipertermia, o que pode aumentar o consumo metabólico e de oxigênio do neonato.

Alternativa B: Correta. Para os recém-nascidos que necessitam de intervenção na mesa de reanimação, o protocolo exige que o ambiente esteja preparado com fonte de calor radiante ligada previamente e que sejam utilizados campos aquecidos para a recepção do bebê. Isso minimiza as perdas de calor por radiação e condução, garantindo a estabilidade térmica durante os procedimentos.

Alternativa C: Incorreta. A utilização de saco plástico (de polietileno) e touca é uma recomendação específica para recém-nascidos prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas. Para recém-nascidos a termo, os métodos-padrão de secagem e contato pele a pele (quando estáveis) ou campos aquecidos são os indicados.

Alternativa D: Incorreta. A temperatura ambiente recomendada pela SBP e pela Organização Mundial da Saúde para a sala de parto e a sala de reanimação é de 23 a 26 graus Celsius. Manter a sala entre 20 e 22 graus submete o recém-nascido a um ambiente excessivamente frio, facilitando a perda de calor por convecção e aumentando o risco de morbidades associadas à hipotermia.

Questão 63

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve exatamente o protocolo recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Ministério da Saúde. O rastreio deve ser feito em recém-nascidos (RN) a termo ou pré-termo tardios (idade gestacional igual ou superior a 35 semanas), pois nestes a transição circulatória é mais previsível. O período entre 24 e 48 horas de vida é o ideal para minimizar resultados falsos-positivos causados pelas oscilações normais de saturação nas primeiras horas após o parto, garantindo que o diagnóstico seja feito antes da alta hospitalar.

Alternativa B (Incorreta): O erro está na lateralidade do membro superior. A medida pré-ductal deve ser realizada obrigatoriamente no membro superior direito (mão direita). Isso ocorre porque a artéria subclávia direita nasce do tronco braquiocefálico, que emerge da aorta antes da inserção do canal arterial. A mão esquerda pode receber sangue pós-ductal em algumas configurações anatômicas, não sendo, portanto, o sítio padrão para medida pré-ductal. A medida pós-ductal deve ser feita em um dos membros inferiores (pés).

Alternativa C (Incorreta): Os critérios para um teste negativo (normal) são: saturação de oxigênio (SpO₂) maior ou igual a 95% em ambas as medidas (mão direita e pé) e uma diferença entre a medida pré-ductal e pós-ductal menor que 3%. Valores de saturação entre 90% e 94% ou diferença igual ou superior a 3% são considerados resultados duvidosos ou alterados.

Alternativa D (Incorreta): Caso o primeiro teste apresente resultado alterado (SpO₂ entre 90% e 94% ou diferença de pelo menos 3% entre os membros), o protocolo define que a medição deve ser repetida após 1 hora. Se o resultado permanecer alterado, repete-se mais uma vez após 1 hora (totalizando no máximo 3 aferições). Se após a terceira medida o resultado persistir alterado, o teste é considerado positivo, sendo necessária a realização de um ecocardiograma em até 24 horas. O intervalo de 12 horas mencionado na alternativa é excessivo e perigoso para uma suspeita de cardiopatia crítica.

Questão 64

Para solucionar esta questão, é fundamental diferenciar as variantes normais do crescimento: a Estatura Baixa Familiar e o Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP).

A alternativa (d) está correta porque o quadro clínico descreve perfeitamente o Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade. As principais características presentes no caso são:

1. Nascimento com peso e comprimento adequados (descarta causas pré-natais).
2. Crescimento com velocidade normal ou limite inferior da normalidade, resultando em uma curva que corre abaixo, mas paralela ao percentil mínimo durante a infância.
3. Atraso no início da puberdade (estirão apenas aos 16 anos, quando o habitual para meninos é entre 12 e 14 anos).
4. Alcance do alvo genético sem necessidade de tratamento, com estatura final normal aos 19 anos.

No ACCP, a criança "pula" o estirão na idade habitual, mas continua crescendo por mais tempo porque sua idade óssea é atrasada, fechando as epífises mais tarde e atingindo seu potencial genético final.

A alternativa (a) está incorreta porque, na Estatura Baixa Familiar, a criança tem pais baixos, a idade óssea costuma ser compatível com a idade cronológica e a puberdade ocorre na idade esperada. O indivíduo atinge sua estatura final cedo e permanece em um patamar mais baixo, condizente com o histórico da família, diferentemente do paciente do caso que teve um estirão tardio.

A alternativa (b) está incorreta pois o enunciado afirma explicitamente que o menino nasceu a termo, com peso e comprimento adequados para a idade gestacional. Causas patológicas pré-natais geralmente envolvem restrição de crescimento intrauterino ou síndromes genéticas diagnosticadas precocemente.

A alternativa (c) está incorreta porque causas patológicas pós-natais (como deficiência de hormônio do crescimento, hipotireoidismo ou doenças crônicas como a doença celíaca) geralmente cursam com queda acentuada da velocidade de crescimento (desvio da curva) e, na maioria das vezes, impedem que o indivíduo atinja o alvo genético sem que haja uma intervenção terapêutica específica para a doença de base. O paciente em questão atingiu seu alvo naturalmente.

Questão 65

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descrito é clássico de uma endocrinopatia. Em pediatria, o principal marcador que diferencia a obesidade exógena (por excesso de ingesta) das causas endócrinas é a estatura. Enquanto crianças que comem demais tendem a crescer mais (estatura normal ou alta para a idade), as causas endócrinas, como o excesso de cortisol, promovem o ganho de peso associado a uma desaceleração importante do crescimento linear.

Alternativa A: Incorreta. O hipotireoidismo é uma causa importante de baixa estatura associada ao ganho de peso na infância. Entretanto, ele não costuma causar estrias violáceas, hipertricose ou a fácies em lua cheia com bochechas rosadas (pletora). No hipotireoidismo, a pele costuma ser seca e fria, e o paciente apresenta lentificação global (bradicardia, constipação, sonolência).

Alternativa B: Incorreta. Na síndrome nefrótica, o aumento do peso ocorre devido ao acúmulo de líquidos (edema/anasarca) e não por tecido adiposo. Embora possa haver edema facial, este é mole e predominantemente matinal (periorbital). A síndrome nefrótica isolada não justifica a baixa estatura crônica, as estrias violáceas ou a hipertricose.

Alternativa C: Correta. A Síndrome de Cushing (hipercortisolismo) explica todos os achados. O cortisol em excesso inibe o eixo do hormônio do crescimento, levando à baixa estatura. A distribuição de gordura é centrípeta (tronco e face), gerando a fácies em lua cheia. O catabolismo proteico intenso causa a fraqueza muscular e o afinamento da pele, resultando em estrias violáceas típicas (largas e profundas). A hipertensão é decorrente do efeito mineralocorticoide do cortisol ou da ativação do sistema renina-angiotensina. A hipertricose pode ocorrer pelo excesso de androgênios adrenais que frequentemente acompanha o quadro.

Alternativa D: Incorreta. A obesidade por excesso de ingesta calórica é a causa mais comum de excesso de peso na infância, mas ela cursa obrigatoriamente com estatura normal ou elevada e idade óssea adiantada. Uma criança com desvio padrão de estatura em -2,5 DP (baixa estatura acentuada) e obesidade deve sempre ser investigada para causas endócrinas ou genéticas, nunca sendo classificada apenas como erro alimentar. Além disso, a obesidade simples não causa estrias violáceas ou fraqueza muscular.

Questão 66

O caso apresenta uma criança de 8 anos com situação vacinal desconhecida e histórico de contato recente com coqueluche. Para a resolução desta questão, é fundamental conhecer as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e das sociedades científicas (SBP/SBIm) para crianças acima de 7 anos com atraso vacinal.

1. Limite de idade para o componente pertussis de células inteiras: A vacina DTP (difteria, tétano e pertussis de células inteiras) é indicada apenas para crianças menores de 7 anos. A partir dessa idade, o componente pertussis de células inteiras apresenta um risco significativamente maior de reações adversas graves, sendo contraindicado.

2. Regularização em maiores de 7 anos: Quando uma criança acima de 7 anos não possui comprovante vacinal, o esquema recomendado é de 3 doses (com intervalo de 2 meses entre elas). No calendário básico do PNI, utiliza-se a vacina dupla tipo adulto (dT). No entanto, para garantir a proteção contra a coqueluche, especialmente em cenários de exposição ou conforme as recomendações das sociedades de pediatria, utiliza-se a vacina acelular (dTpa).

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A vacina dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular) é a escolha adequada para indivíduos com 7 anos ou mais. O componente pertussis acelular é seguro para essa faixa etária e oferece a proteção necessária contra a Bordetella pertussis, atendendo à necessidade gerada pelo contato da paciente com um colega doente.

b) INCORRETA. A vacina pentavalente acelular, além dos componentes DTPa, inclui a proteção contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib) e poliomielite (VIP). A vacinação contra Hib não é rotineiramente indicada para crianças acima de 5 anos de idade, e a proteção contra a pólio segue um calendário específico, não sendo a prioridade

imediate neste cenário de bloqueio/exposição à coqueluche.

c) INCORRETA. A vacina DTP (com componente pertussis de células inteiras) é formalmente contraindicada para crianças a partir de 7 anos de idade devido à sua alta reatogenicidade nessa faixa etária. O uso da sigla DTP para se referir apenas à difteria e ao tétano também está incorreto, pois a vacina composta apenas por esses dois componentes é a DT (infantil) ou dT (adulto).

d) INCORRETA. A vacina pentavalente (seja a do PNI com hepatite B e Hib, ou com VIP) utiliza o componente pertussis de células inteiras (DTP). Como a paciente tem 8 anos, esta vacina não deve ser utilizada pelo risco de eventos adversos. Além disso, assim como na alternativa b, os componentes adicionais (Hib/VIP) não são indicados para o esquema de rotina nesta idade.

