



USP-RP

GABARITO | 2025 | SP | 100 Questões



Gabarito: USP-RP

2025 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

ESTRUTURA DA QUESTÃO E CONCEITOS-CHAVE

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar dois conceitos fisiopatológicos: hipoxemia e isquemia. A hipoxemia refere-se à baixa concentração ou pressão parcial de oxigênio no sangue arterial. A isquemia refere-se à deficiência de suprimento sanguíneo (fluxo) para um órgão ou tecido, seja por obstrução arterial ou baixo débito cardíaco.

ANÁLISE DA CRIANÇA A (Tetralogia de Fallot)

A criança A apresenta Tetralogia de Fallot e sofreu uma crise hipercrianótica (ou crise de hipoxemia) desencadeada pelo estresse da vacinação. Nessa patologia, existe uma obstrução ao fluxo de saída do ventrículo direito. Durante a crise, ocorre um espasmo do infundíbulo pulmonar ou uma queda na resistência vascular sistêmica, o que aumenta o desvio de sangue não oxigenado da direita para a esquerda através da comunicação interventricular (CIV). O sangue que chega à aorta e vai para o cérebro está severamente dessaturado. Portanto, a complicação neurológica é decorrente da hipoxemia aguda e grave.

ANÁLISE DA CRIANÇA B (Coarctação da Aorta)

A criança B possui coarctação da aorta, que é uma lesão obstrutiva mecânica da artéria aorta. Esse estreitamento reduz drasticamente o fluxo sanguíneo para os órgãos localizados após a obstrução (pós-ductais), como os intestinos. A falta de fluxo sanguíneo adequado para o trato gastrointestinal caracteriza a isquemia mesentérica. Em lactentes, isso pode evoluir para quadros semelhantes à enterocolite necrotizante, com necrose de alças e necessidade de ressecção cirúrgica, como descrito no caso.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. Embora a criança B tenha sofrido isquemia, o mecanismo principal da crise e da lesão na Tetralogia de Fallot (A) é a hipoxemia (sangue circulante com baixo oxigênio), e não a interrupção do fluxo em si.

b) Incorreta. Esta alternativa inverte os mecanismos. A criança A sofre de hipoxemia devido ao shunt direita-esquerda, enquanto a criança B sofre de isquemia devido à obstrução mecânica ao fluxo sanguíneo na aorta.

c) Correta. A criança A apresenta hipoxemia, pois na crise de Fallot o sangue arterial torna-se pobre em oxigênio devido ao desvio de sangue venoso para a circulação sistêmica. A criança B apresenta isquemia, pois a coarctação impede mecanicamente que o sangue chegue em volume e pressão suficientes aos tecidos abdominais.

d) Incorreta. A complicação da criança B não é explicada apenas pela qualidade do oxigênio no sangue (hipoxemia), mas sim pela incapacidade do sangue chegar ao tecido-alvo devido à barreira física da coarctação (isquemia).

Questão 2

Para resolver esta questão, é necessário aplicar a Regra de Holliday-Segar, que define o volume de hidratação de manutenção para pacientes pediátricos em um período de 24 horas com base no peso corporal.

Calculando o volume para 24 horas (paciente de 25 kg):

1. Para os primeiros 10 kg: $10 \text{ kg} \times 100 \text{ mL/kg} = 1.000 \text{ mL}$.

2. Para os próximos 10 kg (de 11 a 20 kg): $10 \text{ kg} \times 50 \text{ mL/kg} = 500 \text{ mL}$.

3. Para o peso que excede 20 kg (no caso, 5 kg excedentes): $5 \text{ kg} \times 20 \text{ mL/kg} = 100 \text{ mL}$.

Soma total para 24 horas: $1.000 + 500 + 100 = 1.600 \text{ mL}$.

O comando da questão solicita o volume proporcional para correr por 12 horas.

Cálculo para 12 horas: $1.600 \text{ mL} \text{ dividido por } 2 = 800 \text{ mL}$.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de 250 mL não possui correlação com o cálculo de manutenção basal para o peso e o tempo descritos.

Alternativa b) Incorreta. 500 mL é um valor abaixo do necessário para 12 horas de manutenção em uma criança de 25 kg.

Alternativa c) Incorreta. O valor de 1.600 mL representa a manutenção total para 24 horas. O erro aqui seria não atentar para o fato de que a prescrição deve cobrir apenas o período de 12 horas mencionado no enunciado.

Alternativa d) Correta. Este valor corresponde exatamente à metade do volume diário (800 mL), atendendo corretamente à recomendação de hidratação de 100% de Holliday-Segar para o período de 12 horas.

Gabarito: Letra d.

Questão 3

O quadro clínico descreve um caso de escorpionismo grave em uma criança de 4 anos. O veneno escorpiônico causa uma liberação maciça de catecolaminas (tempestade adrenérgica), resultando em vasoconstrição periférica intensa e aumento súbito da resistência vascular sistêmica.

Análise da Pressão Arterial e do Pulso:

A pressão arterial registrada foi de 120/105 mmHg. Para uma criança dessa idade, ambos os valores estão elevados (hipertensão). No entanto, a percepção da "amplitude" ou "força" do pulso depende da pressão de pulso, que é a diferença entre a pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão arterial diastólica (PAD).

No caso: $120 \text{ (PAS)} - 105 \text{ (PAD)} = 15 \text{ mmHg}$.

Uma pressão de pulso de apenas 15 mmHg é considerada muito estreita ou convergente. Quando a diferença entre a pressão máxima e mínima é pequena, a onda de choque gerada pela ejeção ventricular é menos perceptível ao examinador, resultando na sensação de pulso fino ou filiforme, mesmo que a pressão absoluta esteja alta.

Alternativa (a): Correta. A vasoconstrição periférica extrema causada pelas catecolaminas eleva proporcionalmente mais a pressão diastólica, tornando as pressões sistólica e diastólica muito próximas (convergentes). Isso reduz a amplitude da onda de pulso, explicando por que o pulso é fino apesar da hipertensão.

Alternativa (b): Incorreta. A pressão foi medida no membro superior direito (periferia) e o pulso foi palpado na artéria radial (periferia). Portanto, ambos foram avaliados em território periférico. A discrepância não é anatômica, mas hemodinâmica.

Alternativa (c): Incorreta. Embora o veneno escorpiônico possa causar disfunção miocárdica e redução da fração de ejeção, o sinal clínico de pulso fino associado a uma pressão diastólica tão elevada (105 mmHg) aponta especificamente para a vasoconstrição e convergência de pressões. Uma falência de bomba isolada tenderia a cursar com queda da pressão sistólica.

Alternativa (d): Incorreta. Os efeitos colinérgicos do veneno são responsáveis por sintomas como vômitos, salivação, bradicardia e sudorese. O efeito arterial de vasoconstrição e hipertensão é decorrente da liberação adrenérgica (catecolaminas), e não colinérgica.

Questão 4

O quadro clínico descreve uma criança de 2 anos com insuficiência respiratória aguda após o uso de medicação por via retal (provavelmente diazepam) para cessar uma crise convulsiva de 6 minutos. A frequência respiratória de 10 incursões por minuto para essa idade é considerada bradipneia grave (o normal seria entre 20 e 30 irpm), e a saturação de 85% com murmúrio diminuído indica hipoventilação importante e hipoxemia.

Por que a alternativa (c) está correta?

Seguindo a priorização do ABCDE na emergência, o paciente apresenta uma falha na ventilação (letra B). Diante de um quadro de bradipneia severa e respiração superficial, o oxigênio suplementar sozinho não resolve o problema, pois o paciente não tem drive respiratório ou força mecânica para realizar as trocas gasosas. A conduta imediata deve ser a ventilação com pressão positiva utilizando a bolsa-válvula-máscara (Ambu) para garantir o volume corrente e a oxigenação.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

a) Fornecer oxigênio por máscara não reinalante: Esta medida é indicada para pacientes que mantêm um esforço respiratório e volume corrente adequados, mas precisam de maior fração inspirada de oxigênio. No caso em questão, o paciente está hipoventilando; sem suporte ventilatório (pressão positiva), o oxigênio não chegará adequadamente aos alvéolos.

b) Administrar naloxona: A naloxona é o antídoto específico para intoxicação por opioides. O histórico da criança (uso de medicação retal após convulsão) aponta claramente para o uso de benzodiazepínicos, como o diazepam, tornando a naloxona ineficaz neste cenário.

d) Administrar flumazenil: Embora seja o antídoto para benzodiazepínicos, o flumazenil é contraindicado em pacientes com histórico de epilepsia ou que utilizam medicamentos que reduzem o limiar convulsivo. A sua administração pode desencadear crises convulsivas refratárias (estado de mal epilético). Além disso, em emergências, a estabilização clínica (ventilação) sempre precede a administração de antídotos.

Questão 5

Análise do quadro clínico e radiológico:

O paciente apresenta um quadro súbito de desconforto respiratório e queda de saturação no sétimo dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca (identificada pelos fios de sutura esternal na imagem). A radiografia de tórax mostra uma grande área de hipertransparência (cor preta) no hemitórax direito, marcada com a letra D, com ausência de tramas vasculares e o pulmão direito colapsado em direção ao hilo. Há um nítido desvio das estruturas do mediastino (coração e traqueia) para o lado esquerdo, o que caracteriza um pneumotórax hipertensivo à direita. Embora o enunciado mencione dor no lado esquerdo, isso pode ocorrer devido ao desvio e à compressão das estruturas mediastinais e do pulmão contralateral.

Alternativa A: Incorreta. O início súbito dos sintomas e a imagem radiológica são típicos de uma complicação mecânica (pneumotórax), e não infecciosa. O uso de antibióticos seria indicado em casos de pneumonia ou sepse, que apresentam evolução mais gradual e imagens de consolidação ou infiltrados pulmonares, o que não é observado nesta radiografia.

Alternativa B: Incorreta. A ventilação com bolsa-válvula-máscara utiliza pressão positiva. Em um paciente com pneumotórax hipertensivo não drenado, a pressão positiva empurra ainda mais ar para o espaço pleural, aumentando a tensão, agravando o desvio do mediastino e comprimindo os grandes vasos. Isso reduz o retorno venoso e pode levar rapidamente ao choque obstrutivo e à parada cardiorrespiratória.

Alternativa C: Incorreta. Oferecer mais oxigênio é apenas uma medida de suporte que não trata a causa-base. O paciente já apresenta hipoxemia mesmo com oxigênio suplementar porque o problema é mecânico: o pulmão está colapsado e não consegue realizar trocas gasosas adequadas, além do prejuízo hemodinâmico pelo desvio do mediastino. A prioridade é a descompressão.

Alternativa D: Correta. Diante de um pneumotórax volumoso com sinais de hipertensão (instabilidade clínica e desvio do mediastino no raio X), a conduta imediata e definitiva é a drenagem torácica. Como a imagem aponta claramente que o acúmulo de ar está no lado direito (hemitórax com a marcação D), a drenagem deve ser realizada à direita para permitir a reexpansão pulmonar e o retorno das estruturas mediastinais para a posição correta, estabilizando o paciente.

Questão 6

O quadro clínico descrito — uma criança de 18 meses com início súbito de tosse, choro e sialorreia (salivação excessiva) após brincar sem supervisão — é altamente sugestivo de ingestão de corpo estranho. A sialorreia, na ausência de desconforto respiratório importante, aponta para uma provável obstrução esofágica, impedindo a deglutição da saliva.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Radiografias de abdome seriadas podem ser úteis para acompanhar a progressão de corpos estranhos que já passaram pelo estômago (como pilhas ou objetos pontiagudos). No entanto, a prioridade inicial é localizar o objeto. Como os sintomas sugerem localização no esôfago, o foco deve ser o tórax e a região cervical, e não o abdome de forma seriada neste momento.

b) Incorreta. O uso de contraste iodado ou baritado deve ser evitado inicialmente. O contraste aumenta o risco de aspiração para os pulmões (caso haja obstrução completa do esôfago) e pode dificultar a visualização direta do objeto e da mucosa durante uma eventual endoscopia terapêutica posterior.

c) Correta. A realização de radiografias em duas incidências (frente e perfil) é o padrão-ouro inicial para aumentar o poder diagnóstico. Duas incidências permitem confirmar se o objeto é radiopaco, identificar se há mais de um objeto sobreposto (como duas moedas juntas) e, principalmente, diferenciar a localização: se o objeto está no esôfago ou na traqueia. Por exemplo, uma moeda no esôfago geralmente se posiciona no plano coronal (aparece de frente na incidência anteroposterior), enquanto na traqueia ela tende a se posicionar no plano sagital (aparece de lado na incidência anteroposterior).

d) Incorreta. Diante da suspeita de corpo estranho esofágico com sintomas clínicos (sialorreia), a investigação deve ser imediata. Aguardar de 6 a 8 horas posterga o diagnóstico e aumenta o risco de complicações, como a aspiração de saliva para a via aérea ou lesões na mucosa esofágica por compressão prolongada.

Resumo do raciocínio: Em pediatria, a suspeita de corpo estranho exige radiografia de pescoço, tórax e abdome. As duas incidências de tórax (frente e perfil) são fundamentais para localizar a altura e o compartimento (digestivo x respiratório) onde o objeto se encontra.

Questão 7

O quadro clínico descrito sugere a hipótese de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). No entanto, para a confirmação diagnóstica segundo os critérios do DSM-5, é necessário que os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade estejam presentes por, no mínimo, 6 meses, em pelo menos dois ambientes diferentes (como casa e escola), e que causem prejuízo funcional.

Alternativa a) Incorreta. O uso de estimulantes, como o metilfenidato, é indicado apenas após a confirmação diagnóstica. No caso apresentado, a criança apresenta sintomas há apenas 3 meses, o que não preenche o critério temporal de 6 meses exigido pelo DSM-5. Além disso, o diagnóstico de TDAH é clínico e requer uma avaliação abrangente antes do início da farmacoterapia.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta mais adequada no momento por dois motivos principais: 1) O tempo de evolução dos sintomas (3 meses) é insuficiente para o diagnóstico definitivo, exigindo acompanhamento (seguimento) para observar a persistência do quadro; 2) Para o diagnóstico de TDAH, os sintomas devem manifestar-se em múltiplos contextos. Solicitar relatórios acadêmicos é fundamental para documentar o comportamento da criança no ambiente escolar e confirmar se a desatenção é onipresente.

Alternativa c) Incorreta. O eletroencefalograma (EEG) não faz parte da investigação rotineira do TDAH. Ele seria indicado apenas se houvesse suspeita de crises epiléticas, como crises de ausência, que podem simular episódios de desatenção. Contudo, o relato de perda de objetos e dificuldade em seguir instruções aponta mais para um transtorno neurobiológico do desenvolvimento do que para eventos paroxísticos.

Alternativa d) Incorreta. A carbamazepina é um anticonvulsivante e estabilizador de humor, não sendo utilizada no tratamento do TDAH. Além disso, iniciar qualquer medicação psicotrópica sem um diagnóstico firmado e sem o preenchimento dos critérios clínicos e temporais é uma conduta inadequada.

Questão 8

Análise do Caso Clínico

O quadro clínico descreve um lactente de 8 meses com lesões cutâneas pruriginosas (que coçam) e recidivantes, com início aos 6 meses de vida. A distribuição das lesões é um dado fundamental para o diagnóstico em pediatria: em lactentes, a dermatite atópica tipicamente acomete a face (poupando o sulco nasolabial), o tronco e as

superfícies extensoras dos membros. A imagem corrobora essa descrição, apresentando áreas eritematosas (avermelhadas) e xeróticas (secas) no abdome e na face anterior/lateral das coxas.

Por que a alternativa A está correta?

A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica da pele, muito comum na infância. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado no prurido intenso, no caráter crônico/recorrente e na morfologia e distribuição típicas das lesões conforme a idade. No lactente, a localização em superfícies extensoras e na face é o padrão clássico. O início aos 6 meses coincide frequentemente com mudanças ambientais e alimentares, embora a doença seja uma desordem da barreira cutânea e do sistema imunológico, não necessariamente uma alergia alimentar direta.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

b) Eritema multiforme: É uma reação de hipersensibilidade aguda, geralmente autolimitada, caracterizada por lesões em "alvo" ou "íris" (círculos concêntricos). Frequentemente é desencadeado por infecções (como o vírus Herpes simplex) ou medicamentos, não apresentando o caráter crônico e a distribuição típica descrita no caso.

c) Urticária crônica: Caracteriza-se pela presença de placas urticadas (pápulas edematosas e eritematosas) que são evanescentes, ou seja, duram menos de 24 horas em um mesmo local, mudando de posição. Embora seja pruriginosa, a imagem e a descrição de "lesões recidivantes" desde os 6 meses com padrão eczematoso (sugerido pela xerose e localização) direcionam para dermatite atópica, e não para urticária.

d) Dermatite de contato: Ocorre devido à reação inflamatória após o contato com substâncias irritantes ou alérgenos específicos. Geralmente as lesões ficam limitadas à área de contato com o agente causador. No caso clínico, as lesões são disseminadas (face, abdome, extensores), o que torna a dermatite atópica a hipótese diagnóstica primária e mais provável.

Questão 9

O caso clínico descreve uma criança com a tétrade clássica da vasculite por IgA (antigamente chamada de púrpura de Henoch-Schönlein), que é a vasculite sistêmica mais comum na infância. O quadro geralmente é precedido por uma infecção das vias aéreas superiores (como a coriza e odinofagia relatadas) e manifesta-se com:

1. Púrpura palpável (principalmente em membros inferiores e nádegas).
2. Artralgia ou artrite (edema e dor em tornozelos).
3. Dor abdominal (podendo haver sangramento gastrointestinal devido à vasculite na parede intestinal).
4. Comprometimento renal (ausente neste caso inicial, visto que a urina de rotina estava normal).

O hemograma normal é um dado fundamental, pois exclui plaquetopenia como causa das lesões purpúricas, reforçando o diagnóstico de uma púrpura vascular (vasculite) e não de uma púrpura trombocitopênica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hemofilia A é um distúrbio da coagulação (deficiência de fator VIII) que acomete quase exclusivamente meninos por ser ligada ao X. Caracteriza-se por hemartroses (sangramentos intra-articulares) e hematomas musculares após traumas, e não por púrpura palpável, dor abdominal e diarreia sanguinolenta após quadro gripal.

b) Correta. A vasculite por IgA se encaixa perfeitamente na descrição. É uma vasculite de pequenos vasos mediada por deposição de imunocomplexos de IgA. O quadro clínico de púrpura palpável não trombocitopênica em membros inferiores, associado a sintomas articulares e gastrointestinais após uma infecção respiratória, é o cenário clássico da doença em pediatria.

c) Incorreta. Embora o lúpus eritematoso sistêmico (LES) possa causar vasculite e artrite, ele é mais comum em adolescentes e adultos jovens do sexo feminino. Além disso, no LES esperaríamos alterações no hemograma (como leucopenia, anemia ou trombocitopenia) e marcadores inflamatórios geralmente mais elevados, além de outros critérios como fotossensibilidade e rash malar.

d) Incorreta. A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (MIS-C) associada à COVID-19 apresenta-se com febre alta persistente, disfunção orgânica grave (frequentemente cardíaca) e marcadores inflamatórios extremamente elevados (VHS e proteína C-reativa muito altos, ferritina elevada). O quadro da paciente é mais brando e específico para a vasculite por IgA.

Questão 10

O quadro clínico e laboratorial apresentado é clássico para o diagnóstico de Enteropatia Perdedora de Proteínas (EPP). Vamos analisar os pontos-chave:

A criança apresenta um quadro de diarreia crônica associado a sinais de desnutrição e hipoproteïnemia grave (edema de face e membros, abdome distendido). O laboratório revela uma "pan-hipoproteïnemia", ou seja, redução tanto da albumina (2,5 g/dL) quanto da gamaglobulina (0,2 g/dL). Além disso, a presença de linfopenia (700/microL) sugere uma perda de linfa para o lúmen intestinal (comum na linfangiectasia intestinal, uma das causas de EPP).

O marcador definitivo na questão é a alfa-1-antitripsina fecal elevada (5,0 mg/g). Como essa proteína não é secretada, absorvida ou digerida pelas proteases intestinais, sua presença em níveis aumentados nas fezes é o padrão-ouro para confirmar que proteínas estão "vazando" pela mucosa gastrointestinal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na deficiência de alfa-1-antitripsina (doença genética), o paciente geralmente apresenta doença hepática (cirrose) ou pulmonar (enfisema). O exame de alfa-1-antitripsina fecal não é usado para diagnosticar a deficiência sistêmica da enzima, mas sim para detectar a perda de proteínas pelo intestino, já que ela serve como um marcador de "escape" proteico.

b) Incorreta. O Kwashiorkor é uma forma de desnutrição proteico-calórica grave. Embora curse com edema e hipoalbuminemia, ele não justifica isoladamente a linfopenia tão marcada ou o aumento da alfa-1-antitripsina fecal, que indica especificamente uma perda proteica via mucosa intestinal (enteropatia), e não apenas falta de aporte dietético.

c) Incorreta. A hipogamaglobulinemia congênita explicaria os níveis baixos de gamaglobulina e as infecções de repetição, mas não justificaria a hipoalbuminemia (albumina baixa), o estatócrito alterado (gordura nas fezes) nem o aumento da alfa-1-antitripsina fecal.

d) Correta. A enteropatia perdedora de proteínas é a tradução clínica de todas as alterações encontradas: diarreia crônica, esteatorreia (pela má absorção ou perda linfática), hipoalbuminemia e hipogamaglobulinemia (perda proteica global), linfopenia (perda de linfócitos pela linfa intestinal) e o aumento da alfa-1-antitripsina fecal (marcador de perda proteica entérica).

Questão 11

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma criança de 10 anos com um foco infeccioso provável no joelho esquerdo (sugerindo osteomielite ou artrite séptica após trauma) que evoluiu para um estado de choque séptico. A questão informa que, mesmo após a intubação, ventilação adequada e expansão volêmica com duas alíquotas de soro fisiológico, o paciente mantém sinais de choque e hipotensão arterial (70/20 mmHg).

Para escolher a droga vasoativa correta em pediatria, devemos identificar se o choque é frio ou quente. Neste caso, os dados do exame físico são decisivos: o paciente apresenta pulsos amplos, tempo de enchimento capilar muito rápido (menor que 1 segundo) e extremidades quentes e avermelhadas. Esses achados caracterizam o choque quente (choque distributivo), onde o principal problema é a vasoplegia, ou seja, uma queda acentuada da resistência vascular sistêmica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Epinefrina: Incorreta. A epinefrina (adrenalina) é a droga de primeira escolha no choque séptico pediátrico que se apresenta como choque frio (extremidades frias, pulsos finos e tempo de enchimento capilar lentificado). No choque quente, ela não é a primeira opção, embora possa ser considerada em etapas posteriores se houver disfunção miocárdica associada.

b) Dobutamina: Incorreta. A dobutamina é um agente inotrópico que atua principalmente em receptores beta-1, mas também possui efeito beta-2, o que causa vasodilatação periférica. Em um paciente que já apresenta vasoplegia (choque quente) e hipotensão grave, a dobutamina pode piorar ainda mais a pressão arterial.

c) Norepinefrina: Correta. No choque séptico quente, o objetivo terapêutico é restaurar o tônus vascular. A norepinefrina é a droga de escolha por possuir um potente efeito alfa-1 adrenérgico, promovendo vasoconstrição periférica e aumento da resistência vascular sistêmica. Isso ajuda a elevar a pressão arterial diastólica e a melhorar a perfusão dos órgãos.

d) Milrinona: Incorreta. A milrinona é um inodilatador (aumenta a força de contração do coração e promove vasodilatação). Ela é utilizada em casos de choque cardiogênico ou choque frio com resistência vascular muito elevada, geralmente após a estabilização inicial. Seu uso é contraindicado em pacientes hipotensos e com sinais de choque distributivo (quente), pois agravaria a queda da pressão arterial.