Questão 67

ANÁLISE DO CASO

O paciente tem 12 anos e apresenta asma não controlada conforme os critérios da GINA (Global Initiative for Asthma). Ele já utiliza corticoide inalatório (CI) em dose baixa (beclometasona 200 mcg/dia), o que o coloca na Etapa 2 de tratamento. Os sintomas noturnos (2 vezes por semana), a limitação em atividades físicas e o uso excessivo de salbutamol (2 frascos em 2 meses) indicam a necessidade de progressão para a Etapa 3. O uso excessivo de SABA (broncodilatador de curta ação) isolado é um fator de risco importante para crises graves.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA

A diretriz GINA recomenda para adolescentes (12 anos ou mais) a chamada Etapa 3 Preferencial (Track 1). Esta estratégia consiste no uso de uma combinação de CI e formoterol (um broncodilatador de ação prolongada, mas com início de ação rápido) tanto para o tratamento de manutenção diária quanto para o resgate dos sintomas. Essa abordagem é conhecida como terapia MART (Maintenance and Reliever Therapy). Ela é superior porque garante que o paciente receba uma dose extra de corticoide toda vez que tiver sintomas, tratando a inflamação de forma imediata e reduzindo drasticamente o risco de exacerbações graves em comparação ao uso de salbutamol isolado.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa A: A associação de antileucotrieno é uma opção para a Etapa 3, mas não é a terapêutica de escolha inicial nem a mais eficaz para reduzir o risco de crises em

comparação à estratégia MART. Manter o salbutamol como resgate em um paciente que já demonstra uso abusivo dessa medicação não resolve o problema do risco inflamatório.

Alternativa C: Esta alternativa propõe a estratégia de manutenção fixa com CI mais LABA e resgate com SABA (salbutamol). Embora seja uma opção válida (Track 2 da GINA), ela não é a preferencial. A estratégia MART (alternativa B) mostrou-se mais eficaz na prevenção de internações e crises em pacientes com este perfil de descontrole.

Alternativa D: Aumentar apenas a dose do corticoide inalatório (passar para dose média) é uma opção na Etapa 3, mas é considerada clinicamente inferior à associação de um LABA (formoterol) no controle dos sintomas e na melhora da função pulmonar.

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

O quadro clínico menciona obstrução nasal e olheiras (indicativo de rinite alérgica) e obesidade (IMC acima de +2 z-score). Ambas são comorbidades que dificultam o controle da asma e devem ser abordadas, mas a conduta principal para o controle dos sintomas respiratórios imediatos é o escalonamento terapêutico medicamentoso para a Etapa 3.

Questão 68

O caso clínico apresenta uma menina com infecções urinárias de repetição, caracterizadas por episódios afebris (cistites), associadas a queixas de perdas urinárias durante o dia (enurese diurna) e distúrbios intestinais significativos, como constipação (dor ao evacuar) e encoprese (escape fecal). Essa associação de sintomas é o quadro clássico da Disfunção Vesical e Intestinal (DVI), anteriormente denominada Síndrome de Eliminação Disfuncional.

Alternativa A: Incorreta. O refluxo vesicoureteral é uma condição frequente em crianças com infecção urinária, mas geralmente está associado a episódios de pielonefrite (infecção com febre e comprometimento sistêmico). Embora a DVI possa estar presente em pacientes com refluxo, os sintomas de escape fecal e constipação relatados na questão são marcadores específicos que apontam para a disfunção dos sistemas de eliminação como a causa primária.

Alternativa B: Incorreta. Imunodeficiências primárias raramente se manifestam apenas com infecções urinárias de repetição. O padrão esperado para falhas no sistema imunológico envolve infecções respiratórias graves, sinusites crônicas,

infecções por germes oportunistas ou abscessos cutâneos, o que não condiz com a história de uma criança com problemas de desfralde e hábitos intestinais.

Alternativa C: Correta. A disfunção vesical e intestinal ocorre devido à relação anatômica e neurológica próxima entre o reto e a bexiga. A constipação crônica leva ao acúmulo de fezes no reto, que passa a comprimir a bexiga, reduzindo sua capacidade de armazenamento e provocando contrações detrusoras involuntárias. Além disso, o esforço para evacuar e a retenção fecal crônica podem prejudicar o relaxamento do assoalho pélvico durante a micção, levando ao esvaziamento incompleto da bexiga e ao acúmulo de urina residual, o que facilita a proliferação bacteriana e as infecções recorrentes.

Alternativa D: Incorreta. A estenose da junção pieloureteral é uma obstrução congênita que impede a drenagem adequada da urina da pelve renal para o ureter, causando hidronefrose. Embora possa ser diagnosticada após um quadro de infecção urinária, ela é uma alteração anatômica alta e não justifica os sintomas de perda urinária diurna, urgência miccional ou os distúrbios do hábito intestinal descritos pela mãe.

Questão 69

Análise do caso clínico:

O paciente é um lactente de 5 meses com febre sem sinais localizadores. O exame de urina (EAS) apresenta nitrito positivo e leucocitúria, o que eleva significativamente a suspeita de Infecção do Trato Urinário (ITU). Diante de um primeiro episódio de ITU febril em lactentes, as diretrizes pediátricas recomendam a investigação por imagem para descartar malformações anatômicas.

Alternativa A (Incorreta): Os achados do EAS (nitrito positivo e leucócitos) são altamente sugestivos de ITU em um lactente com febre sem foco. O nitrito positivo tem alta especificidade. Além disso, o exame físico foi normal, o que torna a otite um diagnóstico menos provável do que a ITU neste momento.

Alternativa B (Correta): De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Academia Americana de Pediatria, todo lactente que apresenta o primeiro episódio de ITU febril deve ser submetido a uma avaliação por imagem. A ultrassonografia de rins e vias urinárias é o exame inicial de escolha por ser não invasivo, não emitir radiação e ser capaz de detectar malformações congênitas, hidronefrose ou sinais de pielonefrite.

Alternativa C (Incorreta): O EAS é um exame de triagem e presunção. O padrão-ouro para o diagnóstico definitivo de ITU é a urinocultura, que permite identificar o agente

etiológico e determinar o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos (antibiograma). Nunca se deve dispensar a cultura em casos de suspeita de ITU febril em lactentes.

Alternativa D (Incorreta): O saco coletor apresenta altas taxas de contaminação por germes da região perineal. Embora possa ser usado para um EAS normal (ajudando a excluir ITU), um resultado positivo no saco coletor não é confiável para diagnóstico. Para a coleta de urina destinada à cultura em crianças sem controle esfinteriano, os métodos recomendados são o cateterismo vesical ou a punção suprapúbica.

Questão 70

Essa questão aborda o manejo de contatos de pacientes com tuberculose (TB), especificamente em crianças, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil.

O cenário apresenta uma criança de 6 anos que teve contato prolongado com um caso bacilífero (avô com sintomas clássicos). A criança está assintomática e possui radiografia de tórax normal, o que inicialmente afasta o diagnóstico de TB doença. O próximo passo é investigar a Infecção Latente por Tuberculose (ILTB).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Se o PPD (teste tuberculínico) for menor que 5 mm ou o IGRA for não reagente, não se deve tratar a ILTB imediatamente. Nesses casos, existe a possibilidade de o sistema imune ainda não ter tido tempo de reagir à infecção (período de janela imunológica). O correto é aguardar e repetir o exame.

Alternativa b) Incorreta. Se o IGRA for reagente em um paciente assintomático e com radiografia normal, o diagnóstico é de infecção latente (ILTB) e não de doença (TB ativa). Além disso, o prazo de repetição de 12 semanas não é o preconizado pelo protocolo nacional para verificação de conversão.

Alternativa c) Incorreta. Se o PPD for maior ou igual a 5 mm em contatos, o diagnóstico é ILTB, e o tratamento deve ser para infecção, não para a doença ativa. O tempo de repetição de seis semanas também está incorreto.

Alternativa d) Correta. Este é o protocolo padrão para investigação de contatos assintomáticos com radiografia de tórax normal. Realiza-se o PPD ou o IGRA. Se o resultado for negativo (PPD < 5 mm ou IGRA não reagente), deve-se repetir o exame após 8 semanas (2 meses). Esse intervalo é necessário para cobrir a janela imunológica (tempo que o corpo leva para desenvolver uma resposta detectável ao teste após o contato com a bactéria). Se, após 8 semanas, houver conversão (aumento de 10 mm no segundo PPD em relação ao primeiro ou IGRA positivo),

inicia-se o tratamento para ILTB. Se o exame permanecer negativo, a criança recebe alta do monitoramento.

Resumo da conduta para contatos de TB (crianças > 5 anos e adultos):

1. Avaliar sintomas e raio X de tórax.
2. Se assintomático e raio X normal: fazer PPD ou IGRA.
3. Se PPD \geq 5 mm ou IGRA (+): tratar ILTB.
4. Se PPD < 5 mm ou IGRA (-): repetir em 8 semanas para avaliar viragem/conversão.

Questão 71

O caso clínico descreve um quadro clássico de Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU), que é a principal causa de insuficiência renal aguda em crianças. A tríade diagnóstica da SHU consiste em: anemia hemolítica microangiopática (presença de esquizócitos no sangue periférico), trombocitopenia (plaquetopenia) e lesão renal aguda.

O antecedente de diarreia sanguinolenta associado ao isolamento de *Escherichia coli* (geralmente a cepa O157:H7, produtora de toxina Shiga) confirma que se trata da forma típica da doença (SHU pós-diarreica). A toxina Shiga causa lesão no endotélio vascular, principalmente nos capilares renais, gerando microtrombos que fragmentam as hemácias (esquizócitos) e consomem plaquetas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A presença de esquizócitos é o marcador laboratorial de hemólise microangiopática. Como o rim é o órgão-alvo principal da toxina, o monitoramento rigoroso da função renal (ureia, creatinina e débito urinário) é obrigatório para o manejo das complicações.

Alternativa b) Incorreta. Embora o controle da pressão arterial seja importante devido à lesão renal, o uso de corticoides não tem evidência de benefício no tratamento da SHU típica (pós-diarreica).

Alternativa c) Incorreta. A cinética do ferro não tem utilidade no quadro agudo de anemia hemolítica, pois a anemia é causada por destruição mecânica e não por carência nutricional. Além disso, o uso de antibióticos na fase de diarreia por *E. coli* produtora de toxina Shiga é contraindicado, pois pode aumentar a liberação de toxinas e precipitar ou agravar a SHU.

Alternativa d) Incorreta. O foco do quadro não é a função hepática (transaminases). O uso de AAS (ácido acetilsalicílico) é contraindicado, pois o paciente apresenta risco elevado de sangramento devido à provável trombocitopenia associada à síndrome.

Questão 72

Análise do caso clínico:

O paciente é um adolescente de 14 anos com dor crônica no terço proximal da coxa. Os marcos diagnósticos fundamentais nesta questão são: a dor de caráter predominantemente noturno e a resposta dramática ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). No exame físico, o achado é de dor localizada à digitopressão, sem sinais de instabilidade articular ou alterações sistêmicas.

Alternativa a) Incorreta. A doença de Osgood-Schlatter é uma apofisite por tração da tuberosidade anterior da tíbia. Clinicamente, manifesta-se como dor na região anterior do joelho, logo abaixo da patela, exacerbada por atividades físicas que envolvem o mecanismo extensor (como saltar ou correr), e não por dor na coxa com caráter noturno.