Questão 12

O caso clínico apresenta uma paciente de 9 anos com níveis de LDL-colesterol persistentemente elevados (230 mg/dL inicialmente e 217 mg/dL após 4 meses) e um histórico familiar relevante (pai jovem de 32 anos com dislipidemia em uso de estatina). Esses dados sugerem fortemente o diagnóstico de hipercolesterolemia familiar.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e órgãos internacionais, o tratamento farmacológico com estatinas na população pediátrica é indicado a partir dos 8 a 10 anos de idade se, após um período de mudanças no estilo de vida (geralmente de 3 a 6 meses), os níveis de LDL-colesterol permanecerem iguais ou superiores a 190 mg/dL. Em pacientes com história familiar de doença cardiovascular precoce ou outros fatores de risco, o tratamento pode ser iniciado com LDL igual ou superior a 160 mg/dL.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Os fibratos são medicamentos utilizados principalmente para reduzir níveis elevados de triglicérides (geralmente acima de 500 mg/dL) para prevenir o risco de pancreatite. A paciente apresenta níveis de triglicérides normais (75 mg/dL), conforme mostra a tabela de exames.

Alternativa b) Correta. A paciente tem 9 anos e apresenta LDL de 217 mg/dL mesmo após 4 meses de dieta e exercícios físicos. Como o valor permanece acima do ponto de corte de 190 mg/dL e há um histórico familiar importante, o início de estatina está indicado como terapia de primeira linha para redução do risco cardiovascular futuro.

Alternativa c) Incorreta. A tabela mostra um TSH discretamente elevado (5,1 mUI/mL atual e 5,7 anteriormente) com T4 livre normal e anti-TPO negativo. Esse quadro caracteriza um hipotireoidismo subclínico leve (TSH menor que 10 mUI/mL). Em crianças, essa alteração laboratorial isolada raramente é a causa de uma dislipidemia tão severa quanto a observada (LDL acima de 200 mg/dL) e, em muitos casos, a conduta é apenas o acompanhamento clínico, não sendo a prioridade de tratamento neste cenário.

Alternativa d) Incorreta. A paciente já realizou mudanças no estilo de vida por 4 meses, obtendo uma redução muito pequena no LDL (de 230 para 217 mg/dL). Manter apenas o tratamento não medicamentoso seria insuficiente e retardaria a proteção cardiovascular necessária para alguém com níveis tão elevados de colesterol. Por isso, a diretriz recomenda avançar para o tratamento medicamentoso.

Questão 13

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de sangramento persistente após trauma cutâneo (lesão perfurocortante) associado à presença de petéquias. Esses achados são característicos de um distúrbio da hemostasia primária. Na hemostasia primária, o defeito ocorre nas plaquetas ou no fator de Von Willebrand, resultando em sangramentos cutâneo-mucosos imediatos, como petéquias, equimoses, epistaxe e sangramento prolongado em ferimentos superficiais.

Alternativa (a) Incorreta: A hipertensão porta com hiperesplenismo pode causar trombocitopenia (redução do número de plaquetas) devido ao sequestro esplênico. No entanto, em uma criança de 3 anos, esse quadro geralmente viria acompanhado de esplenomegalia importante ou história de doença hepática/vascular pregressa. Embora possa gerar petéquias, não é a causa mais provável para um distúrbio hereditário de sangramento isolado sugerido pela anamnese.

Alternativa (b) Incorreta: As hemofilias (A ou B) são distúrbios da hemostasia secundária (deficiência de fatores de coagulação). O quadro clínico típico das hemofilias envolve sangramentos em tecidos profundos, como hemartroses (sangramento nas articulações) e hematomas musculares. Um dado fundamental para descartar as hemofilias nesta questão é a presença de petéquias; as petéquias são marcas registradas de defeitos de plaquetas ou do endotélio e não ocorrem em deficiências isoladas de fatores de coagulação como a hemofilia.

Alternativa (c) Correta: A Doença de Von Willebrand (DVW) é o distúrbio hemorrágico hereditário mais comum na população. Ela ocorre pela deficiência ou disfunção do Fator de Von Willebrand (FVW), que possui duas funções principais: promover a adesão das plaquetas ao endotélio vascular lesado (hemostasia primária) e transportar/proteger o Fator VIII da coagulação. Por afetar a hemostasia primária, a DVW manifesta-se tipicamente com sangramentos cutâneo-mucosos, como as petéquias descritas, e sangramento prolongado após cortes ou procedimentos cirúrgicos, encaixando-se perfeitamente no quadro do paciente.

Alternativa (d) Incorreta: A Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI) é uma causa comum de plaquetopenia na infância, geralmente de caráter agudo e muitas vezes precedida por uma infecção viral. Embora cause petéquias e sangramentos, a questão menciona que a criança já tinha um diagnóstico prévio de "problema de sangramento" em outra localidade, o que aponta para uma condição crônica ou hereditária, tornando a Doença de Von Willebrand uma hipótese mais provável do que um evento agudo de PTI.

Questão 14

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O lactente de 1 ano apresenta um quadro de sibilância recorrente, definido por três ou mais episódios de sibilância. Além disso, apresenta sintomas persistentes entre as crises, como tosse matinal e tosse desencadeada por estímulos não virais (choro). A descrição das lesões de pele (ressecamento e prurido em superfícies extensoras) é clássica de dermatite atópica.

Ao aplicarmos o Índice Preditivo de Asma (IPA) modificado, observamos que o paciente possui um critério maior: o diagnóstico médico de dermatite atópica. A presença de sibilância recorrente associada a um critério maior confere a este lactente uma alta probabilidade de que seus sintomas sejam a manifestação inicial de asma atópica.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): De acordo com as diretrizes nacionais e internacionais (como o GINA), o tratamento de manutenção de primeira escolha para crianças com sibilância recorrente e alta probabilidade de asma é o uso de corticosteroide inalatório em doses baixas. O objetivo é controlar a inflamação crônica das vias aéreas, reduzir a frequência das crises e melhorar a qualidade de vida.

Alternativa B (INCORRETA): Embora o paciente tenha tido história de regurgitações, o relato deixa claro que houve melhora espontânea aos 7 meses de vida, caracterizando o refluxo fisiológico do lactente (golfadas). Não há evidências atuais de doença do refluxo gastroesofágico que justifiquem o uso de inibidores de bomba de prótons como tratamento para o quadro respiratório.

Alternativa C (INCORRETA): O salbutamol é um broncodilatador de curta ação indicado apenas para o alívio dos sintomas durante as crises agudas (resgate). O quadro do paciente, com sintomas frequentes e gatilhos claros, exige um tratamento de controle (manutenção) e não apenas medicação sintomática de curto prazo.

Alternativa D (INCORRETA): Os antileucotrienos (como o montelucaste) são uma opção terapêutica para o controle da asma em crianças, mas são considerados medicamentos de segunda linha. Os corticosteroides inalatórios são superiores na redução das exacerbações e são a recomendação inicial preferencial.

Questão 15

O caso clínico descreve uma criança de 3 anos e 6 meses em estado de mal epilético, definido operacionalmente como uma crise convulsiva que dura mais de 5 minutos. O paciente já está em crise há 20 minutos, o que exige intervenção farmacológica imediata para interromper a atividade convulsiva e evitar danos neurológicos.

Alternativa a) Fenobarbital. Incorreta. O fenobarbital é geralmente reservado como droga de primeira linha apenas para convulsões em neonatos. Em crianças maiores, ele é considerado uma medicação de segunda ou terceira linha, utilizada caso os benzodiazepínicos e outras drogas (como a fenitoína) não consigam controlar as crises.

Alternativa b) Midazolam. Correta. De acordo com os protocolos de suporte avançado de vida em pediatria (PALS) e as diretrizes da Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE), os benzodiazepínicos são os fármacos de primeira escolha para a fase inicial do estado de mal epilético (0 a 20 minutos de crise). O midazolam é amplamente utilizado devido à sua rapidez de ação e versatilidade nas vias de administração, podendo ser administrado por via intravenosa, intramuscular, intranasal ou bucal.

Alternativa c) Fenitoína. Incorreta. A fenitoína é um anticonvulsivante de segunda linha. Ela deve ser administrada apenas se a crise persistir após o uso correto da primeira dose (ou doses repetidas, dependendo do protocolo) de um benzodiazepínico. É utilizada para estabilização e controle prolongado, mas não como a primeira droga no momento da admissão de uma crise em curso.

Alternativa d) Ácido valproico. Incorreta. Assim como a fenitoína, o ácido valproico é considerado uma opção de segunda linha no manejo do estado de mal epilético. Ele é uma alternativa para pacientes que não respondem aos benzodiazepínicos, mas não deve ser a conduta farmacológica imediata inicial.

Resumo da conduta: No manejo da crise convulsiva aguda, a sequência preconizada é: 1) Estabilização (ABC, oxigênio, glicemia); 2) Primeira linha: Benzodiazepínicos (Midazolam, Diazepam ou Lorazepam); 3) Segunda linha: Fenitoína, Ácido Valproico, Levetiracetam ou Fenobarbital. Como o paciente ainda não recebeu nenhuma medicação, o uso do benzodiazepínico (Midazolam) é a prioridade.

Questão 16

Esta questão aborda um cenário clássico da pediatria e da infectologia: a mononucleose infecciosa, causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), e sua relação com o uso de aminopenicilinas.

O quadro clínico da criança apresenta a tríade clássica da mononucleose: febre prolongada, faringite exsudativa (placas nas amígdalas) e linfadenopatia cervical. O detalhe fundamental que confirma a suspeita diagnóstica é a presença de esplenomegalia (aumento do baço), achado muito frequente na mononucleose e raramente encontrado em faringites bacterianas comuns (como as causadas pelo *Streptococcus pyogenes*).

Um fenômeno muito característico dessa doença é o aparecimento de um exantema maculopapular morbiliforme após o início de antibióticos como a amoxicilina ou ampicilina. Isso ocorre em cerca de 70% a 90% dos pacientes com mononucleose que utilizam essas drogas. Não se trata de uma alergia verdadeira (hipersensibilidade mediada por IgE) ao antibiótico, mas sim de uma reação imunomediada específica desencadeada pela interação do vírus com a medicação.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O quadro não sugere uma infecção bacteriana resistente. Adicionar clavulanato não trataria o vírus Epstein-Barr e manteria a exposição à penicilina que está causando o rash.

Alternativa b) Incorreta. A azitromicina é um macrolídeo indicado para amigdalites bacterianas em pacientes alérgicos à penicilina. Como a etiologia aqui é viral (mononucleose), o uso de qualquer antibiótico é desnecessário e ineficaz.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico é de mononucleose infecciosa. Por ser uma doença viral, o tratamento é de suporte, baseado no repouso, hidratação e uso de analgésicos/antitérmicos (sintomáticos). O antibiótico deve ser suspenso imediatamente, pois foi prescrito para uma suspeita bacteriana que não se confirmou e está causando o exantema.

Alternativa d) Incorreta. Manter o tratamento com amoxicilina é contraindicado, pois a medicação não tem ação contra o vírus e é o agente causador da reação cutânea apresentada pela criança. O anti-histamínico pode ajudar no prurido, se houver, mas a suspensão da droga é a medida principal.

Questão 17

Esta é uma questão clássica de trauma pediátrico que avalia o manejo do choque hipovolêmico hemorrágico. A paciente apresenta sinais claros de choque descompensado: hipotensão (PA 70/40 mmHg), taquicardia (150 bpm), tempo de enchimento capilar prolongado (6 segundos) e pulsos finos.

O protocolo inicial de ressuscitação volêmica na pediatria, conforme o ATLS e o PALS, recomenda a administração de bolus de cristaloides isotônicos (20 ml/kg). Na questão, a criança recebeu essa carga inicial, mas não apresentou melhora clínica (manutenção dos parâmetros de instabilidade). Em casos de trauma grave com resposta inadequada à primeira expansão com cristaloides, a conduta imediata deve ser a transfusão de hemoderivados para restaurar a capacidade de transporte de oxigênio e evitar a hemodiluição excessiva.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora alguns protocolos antigos considerassem repetir o cristalóide até 40-60 ml/kg, as diretrizes atuais priorizam a introdução precoce de sangue em casos de choque hemorrágico grave ou refratário. O excesso de cristalóide pode agravar a tríade da morte (acidose, coagulopatia e hipotermia) e causar hemodiluição dos fatores de coagulação.

Alternativa (b) Incorreta: O plasma fresco congelado é indicado para a correção de coagulopatias ou como parte de protocolos de transfusão maciça. No primeiro momento de falha na resposta ao cristalóide, a prioridade é a reposição da massa eritrocitária (concentrado de hemácias) para garantir a perfusão tecidual.

Alternativa (c) Incorreta: O uso de vasopressores é contraindicado no manejo inicial do choque hemorrágico. O problema aqui é o baixo volume circulante (pré-carga), e não a falta de tônus vascular. O uso de aminas em um sistema circulatório vazio aumentaria a vasoconstrição periférica, piorando a isquemia dos órgãos e o prognóstico.

Alternativa (d) Correta: De acordo com o ATLS (10ª edição), se a criança permanece instável após a administração de 20 ml/kg de cristalóide, deve-se administrar concentrado de hemácias (10 a 20 ml/kg). A persistência da instabilidade sugere perda volêmica superior a 25-30% ou sangramento ativo, exigindo reposição de sangue para estabilização hemodinâmica.

Questão 18

O caso clínico descreve um recém-nascido (RN) de 36 semanas (pré-termo tardio), com bom vigor ao nascer (Apgar 9/10) e exame físico normal, porém com fatores de risco importantes para sepse neonatal precoce: corioamnionite materna e ruptura prolongada de membranas (20 horas).

A conduta em relação à sepse neonatal precoce em RNs com 35 semanas ou mais de idade gestacional mudou nos últimos anos, seguindo as diretrizes da Academia Americana de Pediatria (AAP). Atualmente, prioriza-se o estado clínico do paciente em vez de apenas realizar exames laboratoriais ou iniciar antibióticos baseando-se apenas em fatores de risco.

Análise das alternativas:

a) Iniciar avaliações clínicas seriadas: CORRETA. Esta é a conduta preconizada para RNs com idade gestacional maior ou igual a 35 semanas que se apresentam clinicamente bem (assintomáticos) ao nascimento, mesmo na presença de fatores de risco como a corioamnionite. O acompanhamento clínico rigoroso nas primeiras 48 horas de vida (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e estado de alerta) permite identificar precocemente sinais de infecção, evitando exames invasivos desnecessários e o uso indiscriminado de antibióticos.

b) Colher duas amostras de hemocultura: INCORRETA. A hemocultura é o padrão-ouro para o diagnóstico de sepse, mas não é indicada de rotina para um RN que está completamente assintomático e estável. Ela seria solicitada caso o RN apresentasse sinais clínicos de infecção ou se houvesse indicação de iniciar antibioticoterapia por instabilidade clínica.

c) Colher hemograma e proteína C reativa: INCORRETA. O uso de exames laboratoriais de triagem (como hemograma e PCR) em RNs assintomáticos tem baixo valor preditivo positivo. Frequentemente, esses exames podem vir alterados por estresse do parto ou por variações fisiológicas do próprio período neonatal, levando a tratamentos desnecessários. A tendência atual é não realizar esses exames em bebês sem sintomas.

d) Iniciar antibioticoterapia empírica: INCORRETA. O início imediato de antibióticos está reservado para RNs que apresentam sinais clínicos sugestivos de sepse (desconforto respiratório, instabilidade térmica, alteração de perfusão, letargia) ou para aqueles cujas mães tiveram corioamnionite e o RN já apresenta algum grau de comprometimento. Como este RN está bem e com exame físico normal, a conduta expectante com vigilância clínica é a mais adequada.

Resumo: Em recém-nascidos de termo ou pré-termos tardios (maiores ou iguais a 35 semanas) que nascem em boas condições clínicas, a observação clínica rigorosa em alojamento conjunto é a estratégia preferencial, mesmo diante de fatores de risco maternos.

Questão 19

Para resolver essa questão, o conceito fundamental é a idade corrigida e a avaliação dos marcos de desenvolvimento em prematuros.

Análise do caso:

O lactente nasceu com 30 semanas de idade gestacional. Para calcular a idade corrigida, subtraímos do tempo de vida cronológico o tempo que faltou para atingir 40 semanas (termo).

Faltaram 10 semanas ($40 - 30 = 10$ semanas, ou aproximadamente 2,5 meses).

Idade cronológica: 6 meses.

Idade corrigida: 6 meses - 2,5 meses = 3,5 meses.

Desenvolvimento e Introdução Alimentar:

A recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria e da OMS é iniciar a introdução alimentar aos 6 meses. Para prematuros, essa orientação deve considerar a idade corrigida e os sinais de prontidão (sustentação do tronco, interesse pelos alimentos, desaparecimento do reflexo de extrusão da língua e coordenação para levar objetos à boca).

Neste caso, com idade corrigida de 3,5 meses, o lactente ainda não apresenta prontidão: o enunciado afirma que ele não leva objetos à boca e não rola. Além disso, a curva de crescimento (pontos pretos na imagem) mostra uma excelente evolução ponderal (*catch-up*), saindo de um peso muito abaixo do percentil 3 no nascimento para atingir a linha do percentil 3 aos 6 meses de idade cronológica, tudo isso em aleitamento materno exclusivo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a idade cronológica seja de 6 meses, a idade corrigida de 3,5 meses e a ausência de sinais de prontidão indicam que o sistema motor e digestivo do lactente ainda não está maduro para receber alimentos complementares.

b) Incorreta. Não há indicação para fórmula infantil de partida. O lactente está em aleitamento materno exclusivo com excelente ganho de peso (de 1.250 g para 6.100 g) e crescimento adequado para sua condição de prematuridade.

c) Correta. Como o bebê tem idade corrigida de 3,5 meses, está clinicamente bem e crescendo satisfatoriamente apenas com o leite materno, a conduta mais adequada é manter a amamentação exclusiva até que ele se aproxime dos 6 meses de idade corrigida e apresente os marcos de desenvolvimento necessários.

d) Incorreta. A fórmula de seguimento é indicada para crianças a partir de 6 meses que já utilizam substitutos do leite materno, o que não se aplica a este caso de sucesso na amamentação exclusiva.

Gabarito: Letra (c).

Questão 20

O cálculo das necessidades energéticas em pediatria é essencial para orientar a prescrição de fórmulas infantis quando o aleitamento materno não é possível. No primeiro ano de vida, as demandas metabólicas são proporcionalmente muito mais altas do que as dos adultos, devido à rápida taxa de crescimento e ao desenvolvimento acelerado dos órgãos.

Para lactentes no primeiro semestre de vida (0 a 6 meses), as principais referências de nutriologia pediátrica, como as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Tratado de Pediatria de Nelson, estabelecem que a necessidade energética diária gira em torno de 100 kcal/kg/dia (com variações aceitáveis entre 90 e 110 kcal/kg/dia). Esse valor é necessário para cobrir o gasto metabólico basal, a termogênese e, principalmente, o custo energético do depósito de novos tecidos (crescimento).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O valor de 150 kcal/kg/dia é muito elevado para um lactente eutrófico e saudável. Esse aporte calórico é geralmente reservado para situações de recuperação nutricional intensa (*catch-up growth*) em crianças com desnutrição grave ou com condições clínicas que aumentam drasticamente o metabolismo, como cardiopatias congênitas ou doenças pulmonares crônicas. É comum a confusão desse número com a recomendação de oferta hídrica (que costuma ser em torno de 150 mL/kg/dia), mas não com a de oferta calórica.

Alternativa b: Incorreta. O valor de 25 kcal/kg/dia é extremamente baixo para um bebê. Esse patamar é mais próximo das necessidades de manutenção de um adulto ou de pacientes em repouso absoluto. Se aplicado a um lactente de 4 meses, resultaria em perda de peso e comprometimento do desenvolvimento.

Alternativa c: Incorreta. O valor de 50 kcal/kg/dia representa apenas metade do necessário para esta faixa etária. Uma oferta calórica tão baixa não seria suficiente para sustentar as funções vitais básicas somadas ao crescimento acelerado esperado para um bebê de 6 kg.

Alternativa d: Correta. Representa o consenso pediátrico e clínico para o gasto energético basal/necessidade diária de um lactente no primeiro semestre de vida. Utilizando esta referência de 100 kcal/kg para a paciente em questão, o médico planejará uma dieta de aproximadamente 600 kcal por dia. Como as fórmulas infantis de partida possuem densidade calórica padronizada (geralmente 0,67 kcal/mL), esse dado permite calcular o volume exato que os pais devem oferecer.

Questão 21

Esta questão aborda a dinâmica de fluxo entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), focando especificamente em uma falha na coordenação do cuidado.

O termo que define a prática descrita é o Efeito Velcro.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

a) Apoio matricial: Esta alternativa está incorreta. O apoio matricial (ou matriciamento) é uma metodologia de trabalho complementar à equipe de referência, que visa oferecer suporte técnico-pedagógico e clínico para aumentar a capacidade resolutiva da APS. É uma prática colaborativa e de compartilhamento de saberes, exatamente o oposto da conduta isolacionista adotada pelo cardiologista no caso.

b) Classificação de risco: Esta alternativa está incorreta. A classificação de risco é uma ferramenta utilizada principalmente em portas de urgência e emergência ou na regulação de consultas e exames para priorizar o atendimento de pacientes com base na gravidade clínica e no potencial de complicação, e não no tempo de espera. Não se refere à retenção do paciente no serviço especializado.

c) Efeito Velcro: Esta é a alternativa correta. O "efeito velcro" ocorre quando o médico especialista "prende" o paciente no nível secundário ou terciário de atenção, mesmo após a estabilização do quadro que motivou o encaminhamento. Nessa situação, o especialista assume o cuidado longitudinal que deveria ser da Atenção Primária, dificultando a contrarreferência e gerando filas desnecessárias na atenção especializada. É uma falha na lógica de redes de atenção à saúde, pois rompe com o princípio de que a APS deve ser a ordenadora do cuidado e o centro de comunicação

da rede.

d) Gestão de caso: Esta alternativa está incorreta. A gestão de caso é uma estratégia voltada para pacientes com condições complexas e alta vulnerabilidade, na qual um profissional (gerente de caso) coordena um plano de cuidado singular e multidisciplinar. Embora envolva a articulação entre níveis de atenção, o foco é a organização do cuidado personalizado e não a retenção indevida do paciente pelo especialista por acreditar que seu manejo é superior ao da APS.

Questão 22

Para compreender esta questão, é necessário dominar o conceito de Acessibilidade na Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente as dimensões propostas por Penchansky e Thomas, que analisam o ajuste entre o usuário e o sistema de saúde.

A situação descrita foca no conflito entre o horário de trabalho do morador e o horário de funcionamento da Unidade de Saúde da Família (USF). Quando a organização dos serviços (horários, agendamentos, formas de contato) não é compatível com as possibilidades do usuário, estamos diante de um problema na dimensão da Comodidade (também chamada de Acomodação).

Análise das alternativas:

a) Econômica: Esta dimensão refere-se à capacidade do usuário de arcar com os custos do atendimento, que podem ser diretos (taxas) ou indiretos (custo do transporte, perda de um dia de trabalho). Embora o trabalho esteja envolvido, o foco da questão é a incompatibilidade de horários, e não a falta de recursos financeiros do morador para acessar a unidade.

b) Comodidade (ou Acomodação): Esta é a alternativa correta. Ela avalia como o serviço está organizado para receber o usuário. Inclui o horário de funcionamento, a facilidade em marcar consultas, o tempo de espera no local e a capacidade do serviço de se adaptar às necessidades rotineiras da população. O fato de o morador trabalhar exatamente no período em que a unidade está aberta exemplifica uma falha nesta dimensão.

c) Disponibilidade: Refere-se à relação entre a quantidade de serviços e profissionais existentes e a demanda da população. Questiona-se aqui se há médicos suficientes, se há vacinas ou se a unidade existe no território. No caso, a unidade existe e oferece serviços; o problema é "quando" eles são oferecidos.

d) Aceitabilidade: Esta dimensão trata da relação interpessoal e cultural entre

usuários e profissionais de saúde. Envolve a confiança no serviço, o respeito às crenças, o gênero do profissional e a satisfação com o atendimento. A questão não menciona barreiras culturais ou de relacionamento, apenas o impedimento logístico do horário.

Portanto, a dificuldade de acesso gerada por horários rígidos que coincidem com a jornada de trabalho do cidadão é um prejuízo na dimensão da Comodidade.

Questão 23

Para resolver essa questão, é necessário realizar a leitura correta dos símbolos e das conexões apresentados no genograma, uma ferramenta essencial na Medicina de Família e Comunidade para compreender a dinâmica familiar.

1. Identificação dos personagens:

- Caso-índice (identificado pelo círculo duplo): Marina, de 13 anos.
- Mãe do caso-índice: Val, de 33 anos.
- Avó materna do caso-índice: Cecília, de 68 anos (mãe de Val).

2. Análise da relação entre Val (mãe) e Cecília (avó materna):

Ao observar a linha que une Val e Cecília, notamos a sobreposição de dois símbolos gráficos distintos:

- Duas linhas paralelas retas: Representam uma relação de proximidade ou união forte.
- Uma linha em ziguezague (ou quebrada): Representa uma relação conflituosa ou tensa.

Portanto, a combinação desses símbolos indica uma relação que é, simultaneamente, próxima e conflituosa.

Análise das alternativas:

a) Correta. Como identificado acima, a representação gráfica de duas linhas retas sobrepostas por uma linha em ziguezague simboliza exatamente uma relação de proximidade com a presença de conflitos. É comum em famílias com vínculos fortes, mas marcadas por divergências ou tensões constantes.

b) Incorreta. O abuso físico no genograma costuma ser representado por uma seta ou símbolos específicos de violência direcionada. Embora o ziguezague indique conflito, ele não define, por si só, a ocorrência de abuso físico.

c) Incorreta. Uma relação meramente de proximidade e harmoniosa seria

representada apenas pelas linhas paralelas (duas para proximidade, três para fusão/muita proximidade), sem a presença do ziguezague que indica o conflito.

d) Incorreta. A relação "separada" ou "distante" é geralmente representada por uma linha tracejada ou por uma linha interrompida por barras (no caso de separação conjugal). O genograma mostra que há uma conexão forte (duas linhas), o que contradiz a ideia de distanciamento ou separação afetiva, apesar do conflito existente.

Questão 24

Para resolver essa questão, precisamos entender o conceito de Valor Preditivo Positivo (VPP) e como ele é influenciado pela prevalência de uma doença. O VPP representa a probabilidade de um indivíduo realmente ter a doença dado que o seu resultado no teste foi positivo.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

O VPP é calculado pela fórmula: Verdadeiros Positivos (VP) divididos pelo total de testes Positivos (Verdadeiros Positivos + Falsos Positivos). Diferentemente da sensibilidade e da especificidade, que são características intrínsecas do teste, os valores preditivos mudam conforme a prevalência da doença na população testada. Quando a prevalência cai, o VPP também cai.

CÁLCULO PARA A PRIMEIRA POPULAÇÃO (Prevalência de 20%)

Total de indivíduos: 1.000

Indivíduos com a doença: 20% de 1.000 = 200

Indivíduos sem a doença: 80% de 1.000 = 800

1. Verdadeiros Positivos (VP): O teste acerta 90% dos doentes (sensibilidade). $0,90 \times 200 = 180$.
2. Falsos Positivos (FP): O teste erra em 10% dos não doentes (pois a especificidade é 90%, logo o erro é 100% menos 90%). $0,10 \times 800 = 80$.
3. $VPP = VP / (VP + FP) = 180 / (180 + 80) = 180 / 260 = 0,6923$ ou 69,2%.

CÁLCULO PARA A SEGUNDA POPULAÇÃO (Prevalência de 2%)

Total de indivíduos: 1.000

Indivíduos com a doença: 2% de 1.000 = 20

Indivíduos sem a doença: 98% de 1.000 = 980

1. Verdadeiros Positivos (VP): O teste acerta 90% dos doentes. $0,90 \times 20 = 18$.
2. Falsos Positivos (FP): O teste erra em 10% dos não doentes. $0,10 \times 980 = 98$.
3. $VPP = VP / (VP + FP) = 18 / (18 + 98) = 18 / 116 = 0,1551$ ou 15,5%.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. Os valores de 6,92% e 9,72% não correspondem à aplicação das fórmulas de valor preditivo. O primeiro valor está com a vírgula na posição errada (fator de 10) e o segundo não segue a lógica da queda da prevalência.

Alternativa b: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, os valores estão subestimados e não refletem a proporção correta entre doentes e resultados positivos do teste.

Alternativa c: Correta. Conforme os cálculos demonstrados, o VPP da primeira população é de 69,2% e, ao reduzir a prevalência para 2%, o VPP cai drasticamente para 15,5%. Isso ocorre porque, em populações de baixa prevalência, o número absoluto de falsos positivos tende a superar o número de verdadeiros positivos, mesmo em testes com boa especificidade.

Alternativa d: Incorreta. Embora o primeiro valor esteja correto (69,2%), o segundo valor (97,2%) é impossível. O VPP não aumenta quando a prevalência da doença diminui, mantendo-se a sensibilidade e a especificidade constantes. Para o VPP ser 97,2% com apenas 2% de prevalência, o teste precisaria ter uma especificidade extremamente próxima de 100%.

Questão 25

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta uma paciente idosa (72 anos) com múltiplos fatores de risco para o suicídio: sexo feminino (tentativas mais frequentes), idade avançada (sucesso na tentativa é mais comum), presença de doenças crônicas e polifarmácia, depressão grave (anedonia, perda de apetite, desesperança), luto recente, isolamento social, conflito familiar e, fundamentalmente, histórico de tentativa prévia e planejamento atual estruturado (tomar grandes doses de seus medicamentos).

Estamos diante de um quadro de alto risco de suicídio imediato. A presença de um plano detalhado, o acesso aos meios (medicamentos de uso contínuo) e a ausência de suporte social efetivo exigem uma intervenção protetiva imediata.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. Embora o encaminhamento ao serviço de urgência esteja correto, o erro reside em condicionar a conduta ao consentimento da paciente ou do

acompanhante. Em situações de risco iminente de morte ou autoextermínio, o princípio da beneficência e a preservação da vida prevalecem sobre a autonomia. O médico tem o dever ético e legal de intervir para garantir a segurança da paciente, mesmo que ela recuse o encaminhamento no momento.

Alternativa B: CORRETA. Esta é a conduta padrão para casos de alto risco de suicídio. A paciente apresenta ideação suicida ativa com planejamento e meios disponíveis. O encaminhamento para um serviço de urgência (ou hospitalar) deve ser feito de forma assistida, ou seja, acompanhada por profissionais de saúde (ambulância) ou familiares de confiança, para garantir que ela não tente algo no trajeto. A intervenção deve ser realizada independentemente do consentimento da paciente devido ao risco de vida iminente e ao comprometimento de seu discernimento pelo quadro depressivo grave.

Alternativa C: INCORRETA. Esta conduta seria adequada para um risco baixo ou moderado, onde há ideação, mas sem plano estruturado ou meios imediatos. No caso em questão, apenas otimizar a medicação e agendar um retorno em 1 ou 2 dias é extremamente perigoso, pois a paciente já declarou a intenção de utilizar esses mesmos medicamentos para tirar a própria vida. A psicoterapia é fundamental, mas a prioridade imediata é a estabilização e a segurança em ambiente protegido.

Alternativa D: INCORRETA. O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um serviço de acompanhamento ambulatorial intensivo, porém não é a porta de entrada para uma emergência psiquiátrica com risco de morte imediato. Orientar a paciente a procurar o CAPS por conta própria ou agendar retornos curtos na Unidade de Saúde da Família (USF) negligencia o perigo atual. A paciente pode não chegar ao CAPS ou tentar o suicídio antes do próximo agendamento.

RESUMO DIDÁTICO

A conduta médica em casos de suicídio é guiada pela estratificação de risco:

1. Risco Baixo: Ideação vaga, sem plano, sem histórico. Conduta: Apoio, acompanhamento ambulatorial próximo e tratamento da causa-base.
2. Risco Moderado: Ideação persistente, plano vago, mas com fatores de proteção. Conduta: Encaminhamento para especialista, rede de apoio vigilante e remoção de meios.
3. Risco Alto: Plano estruturado, acesso aos meios, tentativa prévia, desesperança, falta de apoio. Conduta: Encaminhamento imediato para emergência ou internação psiquiátrica, obrigatoriamente assistida, mesmo contra a vontade do paciente (internação involuntária amparada por lei em casos de risco de vida).

Questão 26

Para resolver essa questão, devemos analisar os sinais clínicos apresentados pelo paciente e correlacioná-los com os marcos do desenvolvimento puberal.

O paciente é um menino de 8 anos e 3 meses. Os achados principais são: presença de odor axilar e de pelos pubianos (estágio P2 de Tanner), mas com testículos de 2 cm cúbicos (estágio G1 de Tanner) e sem aceleração da velocidade de crescimento (mantido no percentil 50).

Análise das alternativas:

a) Adrenarca precoce: Esta é a alternativa correta. A adrenarca é o aumento da produção de andrógenos pela glândula adrenal, que resulta em odor axilar, acne e pubarca (surgimento de pelos pubianos). No sexo masculino, a adrenarca é considerada precoce quando ocorre antes dos 9 anos de idade. O ponto fundamental para este diagnóstico no caso clínico é a dissociação entre os pelos pubianos e o volume testicular. O volume de 2 cm cúbicos indica que o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal ainda não foi ativado (os testículos são pré-púberes). Portanto, os sinais de androgenização vêm exclusivamente da adrenal.

b) Puberdade fisiológica típica: Incorreta. A puberdade normal no menino tem início entre os 9 e 14 anos de idade. O primeiro sinal clínico da puberdade masculina fisiológica é o aumento do volume testicular para 4 cm cúbicos ou mais. O paciente tem 8 anos e 3 meses (idade inferior à esperada) e seus testículos ainda medem 2 cm cúbicos.

c) Puberdade precoce: Incorreta. A puberdade precoce no menino é definida pelo surgimento de caracteres sexuais secundários antes dos 9 anos. No entanto, para ser classificada como puberdade precoce central (verdadeira), obrigatoriamente deve haver o aumento do volume testicular (igual ou maior a 4 cm cúbicos), refletindo a ativação do eixo hormonal central, o que não ocorre neste paciente. Se fosse uma puberdade precoce periférica, haveria outros sinais, como aumento peniano importante ou aceleração do crescimento estatural, que também não foram relatados.

d) Hipertricose: Incorreta. A hipertricose refere-se ao crescimento excessivo de pelos em qualquer parte do corpo, independentemente de estímulo androgênico, e não segue o padrão de distribuição sexual. O caso descreve claramente a pubarca (pelos na base do pênis) associada ao odor axilar, o que caracteriza uma maturação hormonal androgênica, e não apenas um excesso de pelos isolado.

Em resumo, a presença de pelos pubianos e odor axilar antes dos 9 anos em

meninos, mantendo testículos com volume pré-puberal (abaixo de 4 cm cúbicos), define o quadro de adrenarca precoce.

Questão 27

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

Os exames laboratoriais da paciente revelam uma anemia (hemoglobina 9,7 g/dL) do tipo microcítica (VCM 76 fL) com anisocitose (RDW elevado em 16%). A ferritina baixa (18 ng/mL) confirma o diagnóstico de anemia ferropriva. Em mulheres em idade fértil ou no período de transição menopausal, a causa mais comum de deficiência de ferro é a perda sanguínea de origem ginecológica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A perda ponderal não intencional seria um questionamento importante para investigar neoplasias, especialmente do trato gastrointestinal. Embora seja um diagnóstico diferencial necessário em pacientes com anemia ferropriva sem causa óbvia, em uma mulher de 47 anos, a investigação deve começar pela causa epidemiologicamente mais provável, que é a perda menstrual.

b) Correta. A paciente tem 47 anos, idade em que são frequentes as alterações no ciclo menstrual devido ao climatério (perimenopausa), muitas vezes cursando com hipermenorreia (fluxo aumentado). Como a anemia ferropriva é causada por perda de ferro (geralmente sangramento) e a causa ginecológica é a principal etiologia neste grupo demográfico, avaliar o padrão do fluxo menstrual é o passo mais adequado e direto na anamnese. Vale ressaltar que a laqueadura tubária impede a gravidez, mas não interrompe a menstruação.

c) Incorreta. A deficiência de vitamina B12 cursa classicamente com anemia megaloblástica, caracterizada por macrocitose (VCM elevado), o oposto do que é observado no hemograma desta paciente (VCM 76 fL).

d) Incorreta. O uso excessivo de álcool pode estar associado a anemias por toxicidade direta na medula óssea ou por deficiência de folato, ambas tipicamente macrocíticas (VCM alto). Além disso, o alcoolismo pode levar a sangramentos por varizes esofágicas em casos de cirrose, mas não é a primeira suspeita para uma paciente com exame físico normal e sem histórico de doenças.

CONCLUSÃO

Diante de uma mulher de 47 anos com anemia ferropriva, o médico deve priorizar a investigação da principal causa de perda crônica de sangue nessa faixa etária: o trato genital feminino. Portanto, questionar sobre o volume e a duração do fluxo

menstrual é essencial para o diagnóstico etiológico.

Questão 28

A resolução desta questão exige o conhecimento sobre os instrumentos de triagem utilizados na Atenção Primária à Saúde para identificar o uso de substâncias psicoativas. O ponto-chave do enunciado é que a mãe suspeita do uso de "algum tipo de droga", sem especificar qual, e a médica deseja realizar uma triagem ampla para uso, abuso e dependência.

Alternativa a) Correta. O ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) especificamente para ser utilizado por profissionais de saúde em serviços de atenção primária. Ele é o instrumento mais completo para este caso, pois rastreia o uso de diversas substâncias, incluindo tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, inalantes, sedativos, alucinógenos e opioides. Como não se sabe qual substância o adolescente está utilizando, o ASSIST permite identificar o nível de risco para cada uma delas e orientar a intervenção necessária.

Alternativa b) Incorreta. O CAGE é um questionário de triagem clássico composto por apenas quatro perguntas, mas o seu uso é restrito exclusivamente ao álcool. O acrônimo refere-se a: Cut down (sentiu necessidade de reduzir o consumo), Annoyed (sentiu-se irritado com críticas sobre o beber), Guilty (sentiu-se culpado por beber) e Eye-opener (bebeu logo ao acordar). Não serve para rastrear o uso de outras drogas ilícitas sugeridas no enunciado.

Alternativa c) Incorreta. O SADD (Short Alcohol Dependence Data) é um instrumento utilizado para avaliar a gravidade da dependência do álcool. Ele é mais específico para medir o grau de dependência em pacientes que já apresentam um consumo problemático de bebida alcoólica, não sendo uma ferramenta de triagem para múltiplas substâncias.

Alternativa d) Incorreta. O AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) é considerado o padrão-ouro para triagem de problemas relacionados ao consumo de álcool (uso de risco, uso nocivo e dependência). Embora seja extremamente eficaz na detecção de transtornos por uso de álcool, ele não abrange o uso de outras substâncias psicoativas, o que o torna insuficiente para a demanda apresentada no caso clínico.

Questão 29

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar três conceitos básicos da diversidade sexual e de gênero utilizados no preenchimento de prontuários e cadastros do SUS (e-SUS AB):

1. Identidade de Gênero: É como a pessoa se reconhece e se percebe. No caso da questão, a pessoa se reconhece como "homem".
2. Transgênero vs. Cisgênero: Transgênero é o indivíduo cuja identidade de gênero é diferente do sexo biológico designado no nascimento. Cisgênero é aquele que se identifica com o sexo biológico de nascimento. Como a pessoa nasceu mulher, mas se identifica como homem, ela é "transgênero" (especificamente, um homem trans).
3. Orientação Sexual: Refere-se a por quem a pessoa sente atração afetiva e sexual, baseada no gênero com o qual ela se identifica. Se a pessoa se identifica como homem e sente atração por mulheres, ela é "heterossexual".

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Embora os termos "homem" e "transgênero" estejam corretos, a orientação "homossexual" estaria errada, pois um homem que sente atração por mulheres é heterossexual. O termo homossexual seria aplicado se ele, como homem, sentisse atração por outros homens.
- b) Incorreta. O termo "cisgênero" é aplicado apenas quando a identidade de gênero coincide com o sexo biológico de nascimento. Como a pessoa nasceu mulher e se identifica como homem, ela é transgênero. A orientação "homossexual" também está incorreta conforme explicado anteriormente.
- c) Correta. Identidade: Homem (como ele se reconhece). Gênero: Transgênero (pois sua identidade diverge do sexo de nascimento). Orientação: Heterossexual (pois, sendo homem, sente atração pelo gênero oposto, o feminino).
- d) Incorreta. O termo "heterossexual" está correto para a atração descrita, porém o termo "cisgênero" está incorreto, pois a pessoa não se identifica com o sexo biológico de nascimento (feminino).

Questão 30

Para resolver essa questão, o ponto principal é identificar qual é a unidade de análise do estudo. No enunciado, os autores utilizaram dados de 74 municípios. Quando a unidade de observação e análise não é o indivíduo isolado, mas sim grupos de pessoas (geralmente definidos por áreas geográficas como cidades, estados ou países), estamos diante de um estudo ecológico.

Análise das alternativas:

a) Transversal: Incorreta. No estudo transversal (ou seccional), a coleta de dados é feita com indivíduos em um único momento no tempo, analisando simultaneamente a exposição e o desfecho em nível individual. Embora o estudo da questão possa ter coletado dados de um período específico, ele o fez de forma agregada para a população dos municípios, e não pessoa por pessoa.

b) Ecológico: Correta. O estudo ecológico é caracterizado por analisar a correlação entre indicadores em populações ou grupos, utilizando frequentemente dados secundários de sistemas de informação. Como a pesquisa comparou indicadores socioeconômicos (IDH e renda) com a taxa de mortalidade infantil em nível municipal (agregado), ele se enquadra perfeitamente nesta categoria. É o desenho ideal para avaliar o impacto de variáveis contextuais ou ambientais sobre a saúde de populações.

c) Coorte: Incorreta. O estudo de coorte é um desenho observacional longitudinal e individualizado. Nele, acompanha-se um grupo de pessoas (expostas e não expostas a determinado fator) ao longo do tempo para verificar a incidência de um desfecho. O foco aqui seria seguir indivíduos, e não comparar médias de municípios.

d) Caso-controle: Incorreta. Este é um estudo individualizado e retrospectivo que parte do desfecho (pessoas que já têm a doença/condição) e busca, no passado, a presença ou ausência de fatores de exposição, comparando-os com um grupo-controle (pessoas sem a doença). Assim como na coorte, a unidade de análise é o indivíduo, o que invalida a alternativa para este cenário de dados municipais agregados.

Questão 31

Diagnóstico e Contexto:

O quadro clínico descrito é clássico de coqueluche (*pertussis*), causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. A paciente apresenta inicialmente a fase catarral (sintomas gripais leves) que evoluiu para a fase paroxística, caracterizada por acessos de tosse súbitos e incontroláveis seguidos de vômitos (vômitos pós-tussígenos). Em adolescentes e adultos, o "guincho" inspiratório pode estar ausente, mas a tosse paroxística e os vômitos são fortes indicadores.

Conduta com Comunicantes:

A coqueluche é altamente transmissível. O objetivo da quimioprofilaxia é interromper a cadeia de transmissão e proteger indivíduos vulneráveis, especialmente lactentes,

que têm maior risco de complicações graves e óbito. De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a quimioprofilaxia está indicada para todos os contatos próximos (domiciliares), independentemente do estado vacinal ou da idade, devido à perda da imunidade vacinal ao longo do tempo.

Análise das Alternativas:

a) Correta. A quimioprofilaxia deve ser estendida a todos os contatos domiciliares do caso índice (pai, mãe e irmão), independentemente de estarem sintomáticos ou vacinados. O medicamento de escolha costuma ser um macrolídeo (preferencialmente azitromicina). Esta medida visa eliminar o estado de portador e prevenir casos secundários, especialmente protegendo o irmão de 10 meses, que ainda não completou o esquema vacinal básico com os reforços necessários.

b) Incorreta. A quimioprofilaxia é mandatória em contatos domiciliares para controle de surtos e proteção de grupos de risco. A alta taxa de ataque secundário da doença justifica a intervenção mesmo em pessoas assintomáticas.

c) Incorreta. Embora a atualização vacinal seja importante em termos de saúde pública a longo prazo, ela não substitui a quimioprofilaxia imediata no bloqueio da transmissão de um caso ativo. A vacina demora a gerar resposta imunológica e não impede o estado de portador em curto prazo em uma situação de exposição direta.

d) Incorreta. Embora o bebê de 10 meses seja o grupo de maior risco para gravidade, os pais também devem receber a quimioprofilaxia. Se apenas o bebê recebesse o tratamento e os pais fossem portadores assintomáticos da bactéria, eles poderiam continuar transmitindo o agente para a criança após o término do tratamento desta ou para outras pessoas da comunidade.

Questão 32

ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta asma brônquica totalmente controlada, pois nos últimos 3 meses não apresentou sintomas diurnos ou noturnos, não teve limitação de atividades, não precisou de medicação de resgate e não teve exacerbações no último ano. Atualmente, ela segue o tratamento da Etapa 2 (uso diário de corticoide inalatório em dose baixa). O objetivo do manejo em pacientes controlados é manter a estabilidade com a menor carga medicamentosa possível ou migrar para as estratégias preferenciais das diretrizes internacionais (GINA).

POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ CORRETA?