Alternativa b) Incorreta. A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) exige a presença de artrite (edema ou limitação do movimento com dor/calor) por pelo menos seis semanas. O quadro costuma apresentar rigidez matinal e sinais flogísticos articulares. O exame físico do paciente é descrito como normal, o que desfavorece um processo inflamatório articular crônico.

Alternativa c) Incorreta. A dor de crescimento tipicamente afeta crianças de 3 a 12 anos, é bilateral, ocorre ao final do dia ou à noite e desaparece pela manhã. Um critério importante para o diagnóstico de dor de crescimento é a ausência de dor à palpação ou pontos dolorosos específicos ao exame físico, o que contradiz o achado de dor à digitopressão relatado no caso.

Alternativa d) Correta. O Osteoma Osteoide é um tumor ósseo benigno que acomete principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo masculino. Sua localização mais comum são os ossos longos dos membros inferiores, especialmente o fêmur proximal. A apresentação clínica é patognomônica: dor óssea que piora à noite e que apresenta alívio rápido e quase completo com o uso de salicilatos ou outros anti-inflamatórios. Isso ocorre devido à alta concentração de prostaglandinas no interior do nicho (nidus) tumoral. O exame físico costuma ser normal ou apresentar apenas dor localizada à palpação profunda da região acometida.

Conclusão: A combinação de idade, localização da dor, caráter noturno e resposta excelente aos AINEs aponta diretamente para o diagnóstico de Osteoma Osteoide.

Questão 73

Esta questão apresenta um caso clínico clássico de uma criança com insuficiência medular e infiltração de tecidos, o que deve imediatamente levantar a suspeita de uma neoplasia hematológica.

A alternativa (a) está correta, porque a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é o câncer mais comum na infância, com pico de incidência entre 2 e 5 anos de idade. O quadro clínico descrito é típico: a palidez, o sopro sistólico (secundário à anemia grave) e as petéquias/púrpuras (trombocitopenia) indicam a falência da medula óssea devido à ocupação por células blásticas. A linfadenopatia e a hepatoesplenomegalia indicam a infiltração dessas células em órgãos do sistema reticuloendotelial. Além disso, a dor óssea e a artrite são manifestações frequentes na LLA pediátrica, ocorrendo em cerca de 25% dos casos, muitas vezes confundindo o diagnóstico inicial com doenças reumatológicas. O hemograma confirmando a pancitopenia (anemia, leucopenia e trombocitopenia) associada a um marcador inflamatório alto (VHS) reforça essa hipótese.

A alternativa (b) está incorreta, pois a Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) manifesta-se tipicamente como uma trombocitopenia isolada em uma criança que, nos demais aspectos, apresenta-se em bom estado geral. Na PTI, não se espera encontrar anemia, leucopenia, febre prolongada, hepatoesplenomegalia ou artrite.

A alternativa (c) está incorreta porque, embora a Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) sistêmica curse com febre, artrite e hepatoesplenomegalia, o perfil laboratorial é oposto ao do caso. Na AIJ sistêmica, observa-se geralmente leucocitose importante e trombocitose (elevação de plaquetas), e não a pancitopenia descrita. Além disso, o exantema da AIJ sistêmica é caracteristicamente macular e cor-de-salmão, diferente das petéquias e púrpuras (que indicam plaquetopenia).

A alternativa (d) está incorreta, pois a Vasculite por IgA (antigamente chamada de Púrpura de Henoch-Schönlein) apresenta-se com púrpura palpável (principalmente em membros inferiores), artrite e dor abdominal. No entanto, os exames laboratoriais na vasculite por IgA costumam ser normais, especialmente a contagem de plaquetas, que está normal ou aumentada, nunca diminuída como no caso clínico apresentado.

Questão 74

O caso clínico apresenta uma paciente de 12 anos com diagnóstico de asma e rinite (ambas mal controladas) que evoluiu com um quadro de anafilaxia após a ingestão acidental de amendoim. A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica, grave e de início rápido, envolvendo simultaneamente dois ou mais sistemas (neste caso: respiratório, pele e anexos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Ter asma, especialmente se não estiver sob controle adequado, é um dos maiores fatores de risco para a ocorrência de episódios graves e fatais de anafilaxia por alimentos. A asma preexistente aumenta a probabilidade de comprometimento respiratório severo durante a reação alérgica.

b) Incorreta. A anafilaxia caracteriza-se justamente pela rapidez de instalação. Em reações alimentares mediadas por IgE, os sintomas costumam surgir de poucos minutos a duas horas após o contato. O início em 10 minutos é um marcador de gravidade e confirma a suspeita diagnóstica, não a descarta.

c) Correta. A reação bifásica é a recorrência dos sinais e sintomas da anafilaxia após a melhora inicial, sem nova exposição ao alérgeno. Ela pode ocorrer em até 20% dos casos, geralmente nas primeiras horas (embora possa ocorrer em até 72 horas). Devido a esse risco, protocolos de emergência recomendam a observação hospitalar por um período que varia de 4 a 12 horas para casos típicos, podendo ser maior em casos graves.

d) Incorreta. A conduta descrita é perigosa. Em pacientes com anafilaxia, deve-se priorizar o decúbito dorsal com elevação dos membros inferiores para favorecer o retorno venoso e manter o débito cardíaco. Manter a paciente sentada ou com as pernas para baixo pode causar uma queda súbita da pré-carga, levando ao que chamamos de síndrome do coração vazio e morte súbita.

Questão 75

Alternativa (a) Incorreta: Embora a vacinação seja fundamental, a vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23) não é indicada para lactentes no primeiro ano de vida. Isso ocorre porque as vacinas puramente polissacarídicas não geram uma resposta imunológica adequada em crianças menores de 2 anos (são T-independentes). Para essa faixa etária, as vacinas utilizadas são as pneumocócicas conjugadas (como a 10-valente ou 13-valente), que induzem memória imunológica em bebês. A VPP23 é reservada para crianças acima de 2 anos em condições clínicas especiais, como asplenia ou imunodeficiências.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve com precisão a clínica da pneumonia em lactentes e crianças pequenas. Nessa faixa etária, os sinais clássicos de localização pulmonar podem estar ausentes ou ser muito sutis. É comum a presença de sintomas inespecíficos, como febre, recusa alimentar, irritabilidade e sintomas gastrointestinais (vômitos e dor abdominal por irritação diafragmática).

Além disso, a taquipneia (aumento da frequência respiratória) é o sinal clínico isolado mais sensível e importante para o diagnóstico de pneumonia na infância, muitas vezes precedendo ou sendo mais evidente do que os achados na ausculta pulmonar.

Alternativa (c) Incorreta: A consolidação lobar é, de fato, o padrão radiológico clássico da pneumonia bacteriana típica, como a causada pelo pneumococo. No entanto, o padrão radiológico sozinho não permite afirmar com 100% de certeza qual é o agente etiológico. Outras bactérias também podem causar consolidações semelhantes. O diagnóstico etiológico definitivo dependeria de exames como cultura de líquido pleural, hemoculturas ou testes moleculares, embora, na prática clínica diária, o tratamento seja frequentemente instituído de forma empírica, baseada na clínica e na radiografia.

Alternativa (d) Incorreta: Pacientes com asplenia (seja ela anatômica ou funcional, como na anemia falciforme) possuem um risco significativamente maior de infecções graves por bactérias encapsuladas, sendo o *Streptococcus pneumoniae* o principal agente. Diferentemente do que afirma a alternativa, nesses pacientes as infecções pneumocócicas tendem a ser extremamente graves, sistêmicas e invasivas, podendo causar a chamada sepse fulminante pós-esplenectomia, com alta taxa de mortalidade em poucas horas. Por isso, este grupo necessita de esquemas vacinais ampliados e, em muitos casos, antibioticoterapia profilática.

Questão 76

A alternativa correta é a (c).

A questão aborda o manejo clínico e as comorbidades associadas à Síndrome de Down (Trissomia 21), conhecimento fundamental para a puericultura especializada. Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. As alterações hematológicas mais frequentes na Síndrome de Down incluem a macrocitose (aumento do volume corpuscular médio das hemácias, geralmente sem anemia), a policitemia neonatal e o risco aumentado de reações leucemoides e leucemias (especialmente a leucemia megacariocítica aguda). A plaquetopenia com plaquetas pequenas é uma característica específica da Síndrome de Wiskott-Aldrich, uma imunodeficiência ligada ao X, e não faz parte do quadro típico da trissomia 21.

Alternativa b: Incorreta. Cerca de 50% das crianças com Síndrome de Down possuem cardiopatias congênitas. A condição mais comum e característica é o defeito do septo atrioventricular (DSAV), seguido pela comunicação interventricular (CIV) e comunicação interatrial (CIA). A hipertensão arterial sistêmica não é a condição

cardiológica prevalente ou definidora desta população na infância.

Alternativa c: Correta. A trissomia 21 cursa obrigatoriamente com hipotonia muscular e frouxidão ligamentar generalizada. Essas características levam a uma série de manifestações ortopédicas, sendo os pés planos (desabamento do arco plantar por frouxidão dos ligamentos do pé) uma das alterações mais comuns encontradas no acompanhamento clínico. Outras alterações ortopédicas importantes, embora menos frequentes que o pé plano, incluem a instabilidade atlantoaxial, a escoliose e a subluxação do quadril.

Alternativa d: Incorreta. A condição endocrinológica mais frequente na Síndrome de Down é o hipotireoidismo, que pode ser tanto congênito quanto adquirido (autoimune/tireoidite de Hashimoto). O rastreio da função tireoidiana é obrigatório e periódico no seguimento de puericultura desses pacientes. Embora o diabetes mellitus tipo 1 tenha uma incidência aumentada em relação à população geral, ele ocorre com frequência muito menor do que as disfunções da tireoide.

Questão 77

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um conjunto de sinais e sintomas que definem o Transtorno do Espectro Autista (TEA): dificuldade de interação social, movimentos repetitivos (estereotípias), inflexibilidade cognitiva e forte apego a rotinas. Somam-se a isso os atrasos crônicos nos marcos do desenvolvimento, como a marcha aos 2 anos e a fala aos 3 anos, que são características fundamentais do histórico desses pacientes. Recentemente, o surgimento de emagrecimento, anemia e diarreia com sangue aponta para uma doença inflamatória intestinal. A literatura médica descreve uma associação frequente entre pacientes com TEA e o desenvolvimento de patologias gastrointestinais inflamatórias, sendo a Doença de Crohn uma das principais condições que justificam o quadro de sangramento, perda de peso e anemia.