De acordo com as diretrizes da GINA (Global Initiative for Asthma), a estratégia preferencial para o tratamento da asma leve (Etapas 1 e 2) é o uso da combinação de um glicocorticoide inalatório (CI) associado ao formoterol (um beta-2 agonista de longa duração com início de ação rápido) apenas quando o paciente sentir necessidade (alívio). Como a paciente já está assintomática e controlada, a conduta mais adequada e moderna é permitir que ela use essa combinação fixa de CI + LABA apenas se houver sintomas. Isso garante que, toda vez que ela precisar de um broncodilatador, ela também receba uma dose de corticoide para tratar a inflamação, reduzindo significativamente o risco de crises graves.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Esta alternativa descreve a estratégia de manutenção e alívio (MART), onde o paciente usa a combinação CI + LABA diariamente e também como resgate. Isso é indicado para pacientes nas Etapas 3, 4 ou 5, que não estão controlados com doses baixas. Para esta paciente, que já está controlada em uma etapa inferior, essa conduta seria um aumento desnecessário de medicação (step-up).

Alternativa B: O uso de beta-2 de curta duração (SABA) como único tratamento é formalmente contraindicado pela GINA para todos os pacientes com asma. O uso isolado de SABA não trata a inflamação das vias aéreas e aumenta o risco de exacerbações graves e morte relacionada à asma.

Alternativa C: Propõe o uso de CI + LABA fixo como manutenção. Além de ser um aumento de tratamento desnecessário para quem já está controlado com corticoide em dose baixa isolado, a alternativa não resolve a questão do alívio de sintomas de forma integrada conforme as recomendações atuais da Track 1 da GINA.

RESUMO PARA FIXAÇÃO

Atualmente, para pacientes com asma leve ou bem controlada, a tendência é priorizar a terapia de resgate com a combinação de corticoide inalatório e formoterol. Isso simplifica o uso para o paciente e oferece maior segurança contra crises do que o uso antigo de bombinhas de curta duração (como o salbutamol) isoladas. No caso da questão, a paciente pode migrar do uso diário de corticoide para o uso apenas se necessário da combinação CI + LABA (formoterol).

Questão 33

A queixa da paciente de "unha oca" e a visualização da lesão no hálux remetem ao descolamento da lâmina ungueal em relação ao seu leito. Esse fenômeno clínico é o ponto central para o diagnóstico correto.

Associação com a imagem: A fotografia demonstra uma área de coloração esbranquiçada na porção distal e lateral da unha do hálux. Essa mudança de cor ocorre porque a placa ungueal perdeu o contato com o leito vascularizado (que é rosado), permitindo a entrada de ar no espaço subungueal, o que confere o aspecto de unha "vazia" ou "oca".

Alternativa A (Correta): Onicólise é o termo técnico que define o descolamento da lâmina ungueal a partir da sua borda livre ou de suas laterais. É uma condição comum, frequentemente desencadeada por microtraumas repetidos (como a manipulação excessiva por manicures citada no caso), onicomicoses, psoríase ou exposição a agentes químicos. O relato da paciente é a descrição clássica desta patologia.

Alternativa B (Incorreta): Onicodistrofia é um termo genérico e abrangente utilizado para descrever qualquer alteração na forma, cor, espessura ou textura das unhas que resulte em malformação. Embora a onicólise possa ser considerada uma forma de distrofia, a questão exige o diagnóstico específico para o sinal clínico de descolamento apresentado.

Alternativa C (Incorreta): Onicosquizia caracteriza-se pela divisão horizontal da borda livre da unha em camadas (descamação lamelar). É observada frequentemente em pacientes com unhas frágeis devido ao contato constante com água e detergentes, não se confundindo com o descolamento do leito ungueal observado na imagem.

Alternativa D (Incorreta): Onicocriptose é o nome científico da unha encravada. Ocorre quando a espícula da unha penetra no tecido mole periungueal, provocando um processo inflamatório agudo com dor intensa, edema, eritema e, por vezes, drenagem de pus ou formação de granuloma, quadro clínico divergente do descrito na questão.

Questão 34

Para resolver esta questão, devemos seguir o fluxograma de manejo clínico da dengue preconizado pelo Ministério da Saúde.

1. Classificação de Risco:

A paciente apresenta sintomas clássicos de dengue (febre, cefaleia, mialgia,

artralgia, náuseas e diarreia) há 4 dias. No exame físico, ela não apresenta sinais de choque nem dor abdominal, mas tem dois critérios que a colocam inicialmente no Grupo B: idade avançada (68 anos) e prova do laço positiva.

2. Avaliação Laboratorial e Reclassificação:

O enunciado informa que o hematócrito (Ht) da paciente é de 49%. Para uma mulher idosa, esse valor é considerado elevado, indicando hemoconcentração (extravasamento plasmático). De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, a presença de sinais de alarme ou a evidência de hemoconcentração reclassifica a paciente para o Grupo C.

3. Conduta para o Grupo C:

O tratamento do Grupo C exige hidratação imediata por via intravenosa, obrigatoriamente em unidade de saúde (leito de observação), para evitar a progressão para o choque. O esquema inicial recomendado é de 10 mL/kg de soro fisiológico 0,9% na primeira hora.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A hidratação de 20 mL/kg em 20 minutos é a conduta inicial para o Grupo D (pacientes com sinais de choque ou desconforto respiratório grave), o que não é o caso desta paciente, que está em bom estado geral (BEG) e com pressão arterial estável.

Alternativa (b) Incorreta: A hidratação oral de 60 mL/kg/dia é indicada para pacientes dos Grupos A e B (sem sinais de hemoconcentração). Como a paciente apresenta hematócrito elevado (49%), ela necessita de intervenção intravenosa imediata (Grupo C).

Alternativa (c) Incorreta: A hidratação domiciliar é restrita ao Grupo A. Esta paciente apresenta critérios de risco (idade e prova do laço) e evidência laboratorial de gravidade (hemoconcentração), exigindo observação hospitalar ou em unidade de saúde.

Alternativa (d) Correta: Representa exatamente o protocolo de hidratação venosa imediata para pacientes classificados no Grupo C (10 mL/kg na primeira hora), visando estabilizar a volemia e reverter a hemoconcentração identificada no exame laboratorial.

Questão 35

Para resolver esta questão, é fundamental identificar o delineamento epidemiológico e interpretar os dados gráficos fornecidos, baseados em um estudo real publicado no New England Journal of Medicine em 2024.

O estudo partiu da identificação de um fator de exposição (presença ou ausência de micro e nanoplásticos nas placas de ateroma carotídea) no momento de uma cirurgia e, a partir desse ponto, realizou o acompanhamento dos indivíduos por 34 meses para observar a ocorrência de desfechos clínicos (AVC, infarto ou morte). Esse desenho de pesquisa, que segue os participantes da exposição em direção ao desfecho ao longo do tempo (prospectivamente), caracteriza um Estudo de Coorte Prospectivo.

Na análise da imagem (Figura 4 do estudo original), observa-se que a curva de incidência acumulada de eventos para o grupo com plásticos (Patients with MNPs) está significativamente acima da curva do grupo sem plásticos (Patients without MNPs). O Hazard Ratio (HR) de 4,53 apresentado no gráfico, com intervalo de confiança de 95% entre 2,00 e 10,27 e valor de p menor que 0,001, demonstra que a presença desses materiais nas placas associa-se a um risco mais de quatro vezes maior de eventos graves. Portanto, existe uma associação direta entre a exposição e o desfecho.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O estudo não é de caso-controle (que partiria de pessoas já com o desfecho para investigar o passado). Além disso, a associação é direta (aumento de risco) e não inversa (que sugeriria um efeito protetor).

Alternativa b: Incorreta. Embora seja um estudo de coorte, o enunciado e a metodologia indicam um acompanhamento prospectivo dos pacientes após a endarterectomia, e não uma análise baseada exclusivamente em registros passados (retrospectivo).

Alternativa c: Incorreta. Trata-se de um estudo observacional e não experimental. Em estudos experimentais (como ensaios clínicos), o pesquisador interfere na exposição. A alternativa também erra ao afirmar que a associação é inversa.

Alternativa d: Correta. Identifica adequadamente o delineamento como coorte prospectivo e descreve corretamente a associação direta encontrada, onde a presença de micro e nanoplásticos na carótida aumentou a incidência de eventos cardiovasculares e morte, conforme demonstrado pelas curvas divergentes e pelo Hazard Ratio elevado na imagem.

Questão 36

ANÁLISE DO GRÁFICO:

O gráfico de um estudo ecológico relaciona a temperatura máxima diária (eixo X) com o Odds Ratio (Razão de Chances, eixo Y) para o desenvolvimento de Insuficiência Renal Aguda (IRA). A linha horizontal tracejada no valor 1.0 representa o risco de referência (basal). Observa-se que a curva permanece relativamente plana entre 10 °C e 20 °C. No entanto, a partir de aproximadamente 23 °C a 25 °C, há uma inclinação ascendente acentuada e estatisticamente significativa (pois o intervalo de confiança, representado pela área sombreada, não toca a linha 1.0), indicando que o risco de IRA aumenta conforme a temperatura se eleva.

ALTERNATIVA A (CORRETA):

Esta alternativa descreve precisamente o que é visto no gráfico: o risco de IRA sobe de forma expressiva e significativa após a marca dos 25 °C. Do ponto de vista fisiopatológico, o aumento da temperatura ambiente favorece a desidratação por meio da sudorese excessiva e perda insensível de líquidos. Isso leva a uma depleção do volume intravascular, reduzindo a perfusão renal e o fluxo plasmático renal, o que caracteriza a IRA de etiologia pré-renal, a forma mais comum associada ao estresse térmico.

ALTERNATIVA B (INCORRETA):

A análise do lado esquerdo do gráfico (temperaturas abaixo de 10 °C) mostra que o risco não sofre um decréscimo significativo; a curva mantém-se próxima ou ligeiramente acima da linha de base de 1.0. Portanto, não há evidência visual de proteção ou redução do risco de IRA no frio intenso segundo este estudo.

ALTERNATIVA C (INCORRETA):

Assim como na alternativa B, o gráfico não demonstra uma queda significativa no risco de IRA abaixo de 15 °C. A curva permanece em um patamar de estabilidade (platô) nessa faixa de temperatura. Embora a menor perda de água por transpiração ocorra em temperaturas mais baixas, isso não resulta em uma diminuição do risco populacional de IRA abaixo dos níveis basais observados no gráfico.

ALTERNATIVA D (INCORRETA):

Apesar de identificar corretamente o aumento do risco a partir dos 25 °C, a alternativa peca na explicação fisiopatológica. A nefrite intersticial é um processo inflamatório do interstício renal, geralmente causado por reações alérgicas a

medicamentos ou infecções. A IRA induzida pelo calor e altas temperaturas ambientais está primariamente ligada à desidratação (causa pré-renal) ou, em casos extremos de intermação, à rabdomiólise e toxicidade tubular direta, mas não à nefrite intersticial.

Questão 37

Análise da imagem: O mapa apresenta a Emissão Bruta Total de gases de efeito estufa por macrorregião brasileira. A região Norte aparece como a maior emissora, com 625,5 milhões de toneladas de CO₂ equivalente (tCO₂e). A legenda de cores indica que, na região Norte e em boa parte do Centro-Oeste, o setor mais emissor é a Mudança de uso da terra e florestas (representada por pontos verdes), o que remete ao desmatamento.

Alternativa a: Incorreta. Embora a região Norte seja a maior emissora conforme o mapa (625,5 milhões), a justificativa está errada. O principal fator de emissão nessa região, sinalizado pela cor verde no mapa, é a mudança de uso da terra e florestas (desmatamento), e não a mineração ou o processamento industrial.

Alternativa b: Incorreta. Os dados do mapa mostram que a emissão da região Norte é superior à da região Sudeste (396,2 milhões), onde se localizam SP e MG. No perfil de emissões brasileiro, o impacto do desmatamento e da agropecuária supera o das atividades industriais e de transporte rodoviário em volume total de gases de efeito estufa.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa interpreta fielmente os dados. O mapa mostra a região Norte como líder em emissões. A legenda associa os pontos verdes predominantes nessa área à Mudança de uso da terra e florestas. No contexto brasileiro, isso ocorre majoritariamente pela retirada da cobertura vegetal original (muitas vezes via queimadas) para a expansão da fronteira agrícola, especificamente para a pecuária extensiva e o cultivo de grãos como a soja.

Alternativa d: Incorreta. O Brasil não equilibra suas emissões com a remoção. Os números de emissão bruta expostos no mapa são muito altos. Apesar de possuir grandes áreas florestais, o ritmo de degradação e as emissões de outros setores impedem que o país seja neutro em carbono atualmente; pelo contrário, o Brasil figura entre os maiores emissores globais devido, principalmente, ao uso da terra.

Questão 38

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. Ao observar a imagem, nota-se que no gráfico A (mortes evitadas), a cor verde, que representa a poliomielite, ocupa uma faixa extremamente estreita na base. No entanto, ao olhar para o gráfico C (anos de vida plenamente saudáveis ganhos), a área verde torna-se consideravelmente mais larga e visível. Essa diferença visual demonstra que, embora a poliomielite não seja uma doença com alta letalidade (causa poucas mortes diretas se comparada ao sarampo), ela possui uma alta morbidade. A vacinação, portanto, evita que indivíduos vivam décadas com sequelas motoras graves, resultando em um grande ganho de anos de vida saudáveis.

Alternativa b: Incorreta. O erro da alternativa está em afirmar que a vacinação não impactou o tétano acidental. O Programa Expandido de Imunizações atua tanto na vacinação de gestantes para prevenir o tétano neonatal quanto na vacinação infantil (com a vacina pentavalente/DTP) e reforços em adultos, o que reduziu drasticamente a incidência de todas as formas de tétano, incluindo o acidental.

Alternativa c: Incorreta. O sarampo aparece com maior destaque nos gráficos porque possui uma carga de doença (mortalidade e transmissibilidade) muito superior à da caxumba e da rubéola. A maior redução de desfechos negativos pelo componente sarampo não significa que a vacina seja menos efetiva contra os outros dois vírus; significa apenas que o benefício epidemiológico acumulado é mais visível para o sarampo devido à gravidade natural dessa doença.

Alternativa d: Incorreta. A vacina BCG é amplamente conhecida por conferir proteção elevada contra as formas graves e disseminadas de tuberculose na infância, especificamente a forma meningoencefálica e a forma miliar. Ela apresenta proteção limitada ou nula contra a tuberculose pulmonar e a forma pleural, o que torna a afirmação sobre a proteção pleural medicamente incorreta.

Gabarito: Letra A.

Questão 39

A questão aborda os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), propostos por Barbara Starfield, que são fundamentais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). O cenário descreve uma ação do Conselho Local de Saúde (participação social) buscando resolver um problema do território (acidentes de trânsito) por meio da intersetorialidade (convite ao Departamento de Trânsito).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A competência cultural (ou orientação cultural) refere-se à capacidade da equipe de saúde de reconhecer, respeitar e adaptar o cuidado às características culturais, crenças, valores e linguagens específicas da população atendida. Embora seja um atributo derivado da APS, o foco da questão não é a adaptação cultural do atendimento clínico, mas sim a mobilização comunitária para resolver um problema de segurança pública.

b) Incorreta. A longitudinalidade do cuidado diz respeito à existência de um vínculo e uma relação de confiança contínua entre o profissional/equipe e o paciente ao longo do tempo, independentemente da presença ou ausência de doenças. A situação descrita na questão foca em uma demanda coletiva e pontual de intervenção no ambiente, e não na continuidade do acompanhamento individual.

c) Incorreta. A integralidade pressupõe que a unidade de saúde deve oferecer um leque amplo de serviços (prevenção, cura e reabilitação) e reconhecer as necessidades biopsicossociais dos indivíduos. Embora a prevenção de acidentes faça parte de uma visão integral de saúde, a ação específica de reunir a comunidade e o setor de trânsito para intervir nos determinantes sociais de saúde é a definição clássica de outro atributo.

d) Correta. A orientação comunitária é o atributo que estabelece que o serviço de saúde deve conhecer as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a população. Ela envolve o reconhecimento da saúde como resultado de determinantes sociais, a participação social (representada pelo Conselho Local de Saúde) e a intersetorialidade (articulação com outros órgãos, como o Departamento de Trânsito). O caso exemplifica perfeitamente a equipe e a comunidade atuando juntas para identificar e enfrentar um problema que afeta o coletivo no território.

Questão 40

Esta questão aborda os critérios de elegibilidade para métodos contraceptivos (da Organização Mundial da Saúde – OMS) e a legislação brasileira sobre esterilização voluntária.

Análise das alternativas:

a) Correta: A pílula de progestágeno isolado (minipílula) é uma opção segura para pacientes com contraindicações ao estrogênio. No caso clínico, a paciente apresenta múltiplos fatores de risco cardiovascular e trombótico: hipertensão arterial,

obesidade (IMC 30) e a presença de anticorpos antifosfolipídeos. O estrogênio é o principal responsável pelo aumento do risco de eventos tromboembólicos e pela interferência na pressão arterial. Métodos apenas com progestágenos não possuem o mesmo impacto metabólico e circulatório, sendo classificados como seguros para hipertensas e obesas. Embora a presença de anticorpos antifosfolipídeos exija cautela, a ausência de estrogênio torna a alternativa (a) a mais viável entre as opções hormonais orais.

b) Incorreta: Apesar de o DIU de cobre ser um método excelente por não ser hormonal e ser Categoria 1 da OMS para quase todas as condições citadas (incluindo anticorpo antifosfolipídeo positivo), o gabarito oficial aponta a pílula de progestágeno como a conduta indicada. Em provas de residência, isso pode ocorrer quando o examinador deseja focar na substituição do anticoncepcional combinado pelo de progestágeno isolado em pacientes de risco.

c) Incorreta: O anticoncepcional combinado oral (ACO) é formalmente contraindicado para esta paciente. De acordo com os Critérios de Elegibilidade da OMS, a presença de anticorpos antifosfolipídeos (mesmo sem a síndrome clínica completa) classifica o uso de estrogênio como Categoria 4 (risco inaceitável à saúde), devido ao altíssimo risco de trombose arterial e venosa. Além disso, a hipertensão arterial também contraindica o uso de métodos combinados.

d) Incorreta: Do ponto de vista legal (Lei nº 9.263/96, atualizada pela Lei nº 14.443/2022), a paciente não possui os requisitos para realizar a laqueadura tubária voluntária. A lei brasileira exige que o indivíduo tenha capacidade civil plena e pelo menos 21 anos de idade OU, pelo menos, dois filhos vivos. Como a paciente tem 20 anos e apenas um filho vivo, ela não cumpre os critérios legais para o procedimento, independentemente do seu desejo ou situação financeira. Note que a nova lei de 2022 reduziu a idade mínima de 25 para 21 anos e retirou a obrigatoriedade do consentimento do cônjuge, mas a paciente ainda não atingiu a idade mínima necessária.

Questão 41

Esta questão aborda o manejo da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV em uma gestante. Para resolver o caso, é necessário aplicar as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A paciente teve uma exposição de risco (relação anal com parceiro HIV-positivo sem tratamento) há 26 horas. A PEP está indicada quando o

tempo decorrido é de, no máximo, 72 horas (sendo ideal o início nas primeiras 2 horas). O esquema preferencial atual, inclusive para gestantes, é a combinação de tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + dolutegravir (DTG). O uso do dolutegravir em gestantes é considerado seguro e recomendado pelo Ministério da Saúde devido à sua alta eficácia e barreira genética, superando potenciais riscos teóricos discutidos no passado sobre defeitos no tubo neural.

Alternativa b) Incorreta. A gestação não é uma contraindicação para a PEP. Pelo contrário, a profilaxia é fundamental para evitar a infecção aguda da gestante, período em que a carga viral costuma ser muito elevada, o que aumentaria drasticamente o risco de transmissão vertical do HIV para o feto.

Alternativa c) Incorreta. A zidovudina (AZT) endovenosa é utilizada exclusivamente durante o trabalho de parto de gestantes que vivem com HIV e que possuem carga viral desconhecida ou acima de 1.000 cópias/mL no terceiro trimestre. Não é o esquema indicado para profilaxia pós-exposição sexual.

Alternativa d) Incorreta. O prazo-limite para o início da PEP é de até 72 horas após a exposição. Como a paciente procurou o serviço 26 horas após o ocorrido, ela ainda está dentro da janela de oportunidade para que a profilaxia seja eficaz.

Em resumo, diante de uma exposição de risco ocorrida há menos de 72 horas em paciente soronegativa, a PEP deve ser iniciada imediatamente com o esquema padrão de três antirretrovirais (TDF + 3TC + DTG), independentemente da idade gestacional.

Questão 42

A questão aborda o diagnóstico da sífilis em gestantes utilizando o algoritmo reverso, que é a estratégia de iniciar a investigação por um teste treponêmico (como a quimioluminescência) em vez de um teste não treponêmico (como o RPR ou VDRL).

No caso apresentado, temos um resultado discordante: Quimioluminescência Reagente (teste treponêmico positivo) e RPR Não Reagente (teste não treponêmico negativo). Segundo o Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis do Ministério da Saúde, quando o primeiro teste (treponêmico) é reagente e o segundo teste (não treponêmico) é não reagente, existem três possibilidades: uma sífilis em fase muito inicial (em que o teste treponêmico positiva antes), uma sífilis tratada anteriormente (cicatriz sorológica) ou um resultado falso-positivo do primeiro teste.

Para solucionar essa dúvida diagnóstica, a conduta preconizada é a realização de um terceiro teste, obrigatoriamente um teste treponêmico com metodologia diferente da

primeira (por exemplo, se foi feita quimioluminescência, solicita-se FTA-Abs ou TPHA).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Repetir o mesmo exame (quimioluminescência) não resolve a discordância entre os testes treponêmicos e não treponêmicos, pois apenas tenderia a repetir o resultado anterior sem esclarecer se se trata de infecção real ou falso-positivo.

Alternativa (b) Incorreta. O RPR já foi realizado e resultou não reagente. Repeti-lo isoladamente não traria nova informação diagnóstica imediata necessária para definir a conduta na gestante.

Alternativa (c) Correta. Esta é a conduta oficial do Ministério da Saúde para o algoritmo reverso em casos de resultados discordantes. Se este segundo teste treponêmico for reagente, confirma-se a exposição prévia à sífilis (podendo ser infecção atual precoce ou cicatriz). Se for não reagente, o primeiro teste é considerado um falso-positivo e a paciente é considerada sem sífilis.

Alternativa (d) Incorreta. O VDRL e o RPR são ambos testes não treponêmicos. Se o RPR já foi negativo, a solicitação do VDRL não é a estratégia recomendada para desempatar a discordância do algoritmo reverso; o fluxograma exige um novo teste treponêmico.

Questão 43

O caso clínico apresenta uma puérpera com diagnóstico de endometrite puerperal. Os sinais clássicos estão presentes: febre surgindo no quarto dia após o parto, útero doloroso à palpação e à mobilização, e loquiação com odor fétido. A análise do quadro MEOWS (Escore de Alerta Precoce em Obstetrícia) destacado na imagem revela uma paciente instável: a temperatura entre 38-39 graus Celsius soma 2 pontos; a pressão arterial sistólica entre 70-89 mmHg soma 2 pontos; a pressão diastólica menor que 45 mmHg soma 2 pontos; e a frequência cardíaca entre 100-109 bpm soma 1 ponto. O somatório de 7 pontos indica uma condição de gravidade, sugerindo sepse de foco ginecológico, o que exige início imediato de antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro.

Alternativa a: Incorreta. A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração eficaz contra Gram-negativos, mas a claritromicina é um macrolídeo utilizado principalmente para germes atípicos em infecções respiratórias. Esse esquema não oferece a cobertura necessária contra bactérias anaeróbias, que são fundamentais na

patogenia da endometrite pós-cesárea.

Alternativa b: Correta. A associação de clindamicina e gentamicina é considerada o esquema padrão-ouro para o tratamento da endometrite. A clindamicina possui excelente ação contra bactérias Gram-positivas e, crucialmente, contra anaeróbios (como o *Bacteroides fragilis*). A gentamicina, um aminoglicosídeo, complementa o espectro combatendo os bacilos Gram-negativos entéricos (como a *Escherichia coli*). Esta combinação cobre a flora polimicrobiana (aeróbios e anaeróbios) que tipicamente ascende do trato genital para o útero no puerpério.

Alternativa c: Incorreta. A oxacilina é um antibiótico de espectro restrito, indicado principalmente para infecções por *Staphylococcus aureus* sensíveis. Embora a clindamicina cubra anaeróbios, a ausência de um agente contra Gram-negativos (como a gentamicina) torna o esquema insuficiente para tratar a infecção uterina polimicrobiana.

Alternativa d: Incorreta. O esquema de ceftriaxona com azitromicina é frequentemente empregado para Doença Inflamatória Pélvica (DIP) ou pneumonias comunitárias. Para a endometrite puerperal, especialmente após cesariana em paciente com sinais de sepse, a prioridade é a cobertura robusta contra anaeróbios e Gram-negativos entéricos, o que é melhor alcançado com o esquema da alternativa B.

Questão 44

Esta questão aborda um cenário clínico crítico na obstetrícia de alto risco: a insuficiência placentária em uma gestante com diabetes mellitus tipo 1 e nefropatia. A análise deve ser feita integrando o quadro clínico materno, os dados laboratoriais e a avaliação da vitalidade fetal.

O ponto principal do quadro clínico é a ocorrência de hipoglicemias frequentes no terceiro trimestre em uma paciente anteriormente controlada. Como observado na imagem do perfil glicêmico, há vários valores circulados abaixo da normalidade na madrugada (48, 54, 56, 62 mg/dL) e valores baixos no período pré-prandial. Na gestante diabética, a ocorrência de hipoglicemias inexplicadas ou a redução súbita da necessidade de insulina é um marcador clássico de insuficiência placentária grave. Isso ocorre porque a placenta, ao entrar em falência (senescência), diminui a produção de hormônios contrainsulínicos, como o lactogênio placentário humano e o cortisol, levando a um excesso relativo da insulina administrada.

Do ponto de vista fetal, a ultrassonografia revela um feto pequeno para a idade gestacional (peso no percentil 9). O Doppler da artéria umbilical no percentil 100

indica resistência aumentada ao fluxo sanguíneo na placenta. Simultaneamente, o Doppler da artéria cerebral média no percentil 2 indica uma vasodilatação compensatória (queda da resistência) para priorizar o fluxo sanguíneo para o cérebro. Esse conjunto de achados define a centralização fetal.

Com 36 semanas de gestação, diante de evidências clínicas de falência placentária (hipoglicemias maternas) e evidências dopplervelocimétricas de sofrimento fetal crônico (centralização), a conduta segura é a interrupção da gestação, uma vez que o risco de óbito fetal intraútero supera os riscos da prematuridade tardia.

Alternativa a) Incorreta. Aguardar 39 semanas é a conduta para gestantes com diabetes bem controlado e sem complicações. No caso, há sinais claros de descompensação da unidade fetoplacentária.

Alternativa b) Incorreta. Embora 37 semanas seja o limite para o termo, a centralização fetal e a falência placentária clínica já estão presentes às 36 semanas, não havendo benefício em retardar o parto por mais uma semana.

Alternativa c) Correta. A resolução imediata é indicada pela associação de idade gestacional (36 semanas), feto com restrição de crescimento, Doppler com sinais de centralização e quadro materno sugestivo de exaustão placentária.

Alternativa d) Incorreta. O adiamento para 38 semanas aumenta significativamente o risco de morte fetal, dado que os mecanismos de compensação fetal (centralização) e a função hormonal placentária já demonstram sinais de esgotamento.

Questão 45

A cardiotocografia da Figura 1 apresenta um traçado nitidamente patológico, classificado como Categoria III. Observa-se a presença de desacelerações tardias (DIP II) repetitivas e uma variabilidade nitidamente reduzida ou ausente. Esse padrão indica uma alta probabilidade de hipóxia e acidemia fetal grave.

Após a realização das manobras de reanimação intrauterina (decúbito lateral esquerdo, oxigenoterapia, hidratação venosa e interrupção da ocitocina), a Figura 2 demonstra que não houve melhora do estado fetal após 30 minutos. O traçado persiste com variabilidade mínima e manutenção das desacelerações tardias.

O exame cervical revela que a paciente está com 7 cm de dilatação, ou seja, ainda na fase ativa do primeiro período do parto. Como o feto apresenta sinais de sofrimento fetal agudo persistente e não houve reversão com as medidas clínicas, a conduta mandatária é a interrupção imediata da gestação. Como a dilatação não é

total, o parto vaginal assistido (fórceps ou vácuo-extrator) não é possível, restando a cesariana como via de parto.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A tocólise aguda com terbutalina é uma manobra adicional de reanimação intrauterina, útil especialmente se houvesse taquissístolia. Contudo, o caso clínico relata que as manobras de reanimação principais já foram tentadas por 30 minutos sem sucesso. Diante de um traçado de Categoria III persistente, o tempo é precioso e a prioridade passa a ser o nascimento imediato, não mais a tentativa de recuperação intrauterina.

b) Incorreta. A conduta expectante é contraindicada. Um traçado de Categoria III indica risco iminente de morte fetal ou sequelas neurológicas irreversíveis (paralisia cerebral). Manter apenas a observação seria negligenciar o sofrimento fetal agudo estabelecido.

c) Incorreta. A ocitocina aumenta a atividade uterina, o que naturalmente reduz a oxigenação placentária durante as contrações. Reintroduzir a droga em um feto que já não tolera o trabalho de parto agravaria drasticamente a hipóxia.

d) Correta. Diante da falha das manobras de reanimação intrauterina em um traçado cardiotocográfico de Categoria III, a resolução da gestação deve ser imediata. Como a paciente se encontra com 7 cm de dilatação (fase de dilatação, não expulsiva), a via mais rápida para o nascimento é a cesariana.

Questão 46

Análise do Quadro Clínico:

A paciente é uma primigesta de 37 semanas (gestação a termo) que apresenta Ruptura Prematura de Membranas Oculares (RPMO), também conhecida como bolsa rota. O diagnóstico é confirmado pelo relato de perda líquida, presença de líquido no exame especular, pH vaginal alcalino (7,5) e teste de cristalização positivo. Os dados cruciais para a decisão terapêutica são: o feto está em apresentação pélvica (variedade de posição sacrotransversa esquerda), a apresentação está alta e móvel, e há um oligoâmnio severo (Índice de Líquido Amniótico de 2 cm).

Explicação das Alternativas:

Alternativa a (Incorreta): Em casos de ruptura de membranas a termo com o feto em apresentação cefálica, a indução do trabalho de parto é a conduta padrão. Contudo,

nesta questão, o feto está em apresentação pélvica (sacrotransversa). Em primigestas com feto pélvico e bolsa rota, a indução é contraindicada devido ao alto risco de complicações, como o prolapso de cordão umbilical (favorecido pela apresentação alta e pelo pouco líquido) e a retenção da cabeça derradeira durante o parto.

Alternativa b (Correta): A via de parto preferencial para primigestas com feto em apresentação pélvica a termo é a cesariana, visando reduzir a morbimortalidade perinatal. A presença de ruptura de membranas (RPMO) com apresentação ainda alta e móvel reforça a indicação da interrupção imediata por via alta, pois o risco de um prolapso de cordão é iminente e as condições para um parto vaginal pélvico seguro não estão presentes.

Alternativa c (Incorreta): A conduta expectante ou a alta hospitalar não são indicadas na ruptura de membranas a termo, especialmente em uma situação de apresentação anômala. A permanência da gestante em ambiente domiciliar com bolsa rota elevaria o risco de infecção (corioamnionite) e não resolveria a distocia de apresentação.

Alternativa d (Incorreta): A versão cefálica externa (VCE) é a manobra realizada para tentar girar o feto da posição pélvica para a cefálica. Entretanto, a VCE tem como contraindicação relativa/absoluta a ruptura das membranas e o oligoâmnio severo (neste caso, ILA de 2 cm). Sem o volume adequado de líquido amniótico, a manobra torna-se tecnicamente difícil, dolorosa e perigosa, podendo causar descolamento prematuro de placenta ou sofrimento fetal.

Questão 47

Análise do Partograma:

Ao analisar o gráfico, observamos que a dilatação cervical (representada pelos triângulos) progrediu normalmente até os 8 cm (às 9h). No entanto, na avaliação seguinte (às 11h), a dilatação manteve-se nos mesmos 8 cm, cruzando a Linha de Ação. Isso caracteriza uma Parada Secundária da Dilatação, definida pela manutenção da dilatação cervical em dois exames sucessivos com intervalo de pelo menos 2 horas.

Ao observar o registro das contrações na parte inferior do partograma, nota-se que a paciente apresenta uma atividade uterina insuficiente (hipossistolia), com apenas 2 contrações em 10 minutos. Além disso, as membranas já estão rotas (identificadas pelas siglas R e LC - líquido claro às 9h). Com a vitalidade fetal preservada e sem sinais de desproporção cefalopélvica, o diagnóstico é de distocia funcional.

Alternativa A - Incorreta. A cesárea não é a conduta inicial para uma parada de dilatação por hipossistolia. Deve-se primeiro tentar corrigir a dinâmica uterina, uma vez que não há sofrimento fetal ou obstrução mecânica evidente.

Alternativa B - Incorreta. A conduta expectante não é recomendada quando o partograma atinge ou ultrapassa a Linha de Ação. Nesse ponto, as diretrizes nacionais e da OMS indicam a necessidade de intervenção para evitar o prolongamento excessivo do trabalho de parto e seus riscos associados.

Alternativa C - Incorreta. Embora a analgesia possa ser oferecida para conforto da paciente, ela não é o tratamento para a parada de progressão do parto causada por contrações insuficientes. Em alguns casos, a analgesia sem a devida condução pode até reduzir ainda mais a frequência das contrações.

Alternativa D - Correta. A administração de ocitocina endovenosa contínua é a conduta de escolha para corrigir a hipossistolia e reverter a parada secundária da dilatação. O objetivo é alcançar uma dinâmica uterina eficiente (geralmente de 3 a 5 contrações em 10 minutos) para que o trabalho de parto retome sua evolução normal rumo ao parto vaginal, que é o desejo da paciente.

Questão 48

A paciente apresenta um quadro clínico de Trabalho de Parto Prematuro (TPP). O diagnóstico é confirmado pela idade gestacional entre 22 e 37 semanas (no caso, 33 semanas e 3 dias), presença de contrações uterinas regulares (2 em 10 minutos) e alterações cervicais significativas (4 cm de dilatação e 50% de esvaecimento).

A conduta correta baseia-se nos pilares do tratamento do TPP para gestações abaixo de 34 semanas, visando à redução da morbimortalidade neonatal.

Alternativa A: Correta.

A tocolise (inibição das contrações) é indicada por um período de 48 horas com o objetivo principal de permitir o tempo necessário para a ação dos corticosteroides. O corticosteroide (betametasona ou dexametasona) é fundamental para acelerar a maturidade pulmonar fetal e reduzir o risco de hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante. A profilaxia antibiótica para o Estreptococo do Grupo B (GBS) deve ser iniciada, pois o status de colonização da paciente é desconhecido e o parto prematuro é iminente.

Alternativa B: Incorreta.

O sulfato de magnésio é indicado para neuroproteção fetal em gestações com idade inferior a 32 semanas (embora alguns protocolos estendam até 33 semanas e 6 dias,

a prioridade aqui é a corticoterapia). Além disso, a assistência ao parto direta, sem tentar a inibição para o uso do corticoide, privaria o feto dos benefícios da maturação pulmonar, que é crucial em um prematuro de 33 semanas.

Alternativa C: Incorreta.

A hiperidratação materna não possui evidência científica na reversão do trabalho de parto prematuro estabelecido. Além disso, pode aumentar o risco de edema agudo de pulmão, especialmente se houver uso subsequente de certos tocolíticos. O diagnóstico de trabalho de parto já está confirmado pelo toque vaginal (4 cm), não havendo necessidade de observação para confirmação.

Alternativa D: Incorreta.

A ultrassonografia para medida do colo uterino é uma ferramenta de triagem ou diagnóstico em casos de dúvida (quando a dilatação é menor que 2 cm ou o diagnóstico de TPP é incerto). Nesta paciente, a dilatação de 4 cm e o esvaecimento de 50% já definem o diagnóstico de trabalho de parto ativo, tornando o exame desnecessário para essa finalidade.

Questão 49

A questão apresenta um quadro clássico de hemorragia pós-parto (HPP) por atonia uterina em uma paciente com fatores de risco importantes: multiparidade e macrossomia fetal (4.100 g). O manejo inicial já foi instituído (massagem, ocitocina, ácido tranexâmico e cristaloides), mas a paciente permanece com o útero hipotônico e apresenta sinais de choque grave, evidenciados pelo Índice de Choque (IC) de 1,4.

O Índice de Choque é calculado pela divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica ($128/90 = 1,4$). Valores acima de 0,9 indicam perda volêmica significativa, e acima de 1,1 sugerem a necessidade de transfusão imediata e protocolo de hemorragia grave.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o misoprostol seja um uterotônico utilizado na HPP, a administração de mais 1.000 ml de soro fisiológico é inadequada. A paciente já recebeu 2.500 ml de cristaloides. A reposição volêmica excessiva com cristaloides em quadros de hemorragia grave leva à hemodiluição, hipotermia e piora da coagulopatia (tríade letal).

b) Incorreta. A sutura de B-Lynch é uma medida cirúrgica de segunda linha, geralmente reservada para quando as medidas farmacológicas e o tamponamento falham, ou se a paciente já estiver em ambiente cirúrgico (como uma cesariana).

Além disso, a reposição com Ringer lactato, embora superior ao soro fisiológico em grandes volumes, não substitui a necessidade de hemácias neste cenário de choque grave (IC 1,4).

c) Correta. A metilergometrina é o uterotônico de escolha a ser adicionado após a falha da ocitocina (desde que não haja contraindicação como hipertensão ou pré-eclâmpsia, o que não ocorre aqui, pois a paciente está hipotensa). Quanto à reposição volêmica, como a paciente já recebeu volume expressivo de cristaloides e mantém sinais de choque grave, a prioridade absoluta é a reposição de componentes sanguíneos (concentrados de hemácias) para restaurar a capacidade de transporte de oxigênio e evitar a coagulopatia dilucional.

d) Incorreta. O balão de tamponamento intrauterino é uma excelente opção para atonia refratária ao tratamento medicamentoso. No entanto, o erro da alternativa reside na manutenção da infusão de soro fisiológico (SF 0,9%). Diante de um choque hipovolêmico descompensado, a reposição deve ser feita com sangue e derivados, não mais com cristaloides isoladamente.

Resumo: O manejo da HPP segue uma sequência de passos (medicamentos -> tamponamento -> cirurgia). O uso da metilergometrina complementa a ocitocina no controle da atonia, e a instabilidade hemodinâmica grave (IC 1,4) após 2,5 L de cristaloides exige transfusão imediata.

Questão 50

Para a resolução desta questão, o ponto fundamental é o tempo de início da profilaxia para pré-eclâmpsia. A gestação gemelar é, de fato, um fator de alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, o que teoricamente indicaria o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) em doses de 100 a 150 mg/dia e suplementação de cálcio.

No entanto, a eficácia da profilaxia com AAS está diretamente ligada ao período de início do tratamento. O objetivo da medicação é interferir no processo de remodelamento das artérias espirais (segunda onda de invasão trofoblástica). Por esse motivo, as principais diretrizes nacionais e internacionais, como as da FEBRASGO, ACOG e FIGO, recomendam que o AAS seja iniciado preferencialmente entre a 12ª e a 16ª semana de gestação, com um limite máximo absoluto de 20 semanas para se obter o benefício clínico.

No caso clínico apresentado, embora a paciente relate 18 semanas pelo atraso menstrual, a ultrassonografia — que é o método mais fidedigno para datação nesta fase — confirmou uma idade gestacional de 24 semanas. Como a paciente já ultrapassou a janela de oportunidade terapêutica (24 semanas), não há mais

indicação de iniciar a profilaxia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso de AAS e cálcio é a conduta padrão para pacientes de alto risco, mas deve ser iniciado precocemente. Na 24ª semana, a invasão trofoblástica já se completou, tornando a intervenção ineficaz para prevenir a pré-eclâmpsia.

Alternativa b) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a prescrição isolada de AAS é inadequada devido à idade gestacional avançada verificada no exame de imagem.

Alternativa c) Incorreta. A enoxaparina não faz parte do protocolo padrão de profilaxia de pré-eclâmpsia para gestação gemelar isolada. Seu uso é restrito a casos específicos de trombofilias ou histórico obstétrico muito particular (como síndrome antifosfolípide), e o tempo de início do AAS continuaria sendo um erro nesta fase da gravidez.

Alternativa d) Correta. Como a idade gestacional real é de 24 semanas, a janela para o início da profilaxia medicamentosa com AAS já se fechou. Portanto, a conduta correta é não prescrever a medicação profilática, mantendo apenas a vigilância clínica e o acompanhamento pré-natal rigoroso para detecção precoce de possíveis complicações hipertensivas.

Questão 51

O ponto central para resolver esta questão é o entendimento da classificação BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System). O laudo descreve um BI-RADS 0, o que significa que o exame é considerado "incompleto".

Na categoria BI-RADS 0, a avaliação mamográfica inicial não é suficiente para concluir o diagnóstico. Isso ocorre geralmente por achados inconclusivos que necessitam de avaliação adicional, seja por novas incidências mamográficas, manobras especiais (como compressão localizada ou ampliação), comparação com exames anteriores ou realização de ultrassonografia. Como a paciente não possui os exames anteriores para comparação, a conduta obrigatória é prosseguir com a investigação por imagem para que o achado seja reclassificado em uma categoria definitiva (1, 2, 3, 4 ou 5).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A biópsia de fragmento (core biopsy) é indicada para achados suspeitos, geralmente classificados como BI-RADS 4 ou 5. Realizar uma biópsia em um achado BI-RADS 0 é uma conduta precoce, pois o nódulo ou lesão ainda não foi adequadamente caracterizado. Muitas assimetrias focais desaparecem após a manobra de compressão localizada, revelando-se apenas sobreposição de tecido glandular normal.
- b) Incorreta. A categoria BI-RADS 0 exige uma ação imediata de complementação diagnóstica. Tranquilizar a paciente e manter o seguimento anual só seria possível se o achado fosse classificado como BI-RADS 1 (normal) ou 2 (achados certamente benignos) após a complementação.
- c) Correta. Esta é a conduta padrão para um BI-RADS 0 com achado de assimetria focal. A compressão localizada serve para descolar o tecido mamário e verificar se a imagem persiste (caracterizando uma lesão real) ou se "espalha" (caracterizando apenas sobreposição de parênquima). A ultrassonografia é o exame complementar de escolha para avaliar a natureza do achado (se sólido ou cístico) em áreas de assimetria ou densidades focais, ajudando na classificação final.
- d) Incorreta. O seguimento semestral é a conduta preconizada para achados BI-RADS 3 (provavelmente benignos). No entanto, para classificar algo como BI-RADS 3, é necessário primeiro esgotar a avaliação diagnóstica inicial. Não se pode deixar um exame classificado como BI-RADS 0 em observação por seis meses sem antes definir o que o achado representa.

Questão 52

A questão aborda a conduta clínica diante de um resultado de exame citopatológico cervical (Papanicolaou) apresentando ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas) em uma paciente de 27 anos. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA), a conduta para ASC-US é baseada estritamente na faixa etária da paciente, pois essa alteração tem baixo potencial de malignidade e alta taxa de regressão.

As recomendações para ASC-US são:

- Mulheres com menos de 25 anos: repetir o exame em 3 anos (retorno à rotina).
- Mulheres entre 25 e 29 anos: repetir o exame em 12 meses.
- Mulheres com 30 anos ou mais: repetir o exame em 6 meses.

Análise das alternativas:

a) Correta. A paciente tem 27 anos, o que a enquadra na recomendação de repetição do exame citopatológico em 12 meses. Se o resultado da repetição for normal (dois exames seguidos negativos), ela retorna ao rastreamento trienal. Se houver persistência de ASC-US ou uma alteração mais grave no segundo exame, ela deve ser encaminhada para colposcopia.

b) Incorreta. O encaminhamento imediato para colposcopia em caso de ASC-US só é indicado se a paciente for imunossuprimida ou HIV-positiva, ou se houver persistência da alteração em exames subsequentes. A colposcopia imediata é a conduta inicial para achados mais graves, como ASC-H (células atípicas, não podendo excluir lesão de alto grau) ou HSIL (lesão de alto grau).

c) Incorreta. A repetição em 6 meses é a conduta preconizada para mulheres com 30 anos ou mais que apresentam resultado de ASC-US ou LSIL (lesão de baixo grau). Isso ocorre porque, após os 30 anos, a probabilidade de uma infecção por HPV ser persistente e evoluir para neoplasia é maior do que em mulheres mais jovens.

d) Incorreta. A coleta de um novo exame imediatamente ou em curto prazo (como 30 dias) só é indicada quando a amostra é considerada insatisfatória para avaliação pelo laboratório (por exemplo, devido a excesso de sangue, inflamação intensa que impede a visão das células ou dessecação do material). No caso da questão, o exame foi satisfatório e forneceu um diagnóstico citológico definido.

Questão 53

O quadro clínico descrito apresenta uma paciente de 47 anos, tabagista, com um nódulo doloroso na região periareolar e drenagem de secreção purulenta há poucas horas. Esses elementos, somados à imagem que mostra uma lesão inflamatória (vermelhidão e inchaço) localizada na borda da aréola, são clássicos da mastite periductal.

Alternativa A - Incorreta: A doença de Paget é uma neoplasia que se manifesta como uma lesão eczematosa, descamativa e crônica, que começa no mamilo e pode se estender para a aréola. Ela não se apresenta como um processo infeccioso agudo com dor intensa e saída de pus.

Alternativa B - Correta: A mastite periductal, também chamada de doença de Zuska, é uma condição inflamatória dos ductos subareolares. O tabagismo é o principal fator de risco, pois as toxinas do cigarro causam metaplasia escamosa dos ductos, levando à obstrução, inflamação e formação de abscessos. A imagem corrobora o diagnóstico ao mostrar a inflamação exatamente na região periareolar, local onde esses ductos se encontram. A drenagem de pus é uma evolução comum desses abscessos

subareolares.

Alternativa C - Incorreta: O carcinoma inflamatório é uma forma agressiva de câncer de mama que mimetiza uma mastite, apresentando a pele com aspecto de casca de laranja (edema e poros dilatados) e vermelhidão difusa. No entanto, ele raramente se apresenta como um nódulo flutuante com drenagem purulenta franca em apenas 4 dias de evolução. O histórico familiar citado na questão não é fortemente sugestivo de câncer hereditário, pois os casos ocorreram em idades mais avançadas (67 e 72 anos).

Alternativa D - Incorreta: A mastite granulomatosa idiopática é uma doença inflamatória rara que costuma atingir mulheres em idade reprodutiva, geralmente após a gestação. Embora possa causar abscessos e fístulas, ela tende a ser mais periférica na mama e não tem uma associação tão direta e clássica com o tabagismo quanto a mastite periductal periareolar.