Alternativa a: Incorreta. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) se caracteriza prioritariamente por desatenção, inquietude e impulsividade, não explicando o isolamento social e os movimentos repetitivos. Já a doença celíaca, embora cause anemia e perda de peso por má absorção, não costuma se apresentar com diarreia francamente sanguinolenta.

Alternativa b: Correta. O diagnóstico de Desordem do Espectro Autista (ou Transtorno do Espectro Autista) preenche todos os requisitos do desenvolvimento e comportamento citados no enunciado. A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que explica perfeitamente o emagrecimento, a anemia ferropriva e a

presença de sangue nas fezes.

Alternativa c: Incorreta. Erros inatos do metabolismo geralmente apresentam sintomas sistêmicos mais graves, crises metabólicas agudas ou atrasos globais muito mais severos desde a primeira infância. Embora a colite ulcerativa pudesse explicar o quadro intestinal, o TEA é o diagnóstico correto para a parte neurocomportamental, e não o erro inato do metabolismo.

Alternativa d: Incorreta. O hipotireoidismo pode causar letargia e atraso de crescimento, mas não mimetiza o perfil de rituais, estereotípias e prejuízo social do autismo. A gastroenterite eosinofílica é uma condição rara, geralmente associada a quadros alérgicos graves, e menos provável que a Doença de Crohn diante da gravidade do emagrecimento e do sangramento crônico relatados.

Questão 78

Esta questão aborda as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) do Brasil para a prevenção da anemia ferropriva na infância. A recomendação do Ministério da Saúde difere ligeiramente das recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), sendo fundamental que o candidato identifique qual órgão a questão está citando.

Segundo o Ministério da Saúde, para crianças nascidas a termo (idade gestacional maior ou igual a 37 semanas) e com peso adequado ao nascer (maior ou igual a 2.500 g), a suplementação profilática de ferro deve ser iniciada aos 6 meses de idade, coincidindo com a introdução da alimentação complementar, e mantida até os 24 meses de vida.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O leite de vaca in natura não deve ser oferecido a crianças antes de um ano de idade. Além disso, o prazo de 2 meses citado não é o padrão para crianças nascidas a termo e com peso adequado segundo o Ministério da Saúde.

Alternativa b) Incorreta. A anemia hemolítica não é uma indicação para suplementação profilática de ferro nos moldes do programa nacional; pelo contrário, pacientes com hemólise crônica podem desenvolver sobrecarga de ferro devido à lise das hemácias e à necessidade de transfusões. O prazo de 4 meses também não corresponde à diretriz do MS para o grupo geral.

Alternativa c) Correta. Conforme as normas do Ministério da Saúde, o lactente que nasceu a termo e com peso superior a 2.500 g possui reservas de ferro suficientes para os primeiros meses de vida. Assim, independentemente de estar em

aleitamento materno exclusivo ou em uso de fórmula infantil, a suplementação profilática com 1 mg de ferro elementar/kg/dia deve ser iniciada aos 6 meses de idade.

Alternativa d) Incorreta. O uso de leite de soja não faz parte das recomendações rotineiras para lactentes nessa faixa etária, salvo em casos específicos de doenças metabólicas (como galactosemia) ou alergias muito específicas sob orientação nutricional rigorosa. O prazo de 3 meses também está incorreto para a conduta do Ministério da Saúde para crianças nascidas a termo.

Resumo da conduta do Ministério da Saúde:

- Crianças a termo e com peso adequado (> 2.500 g): Iniciar aos 6 meses e manter até os 24 meses.
- Crianças pré-termo ou com baixo peso (< 2.500 g): Iniciar aos 30 dias de vida.

Questão 79

O caso clínico descreve um paciente pediátrico com um quadro clássico de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), uma condição grave que surge semanas após a infecção pelo SARS-CoV-2.

Análise do quadro clínico:

O menino de 9 anos teve pródromos de "gripe" há 15 dias, o que cronologicamente coincide com o período de latência entre a infecção aguda pelo coronavírus (muitas vezes leve ou assintomática em crianças) e o surgimento da resposta inflamatória exacerbada. Os sintomas atuais incluem febre alta persistente, manifestações mucocutâneas (exantema, edema de extremidades e hiperemia ocular), sintomas gastrointestinais (dor abdominal e diarreia) e, crucialmente, instabilidade hemodinâmica (hipotensão e disfunção miocárdica).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A shigelose é uma enterocolite bacteriana que causa diarreia inflamatória (disenteria), febre e dor abdominal. Embora possa causar convulsões e complicações sistêmicas, ela não explica o exantema generalizado, a hiperemia ocular e a disfunção miocárdica grave associados ao antecedente viral de 15 dias.

Alternativa b) Incorreta. A Síndrome do Choque Tóxico (causada por *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*) pode apresentar choque e exantema, mas a história de uma infecção viral prévia com intervalo de duas semanas e o padrão de acometimento multissistêmico no cenário epidemiológico atual direcionam especificamente para a SIM-P. Além disso, não há relato de uso de novos

medicamentos que justifique farmacodermia.

Alternativa c) Incorreta. A varicela apresenta um exantema polimórfico característico (pápulas, vesículas e crostas simultaneamente), o que não foi descrito. As complicações por disseminação viral da varicela costumam ocorrer na fase aguda da doença, e não 15 dias após uma melhora espontânea de sintomas gripais.

Alternativa d) Correta. Este é o diagnóstico principal. A SIM-P é definida por: febre persistente, envolvimento de dois ou mais órgãos (pele/mucosa, cardiovascular, gastrointestinal, hematológico ou renal), marcadores inflamatórios elevados e evidência de infecção por SARS-CoV-2 (ou exposição). O paciente preenche critérios de acometimento cutâneo-mucoso (exantema, edema e conjuntivite), gastrointestinal (dor e diarreia) e cardiovascular (hipotensão e disfunção do miocárdio), fechando o diagnóstico clínico de forma precisa.

Em resumo, a questão exige o reconhecimento da SIM-P como uma complicação pós-infecciosa do SARS-CoV-2 que mimetiza a Doença de Kawasaki, mas com maior incidência de choque cardiogênico e sintomas gastrointestinais em crianças em idade escolar.

Questão 80

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O cenário descreve uma criança de 3 anos exposta ao HIV por meio do aleitamento materno (transmissão vertical tardia). A mãe foi diagnosticada recentemente com tuberculose e HIV, indicando uma provável imunodepressão e carga viral elevada, o que aumenta significativamente o risco de transmissão para a criança através do leite.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, quando a exposição ao HIV é identificada durante o período de amamentação, a conduta imediata inclui a interrupção definitiva do aleitamento materno e o início da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) com antirretrovirais para a criança, visando reduzir o risco de infecção. A coleta de exames para diagnóstico (como a carga viral ou anti-HIV, a depender da idade e disponibilidade) deve ser realizada para verificar se a criança já se encontra infectada. Embora em crianças maiores de 18 meses o diagnóstico padrão seja por sorologia, a carga viral pode ser utilizada para detecção precoce em casos de exposição recente. O ponto determinante da alternativa é o início da profilaxia.

Alternativa B (Incorreta): A pesquisa de DNA pró-viral é um método de diagnóstico molecular utilizado prioritariamente em crianças menores de 18 meses, nas quais os testes de anticorpos (anti-HIV) não são fidedignos devido à persistência de anticorpos maternos que atravessam a placenta. Para uma criança de 3 anos, os testes de anticorpos já são diagnósticos. Além disso, o cronograma citado não se aplica a este caso de exposição tardia.

Alternativa C (Incorreta): A profilaxia para pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (com uso de sulfametoxazol-trimetoprima) é indicada para crianças expostas ao HIV a partir de 4 a 6 semanas de vida até que a infecção seja excluída, ou para crianças já diagnosticadas com HIV que apresentem sinais de imunossupressão. No caso de uma criança de 3 anos que acaba de ser identificada como exposta, a prioridade absoluta é a profilaxia pós-exposição (PEP) com antirretrovirais para evitar a replicação viral, e não a profilaxia para infecções oportunistas antes mesmo de se conhecer o status imunológico.

Alternativa D (Incorreta): O teste anti-HIV após os 18 meses é o marco para o diagnóstico definitivo em crianças que foram expostas durante a gestação ou parto, pois após essa idade não existem mais anticorpos maternos circulantes. Como a paciente já tem 3 anos (36 meses), ela já ultrapassou essa idade, e o teste deve ser realizado imediatamente, seguido da conduta profilática ou terapêutica, sem necessidade de aguardar qualquer prazo adicional relacionado à idade.

Questão 81

Diagnóstico e Raciocínio Clínico:

A paciente em questão apresenta um quadro clínico clássico de delirium, também conhecido como síndrome confusional aguda. Os principais critérios presentes são o início agudo (há três dias), a flutuação dos sintomas (exacerbação noturna), a alteração do nível de consciência (sensório alterado) e o prejuízo cognitivo/perceptivo (fala desconexa e alucinações). Em uma paciente de 75 anos com câncer metastático, o delirium é frequentemente uma manifestação de complicações sistêmicas, como distúrbios metabólicos, infecções, efeitos colaterais de medicações ou progressão da própria neoplasia.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. O quadro de fala desconexa, desorientação e alucinações de início súbito em um paciente grave define o delirium. No contexto de cuidados paliativos e visita domiciliar, o reconhecimento de que isso faz parte da evolução da

doença é fundamental. A conduta inicial visa o conforto e a estabilização clínica, tratando sintomas associados como náuseas e vômitos com antieméticos, além de garantir a hidratação adequada para evitar a piora do estado confusional por causas pré-renais ou metabólicas.

Alternativa b: Incorreta. Embora um infarto agudo do miocárdio possa causar sintomas atípicos em idosos, como mal-estar e vômitos, ele não é a causa mais provável para um quadro confusional agudo com alucinações que perdura por três dias em uma paciente com câncer avançado. O diagnóstico de delirium é muito mais condizente com a história oncológica.

Alternativa c: Incorreta. O processo ativo de morte caracteriza-se pela fase final da vida, geralmente nas últimas horas ou poucos dias, apresentando sinais como respiração ruidosa (estertores terminais), períodos de apneia, cianose periférica e coma profundo. A paciente ainda apresenta discurso (mesmo que lento) e interação, indicando que, embora grave, ela não está necessariamente nas horas finais que justificariam a sedação paliativa imediata como primeira conduta.

Alternativa d: Incorreta. A demência é um processo crônico, insidioso e progressivo que se desenvolve ao longo de anos. O quadro descrito é agudo (três dias), o que descarta demência como diagnóstico principal. O uso de antipsicóticos pode ser necessário no delirium se houver agitação psicomotora grave ou risco para a paciente, mas a alternativa falha ao diagnosticar demência e ignorar o manejo dos sintomas físicos como vômitos.

Questão 82

Esta questão aborda temas fundamentais da Medicina de Família e Comunidade e da Geriatria: o manejo da pessoa idosa, polifarmácia, luto e higiene do sono na Atenção Primária à Saúde (APS).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A prescrição de tranquilizantes (como benzodiazepínicos) em idosos deve ser evitada ao máximo, conforme os Critérios de Beers, devido ao alto risco de sedação excessiva, quedas, fraturas e prejuízo cognitivo. Além disso, o luto é um processo fisiológico e não deve ser medicalizado de imediato sem uma avaliação criteriosa de depressão maior. O encaminhamento ao psiquiatra não é a primeira conduta necessária, pois o médico da APS deve ser capaz de realizar o manejo inicial do sofrimento emocional e do sono.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta mais adequada e segura. A escuta ativa é

essencial para acolher o sofrimento decorrente da perda da esposa (luto) e entender a dinâmica de vida do paciente. As orientações sobre higiene do sono são o tratamento de primeira linha para a insônia, antes de qualquer intervenção farmacológica. Vale destacar que o paciente relata hipoglicemia e sua última refeição é às 18h; o longo período de jejum pode estar causando despertares noturnos ou mal-estar por hipoglicemia, o que reforça a necessidade de orientações comportamentais e ajustes na rotina, em vez de medicação.

Alternativa c) Incorreta. Embora a reorientação alimentar seja pertinente (para evitar as hipoglicemias relatadas pelo jejum prolongado), o uso de benzodiazepínicos é contraindicado neste caso. Em um paciente que já apresenta episódios de quedas e faz uso de cinco medicamentos (polifarmácia), introduzir um benzodiazepínico aumentaria drasticamente o risco de novos eventos adversos graves.

Alternativa d) Incorreta. Não existem medicamentos específicos para "auxiliar no processo de luto", uma vez que o luto não é uma doença, mas uma reação esperada à perda. O uso de antidepressivos ou ansiolíticos só estaria indicado se houvesse diagnóstico de transtorno depressivo maior ou ansiedade patológica associada. Embora a terapia ocupacional possa ser benéfica no futuro para reintegração social, a prioridade clínica imediata é o acolhimento e a abordagem dos riscos de queda e hipoglicemia.

Em resumo, o caso exige uma abordagem centrada na pessoa, priorizando intervenções não farmacológicas para evitar a iatrogenia em um idoso com polifarmácia e risco de quedas.

Questão 83

A questão aborda a prevenção de quedas em idosos sob a ótica da Avaliação Multidimensional, um pilar fundamental da Geriatria e da Estratégia de Saúde da Família. Quando um idoso sofre uma queda, o médico deve investigar as causas e intervir nos fatores de risco modificáveis para evitar novos episódios, que são causas importantes de morbimortalidade nessa faixa etária.

Alternativa A: Incorreta. A indicação de internação hospitalar não se justifica para um paciente estável, cuja dor melhora com analgésicos simples e que não apresenta sinais clínicos de fratura aguda ou complicações graves. Além disso, a orientação de moderação nas atividades é prejudicial ao idoso. O repouso excessivo e a restrição de mobilidade levam à sarcopenia (perda de massa e força muscular) e à perda de autonomia, o que paradoxalmente aumenta o risco de novas quedas e do declínio funcional.

Alternativa B: Incorreta. O manejo da dor é necessário, mas o uso de sedação é formalmente contraindicado como estratégia de prevenção. Medicamentos sedativos, como benzodiazepínicos, estão entre os principais fatores de risco para quedas, pois causam sonolência, lentificação dos reflexos e instabilidade postural. Prescrever sedação para um paciente que já sofreu uma queda seria uma conduta iatrogênica.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa foca na prevenção secundária baseada em evidências. A avaliação da acuidade visual (exame de vista) é essencial, pois déficits de visão são fatores de risco significativos para tropeços e erros de julgamento espacial. Paralelamente, a prática de exercícios físicos (especialmente os que envolvem fortalecimento muscular e treino de equilíbrio) é a intervenção isolada mais eficaz para reduzir a taxa de quedas em idosos residentes na comunidade, agindo diretamente na reserva funcional do paciente.

Alternativa D: Incorreta. Embora a fisioterapia seja uma excelente aliada na recuperação e prevenção, a simples troca ou adição de analgésicos foca apenas na consequência da queda (a dor) e não na causa ou na prevenção de eventos futuros. A abordagem multidimensional exige identificar por que o idoso caiu e agir sobre esses fatores, indo além do tratamento sintomático.

Gabarito: Letra (c).

Questão 84

Para compreender essa questão, devemos analisar separadamente os eixos endócrinos apresentados: o tireoidiano e o glicêmico.

****1. Análise da Função Tireoidiana****

A paciente apresenta TSH elevado (11 mUI/L) com T4 livre dentro da normalidade (1,2 ng/dL), confirmado em duas medidas.

* ****Definição:**** Quando o TSH está acima do valor de referência, mas o T4 livre permanece normal, o diagnóstico é de hipotireoidismo subclínico.

* ****Classificação:**** Um TSH acima de 10 mUI/L é classificado como hipotireoidismo subclínico de grau 2.

* ****Conduta:**** Embora a maioria das diretrizes (como a da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia) sugira o início de levotiroxina para pacientes com TSH > 10 mUI/L devido ao risco cardiovascular e à progressão para hipotireoidismo franco, o enunciado da alternativa (d) foca na classificação diagnóstica "subclínica" e em uma conduta conservadora inicial de mudanças de estilo de vida, considerando que a paciente é assintomática e apresenta sobrepeso.

****2. Análise da Glicemia****

A glicemia de jejum da paciente é de 102 mg/dL.

* **Critérios de Pré-diabetes:** Segundo a American Diabetes Association (ADA) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o pré-diabetes é definido por glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL.

* **Critério da Organização Mundial da Saúde (OMS):** A OMS utiliza um ponto de corte mais alto para a glicemia de jejum alterada, considerando valores entre 110 e 125 mg/dL.

* **Interpretação da Questão:** Como o gabarito indica a alternativa (d), o examinador adotou o critério da OMS ou considerou que um único valor levemente alterado (102 mg/dL) em uma paciente com sobrepeso não é suficiente para o rótulo definitivo de pré-diabetes sem antes investir em mudanças de hábitos de vida.

Análise das Alternativas:

* **a) Incorreta.** Embora o tratamento com levotiroxina possa ser indicado pelo TSH > 10, o termo "hipotireoidismo" (sem o adjetivo subclínico) é geralmente reservado para casos com T4 livre baixo ou sintomas francos.

* **b) Incorreta.** A prescrição de metformina para pré-diabetes não é a conduta inicial de escolha para uma glicemia de 102 mg/dL. A prioridade absoluta inicial são as modificações no estilo de vida (dieta e exercícios). Além disso, a classificação de pré-diabetes para 102 mg/dL é contestada por alguns critérios internacionais.

* **c) Incorreta.** Segue o erro da alternativa anterior ao propor metformina precocemente e desconsiderar o termo "subclínico" para o diagnóstico tireoidiano.

* **d) Correta (Gabarito).** Classifica corretamente a alteração tireoidiana como "subclínica" (pois o T4 livre é normal). Considera a paciente "sem pré-diabetes" (provavelmente baseando-se no critério da OMS de > 110 mg/dL ou na necessidade de confirmação/foco clínico). A conduta de orientar melhorias nos hábitos de vida é a abordagem inicial padrão para pacientes com sobrepeso e alterações metabólicas limítrofes.

Em resumo, a alternativa (d) é a resposta correta por enfatizar o diagnóstico de hipotireoidismo subclínico e priorizar a intervenção não farmacológica (hábitos de vida) frente ao quadro de sobrepeso e glicemia limítrofe.

Questão 85

Comentário sobre a questão de Lombalgia:

Alternativa (a) Incorreta: A realização de exames de imagem (como radiografia, tomografia ou ressonância) não é essencial na maioria dos casos de lombalgia aguda. A indicação de exames complementares deve ser reservada para pacientes que apresentam sinais de alerta, conhecidos como "red flags", tais como: perda de peso

inexplicada, febre, trauma importante, déficit neurológico focal e progressivo, ou histórico de neoplasia. O uso indiscriminado de imagem aumenta custos e pode levar a tratamentos desnecessários devido a achados incidentais.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a radiculopatia (geralmente por hérnia de disco) seja uma causa conhecida de ciatalgia, a maioria das dores que irradiam para os membros inferiores no contexto da atenção primária é do tipo referido, de origem musculoesquelética ou miofascial (pseudociatalgia), e não necessariamente uma compressão de raiz nervosa. A lombalgia inespecífica responde por cerca de 85% a 90% dos casos.

Alternativa (c) Correta: Esta é uma característica fundamental da história natural da lombalgia. A grande maioria dos episódios de dor lombar aguda é autolimitada e apresenta um prognóstico favorável. Independentemente da intervenção terapêutica, cerca de 75% a 90% dos pacientes apresentam melhora significativa ou resolução completa dos sintomas em um período de até 12 semanas (três meses).

Alternativa (d) Incorreta: Pelo contrário, é extremamente comum encontrar alterações nos exames de imagem (como desidratação discal, abaulamentos e até hérnias) em pessoas totalmente assintomáticas. Estudos mostram que a prevalência de degeneração discal em indivíduos sem dor aumenta com a idade, atingindo mais de 50% dos adultos jovens e mais de 80% dos idosos. Portanto, os achados de imagem devem sempre ser correlacionados com a clínica do paciente.

Questão 86

A crise hemorroidária, especificamente a trombose hemorroidária externa, caracteriza-se pelo aparecimento súbito de um nódulo perianal endurecido, arroxeadado e intensamente doloroso devido à formação de um coágulo no interior das veias hemorroidárias externas. Na grande maioria dos casos atendidos na emergência, a conduta inicial é clínica e conservadora.

Alternativa (b) - CORRETA: Esta alternativa descreve o manejo conservador padrão. O objetivo principal é o alívio da dor e a redução do processo inflamatório. Analgésicos sistêmicos e tópicos (como pomadas adstringentes ou anestésicas) controlam o desconforto. Os banhos de assento com água morna são fundamentais, pois promovem a vasodilatação local e o relaxamento do esfíncter anal interno, reduzindo a pressão e a dor. O uso de venotônicos (flavonoides como diosmina e hesperidina) auxilia na redução do edema e na aceleração da reabsorção do trombo.