Questão 54

Análise do quadro clínico e exames:

A paciente apresenta queixa de perda urinária aos esforços com impacto na qualidade de vida. O exame físico, detalhado pelo sistema POP-Q (primeira imagem), revela que os pontos Aa, Ba, Ap e Bp estão em posições negativas (distantes do hímen) e os pontos C e D estão bem elevados (C em -8 para um comprimento vaginal total de 10). Isso indica que a paciente não possui prolapsos genitais clinicamente significativos (Estágio 0 ou I), o que descarta a necessidade de correção cirúrgica de paredes vaginais.

O estudo urodinâmico (segunda imagem) mostra que a pressão do detrusor permanece estável (linha de base sem contrações) enquanto ocorrem picos de pressão abdominal e vesical durante as manobras de esforço (identificadas como Val e PPE). A perda de urina que ocorre simultaneamente ao esforço abdominal, sem a presença de contração involuntária do músculo detrusor, confirma o diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE). Como a paciente já realizou tratamento conservador (fisioterapia e mudanças comportamentais) sem sucesso, a conduta cirúrgica está indicada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A colporrafia anterior e posterior é utilizada para o tratamento de prolapsos de parede anterior (cistocele) e posterior (retocele). O POP-Q da paciente mostra que a anatomia das paredes vaginais está preservada, não havendo

indicação para este procedimento.

b) Incorreta. A mirabegrona é um agonista beta-3 indicado para o tratamento da bexiga hiperativa (incontinência de urgência). O exame urodinâmico não demonstrou hiperatividade do detrusor, logo, não há indicação para esta medicação.

c) Incorreta. A imipramina é um antidepressivo tricíclico com efeito anticolinérgico, às vezes utilizado para bexiga hiperativa ou enurese, mas não é o tratamento de escolha para a Incontinência Urinária de Esforço, especialmente após falha do tratamento conservador.

d) Correta. O sling sintético de uretra média é atualmente o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da Incontinência Urinária de Esforço. Ele fornece o suporte necessário para a uretra durante o aumento da pressão abdominal, corrigindo a queixa da paciente com altas taxas de sucesso.

Questão 55

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de dor neuropática crônica pós-operatória. Os principais sinais que corroboram esse diagnóstico são a cronicidade (8 meses), a localização (região inguinal após cirurgia pélvica/abdominal) e as características semiológicas da dor, como alodínia (dor por estímulo não doloroso), formigamento (parestesia), hipersensibilidade ao frio e paroxismos (pontadas súbitas). Em cirurgias de ooforoplastia ou apendicectomia, nervos como o ílio-inguinal, ílio-hipogástrico ou genitofemoral podem sofrer lesão direta, compressão por suturas ou encarceramento em tecidos cicatriciais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A adesiólise (retirada de aderências) por laparoscopia não é o tratamento inicial para dor com características puramente neuropáticas. Além disso, a ultrassonografia não demonstrou alterações anatômicas. Intervenções cirúrgicas adicionais em pacientes com dor neuropática podem, inclusive, agravar o quadro por gerar novos traumas nervosos.

b) Incorreta. A neuromodulação (como estimuladores de medula espinhal ou de raízes sacrais) é uma terapia de alta complexidade e custo elevado. Ela é reservada apenas para casos refratários, ou seja, pacientes que não obtiveram sucesso com o tratamento farmacológico otimizado e outras medidas menos invasivas.

c) Correta. A gabapentina é um dos fármacos de primeira linha para o tratamento da dor neuropática. Ela atua ligando-se à subunidade alfa-2-delta dos canais de cálcio dependentes de voltagem no sistema nervoso central, reduzindo a liberação de neurotransmissores excitatórios. A dose de 1.800 mg/dia está dentro da faixa terapêutica usual (que varia geralmente de 900 mg a 3.600 mg ao dia), sendo uma conduta farmacológica adequada e padrão-ouro para o controle dos sintomas descritos.

d) Incorreta. Embora o canabidiol venha sendo estudado para diversas condições de dor crônica, ele ainda não é considerado terapia de primeira linha para dor neuropática periférica pós-operatória nos principais protocolos clínicos mundiais. Fármacos como gabapentinoides, antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina possuem evidências científicas muito mais robustas para este cenário.

Questão 56

O quadro clínico apresentado é clássico para o diagnóstico de adenomiose, uma condição caracterizada pela presença de glândulas e estroma endometriais no interior do miométrio.

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta a tríade clássica da adenomiose: Sangramento Uterino Anormal (aumento do fluxo e da duração), dismenorreia secundária e útero aumentado de tamanho de forma global (descrito no exame físico como útero globoso). O perfil da paciente (multípara, na quarta década de vida) também corrobora essa hipótese.

Análise da imagem e exames:

O ultrassom transvaginal revela um útero com volume aumentado (195 cm³). A imagem ultrassonográfica é patognomônica, demonstrando um miométrio com textura heterogênea e a presença de pequenas áreas anecoicas (cistos miometriais ou lacunas), que representam pequenas ilhas de tecido endometrial que sangram dentro da musculatura uterina.

Análise das alternativas:

a) Correta. A adenomiose justifica o útero globoso, a dismenorreia e o sangramento aumentado. A imagem mostra as lacunas anecoicas e a heterogeneidade miometrial características da doença.

b) Incorreta. Embora a endometriose compartilhe o sintoma de dismenorreia, ela se caracteriza por implantes de tecido endometrial fora do útero (peritônio, ovários,

ligamentos). A endometriose isolada não costuma cursar com aumento do volume uterino ou com as alterações miometriais visualizadas na imagem.

c) Incorreta. A hiperplasia endometrial é um diagnóstico histopatológico do endométrio. No ultrassom, ela se manifestaria como um espessamento endometrial importante e muitas vezes heterogêneo, e não como alterações císticas dentro da camada muscular (miométrio), como observado no caso.

d) Incorreta. A leiomiomatose (miomas) também causa aumento do volume uterino e sangramento. Entretanto, ao ultrassom, os miomas aparecem como nódulos bem circunscritos, geralmente hipoeoicos e com sombra acústica lateral. O útero na leiomiomatose tende a ser irregular/nodular, enquanto na adenomiose o aumento é tipicamente globoso e o aspecto é infiltrativo e difuso, exatamente como exibido na figura.

Questão 57

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma paciente de 26 anos com Amenorreia Hipotalâmica Funcional, frequentemente associada à Tríade da Mulher Atleta. Os principais indicadores são o baixo peso (IMC de 17,2 kg/m²), a carga intensa de exercícios físicos (triatleta, 6 horas diárias) e os exames laboratoriais que demonstram hipogonadismo hipogonadotrófico (FSH baixo, com TSH e prolactina normais). A baixa disponibilidade energética crônica gera uma supressão do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, resultando em níveis cronicamente baixos de estrogênio.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A densitometria óssea é o exame mais relevante neste momento devido ao longo período de amenorreia (dois anos). O estrogênio é fundamental para a manutenção da densidade mineral óssea. Em mulheres jovens, o hipoestrogenismo prolongado impede o pico de massa óssea ou causa perda acelerada, elevando significativamente o risco de osteopenia, osteoporose e fraturas por estresse. Para atletas com amenorreia superior a seis meses, a avaliação da saúde óssea é mandatória para guiar o manejo e prevenir danos irreversíveis ao esqueleto.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Estradiol. Embora o estradiol esteja provavelmente baixo, sua dosagem isolada tem utilidade limitada para o diagnóstico ou para a definição de conduta

clínica, uma vez que o hipogonadismo já está evidenciado pelo FSH baixo e pela amenorreia clínica. O exame não avalia as complicações sistêmicas do quadro.

Alternativa C: Cortisol. O cortisol pode estar elevado em atletas de alto rendimento devido ao estresse físico, mas sua dosagem não é o exame prioritário nem ajuda a rastrear a principal complicação de longo prazo da amenorreia hipotalâmica, que é a perda óssea.

Alternativa D: Perfil lipídico. Não há elementos no quadro clínico que sugiram uma alteração lipídica como prioridade de investigação. Embora o baixo peso possa estar associado a transtornos alimentares que por vezes alteram o perfil lipídico, o risco imediato e mais grave para a saúde da atleta com amenorreia prolongada reside na saúde óssea.

Questão 58

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO CASO

O caso descreve um casal com infertilidade de dois anos (tempo superior ao critério de 12 meses para investigação). A avaliação feminina, composta por ciclos regulares, histerossalpingografia (patência tubária) e ultrassonografia (anatomia pélvica), encontra-se dentro da normalidade. O fator de infertilidade é claramente masculino.

De acordo com os critérios da OMS de 2021, o espermograma apresenta alterações graves em três parâmetros:

1. Concentração: 1,6 milhão/mL (o normal é acima de 16 milhões/mL). Caracteriza oligozoospermia grave.
2. Motilidade Progressiva: 5% (o normal é acima de 30%). Caracteriza astenozoospermia grave.
3. Morfologia: 1% (o normal é acima de 4%). Caracteriza teratozoospermia.

Diante de um quadro de oligoastenoteratozoospermia grave, a conduta deve ser direcionada para técnicas de reprodução assistida de alta complexidade.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O coito programado com indução da ovulação é uma técnica de baixa complexidade indicada principalmente para casos de anovulação (como na Síndrome dos Ovários Policísticos) ou infertilidade sem causa aparente, desde que os parâmetros seminais estejam normais ou muito próximos do normal. No caso em questão, a paciente já ovula regularmente e o espermograma é gravemente alterado, o que torna essa abordagem ineficaz.

Alternativa (b) INCORRETA: A inseminação intrauterina (IIU) também é uma técnica de baixa complexidade. Para que tenha taxas de sucesso aceitáveis, é necessário que, após o processamento seminal em laboratório, o número de espermatozoides móveis recuperados seja superior a 5 milhões (alguns serviços aceitam acima de 2 a 3 milhões). Com uma concentração de apenas 1,6 milhão/mL e apenas 5% de motilidade, o processamento dificilmente atingiria a quantidade mínima necessária para a inseminação.

Alternativa (c) CORRETA: A Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) é a técnica de escolha para o fator masculino grave. Diferente da Fertilização In Vitro (FIV) clássica, onde os espermatozoides são colocados ao redor do óvulo, na ICSI o embriologista seleciona um único espermatozoide com melhor morfologia e motilidade e o injeta diretamente dentro do citoplasma do ovócito. É o tratamento mais efetivo para superar as limitações de concentração e motilidade apresentadas pelo parceiro.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora antioxidantes e ômega 3 possam ser utilizados como terapia adjuvante na tentativa de melhorar a qualidade espermática em alguns casos, eles não são considerados o tratamento definitivo ou "mais efetivo" para um quadro de oligozoospermia grave. Além disso, a paciente tem 36 anos, idade em que a reserva ovariana começa a declinar de forma mais acelerada, não sendo prudente postergar o tratamento definitivo com terapias de eficácia não comprovada para este nível de alteração seminal.

Questão 59

Análise do caso clínico:

Estamos diante de uma paciente de 5 anos (pré-púbere) com quadro de vulvovaginite, caracterizado por prurido (coceira), hiperemia (vermelhidão), secreção genital e um pequeno sangramento (spotting). O exame físico confirma o estágio de Tanner M1P1, o que descarta precocidade puberal inicial.

A vulvovaginite inespecífica é a causa mais comum de queixas genitais e sangramento genital de pequena quantidade na infância. Isso ocorre devido a fatores anatômicos e fisiológicos próprios da idade: a pele da vulva é fina e atrófica pela ausência de estrogênio, o pH vaginal é neutro ou alcalino, e a proximidade do ânus com o vestíbulo vaginal facilita a contaminação por coliformes. Frequentemente, o quadro é desencadeado por higiene inadequada, uso de roupas apertadas ou irritantes químicos (sabonetes perfumados).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o abuso sexual deva ser sempre considerado no diagnóstico diferencial de sangramentos e infecções genitais em crianças, a história clínica e o exame físico sugerem inicialmente uma vulvovaginite inespecífica por hábitos de higiene. A solicitação de sorologias não é a conduta inicial imediata na ausência de fortes indícios de violência ou falha no tratamento conservador.

b) Correta. A conduta inicial para vulvovaginite inespecífica na infância baseia-se em medidas de higiene e comportamento. Isso inclui: orientar a limpeza de frente para trás após as evacuações, evitar roupas sintéticas ou muito justas (preferir calcinhas de algodão), evitar banhos de espuma ou sabonetes perfumados, e realizar o "banho de assento" apenas com água morna ou soluções levemente antissépticas/alcalinizantes, se necessário. Na grande maioria dos casos, essas medidas resolvem os sintomas e o sangramento.

c) Incorreta. A ultrassonografia pélvica seria indicada se houvesse suspeita de puberdade precoce (presença de mamas ou pelos), tumores genitais ou suspeita de corpo estranho intravaginal que não pudesse ser visualizado ao exame físico. No caso descrito, o exame físico é típico de uma criança pré-púbere e a secreção é homogênea, sem odor fétido (comum em corpos estranhos).

d) Incorreta. A cultura de secreção vaginal em crianças é reservada para casos persistentes, recorrentes, que não respondem às medidas de higiene, ou quando há suspeita de patógenos específicos (como o estreptococo do grupo A, que causa hiperemia intensa e dolorosa). Como se trata de um quadro inicial e típico de irritação inespecífica, a conduta expectante com orientações de higiene é a escolha primária.

Conclusão: O sangramento "em gotas" (spotting) associado à secreção e prurido em uma criança pré-púbere, sem outros sinais de alerta, deve ser manejado inicialmente com a correção dos hábitos de higiene vulvar.

Questão 60

Esta questão avalia o conhecimento dos Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para o uso de métodos contraceptivos, focando em uma paciente com múltiplos fatores de risco cardiovascular.

****Análise do Perfil da Paciente****

A paciente apresenta três condições principais que devem ser consideradas na escolha do método anticoncepcional:

1. **Diabetes Mellitus Tipo 1:** Embora tenha 11 anos de evolução e exames de monitoramento normais, é uma condição crônica.
2. **Obesidade:** IMC de 31 kg/m².
3. **Dislipidemia:** HDL de 30 mg/dL (baixo).

De acordo com os critérios da OMS, a presença de **múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial** (neste caso: diabetes + obesidade + dislipidemia) altera a elegibilidade dos métodos hormonais.

Análise dos Métodos por Categoria da OMS para este caso:

* **Contraceptivos Hormonais Combinados (Pílula, Adesivo, Anel e Injetável Mensal):** São classificados como **Categoria 3 ou 4** quando existem múltiplos fatores de risco cardiovascular. O estrogênio aumenta o risco de eventos tromboembólicos e arteriais, devendo ser evitado.

* **Injetável Trimestral (Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito):** Em pacientes com múltiplos fatores de risco para doença arterial coronariana, este método é classificado como **Categoria 3**. Isso ocorre porque o progestagênio de depósito pode reduzir os níveis de HDL e afetar o metabolismo lipídico de forma mais pronunciada que outros métodos de progestagênio isolado.

* **Métodos de Progestagênio Isolado (Pílula/POP e Implante):** São classificados como **Categoria 2** (os benefícios superam os riscos).

* **Dispositivos Intrauterinos (DIU de Cobre e DIU de Levonorgestrel):** São os métodos mais seguros. O DIU de Cobre é **Categoria 1** e o DIU hormonal é **Categoria 2** (devido ao risco cardiovascular sistêmico teórico, embora o efeito do levonorgestrel seja majoritariamente local).

Análise das Alternativas e Figuras:

* **a) Incorreta (Figura 1):** Esta figura coloca o **Injetável Trimestral** na coluna de "Podem ser prescritos" (Categorias 1 e 2). Como a paciente possui múltiplos fatores de risco cardiovascular, o injetável trimestral é Categoria 3 e deveria estar na coluna de "Evitar".

* **b) Incorreta (Figura 2):** Esta figura libera quase todos os métodos (incluindo anel, adesivo e injetáveis), restringindo apenas a pílula combinada. Isso está incorreto, pois todos os métodos combinados (estrogênio + progestagênio) são Categoria 3 ou 4 neste cenário.

* **c) Correta (Figura 3):** Esta é a orientação mais adequada. Ela coloca corretamente na coluna de **"Evitar"** (Categoria 3/4) todos os métodos combinados (Anel, Adesivo, Pílula Combinada e Injetável Mensal) e também o **Injetável Trimestral**. Na coluna de **"Podem ser prescritos"**, mantém a Pílula de progestagênio, o Implante, o DIU hormonal e o DIU de cobre.

* **d) Incorreta (Figura 4):** Esta figura sugere que todos os métodos podem ser

prescritos sem restrições, ignorando os riscos cardiovasculares da paciente.

****Gabarito: Letra (c).****

Questão 61

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de Endocardite Infecciosa (EI) subaguda. Os principais achados são: febre prolongada (2 semanas), sopro de regurgitação aórtica (sopro diastólico em borda esternal esquerda) e um fator de risco estrutural (valva aórtica bicúspide). O ecocardiograma confirmou a presença de uma vegetação (filamento móvel).

Para o diagnóstico definitivo de EI, utilizamos os Critérios de Duke Modificados. Atualmente, o paciente possui:

1. Um critério maior: evidência ecocardiográfica de vegetação.
2. Dois critérios menores: febre igual ou superior a 38°C e condição cardíaca predisponente (valva bicúspide).

Para fechar o diagnóstico de Endocardite Infecciosa Definida, são necessários 2 critérios maiores, ou 1 maior e 3 menores, ou 5 menores. A identificação de um sinal periférico (fenômeno vascular ou imunológico) completaria o terceiro critério menor necessário.

Alternativa a: Incorreta. A Imagem C demonstra o Eritema Marginado. São lesões cutâneas com bordas avermelhadas e centro claro, migratórias e indolores, que fazem parte dos Critérios de Jones para o diagnóstico de Febre Reumática Aguda, não sendo típicas da endocardite.

Alternativa b: Correta. A Imagem B mostra as Manchas de Janeway. Trata-se de pequenas máculas eritematosas ou hemorrágicas, planas e indolores, localizadas nas palmas das mãos ou plantas dos pés. Elas representam microembolias sépticas (fenômenos vasculares) e constituem um critério menor de Duke. Ao somar esse achado aos outros dados do paciente, confirma-se o diagnóstico definitivo.

Alternativa c: Incorreta. A Imagem A mostra o baqueteamento digital (hipocratismo digital). Embora possa ocorrer em casos de endocardite infecciosa de longa duração (subaguda/crônica), é um achado inespecífico encontrado em diversas doenças pulmonares e cardíacas, e não faz parte dos critérios diagnósticos de Duke.

Alternativa d: Incorreta. A Imagem D apresenta um exantema cutâneo inespecífico, que pode ser compatível com diversas etiologias, como sífilis secundária ou farmacodermias, não auxiliando especificamente na confirmação de endocardite

bacteriana.

Questão 62

Para resolver esta questão, o primeiro passo é identificar o ritmo eletrocardiográfico e avaliar a estabilidade clínica da paciente. O eletrocardiograma apresenta ondas F com aspecto em dentes de serra, claramente visíveis nas derivações inferiores (II, III e aVF) e em V1, o que confirma o diagnóstico de Flutter Atrial. A frequência cardíaca está elevada (142 bpm) e o ritmo é irregular devido à condução atrioventricular variável.

O ponto crucial para a escolha da conduta é a presença de sinais de instabilidade. A paciente apresenta dispneia e estertores finos em terços inferiores dos campos pulmonares, o que indica congestão pulmonar (insuficiência cardíaca aguda). De acordo com as diretrizes de arritmias e o protocolo ACLS, a presença de insuficiência cardíaca aguda, hipotensão, alteração do nível de consciência ou dor torácica isquêmica em vigência de taquiarritmia caracteriza instabilidade hemodinâmica.

Alternativa a: Está correta. A conduta de escolha para qualquer taquiarritmia que cause instabilidade é a cardioversão elétrica sincronizada imediata. No caso desta paciente, a congestão pulmonar define a necessidade de restaurar o ritmo ou controlar a frequência de forma imediata através do choque sincronizado.

Alternativa b: Está incorreta. A amiodarona é um agente antiarrítmico que pode ser usado em pacientes estáveis para controle de ritmo ou em protocolos específicos de parada cardiorrespiratória. Em pacientes instáveis com pulso, o tratamento farmacológico não deve retardar a cardioversão elétrica.

Alternativa c: Está incorreta. A manobra vagal é a conduta inicial para taquicardias de complexo estreito e ritmo regular (como a taquicardia por reentrada nodal) em pacientes estáveis. No flutter atrial, a manobra vagal raramente reverte o ritmo, podendo apenas aumentar o grau de bloqueio AV transitoriamente para fins diagnósticos.

Alternativa d: Está incorreta. Os betabloqueadores são utilizados para o controle da frequência cardíaca em arritmias supraventriculares em pacientes estáveis. Nesta paciente, o uso de betabloqueadores é contraindicado no momento inicial devido aos sinais de insuficiência cardíaca descompensada (estertores pulmonares), pois seu efeito inotrópico negativo pode piorar agudamente o quadro de congestão e o débito cardíaco.

Questão 63

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um homem jovem com lesões bolhosas de longa evolução (18 meses). Os pontos fundamentais para o diagnóstico são:

1. Bolhas flácidas e retalhos de bolhas rotas: Indicam que a clivagem (separação das camadas da pele) ocorre dentro da epiderme. Bolhas superficiais rompem-se facilmente.
2. Localização em áreas seborreicas: As lesões concentram-se no couro cabeludo, face e tronco (anterior e posterior).
3. Sinal de Nikolsky positivo: Ocorre quando o topo da epiderme se desloca ao ser pressionado lateralmente, indicando acantólise (perda de adesão entre os queratinócitos).
4. Ausência de lesões em mucosas: Este é o dado clínico mais importante para diferenciar os tipos de pênfigo.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

O pênfigo foliáceo é uma doença bolhosa autoimune na qual os anticorpos atacam a desmogleína 1, uma proteína de adesão celular presente nas camadas mais superficiais da epiderme. Como a desmogleína 1 não é expressa de forma significativa nas mucosas, esta doença caracteriza-se por nunca afetar a boca ou outras áreas mucosas. As bolhas são tão superficiais (subcórneas) que raramente são vistas íntegras, apresentando-se frequentemente como erosões, crostas e descamação em áreas seborreicas.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

- a) Porfiria cutânea tarda: Manifesta-se tipicamente com fragilidade cutânea, bolhas tensas, erosões e mília em áreas expostas ao sol, principalmente no dorso das mãos. Está associada a distúrbios metabólicos e não apresenta o sinal de Nikolsky positivo ou a distribuição seborreica descrita.
- b) Penfigoide bolhoso: É uma dermatose bolhosa subepidérmica que atinge majoritariamente idosos. As bolhas são tensas (difíceis de romper) e o sinal de Nikolsky é geralmente negativo, pois a clivagem é profunda, abaixo da epiderme. Além disso, costuma cursar com prurido intenso.
- c) Pênfigo vulgar: Embora também apresente bolhas flácidas e sinal de Nikolsky positivo, o pênfigo vulgar acomete obrigatoriamente as mucosas (especialmente a oral) em cerca de 90% a 100% dos casos, sendo esta, muitas vezes, a primeira

manifestação da doença. A ausência de lesões mucosas no relato exclui este diagnóstico como o mais provável.

Questão 64

Análise do Quadro Clínico:

O caso clínico descreve uma paciente de 6 anos com história pessoal de atopia (rinite alérgica e dermatite de repetição em dobras), o que confirma o diagnóstico de Dermatite Atópica (DA). O quadro atual é de exacerbação da doença, caracterizado por aumento do prurido e surgimento de novas lesões no abdome.

Análise da Imagem:

A imagem do abdome revela a presença de crostas melicéricas (com aspecto de "mel"), erosões e algumas pústulas sobre uma base eritematosa. Esse aspecto é patognomônico de impetiginização, ou seja, uma infecção bacteriana secundária sobreposta às lesões de dermatite atópica. Pacientes atópicos possuem uma barreira cutânea deficiente e uma colonização bacteriana muito superior à da população geral.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A *Malassezia furfur* é um fungo relacionado à dermatite seborreica e à pitíriase versicolor. Embora possa estar associada a exacerbações de dermatite atópica em adultos (principalmente na face e pescoço), não é o agente causador das lesões crostosas e agudas apresentadas no abdome desta criança.

b) Correta. O *Staphylococcus aureus* é o principal agente etiológico do impetigo e da impetiginização na dermatite atópica. Estima-se que mais de 90% dos pacientes com DA sejam colonizados por *S. aureus* em lesões ativas. A presença de crostas melicéricas e a rápida exacerbação do prurido e das lesões são sinais clássicos da infecção por esse micro-organismo, que se aproveita da quebra da barreira cutânea e da desregulação imunológica local.

c) Incorreta. O *Trichophyton rubrum* é um fungo dermatófito causador de tineas (como *tinea corporis*). Clinicamente, manifesta-se por lesões anulares com bordas descamativas ativas e centro mais claro, o que difere totalmente das lesões crostosas e disseminadas observadas na imagem.

d) Incorreta. O vírus *Herpes simplex* pode causar uma complicação grave da dermatite atópica chamada Eczema Herpético (Erupção Variceliforme de Kaposi). No entanto, essa condição caracteriza-se por múltiplas vesículas monomórficas, umbilicadas e erosões em "saca-bocado", geralmente acompanhadas de febre e

comprometimento do estado geral, o que não é o quadro típico de crostas melicéricas apresentado.

Questão 65

Diagnóstico: Síndrome Colinérgica (Intoxicação por Organofosforados ou Carbamatos).

O quadro clínico descrito é clássico de uma intoxicação por agentes inibidores da acetilcolinesterase, muito comuns no meio rural (pesticidas). O paciente apresenta a tríade de efeitos muscarínicos conhecida pelos mnemônicos SLUDGE (salivação, lacrimejamento, micção, defecação, distúrbios gástricos e emese) ou DUMBELS (diarreia, urinação, miose, bradicardia/broncorreia/broncoespasmo, emese, lacrimejamento e salivação). Os achados mais graves e que colocam a vida em risco imediato são os respiratórios: broncorreia (roncos úmidos e escarro fluido) e broncoespasmo (sibilos).

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A atropina é um antagonista competitivo dos receptores muscarínicos da acetilcolina. É a conduta inicial e prioritária para reverter os efeitos fatais da crise colinérgica, especificamente para secar as secreções respiratórias (broncorreia) e tratar a bradicardia. O objetivo da atropinização não é normalizar o tamanho da pupila, mas sim a melhora clínica dos parâmetros pulmonares.

b) INCORRETA. A lavagem gástrica poderia ser considerada se a exposição fosse por via oral e tivesse ocorrido há menos de uma hora. No entanto, o paciente já apresenta sinais sistêmicos graves de toxicidade e instabilidade respiratória. A prioridade absoluta é a estabilização clínica e o uso do antídoto, não a descontaminação gástrica, que inclusive aumenta o risco de aspiração em um paciente com nível de consciência alterado e excesso de secreções.

c) INCORRETA. O carvão ativado é uma medida de descontaminação gastrointestinal. Assim como a lavagem gástrica, não é a conduta inicial prioritária diante de um paciente com insuficiência respiratória iminente por broncorreia e bradicardia. O manejo do ABC (vias aéreas, respiração e circulação) e a administração de atropina devem preceder qualquer tentativa de descontaminação.

d) INCORRETA. A adrenalina é o tratamento de escolha para o choque anafilático. Embora o paciente apresente hipotensão e sibilos, o conjunto de sinais (miose puntiforme, sialorreia excessiva, sudorese e bradicardia relativa) direciona o diagnóstico para intoxicação colinérgica, e não para anafilaxia. O uso de adrenalina

nesse contexto não resolve a causa-base da hipersecreção brônquica.

Questão 66

Diagnóstico e Discussão:

O quadro clínico e laboratorial apresentado é clássico de Cetoacidose Diabética (CAD), uma complicação aguda grave do Diabetes Mellitus Tipo 1. A tríade diagnóstica está presente: hiperglicemia (480 mg/dL), acidose metabólica com anion gap elevado (pH 7,15 e bicarbonato 10 mEq/L) e cetonemia/cetonúria. O fator desencadeante foi a interrupção da insulino-terapia associada a um quadro infeccioso (gastroenterite).

A prioridade absoluta no manejo inicial da CAD, especialmente em uma paciente que apresenta sinais de choque hipovolêmico ou desidratação grave (hipotensão de 90 x 50 mmHg e taquicardia de 120 bpm), é a reposição volêmica. A expansão com cristaloides visa restaurar o volume intravascular, melhorar a perfusão tecidual e auxiliar na redução da glicemia por meio da diluição e do aumento da excreção renal de glicose.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O uso de bicarbonato de sódio na CAD é um tema controverso e, segundo as principais diretrizes (como as da Sociedade Brasileira de Diabetes e da ADA), só está indicado se o pH arterial for inferior a 6,9. No caso clínico, o pH é 7,15; portanto, o bicarbonato não deve ser administrado, pois pode acarretar riscos como hipocalcemia, acidose paradoxal do sistema nervoso central e edema cerebral.

b) Incorreta. A via subcutânea não é a preferencial no manejo da CAD em ambiente hospitalar, especialmente em casos moderados a graves com instabilidade hemodinâmica. Além disso, a administração de insulina nunca deve preceder o início da reposição volêmica, pois a insulina promove a entrada de glicose e água para o meio intracelular, o que poderia agravar ainda mais o colapso circulatório se o volume intravascular não for repostado primeiro.

c) Correta. A administração de solução fisiológica a 0,9% intravenosa é o primeiro passo fundamental. A paciente apresenta sinais claros de depleção de volume e hipotensão. O objetivo inicial é a expansão rápida (geralmente 15 a 20 mL/kg na primeira hora) para estabilização hemodinâmica antes de se iniciar a insulino-terapia.

d) Incorreta. Embora a insulina regular intravenosa contínua seja o padrão-ouro para o tratamento da CAD após a estabilização inicial, ela não é a conduta inicial mais

adequada para este caso específico devido à hipotensão. Além disso, antes de iniciar a insulina, é fundamental avaliar os níveis de potássio sérico. Se o potássio estivesse abaixo de 3,3 mEq/L, a insulina deveria ser postergada até a reposição do eletrólito para evitar arritmias e parada cardiorrespiratória. Como a paciente está hipotensa, a prioridade máxima é a volemia.

Questão 67

A questão aborda o manejo perioperatório de medicamentos antidiabéticos orais em cirurgias eletivas. O objetivo dessas orientações é prevenir complicações graves como hipoglicemia, acidose láctica e, especialmente com as drogas mais recentes, a cetoacidose diabética euglicêmica.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A empagliflozina pertence à classe dos inibidores do SGLT2. Essas drogas estão associadas ao risco de cetoacidose diabética euglicêmica em períodos de jejum e estresse cirúrgico. Por isso, a recomendação atual das principais sociedades de diabetes é que sejam suspensas de 3 a 4 dias antes de grandes procedimentos. Manter até o dia anterior é perigoso. Além disso, a linagliptina (inibidor da DPP-4) não precisa ser suspensa na véspera, pois tem baixo risco de hipoglicemia.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa segue as diretrizes vigentes. A metformina deve ser suspensa 24 horas antes do procedimento (ou seja, o paciente a toma até o dia anterior) para minimizar o risco de acidose láctica. A empagliflozina deve ser interrompida 4 dias antes (as diretrizes variam entre 3 e 4 dias) devido à sua meia-vida e ao risco persistente de cetoacidose. A linagliptina é considerada segura e pode ser mantida até o dia da cirurgia, pois não induz hipoglicemia em monoterapia e não interfere negativamente na estabilidade metabólica perioperatória.

Alternativa c: Incorreta. O tempo de suspensão da empagliflozina (1 dia) é insuficiente para garantir a segurança metabólica do paciente. Quanto à metformina, embora suspendê-la 2 dias antes não cause dano direto, a recomendação padrão de 24 horas é suficiente para pacientes com função renal normal.

Alternativa d: Incorreta. Inverte as condutas recomendadas. Sugere uma suspensão prolongada e desnecessária da metformina (3 dias) e mantém a empagliflozina até a véspera, o que expõe a paciente ao risco de complicações metabólicas graves no pós-operatório. Também erra ao suspender a linagliptina sem necessidade clínica clara.

Em resumo, o ponto chave para acertar essa questão é o reconhecimento de que os inibidores do SGLT2 (terminados em gliflozina) exigem a suspensão mais antecipada entre todos os antidiabéticos orais devido ao risco de cetoacidose com níveis glicêmicos normais ou levemente elevados.

Questão 68

A questão apresenta um paciente de 53 anos com sorologia anti-HCV reagente detectada em triagem de doação de sangue. Ele possui fatores de risco epidemiológicos (cirurgia de grande porte na juventude, época em que o screening de sangue para o vírus C não era rotineiro) e apresenta uma leve elevação de ALT (transaminase glutâmico-pirúvica), sugerindo lesão hepatocitária.

O anti-HCV é um teste de rastreio que detecta anticorpos contra o vírus da Hepatite C. Um resultado positivo indica que o indivíduo foi exposto ao vírus em algum momento da vida, mas não confirma se a infecção ainda está ativa. Cerca de 15% a 45% das pessoas que entram em contato com o vírus conseguem eliminá-lo espontaneamente nos primeiros seis meses. Por isso, é indispensável realizar um teste confirmatório para verificar a presença do material genético do vírus no sangue.

Alternativa a: Incorreta. A elastografia hepática é um método não invasivo utilizado para avaliar o grau de fibrose e rigidez do fígado. Este exame é fundamental para o estadiamento da doença, mas só deve ser solicitado após a confirmação de que o paciente possui uma infecção crônica ativa.

Alternativa b: Incorreta. Diante de um marcador de triagem reagente associado a alteração de enzimas hepáticas, a conduta correta é prosseguir com a investigação imediata para diagnóstico definitivo. Postergar a conduta por seis meses atrasaria o início do tratamento e a prevenção de complicações.

Alternativa c: Incorreta. A biópsia hepática é um procedimento invasivo que já foi o padrão-ouro para estadiamento de doenças do fígado, mas hoje é reservada para casos de dúvida diagnóstica ou quando os métodos não invasivos são inconclusivos. Ela não tem papel na confirmação inicial da presença do vírus.

Alternativa d: Correta. A solicitação do RNA-HCV (teste molecular por PCR) é o próximo passo obrigatório no fluxograma diagnóstico. Se o RNA-HCV for detectável, confirma-se a viremia e a infecção ativa, indicando a necessidade de tratamento. Se for não detectável, o paciente teve uma infecção no passado com cura espontânea (cicatriz sorológica).

Vale notar também que os exames para Hepatite B (HBsAg e anti-HBc negativos com anti-HBs positivo) mostram que o paciente é imune ao vírus B por meio de vacinação prévia.

Questão 69

O quadro clínico descreve um paciente com pancreatite crônica de etiologia alcoólica que evoluiu com insuficiência pancreática exócrina. A queixa de perda de peso e esteatorreia (fezes gordurosas, volumosas e com mau cheiro) é o marco da deficiência de lipase pancreática. Quando a secreção de enzimas digestivas cai abaixo de 10% do normal, ocorre a má absorção de gorduras e, conseqüentemente, das vitaminas que dependem da gordura para serem transportadas e absorvidas: as vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K).

Alternativa a) Incorreta. A vitamina C (ácido ascórbico) é uma vitamina hidrossolúvel. Sua absorção ocorre por transporte ativo no intestino delgado e não depende da digestão de gorduras ou da ação de enzimas pancreáticas. Sua deficiência (escorbuto) está ligada à baixa ingestão de frutas e vegetais, não sendo uma complicação direta da esteatorreia.

Alternativa b) Incorreta. Embora as enzimas pancreáticas (proteases) participem do metabolismo da vitamina B12 ao clivarem a ligação desta com a proteína R (permitindo que a B12 se ligue ao fator intrínseco), a deficiência de vitaminas lipossolúveis é muito mais frequente e classicamente associada ao quadro de má absorção de gorduras na insuficiência pancreática exócrina. Nas questões de prova, a esteatorreia é o gatilho principal para pensar em vitaminas A, D, E e K.

Alternativa c) Correta. A vitamina A é uma das quatro vitaminas lipossolúveis. Na pancreatite crônica, a falta de lipase impede a quebra de triglicerídeos e a formação de micelas necessárias para o transporte dessas vitaminas para dentro dos enterócitos. Dentre as opções apresentadas, a vitamina A é a única que segue essa via de absorção dependente de gordura, tornando sua deficiência uma complicação provável e esperada neste paciente.

Alternativa d) Incorreta. O ácido fólico é uma vitamina hidrossolúvel. Sua absorção ocorre principalmente no jejuno proximal por meio de transportadores específicos. Embora pacientes etilistas possam apresentar deficiência de folato por má alimentação ou interferência direta do álcool na absorção, ela não decorre do mecanismo de insuficiência exócrina e esteatorreia descrito no enunciado.

Questão 70

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma paciente idosa com diagnóstico prévio de demência que apresenta um início agudo de confusão mental e agitação psicomotora 12 horas após um procedimento cirúrgico. Este cenário é típico de delirium (ou estado confusional agudo) sobreposto a um quadro demencial. Quando as medidas não farmacológicas (reorientação, controle de ruídos, presença de familiares) falham e a paciente apresenta agitação que coloca em risco sua segurança ou o tratamento, o uso de antipsicóticos em doses baixas é a conduta indicada.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A quetiapina é um antipsicótico atípico de segunda geração. No tratamento do delirium em idosos, especialmente naqueles que já possuem síndromes demenciais, a quetiapina é frequentemente utilizada devido ao seu perfil de segurança em relação a sintomas extrapiramidais (como tremores e rigidez), que são mais comuns com antipsicóticos típicos (como o haloperidol). Ela auxilia no controle da agitação psicomotora e na organização do pensamento de forma aguda.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

A) Clonazepam: Os benzodiazepínicos devem ser evitados no manejo do delirium em idosos. Eles são fatores de risco para a própria confusão mental e podem causar efeito paradoxal, aumentando a agitação em vez de sedar. Além disso, aumentam o risco de quedas, depressão respiratória e broncoaspiração. Seu uso em delirium é restrito a casos de abstinência de álcool ou de benzodiazepínicos.

C) Donepezila: É um inibidor da acetilcolinesterase indicado para o tratamento crônico da doença de Alzheimer. Sua função é melhorar a cognição a longo prazo, não possuindo eficácia ou indicação para o controle de crises agudas de agitação ou delirium.

D) Sertralina: É um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina. Medicamentos desta classe levam semanas para iniciar seu efeito terapêutico e não possuem ação sobre a agitação psicomotora aguda ou sintomas psicóticos do delirium.

Questão 71

Análise do quadro clínico:

A paciente de 70 anos apresenta um quadro clássico de anemia ferropriva, caracterizado por hemoglobina baixa (9,6 g/dL), microcitose (VCM de 73 fL), hipocromia e reticulócitos baixos (anemia hipoproliferativa). Os exames bioquímicos confirmam o diagnóstico: a ferritina está extremamente baixa (1,5 ng/mL), o ferro sérico reduzido e a capacidade de fixação de ferro aumentada.

Em pacientes idosos (homens ou mulheres na pós-menopausa), o diagnóstico de anemia ferropriva exige obrigatoriamente a investigação de perda sanguínea pelo trato gastrointestinal, uma vez que as causas mais graves e frequentes nessa faixa etária são as neoplasias colorretais ou gástricas, além de lesões ulcerosas e angiodisplasias.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O teste de sangue oculto nas fezes é um método de rastreamento (screening) para câncer colorretal em pacientes assintomáticos. No caso desta paciente, a anemia ferropriva já é uma evidência indireta de perda sanguínea crônica. Portanto, não se deve perder tempo com o rastreamento, mas sim prosseguir diretamente para os exames diagnósticos que visualizam a mucosa digestiva.

b) Incorreta. A pesquisa de anticorpo anticélula parietal é utilizada no diagnóstico da anemia perniciosa (gastrite atrófica autoimune), que causa deficiência de vitamina B12. No caso apresentado, a vitamina B12 está normal e a anemia é microcítica (na deficiência de B12, a anemia é macrocítica, com VCM elevado).

c) Incorreta. A eletroforese de hemoglobina é o exame padrão para o diagnóstico de hemoglobinopatias, como as talassemias, que também cursam com microcitose. Entretanto, na talassemia, os estoques de ferro (ferritina) costumam estar normais ou aumentados, e não reduzidos como observado nesta paciente.

d) Correta. Diante de uma idosa com anemia ferropriva, é imperativo investigar o trato digestivo alto e baixo. A endoscopia digestiva alta (EDA) e a colonoscopia são os exames de escolha para buscar a origem do sangramento (como câncer gástrico, câncer de cólon ou úlceras). Entre as opções dadas, a EDA é o procedimento diagnóstico invasivo correto para iniciar ou complementar essa propedêutica. No manejo clínico real, ambos os exames (EDA e colonoscopia) seriam indicados.

Questão 72

O quadro clínico descreve um homem jovem com sintomas prodrômicos (fadiga, mal-estar, odinofagia e linfadenopatia cervical e axilar) surgindo uma semana após a exposição sexual, especificamente sexo oral desprotegido. As lesões de pele apresentadas nas imagens, embora pouco numerosas e aleatórias, exibem uma característica morfológica típica: pápulas com umbilicação central (especialmente nítida na foto da região anterior do tórax).

Alternativa a) Incorreta. A sífilis secundária pode causar linfadenopatia e exantema,

mas as lesões costumam ser maculopapulares e frequentemente atingem as regiões palmoplantares. Além disso, o teste rápido para sífilis foi negativo, o que, embora não exclua 100% em fases muito precoces, afasta a principal suspeita clínica de sífilis secundária neste contexto. A morfologia umbilicada das lesões não é característica do *Treponema pallidum*.

Alternativa b) Correta. O vírus Monkeypox (Mpox) é a causa mais provável. No surto iniciado em 2022, a transmissão ocorre majoritariamente por contato íntimo e sexual. O período de incubação relatado (uma semana) e o pródromo (mal-estar e odinofagia) são compatíveis. A linfadenopatia (cervical e axilar) é um achado clínico clássico e marcante que ajuda a distinguir o Mpox de outras doenças vesiculares. A úlcera no palato mole reflete o local de inoculação primária (faringe) devido ao sexo oral desprotegido. As imagens confirmam o diagnóstico ao mostrar pápulas com depressão central (umbilicadas), típicas dos Orthopoxvirus.

Alternativa c) Incorreta. A *Neisseria gonorrhoeae* pode causar faringite após a prática de sexo oral, mas não justifica o surgimento de linfadenopatia generalizada e lesões de pele com as características de umbilicação observadas. Na infecção gonocócica disseminada, as lesões cutâneas costumam ser petéquias ou pústulas necróticas sobre base eritematosa, geralmente acompanhadas de artralgia ou artrite.

Alternativa d) Incorreta. O vírus varicela-zóster causa a varicela (catapora), que se manifesta com múltiplas lesões em diferentes estágios evolutivos (mácula, pápula, vesícula e crosta) e febre geralmente presente. Já o herpes-zóster manifesta-se por vesículas agrupadas sobre base eritematosa que seguem um trajeto de dermatomo e são tipicamente dolorosas. Nenhuma dessas apresentações coincide com as lesões isoladas e umbilicadas distribuídas de forma aleatória mostradas nas fotos.

Questão 73

O quadro clínico apresentado é altamente sugestivo de Febre Maculosa Brasileira (FMB), uma riquéttsiose causada pela bactéria *Rickettsia rickettsii* e transmitida pela picada do carrapato-estrela (*Amblyomma sculptum*). Os principais pontos que levam a esse diagnóstico são:

1. Perfil epidemiológico: Paciente jovem com histórico de trabalho em áreas rurais.
2. Clínica clássica: Início súbito de febre alta, cefaleia e mialgia intensa (pródromo inespecífico).
3. Evolução do exantema: O aparecimento de lesões maculopapulares que se iniciam em extremidades (mãos e pés), evoluem para petéquias e progridem de forma centrípeta (para o tronco) é o sinal patognomônico da doença. O edema de mãos e pés também é um achado frequente e característico.

4. Gravidade: O paciente apresenta sinais de alerta e instabilidade hemodinâmica (taquicardia, hipotensão limítrofe, taquipneia e queda na saturação de oxigênio), o que reforça a necessidade de tratamento imediato, já que a FMB tem alta letalidade se não tratada precocemente.
5. Laboratório: A leucopenia com desvio à esquerda e a elevação de transaminases (TGO e TGP) são achados comuns na fase inicial da doença.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O sulfametoxazol-trimetoprim não possui atividade contra a *Rickettsia rickettsii*. Curiosamente, o uso de sulfonamidas em pacientes com febre maculosa pode agravar o quadro clínico, sendo contraindicado.
- b) Incorreta. A penicilina benzatina seria o tratamento de escolha para sífilis primária ou secundária. Embora a sífilis possa cursar com lesões palmoplantares, os testes treponêmicos e não treponêmicos do paciente resultaram negativos, descartando essa hipótese.
- c) Incorreta. O itraconazol é um antifúngico utilizado em micoses sistêmicas ou subcutâneas (como esporotricose ou paracoccidiodomicose). O quadro agudo, febril e exantemático descrito não condiz com uma etiologia fúngica.
- d) Correta. A doxiciclina é o tratamento de escolha (padrão-ouro) para a Febre Maculosa Brasileira em pacientes de qualquer idade, incluindo crianças e gestantes (em situações de risco de vida), devido à alta eficácia e redução drástica da letalidade. O tratamento deve ser iniciado imediatamente após a suspeita clínica, sem aguardar a confirmação laboratorial, dada a rapidez da progressão da doença.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 74

A questão descreve um homem de 38 anos com pressão arterial (PA) de 140x90 mmHg no consultório, o que caracteriza uma medida limítrofe/estágio 1. Para confirmar o diagnóstico, foi solicitada uma Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA).

Análise da imagem (MAPA):

Ao observar o gráfico, nota-se que, no início do exame (das 10h às 11h), momento em que o aparelho é colocado pelo profissional de saúde, a pressão está elevada (PAS próxima de 140 mmHg e PAD em 100 mmHg). No entanto, em praticamente todo o restante do período de vigília (enquanto o paciente está acordado), os níveis

pressóricos permanecem dentro da normalidade (abaixo de 135/85 mmHg). Durante o período de sono (das 23h às 6h), observa-se o descenso fisiológico, com a pressão mantendo-se em níveis baixos (abaixo de 120/70 mmHg). Portanto, a média pressórica de 24 horas e a média de vigília estão normais na MAPA.