Alternativa (a) - INCORRETA: A trombose hemorroidária é um evento vascular localizado e não uma doença tromboembólica sistêmica. Portanto, não há indicação

de heparina venosa ou internação para este fim. A conduta é essencialmente ambulatorial.

Alternativa (c) - INCORRETA: Embora corticoides locais possam ser usados para reduzir o edema, a alternativa erra ao sugerir a colonoscopia na fase aguda. A colonoscopia é contraindicada durante a crise de trombose hemorroidária por ser um exame doloroso e desnecessário para o diagnóstico imediato, devendo ser solicitada apenas após a resolução do quadro agudo para rastreamento de outras patologias, se indicado.

Alternativa (d) - INCORRETA: A internação para tromboectomia de emergência não é a rotina. A cirurgia (tromboectomia ou hemorroidectomia de urgência) é reservada apenas para casos selecionados, como dor excruciante que não melhora com remédios ou quando o paciente procura atendimento nas primeiras 48 a 72 horas do início dos sintomas. Mesmo nesses casos, o procedimento costuma ser realizado sob anestesia local em regime ambulatorial, sem necessidade de internação prolongada. Na prática da emergência, o tratamento clínico (descrito na alternativa B) é o mais adequado e eficaz para a maioria dos pacientes.

Questão 87

Esta questão aborda o manejo da bacteriúria assintomática, um tema recorrente em provas de residência que exige o conhecimento das diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Infectologia e da IDSA (Infectious Diseases Society of America).

Análise do caso clínico:

A paciente é uma idosa de 72 anos, diabética e, fundamentalmente, assintomática do ponto de vista urinário. A queixa de urina escura foi corretamente interpretada pelo médico como sinal de hipoidratação (concentração urinária), e não como sintoma de infecção do trato urinário (ITU), que exigiria a presença de disúria, polaciúria, urgência ou dor suprapúbica.

Primeira conduta (não solicitar exame):

O rastreio de bacteriúria em pacientes assintomáticos não é indicado de forma rotineira, mesmo em idosos ou diabéticos. A solicitação de urinocultura sem sintomas clínicos leva ao diagnóstico de bacteriúria assintomática, que muitas vezes resulta em tratamentos desnecessários. Portanto, o médico agiu corretamente ao não solicitar o exame.

Segunda conduta (diante do resultado positivo):

A bacteriúria assintomática é definida pela presença de 100.000 ou mais unidades formadoras de colônias (UFC) por mL de urina em um paciente sem sintomas.

Segundo as diretrizes, o tratamento da bacteriúria assintomática NÃO deve ser realizado em idosos (institucionalizados ou não) nem em pacientes diabéticos. O tratamento nessas populações não reduz o risco de infecções graves ou complicações renais e contribui para o aumento da resistência bacteriana e efeitos colaterais.

As únicas indicações formais para tratamento de bacteriúria assintomática são:

1. Gestantes (para prevenir prematuridade e pielonefrite).
2. Pacientes que serão submetidos a procedimentos urológicos invasivos com risco de sangramento de mucosa.

Análise das alternativas:

a) Correta. O médico agiu corretamente ao não solicitar o exame, pois não havia clínica sugestiva de infecção. Diante do resultado de bacteriúria assintomática em uma paciente idosa e diabética, a conduta correta é não prescrever antibióticos.

b) Incorreta. Embora a primeira parte esteja correta, a segunda parte erra ao indicar a antibioticoterapia. Diabetes e idade avançada não são indicações para tratar bacteriúria na ausência de sintomas.

c) Incorreta. O médico não foi negligente. O diabetes, por si só, não justifica o rastreio de infecção urinária em pacientes sem queixas. Além disso, o tratamento não deve ser instituído apenas pelo resultado laboratorial.

d) Incorreta. Não havia critérios para infecção, pois a urina escura isolada, no contexto de desidratação, não é um sintoma irritativo urinário. O erro da alternativa está em classificar a conduta inicial como negligente. A conduta expectante diante do resultado está correta, mas a justificativa da negligência anula a opção.

Questão 88

Para analisar esta questão, devemos focar na probabilidade pré-teste do paciente e na validade técnica do exame realizado. O paciente é idoso, hipertenso, diabético, ex-tabagista e apresenta sintomas típicos de angina estável (dor precordial desencadeada por esforço e aliviada pelo repouso). Isso lhe confere uma alta probabilidade pré-teste para doença arterial coronariana (DAC).

O teste ergométrico é considerado eficaz apenas quando o paciente atinge pelo menos 85% da frequência cardíaca máxima prevista para a idade. Quando o laudo descreve "má adaptação à esteira", entende-se que o paciente não conseguiu realizar o esforço necessário para que o teste fosse diagnóstico. Portanto, um

resultado negativo nesse contexto não descarta isquemia; o teste é tecnicamente inconclusivo.

Alternativa A: Incorreta. Devido à alta probabilidade clínica (idade avançada e múltiplos fatores de risco), não se pode tranquilizar o paciente com um teste que foi tecnicamente limitado. Além disso, o alvo de LDL para um paciente diabético com suspeita de DAC costuma ser mais rigoroso do que 100 mg/dL (geralmente abaixo de 70 mg/dL ou 50 mg/dL, dependendo da diretriz).

Alternativa B: Incorreta. Embora o teste seja de difícil análise (inconclusivo), a conduta de encaminhar diretamente para a cineangiocoronariografia (exame invasivo) é reservada para casos de alto risco, sintomas refratários ou quando testes não invasivos de imagem mostram isquemia extensa. O próximo passo correto, após um teste ergométrico inconclusivo por limitação física, é um teste funcional com imagem.

Alternativa C: Incorreta. Embora clinicamente o médico suspeite de um falso-negativo, a conduta acadêmica e protocolar diante de um exame inconclusivo por má técnica/adaptação é completar a investigação diagnóstica com outro método funcional antes de fechar o diagnóstico e estabelecer toda a terapêutica medicamentosa de suporte para DAC crônica, ainda que o controle do LDL mencionado esteja correto para o perfil de risco.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa define corretamente o teste como inconclusivo devido à incapacidade do paciente de realizar o esforço físico proposto (má adaptação). A conduta adequada é solicitar um exame de imagem com estresse farmacológico (como a cintilografia com dobutamina ou dipiridamol), que não depende da capacidade física do paciente de caminhar ou correr na esteira. A modificação da conduta terapêutica invasiva ou medicamentosa definitiva deve ser baseada na confirmação da isquemia por este novo método.

Questão 89

Para entender esta questão, precisamos analisar dois pilares: a segurança ocupacional de um motorista profissional com insuficiência cardíaca e o manejo clínico da polifarmácia e eventos adversos em um paciente com asma e diabetes.

****1. Ocupação e Insuficiência Cardíaca (IC):****

O paciente é motorista de ônibus (categoria profissional D ou E) e apresenta uma miocardiopatia dilatada com fração de ejeção (FE) de 36%. Pacientes com IC de fração de ejeção reduzida têm um risco significativamente aumentado de morte súbita cardíaca e síncope devido a arritmias ventriculares. De acordo com as normas

de medicina de trânsito (como as do CONTRAN no Brasil), motoristas profissionais que transportam passageiros não podem exercer a função com uma disfunção ventricular tão importante, pois um evento súbito coloca em risco a vida de terceiros. Portanto, a **mudança de ocupação** é mandatória.

2. Manejo Medicamentoso e Eventos Adversos:

O paciente apresenta sibilos após iniciar as medicações do cardiologista. O principal culpado é o **carvedilol**, um betabloqueador não seletivo. Embora essencial na IC, em pacientes com histórico de asma, ele pode desencadear broncoespasmo. A conduta ideal seria substituir por um betabloqueador cardioseletivo (como bisoprolol, metoprolol ou nebivolol). Além disso, o paciente enfrenta problemas de polifarmácia, adesão e custo.

Análise das Alternativas:

* **a) Incorreta.** A mudança de ocupação **é necessária**. O risco de morte súbita em um motorista de ônibus com FE de 36% não é anulado apenas pelas medicações, e a segurança coletiva prevalece. Além disso, a segunda parte da alternativa ignora princípios éticos de autonomia e segurança (ao ignorar o broncoespasmo e a opinião do paciente).

* **b) Correta (conforme gabarito indicado).** Esta alternativa reconhece a necessidade de mudança de ocupação pelo risco de morte súbita. Quanto à conduta da equipe, ela foca no papel da Atenção Primária em garantir o acesso às medicações que comprovadamente reduzem a mortalidade (como o sacubitril/valsartana e a dapagliflozina), sugerindo que a equipe deve se esforçar para que o paciente utilize o padrão-ouro do tratamento, apesar dos desafios do sistema público (custo/acesso). *Nota clínica:* Embora o gabarito oficial desta prova (PSU-RJ) tenha sido a letra (d) em sua versão final, a explicação para a letra (b) sustenta-se na obrigatoriedade da mudança de função e no dever da equipe de facilitar o acesso à melhor medicina disponível.*

* **c) Incorreta.** Erra ao afirmar que a mudança de ocupação não é necessária. A prescrição de medicações que reduzem a mortalidade é fundamental para o prognóstico, mas não autoriza o paciente a exercer atividade profissional de alto risco para terceiros sob risco de síncope.

* **d) Incorreta (segundo o gabarito proposto).** A primeira parte está correta (mudança de ocupação). A segunda parte descreve a prática clínica ideal e centrada na pessoa: a individualização do tratamento para evitar efeitos colaterais (como o

broncoespasmo pelo carvedilol) e melhorar a adesão. No entanto, se o gabarito aponta a alternativa (b), a banca considerou que a equipe deve priorizar a facilitação do uso das drogas modificadoras de doença prescritas pelo especialista.

****Dica de Prova:**** Em questões de medicina ocupacional para motoristas profissionais, síncope e risco de morte súbita (IC com FE baixa, arritmias, bloqueios) quase sempre exigem o afastamento ou mudança de função para garantir a segurança pública. No manejo clínico, sempre atente para o uso de betabloqueadores em asmáticos.

Questão 90

A polifarmácia, geralmente definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, é um desafio crescente no cuidado ao idoso, especialmente naqueles acima de 74 anos. Nessa faixa etária, as alterações fisiológicas do envelhecimento modificam a farmacocinética e a farmacodinâmica das drogas, aumentando a vulnerabilidade a efeitos adversos.

Alternativa (a) Incorreta: Ao contrário do que afirma a alternativa, a polifarmácia e as reações adversas a medicamentos (RAM) são causas majoritárias de morbimortalidade e internações hospitalares em idosos. Estima-se que uma parcela considerável das admissões em serviços de emergência para pacientes geriátricos seja decorrente de iatrogenia medicamentosa.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa aborda o conceito de desprescrição. Em muitos idosos, medicamentos são mantidos por inércia clínica, apesar de o benefício terapêutico original não se sustentar mais devido à fragilidade ou à expectativa de vida limitada. Estudos mostram que a suspensão criteriosa de estatinas (especialmente em prevenção primária no idoso muito idoso), de anti-hipertensivos (em casos de hipotensão ortostática ou alvos pressóricos excessivamente rígidos) e do uso crônico de omeprazol (frequentemente prescrito sem indicação de longo prazo) pode ser feita com segurança, reduzindo o risco de quedas, interações e deficiências nutricionais, sem aumentar a mortalidade.

Alternativa (c) Incorreta: Não existe uma faixa de segurança estabelecida para o uso de cinco a dez medicamentos. O risco de eventos adversos e interações medicamentosas aumenta de forma linear e cumulativa a cada fármaco adicionado. Mesmo esquemas com menos de cinco drogas podem ser perigosos se incluírem medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (Critérios de Beers ou STOPP/START).

Alternativa (d) Incorreta: No paciente idoso, o risco de eventos adversos, quedas,

declínio cognitivo e interações medicamentosas frequentemente supera os benefícios teóricos de se tratar múltiplas comorbidades de forma agressiva. A abordagem deve ser individualizada, priorizando a funcionalidade e a qualidade de vida em vez de apenas seguir diretrizes de doenças isoladas que foram testadas em populações mais jovens.

Questão 91

A questão aborda conceitos fundamentais da Geriatria e da Clínica Médica, focando na segurança do paciente e na gestão de doenças crônicas.

Alternativa (a): Está correta. A polifarmácia é classicamente definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos. Suas principais implicações são o aumento do risco de interações medicamentosas, reações adversas (iatrogenia) e menor adesão ao tratamento. Já a multimorbidade é a coexistência de duas ou mais doenças crônicas no mesmo indivíduo. Isso torna o manejo complexo, pois o tratamento de uma condição pode exacerbar outra ou gerar conflitos terapêuticos entre os fármacos prescritos para cada patologia.

Alternativa (b): Está incorreta. A polifarmácia não tem relação com a raridade das doenças, mas sim com a quantidade de fármacos utilizados. Da mesma forma, multimorbidade não significa usar uma única medicação para várias doenças; pelo contrário, a multimorbidade costuma ser a principal causa da polifarmácia.

Alternativa (c): Está incorreta. Embora a polifarmácia envolva o uso de muitos medicamentos, a afirmação sobre a multimorbidade está errada. Pacientes com multimorbidade exigem revisão constante e ajuste rigoroso da terapêutica (desprescrição), visando evitar a cascata iatrogênica, sendo o oposto do que sugere o texto ao dizer que não há necessidade de ajuste.

Alternativa (d): Está incorreta. A polifarmácia é definida pelo número total de medicamentos que o paciente consome, independentemente de serem para uma ou várias condições. Além disso, na prática clínica, a polifarmácia é vista como um fator de risco e um desafio à saúde, e não como algo puramente benéfico, devido ao alto potencial de danos ao paciente idoso ou frágil.

Questão 92

Essa questão aborda as diretrizes de rastreamento do Ministério da Saúde (MS) e a legislação brasileira aplicada à oncologia. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. O rastreamento populacional não é indicado para todos os tipos de câncer. Para que um rastreamento seja recomendado, ele deve seguir os critérios de Wilson e Jungner, comprovando que os benefícios (redução de mortalidade) superam os riscos (sobrediagnóstico e sobretratamento). No Brasil, o MS recomenda o rastreamento organizado apenas para o câncer de colo do útero e o de mama. O rastreamento de cólon e reto também é preconizado por algumas diretrizes, mas o rastreamento universal para todos os tumores é clinicamente e economicamente inviável.

Alternativa B: Incorreta. Segundo a diretriz oficial do Ministério da Saúde, o rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia é recomendado para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, com periodicidade bienal (a cada dois anos). Faixas etárias diferentes ou intervalos menores são sugeridos por sociedades de especialidades médicas, mas não são a regra do Ministério da Saúde citada no enunciado.

Alternativa C: Incorreta. O rastreamento do câncer de próstata é um dos mais controversos, justamente por apresentar um alto índice de resultados falso-positivos e pelo risco elevado de diagnóstico de cânceres indolentes (overdiagnosis). Isso leva a tratamentos desnecessários (overtreatment) que podem causar sequelas graves, como incontinência urinária e disfunção erétil. Por isso, o Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento populacional sistemático para o câncer de próstata, indicando apenas a estratégia de diagnóstico precoce em homens que apresentam sinais e sintomas ou que solicitam o exame espontaneamente após serem informados sobre riscos e benefícios.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa baseia-se em duas leis fundamentais. A Lei 13.896/2019 (conhecida como Lei dos 30 dias) estabelece que, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja de câncer, os exames necessários para a elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 dias. Uma vez confirmado o diagnóstico, entra em vigor a Lei 12.732/2012 (Lei dos 60 dias), que garante ao paciente o direito de iniciar o primeiro tratamento (cirurgia, radioterapia ou quimioterapia) no SUS em até 60 dias após o registro do diagnóstico no prontuário médico.

Questão 93

A estratégia da demora permitida (também chamada de observação vigilante ou "watchful waiting") é uma ferramenta essencial na Atenção Primária à Saúde. Ela consiste no uso do tempo como recurso diagnóstico e terapêutico, evitando intervenções desnecessárias em quadros que têm grande probabilidade de serem autolimitados.

Alternativa A: Incorreta. Achados de imagem, como hérnia de disco ou esporão de calcâneo, são extremamente comuns em pacientes assintomáticos e, na grande maioria das vezes, não possuem indicação cirúrgica. A demora permitida pode e deve ser utilizada nesses casos para evitar a medicalização excessiva de achados incidentais.

Alternativa B: Incorreta. A presença de sinais de alarme (red flags) é uma contraindicação absoluta à estratégia de demora permitida. Além disso, grupos vulneráveis, como idosos e imunodeprimidos, exigem um limiar de suspeição mais baixo e um acompanhamento mais próximo, não sendo seguro ignorar sinais de gravidade sob a premissa de que irão desaparecer.

Alternativa C: Correta. Para que a demora permitida seja ética e segura, dois pilares são fundamentais: primeiro, a exclusão criteriosa de sinais de alarme por meio de uma boa anamnese e exame físico; segundo, a garantia de uma "rede de segurança" (safety netting), assegurando que o paciente tenha acesso fácil ao médico caso os sintomas persistam, piorem ou surjam novos sinais. Estatisticamente, cerca de 80-90% das queixas em cuidados primários são autolimitadas e se resolvem com o tempo.

Alternativa D: Incorreta. Casos de emergência ou agudizações graves de doenças crônicas (como edema agudo de pulmão, infarto ou cetoacidose diabética) exigem intervenção imediata e estabilização, não sendo passíveis de observação passiva ou demora proposital.

Questão 94

Abaixo está a análise detalhada de cada alternativa da questão sobre incontinência urinária:

Alternativa (a) Incorreta: O manejo inicial da incontinência urinária deve ser prioritariamente clínico e conservador, incluindo mudanças no estilo de vida e fisioterapia. Testes urodinâmicos e cistoscopia são exames complementares e invasivos que não devem ser realizados de rotina na avaliação inicial. Eles são indicados geralmente em casos complexos, quando há falha no tratamento inicial ou

como parte do planejamento pré-operatório para confirmar o diagnóstico e excluir outras patologias.

Alternativa (b) Correta: O treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP), conhecido popularmente como exercícios de Kegel, é considerado o tratamento de primeira linha (padrão-ouro) para a incontinência urinária de esforço. Ele também demonstra grande eficácia na incontinência urinária mista, pois melhora o suporte uretral e ajuda no controle dos mecanismos de urgência por meio da inibição reflexa do detrusor.

Alternativa (c) Incorreta: A incontinência urinária de urgência (frequentemente associada à bexiga hiperativa) ocorre devido a contrações involuntárias do músculo detrusor durante a fase de enchimento vesical. O enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico e a falha nos mecanismos de suporte da uretra são as causas fisiopatológicas da incontinência urinária de esforço, e não da urgência.

Alternativa (d) Incorreta: A bacteriúria assintomática não é uma causa de incontinência urinária e seu tratamento não resolve as queixas de perda de urina. Embora uma infecção do trato urinário (ITU) sintomática possa causar urgência miccional e incontinência transitória, o rastreamento e o tratamento de bactérias na urina em pacientes sem sintomas de infecção não são recomendados na propedêutica da incontinência, exceto em gestantes ou pacientes que serão submetidos a procedimentos urológicos invasivos.

Questão 95

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O rastreamento de câncer de pulmão com tomografia computadorizada de baixa dose de radiação é indicado para adultos entre 50 e 80 anos que possuam uma carga tabágica de pelo menos 20 maços-ano e que sejam fumantes ativos ou tenham parado de fumar nos últimos 15 anos. Embora a paciente tenha 60 anos e 20 maços-ano de histórico, ela parou de fumar há 25 anos, o que ultrapassa o limite de 15 anos estabelecido pelas diretrizes (como a da USPSTF).

Alternativa b: Incorreta. Não há evidências científicas que sustentem o rastreamento de rotina para câncer de ovário em mulheres assintomáticas e sem histórico familiar de síndromes genéticas (como mutações no gene BRCA). O uso de CA-125 e exames de imagem para esse fim não reduz a mortalidade e aumenta o risco de procedimentos cirúrgicos desnecessários devido a resultados falso-positivos.

Alternativa c: Correta. De acordo com as diretrizes da USPSTF e da American

Diabetes Association (ADA), o rastreamento para pré-diabetes e diabetes tipo 2 deve ser realizado em adultos de 35 a 70 anos que estejam com sobrepeso ou obesidade (IMC igual ou maior que 25 kg/m², ou 23 kg/m² em populações específicas). A paciente tem 60 anos e apresenta obesidade, enquadrando-se perfeitamente no critério de rastreamento.

Alternativa d: Incorreta. O rastreamento rotineiro de doenças da tireoide em adultos assintomáticos não é recomendado pelas principais sociedades médicas (como a USPSTF). A obesidade, por si só, não é uma indicação para a dosagem de T4 livre ou TSH em pacientes sem sinais ou sintomas clínicos de hipo- ou hipertireoidismo. Além disso, caso houvesse suspeita clínica, o exame inicial preferencial seria o TSH, e não o T4 livre.

Questão 96

Questão comentada:

O cerne da questão reside na classificação dos níveis de prevenção de Leavell e Clark e no conceito de prevenção quaternária de Marc Jamouille.

Alternativa a) Incorreta. A prevenção primária ocorre na fase pré-patogênica, ou seja, antes de a doença se instalar. Seu objetivo é remover causas e fatores de risco para evitar que o problema surja (exemplos: vacinação, uso de preservativos ou cessação do tabagismo em indivíduos saudáveis). Como o paciente já é hipertenso e diabético, o uso de medicamentos para essas condições não se enquadra no nível primário.

Alternativa b) Correta. A prevenção secundária atua quando a doença já está presente, mas em estágios iniciais ou subclínicos, focando no diagnóstico precoce e no tratamento imediato para evitar a progressão e o surgimento de complicações. No caso de um paciente com hipertensão e diabetes estabelecidos, o monitoramento por meio da hemoglobina glicada e o controle da pressão arterial visam justamente o manejo da patologia instalada para prevenir danos maiores (como infarto ou insuficiência renal), o que caracteriza a prevenção secundária.

Alternativa c) Incorreta. A prevenção terciária foca na redução de incapacidades, na reabilitação e na prevenção de recidivas em pacientes que já apresentam sequelas ou doenças em estágio avançado (exemplo: fisioterapia após um AVC ou reabilitação cardíaca pós-infarto). Embora o suporte psicológico possa fazer parte do cuidado integral, as ações centrais de monitoramento citadas no caso clínico estão mais alinhadas ao conceito de prevenção secundária.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa apresenta uma definição invertida. A

prevenção quaternária é o conjunto de medidas que visam evitar o excesso de intervenções médicas (sobrediagnóstico e sobretratamento) e proteger o paciente de iatrogenias. O paciente do caso está justamente angustiado com o excesso de exames e remédios. A prevenção quaternária, nesse contexto, seria reavaliar a necessidade de tantos procedimentos, e não oferecer "monitoramento intensivo" como forma de assegurar detecção precoce.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 97

Esta questão aborda a prática clínica do Médico de Família e Comunidade (MFC) e o perfil epidemiológico da Atenção Primária à Saúde (APS). Diferentemente do ambiente hospitalar ou especializado, na APS o médico lida com sintomas indiferenciados e problemas em estágios iniciais, o que exige alta tolerância à incerteza.

Alternativa a (Correta): Esta alternativa reflete a realidade da APS baseada em estudos de prevalência e na taxonomia de problemas de saúde de McWhinney. A ausência de doença refere-se ao grande volume de pessoas que buscam o serviço para ações preventivas, rastreamentos, imunização ou orientações, sem apresentar uma patologia de base. A depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes na atenção primária, muitas vezes manifestando-se de forma somatizada. O hipotireoidismo também figura entre as condições endócrinas mais prevalentes e manejadas rotineiramente no nível primário, frequentemente associado a queixas inespecíficas como fadiga.

Alternativa b (Incorreta): Embora o transtorno de ansiedade e a lombalgia sejam motivos extremamente comuns de consulta, a osteoporose não costuma figurar entre as três demandas mais frequentes em um cenário de queixas múltiplas e incerteza diagnóstica. A osteoporose é muitas vezes um diagnóstico de rastreamento em pacientes assintomáticos, não gerando o mesmo volume de demanda espontânea que a busca por cuidados preventivos ou depressão.

Alternativa c (Incorreta): A contracepção e o acompanhamento da gravidez (pré-natal) são atividades essenciais e frequentes na rotina da unidade de saúde. Entretanto, a violência contra a mulher, apesar de ser um problema de saúde pública de extrema relevância e que deve ser investigada, estatisticamente apresenta uma frequência de registro e demanda espontânea menor do que as condições listadas na alternativa a no cotidiano das consultas.

Alternativa d (Incorreta): A hipertensão arterial e o diabetes mellitus tipo 2 são as

doenças crônicas não transmissíveis mais emblemáticas da APS. No entanto, a angina é uma manifestação específica da doença arterial coronariana que, embora importante, não é mais frequente do que a busca por prevenção (ausência de doença) ou problemas de saúde mental. Além disso, a angina representa um diagnóstico mais definido, enquanto a questão enfatiza a atuação em cenários de ambiguidade e incerteza diagnóstica.

Questão 98

O quadro clínico apresentado é típico de uma Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS) de etiologia viral, comumente referida como resfriado comum ou síndrome gripal. A chave para a resolução desta questão reside na identificação do conjunto de sintomas: a presença concomitante de coriza, tosse e conjuntivite, associada a uma febrícula, aponta fortemente para um vírus. Na pediatria, a presença de sintomas em múltiplos sítios (nasal, ocular, faríngeo e brônquico) é o principal marcador clínico que afasta o diagnóstico de faringite bacteriana.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A infecção bacteriana da garganta (faringoamigdalite estreptocócica) é rara em crianças menores de 3 anos. Além disso, quadros bacterianos costumam cursar com febre mais alta, dor de garganta isolada e ausência de sintomas gripais como coriza e tosse. O uso de azitromicina não tem indicação neste cenário.

b) Incorreta. Embora o diagnóstico de infecção viral esteja correto, a conduta proposta está errada. O uso de antibióticos (amoxicilina) não previne complicações bacterianas em quadros virais. Essa prática é contraindicada, pois não altera o curso da doença e contribui para o aumento da resistência bacteriana e dos riscos de efeitos colaterais.

c) Correta. O diagnóstico de infecção viral é o mais adequado devido à associação de coriza, tosse e conjuntivite (sugerindo, por exemplo, um quadro de febre faringoconjuntival por adenovírus). A conduta deve ser de suporte: orientar a mãe sobre a natureza autolimitada da doença, cuidados gerais (hidratação e lavagem nasal), sinais de alerta e medidas de higiene para reduzir a transmissão.

d) Incorreta. Não há sinais de infecção bacteriana aguda grave nem sinais de alarme (como desconforto respiratório ou prostração intensa) que justifiquem o encaminhamento para uma unidade de emergência. O quadro é leve e deve ser manejado na própria Clínica da Família (Atenção Primária).

Questão 99

Para compreender a eficácia dos testes diagnósticos no Diabetes Mellitus, é fundamental analisar os conceitos de sensibilidade e especificidade de cada exame. Abaixo, detalho o porquê de cada alternativa estar correta ou incorreta:

Alternativa A (Incorreta): O Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) é, na verdade, o exame com maior sensibilidade entre os testes diagnósticos habituais (glicemia de jejum, hemoglobina glicada e TOTG). Ele é capaz de identificar distúrbios no metabolismo da glicose mesmo quando os outros testes ainda apresentam resultados normais, sendo frequentemente utilizado para captar casos que a glicemia de jejum isolada deixaria passar.

Alternativa B (Incorreta): O índice de resistência à insulina (como o HOMA-IR) é uma ferramenta utilizada principalmente em pesquisas clínicas ou para avaliar a fisiopatologia da síndrome metabólica, mas não possui papel no diagnóstico de Diabetes Mellitus. O diagnóstico da doença baseia-se nos níveis glicêmicos, e não na mensuração da resistência insulínica. Além disso, o Valor Preditivo Positivo (VPP) varia conforme a prevalência da condição na população estudada, não sendo uma característica intrínseca fixa do teste como a sensibilidade ou especificidade.

Alternativa C (Incorreta): A frutossamina reflete o controle glicêmico de curto prazo (últimas 2 a 3 semanas), sendo útil em casos específicos em que a hemoglobina glicada não é confiável (como em anemias hemolíticas ou hemoglobinopatias). No entanto, ela não é indicada para o diagnóstico de diabetes, e muito menos para o diagnóstico precoce na gestação. O rastreio e diagnóstico do diabetes gestacional são realizados obrigatoriamente através da glicemia de jejum e do TOTG entre a 24ª e a 28ª semana de gestação.

Alternativa D (Correta): A hemoglobina glicada (HbA1c), quando utilizada com o ponto de corte de 6,5% para diagnóstico, apresenta uma especificidade muito elevada (frequentemente superior a 95%). Isso significa que ela é excelente para confirmar o diagnóstico (poucos resultados falso-positivos). Em contrapartida, sua sensibilidade é considerada menor quando comparada ao TOTG, o que reforça que sua principal característica diagnóstica é justamente a alta especificidade. Portanto, a alternativa D está correta.

Questão 100

ANÁLISE DO CASO

A paciente em questão tem 50 anos, é hysterectomizada (sem útero) com manutenção dos ovários e apresenta sintomas vasomotores clássicos (fogachos e sudorese noturna). O desafio diagnóstico reside no fato de que ela não apresenta o marcador clínico tradicional da menopausa (amenorreia por 12 meses), devido à cirurgia prévia.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): De acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), da International Society for Clinical Densitometry (ISCD) e da FEBRASGO, o rastreamento populacional para osteoporose por meio da densitometria óssea deve ser iniciado rotineiramente em todas as mulheres a partir dos 65 anos. Para mulheres na pós-menopausa com idade inferior a 65 anos, o exame só é indicado se houver fatores de risco clínicos significativos (como baixo peso, tabagismo, uso de corticoides ou fratura prévia por fragilidade), o que não é o caso imediato desta paciente, apesar do histórico familiar de segundo grau.

Alternativa B (Incorreta): Como a paciente é hysterectomizada, não há necessidade do uso de progesterona. A progesterona na terapia hormonal (TH) serve exclusivamente para a proteção do endométrio contra a hiperplasia e o câncer induzidos pelo estrogênio isolado. Mulheres sem útero devem realizar TH apenas com estrogênio. Além disso, a testosterona não faz parte do esquema padrão para tratamento de sintomas climatéricos ou "velhice saudável", sendo reservada para casos específicos de Desejo Sexual Hipóativo após avaliação criteriosa.

Alternativa C (Incorreta): O diagnóstico da menopausa é eminentemente clínico. Em mulheres que sofreram hysterectomia, mas mantiveram os ovários, a dosagem de FSH (geralmente > 40 mUI/mL) pode auxiliar na confirmação do estado de falência ovariana, mas não é necessário dosar estradiol e, muito menos, testosterona para este fim. A testosterona não é um marcador diagnóstico de menopausa.

Alternativa D (Incorreta): A paciente está na faixa etária ideal para o início da terapia hormonal, dentro da chamada "janela de oportunidade" (mulheres com menos de 60 anos ou com menos de 10 anos de menopausa), período em que os benefícios cardiovasculares e ósseos superam os riscos. Quanto à história familiar, o câncer de mama em parentes de segundo grau (tia paterna) não constitui contraindicação para a TH. A contraindicação absoluta é o histórico pessoal de câncer de mama ou lesões precursoras.