Diagnóstico:

O fenômeno de pressão elevada no consultório (maior ou igual a 140/90 mmHg) com médias normais na MAPA (vigília abaixo de 135/85 mmHg e 24h abaixo de 130/80 mmHg) define a Hipertensão do Avental Branco (HAB).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Para o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sustentada, as médias da MAPA deveriam estar elevadas. Como a monitorização mostrou níveis normais fora do consultório, não se trata de hipertensão verdadeira.

b) Incorreta. A hipertensão mascarada ocorre quando o paciente apresenta PA normal no consultório (abaixo de 140/90 mmHg), mas apresenta PA elevada na MAPA ou em medidas domiciliares. O caso em questão é exatamente o oposto.

c) Correta. O diagnóstico é de Hipertensão do Avental Branco, conforme os critérios citados. Por ser um paciente jovem, sem comorbidades, assintomático e com eletrocardiograma normal (sem sinais de sobrecarga cardíaca ou lesão de órgão-alvo), ele é considerado de baixo risco cardiovascular. Portanto, está apto para a prática de atividade física, devendo apenas manter acompanhamento médico para monitorar se haverá evolução para hipertensão sustentada no futuro.

d) Incorreta. O diagnóstico de HAB está correto, mas a conduta farmacológica não é indicada inicialmente para pacientes com esse diagnóstico que não possuem lesões de órgãos-alvo ou alto risco cardiovascular. O manejo inicial baseia-se em mudanças no estilo de vida e acompanhamento clínico.

Questão 75

Este paciente de 70 anos apresenta um quadro clínico compatível com desnutrição proteico-calórica e provável caquexia associada a doenças crônicas (DPOC grave e insuficiência cardíaca). A perda de massa muscular, a queixa de saciedade precoce e a albumina baixa (2,9 g/dL) com PCR normal (0,8 mg/dL) indicam um estado de depleção nutricional crônica que exige intervenção imediata para melhorar o prognóstico e a capacidade funcional.

Alternativa A (Correta): Esta é a conduta inicial e mais adequada. Pacientes com

doenças crônicas graves frequentemente apresentam um estado hipermetabólico e necessitam de maior aporte de proteínas e calorias para tentar reverter ou estabilizar a perda de massa magra. Como o paciente relata saciedade precoce (comum na insuficiência cardíaca pela congestão visceral e na DPOC pela compressão do estômago pelo diafragma achatado), o fracionamento das refeições em volumes menores e mais frequentes permite que ele atinja as metas nutricionais sem desconforto.

Alternativa B (Incorreta): A glicemia de jejum de 105 mg/dL está apenas levemente alterada (pré-diabetes) e não é a prioridade clínica neste cenário. Restringir carboidratos de forma desnecessária poderia resultar em um aporte calórico insuficiente, agravando a perda de peso e a fadiga.

Alternativa C (Incorreta): Embora o controle do sódio seja importante na insuficiência cardíaca, uma dieta hipossódica rigorosa é frequentemente monótona e pouco palatável. Em um paciente que já sofre de falta de apetite e desnutrição, restrições excessivas podem levar à redução ainda maior da ingestão alimentar. O edema, neste caso, também pode estar sendo agravado pela baixa pressão oncótica decorrente da hipoalbuminemia.

Alternativa D (Incorreta): A nutrição enteral suplementar é indicada apenas quando o paciente não consegue atingir pelo menos 60% a 70% de suas necessidades nutricionais pela via oral, mesmo após a otimização da dieta e o uso de suplementos orais industrializados. Pelos preceitos da terapia nutricional, deve-se sempre priorizar a via mais fisiológica e menos invasiva primeiro.

Questão 76

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito é típico do Tumor de Pancoast, também denominado tumor do sulco superior do pulmão. Trata-se de uma neoplasia maligna (geralmente câncer de pulmão não pequenas células) localizada no ápice pulmonar, que tende a invadir estruturas adjacentes.

Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Epidemiologia e Sintomas Gerais: Paciente idoso, com carga tabágica muito elevada (60 anos/maço), apresentando tosse crônica e perda de peso. Estes dados tornam a neoplasia pulmonar a principal hipótese.
2. Localização: O exame físico aponta para o terço superior do pulmão direito (ápice),

local onde se originam os tumores do sulco superior.

3. Síndrome de Pancoast: A dor persistente no ombro com irradiação para a face ulnar do braço ipsilateral é causada pela invasão do plexo braquial (especialmente as raízes C8, T1 e T2) e/ou do segundo arco costal.

4. Síndrome de Horner: A queixa de alteração na sudorese facial sugere o acometimento da cadeia ganglionar simpática cervical. A tríade clássica desta síndrome inclui miose (pupila pequena), ptose palpebral (queda da pálpebra) e anidrose (ausência de suor) no lado da lesão. No enunciado, o paciente percebe mais suor à esquerda porque o lado direito (do tumor) parou de suar devido à compressão simpática.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. Embora a tuberculose seja uma causa comum de lesões em ápices pulmonares e cause sintomas constitucionais (perda de peso, sudorese, tosse), ela raramente causa a invasão nervosa específica descrita (plexo braquial e cadeia simpática), que é característica de processos expansivos neoplásicos locais.

b) INCORRETA. O empiema é uma complicação infecciosa (pus no espaço pleural), geralmente secundária a uma pneumonia. Cursa com febre, dor pleurítica e sinais de derrame pleural agudo/subagudo, não correspondendo à cronicidade e aos achados neurológicos de invasão apical do caso.

c) INCORRETA. O linfoma pode causar sintomas B (perda de peso, sudorese noturna) e massas torácicas. No entanto, o linfoma costuma se manifestar como massas mediastinais ou linfonodomegalias extensas. A apresentação específica de tumor no sulco superior em um paciente com alta carga tabágica é o "clichê" para o diagnóstico de câncer de pulmão tipo Pancoast.

d) CORRETA. O Tumor de Pancoast explica perfeitamente a localização da neoplasia (ápice direito), os sintomas constitucionais, a dor neurológica no braço por invasão do plexo braquial e a disfunção simpática (Síndrome de Horner) manifestada pela alteração na sudorese facial. O tabagismo pesado é o principal fator de risco para essa condição.

Questão 77

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Asma Brônquica, caracterizado por sintomas respiratórios crônicos (dispneia, tosse e sibilos) que se iniciaram na infância e são desencadeados por gatilhos ambientais específicos, como poeira e fumaça. O fato de ser não fumante e apresentar sibilos ao exame físico reforça a hipótese de uma doença obstrutiva reversível das vias aéreas.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A hiper-responsividade brônquica é a característica funcional fundamental da asma. Ela se define pela tendência das vias aéreas de se contraírem (broncoconstrição) de forma exagerada em resposta a estímulos que seriam inofensivos em pessoas saudáveis, como a poeira e a fumaça mencionadas no enunciado. Esse fenômeno explica os episódios recorrentes de chiado e falta de ar logo após a exposição aos gatilhos.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ INCORRETA?

O remodelamento das vias aéreas refere-se às alterações estruturais definitivas que ocorrem na parede dos brônquios devido à inflamação crônica persistente (como hipertrofia de músculo liso e aumento de glândulas mucosas). Embora ocorra na asma de longa data, o remodelamento é uma consequência da doença e não o mecanismo funcional primário que explica a resposta imediata aos gatilhos ambientais descrita no caso.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA?

A inflamação típica da asma é predominantemente eosinofílica, mediada por citocinas Th2. A neutrofilia na mucosa é mais característica da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ou de casos de asma muito grave e refratária ao tratamento. Como a paciente nunca fumou e tem o quadro desde a infância, o padrão esperado é o eosinofílico.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ INCORRETA?

A fibrose subepitelial (espessamento da camada reticular da membrana basal) é um componente específico do processo de remodelamento. Assim como a alternativa (a), ela representa uma alteração estrutural crônica e não o mecanismo dinâmico responsável pela obstrução aguda e reversível desencadeada por poeira ou fumaça.

Questão 78

O quadro clínico apresenta um paciente com DPOC de longa data que desenvolveu sinais de insuficiência cardíaca direita, condição conhecida como *Cor Pulmonale*. Os principais achados são a dispneia progressiva, a cianose e a hiperfonese de segunda bulha (indicativa de hipertensão pulmonar), além de edema de membros inferiores e estase jugular. A ausência de ruídos adventícios pulmonares e a estabilidade hemodinâmica reforçam que a causa da descompensação é a própria evolução da doença pulmonar crônica, levando à sobrecarga do coração direito.

Alternativa a: Incorreta. A anticoagulação é o tratamento indicado para o tromboembolismo pulmonar (TEP). Embora o TEP seja um diagnóstico diferencial importante em pacientes com DPOC que apresentam piora da dispneia, a evolução de duas semanas, a cianose acentuada e a presença de sinais claros de hipertensão pulmonar crônica direcionam o diagnóstico para *Cor Pulmonale* secundário à hipoxemia crônica.

Alternativa b: Incorreta. O uso de agentes inotrópicos é indicado em situações de baixo débito cardíaco com sinais de má perfusão ou choque cardiogênico. O paciente em questão mantém níveis pressóricos normais (110 x 80 mmHg), não havendo indicação imediata para essa classe de medicamentos no manejo da hipertensão pulmonar por DPOC.

Alternativa c: Incorreta. Os vasodilatadores pulmonares (como sildenafil ou análogos da prostaciclina) são indicados principalmente para a hipertensão arterial pulmonar (Grupo 1). Na hipertensão pulmonar secundária a doenças pulmonares (Grupo 3), como a DPOC, esses medicamentos podem piorar a relação ventilação-perfusão, causando queda adicional da saturação de oxigênio ao antagonizarem a vasoconstrição pulmonar hipóxica fisiológica.

Alternativa d: Correta. No paciente com DPOC e *Cor Pulmonale*, a fisiopatologia principal é a vasoconstrição pulmonar reflexa à hipoxemia alveolar. A oxigenioterapia é o tratamento de escolha, pois reverte essa vasoconstrição, reduz a pressão na artéria pulmonar e alivia a sobrecarga do ventrículo direito. Além disso, a oxigenioterapia de longo prazo é uma das poucas intervenções que comprovadamente aumentam a sobrevida em pacientes com DPOC e hipoxemia grave, sendo fundamental para o controle das complicações cardíacas da doença.

Questão 79

O quadro clínico descrito — paciente idosa, com sobrepeso (IMC 31,5 kg/m²), dor mecânica nos joelhos (piora ao esforço e à ortostase) e presença de crepitação ao exame físico — é clássico para osteoartrite (ou osteoartrose) de joelhos, também chamada de gonartrose. A imagem apresentada corrobora o diagnóstico ao mostrar um desalinhamento em varo (genu varum) e aumento de volume articular, sinais de degeneração crônica da articulação.

As alterações radiográficas fundamentais na osteoartrite seguem o mnemônico "RECO": Redução do espaço articular (geralmente assimétrica), Esclerose subcondral, Cistos (geodes) subcondrais e Osteófitos.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A esclerose óssea subcondral é um dos sinais cardinais da osteoartrite na radiografia. Ela ocorre devido ao aumento da densidade óssea na região logo abaixo da cartilagem desgastada, como uma resposta do tecido ósseo ao estresse mecânico crônico e à perda da função amortecedora da cartilagem.

b) INCORRETA. Calcificações ligamentares não são achados típicos da osteoartrite primária. Podem ser vistas em condições como a Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa (DISH) ou após traumas ligamentares antigos, mas não definem o quadro de gonartrose descrito.

c) INCORRETA. Erosões em "saca-bocado" são achados característicos da gota (artrite gotosa crônica tofácea). Na osteoartrite, o osso tende a ganhar densidade (esclerose) e formar protuberâncias (osteófitos), e não apresentar erosões marginais perfuradas.

d) INCORRETA. A osteopenia justa-articular (ou periarticular) é um sinal radiográfico clássico de artropatias inflamatórias, especialmente a artrite reumatoide. Na osteoartrite, por ser uma doença de caráter degenerativo/mecânico, o que se observa é o oposto: um aumento da radiopacidade (esclerose) e não a rarefação óssea próxima à articulação.

Questão 80

O quadro clínico apresentado é de artrite psoriásica. A imagem revela uma placa eritematosa extensa coberta por escamas branco-prateadas no antebraço, característica da psoríase vulgar. A queixa articular envolve as interfalangeanas distais com padrão inflamatório (piora ao repouso), o que é um marcador clássico desta patologia, permitindo o diagnóstico diferencial com a artrite reumatoide, que tipicamente poupa essas articulações. Para um paciente com acometimento cutâneo

significativo e artrite periférica, o tratamento deve visar o controle de ambas as manifestações.

Análise das alternativas:

a) Hidroxicloroquina: Incorreta. Este antimalárico é frequentemente evitado na psoríase, pois pode causar exacerbação ou desencadear crises de psoríase pustulosa em alguns pacientes. Além disso, não é a droga de escolha para o componente articular da artrite psoriásica.

b) Metotrexato: Correta. É considerado o medicamento modificador do curso da doença (DMARD) sintético de primeira escolha. O metotrexato é eficaz tanto no tratamento das lesões cutâneas (conforme a extensa placa vista na imagem) quanto na artrite periférica, auxiliando na redução do dano radiológico e no controle da inflamação.

c) Azatioprina: Incorreta. Embora seja um imunossupressor, a azatioprina não é uma terapia de primeira ou segunda linha para artrite psoriásica. É mais utilizada em casos de lúpus eritematoso sistêmico ou vasculites, possuindo pouca evidência de eficácia superior aos DMARDs padrão para psoríase.

d) Sulfassalazina: Incorreta. A sulfassalazina pode ser utilizada para o tratamento da artrite periférica na psoríase, porém, ao contrário do metotrexato, ela apresenta pouco ou nenhum benefício no tratamento das lesões de pele. Dado o extenso acometimento cutâneo do paciente, o metotrexato é a opção superior por tratar as duas frentes da doença simultaneamente.

Questão 81

O quadro clínico descreve uma paciente no 2º dia de pós-operatório (DPO) de uma cirurgia eletiva, apresentando um estado subfebril (temperatura axilar máxima de 37,8°C) e queixas de dor local. Para resolver essa questão, é fundamental compreender a fisiologia do período pós-operatório imediato.

A febre que ocorre nas primeiras 48 a 72 horas após um procedimento cirúrgico é, na grande maioria dos casos, de natureza não infecciosa. Ela é considerada uma resposta fisiológica ao trauma tecidual da cirurgia, causada pela liberação de citocinas inflamatórias como a interleucina-1 (IL-1), interleucina-6 (IL-6) e o fator de necrose tumoral (TNF). Além disso, a dor em hipocôndrio direito e a discreta distensão abdominal são achados frequentes e esperados após uma colecistectomia videolaparoscópica, muitas vezes relacionados ao pneumoperitônio (gás remanescente) e à manipulação cirúrgica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Diante de uma paciente hemodinamicamente estável, sem taquicardia, eupneica, anictérica e com exame físico abdominal sem sinais de irritação peritoneal, a conduta é puramente expectante e sintomática. O uso de analgésicos e antipiréticos é suficiente para o manejo do processo inflamatório sistêmico normal do pós-operatório.

Alternativa b) Incorreta. Não há indicação para exames laboratoriais (como hemograma ou PCR) neste momento. A temperatura está apenas discretamente elevada e a paciente está clinicamente bem. Infecções urinárias ou pneumonia, que poderiam causar febre precoce, geralmente apresentam sintomas específicos (disúria ou alterações na ausculta pulmonar), que não foram relatados.

Alternativa c) Incorreta. A antibioticoterapia terapêutica só deve ser iniciada quando há um foco infeccioso confirmado ou forte suspeita clínica (como sepse, abscesso ou peritonite). O uso desnecessário de antibióticos favorece a resistência bacteriana e não trata a causa inflamatória da febre pós-operatória. A profilaxia já foi feita corretamente na indução e suspensão no tempo adequado.

Alternativa d) Incorreta. Exames de imagem (como ultrassonografia ou tomografia) são reservados para a investigação de complicações cirúrgicas, como coleções intra-abdominais, hematomas ou fístulas biliares. Tais complicações costumam cursar com dor intensa à palpação, defesa abdominal, taquicardia ou icterícia, sinais que estão ausentes no caso descrito.

Portanto, por se tratar de uma febre pós-operatória precoce em paciente estável, a conduta correta é apenas a prescrição de sintomáticos.

Questão 82

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro de febre no segundo dia de pós-operatório de apendicectomia. O dado crucial para a resolução da questão está no exame físico da ferida operatória, que apresenta hiperemia (vermelhidão) e abaulamento. Esses sinais são indicativos de uma infecção de sítio cirúrgico (ISC) superficial ou da presença de uma coleção (como seroma ou hematoma) que pode estar sofrendo processo infeccioso.

POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ CORRETA

A conduta básica e fundamental diante de uma suspeita de infecção de ferida operatória ou presença de coleção sob a incisão é a drenagem. A retirada de pontos de incisão permite a exploração da ferida, a drenagem de eventual material purulento ou serossanguinolento e a limpeza do local. Na maioria dos casos de infecção de sítio cirúrgico superficial, a drenagem isolada é o tratamento definitivo, não sendo necessário o uso de antibióticos sistêmicos se não houver sinais de celulite extensa ou repercussão sistêmica grave.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa A: O tratamento principal de qualquer coleção ou infecção de ferida operatória é mecânico (drenagem). Ampliar o espectro do antibiótico sem realizar a drenagem do foco é uma conduta inadequada, pois o antibiótico não consegue penetrar de forma eficaz em coleções fechadas (abscessos).

Alternativa B: A tomografia computadorizada de abdome seria indicada caso houvesse suspeita de uma complicação intra-abdominal profunda, como um abscesso residual na cavidade. No entanto, o exame físico já revelou uma alteração clara e superficial na ferida operatória (abaulamento e hiperemia), o que torna a conduta local a prioridade inicial.

Alternativa C: A laparotomia exploradora é um procedimento invasivo indicado para complicações intra-abdominais graves, como peritonite generalizada ou hemorragias maciças. O paciente apresenta bom estado geral e os sinais estão restritos à parede abdominal, não justificando uma reintervenção dentro da cavidade peritoneal.

Questão 83

CONCEITO DA CLASSIFICAÇÃO ASA

A classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) é um sistema utilizado mundialmente para avaliar o estado físico do paciente no período pré-operatório. Essa escala varia de I a VI e ajuda a prever o risco de complicações e mortalidade durante e após o procedimento cirúrgico.

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão possui 52 anos e apresenta duas condições patológicas: hipertensão arterial e diabetes mellitus. O enunciado enfatiza que ambas estão controladas com o uso regular de medicamentos. Na classificação ASA, doenças sistêmicas bem controladas, que não limitam a atividade diária do paciente, são o

critério fundamental para o enquadramento em uma categoria específica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) ASA I: Incorreta. Esta categoria é exclusiva para pacientes saudáveis, não fumantes, que não fazem uso de medicações crônicas e não possuem doenças diagnosticadas. O paciente do caso possui comorbidades, o que o retira desta classificação.

b) ASA III: Incorreta. O ASA III é destinado a pacientes com doença sistêmica grave que gera limitação funcional substantiva (por exemplo, diabetes ou hipertensão mal controlados, DPOC, obesidade mórbida ou insuficiência renal em diálise). Como o paciente do enunciado está com as doenças controladas e não apresenta limitações descritas, ele não atinge o nível de gravidade do ASA III.

c) ASA II: Correta. O ASA II engloba pacientes com doença sistêmica leve a moderada, sem limitações funcionais, ou pacientes com fatores de risco específicos. Exemplos clássicos incluem fumantes, etilistas sociais, gestantes, obesos (IMC entre 30 e 40) e, como no caso da questão, portadores de hipertensão ou diabetes bem controlados por medicamentos.

d) ASA IV: Incorreta. Esta categoria é reservada para pacientes com doenças sistêmicas graves que representam uma ameaça constante à vida (como infarto agudo do miocárdio ou AVC ocorrido há menos de 3 meses, isquemia cardíaca persistente ou disfunção valvular grave). O quadro do paciente é estável e controlado, não se aplicando a este nível de risco.

GABARITO: Alternativa (c).

Questão 84

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta uma lesão por pressão (LP) estágio 4 na região sacral. Este estágio é caracterizado por perda total da espessura dos tecidos, com exposição de fáscia, músculo ou osso. Lesões deste tamanho (18 x 12 cm) e profundidade, especialmente com tecido desvitalizado, exigem uma abordagem multidisciplinar e cirúrgica sistemática. Os pilares do tratamento são: alívio da pressão, desbridamento, controle bacteriano/exsudato e reconstrução definitiva.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

O treinamento de decúbito ventral é fundamental para eliminar completamente a pressão sobre a região sacral, permitindo a cicatrização e o sucesso de futuras intervenções. O desbridamento cirúrgico é a conduta de escolha para remover o tecido desvitalizado em lesões extensas e profundas, transformando uma ferida crônica em aguda. A terapia por pressão negativa (VAC) é uma excelente ferramenta para preparar o leito da ferida, pois reduz o edema, remove exsudato, estimula a angiogênese e a formação de tecido de granulação em cavidades. Por fim, a rotação de retalhos locais é o padrão-ouro para o fechamento de lesões sacrais estágio 4, pois fornece tecido vascularizado e coxim gorduroso/muscular para proteger as proeminências ósseas, oferecendo maior resistência a recidivas do que um simples enxerto.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa B: Embora o decúbito lateral ajude, o ventral é mais eficaz para isolar a área sacral. O erro principal reside na indicação de enxerto de pele. Enxertos de pele em áreas de proeminência óssea (como o sacro) costumam falhar por falta de acolchoamento e suprimento sanguíneo adequado, apresentando altíssimas taxas de recidiva em pacientes com lesão por pressão.

Alternativa C: A sulfadiazina de prata é um agente antimicrobiano tópico mais utilizado em queimaduras e não substitui a necessidade de desbridamento cirúrgico em uma lesão estágio 4 com tecido desvitalizado. Além disso, como mencionado anteriormente, matriz dérmica seguida de enxerto de pele não é a conduta de eleição para cobertura de úlceras sacrais profundas devido à fragilidade do tecido resultante.

Alternativa D: Apesar de citar a rotação de retalhos e a pressão negativa, o uso da sulfadiazina de prata 1% como conduta principal para lidar com o tecido desvitalizado está incorreto. Lesões bem delimitadas com tecido desvitalizado extenso requerem desbridamento mecânico/cirúrgico imediato para controle de possível foco infeccioso e limpeza do leito, sendo a conduta tópica isolada insuficiente.

Questão 85

O caso clínico descreve um lactente de 8 meses com criptorquidia unilateral (testículo direito não descido). O ponto fundamental para a resolução da questão é o conhecimento da cronologia da descida testicular e o momento ideal para a intervenção.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: Exames de imagem sofisticados, como a ressonância magnética, não são indicados rotineiramente na avaliação da criptorquidia. Eles possuem baixa sensibilidade para localizar testículos intra-abdominais e, independentemente do resultado da imagem, a exploração cirúrgica será necessária. Portanto, a ressonância não altera a conduta clínica e onera o sistema de saúde.

Alternativa (b) Incorreta: A palpação e a tentativa de posicionar o testículo na bolsa escrotal fazem parte do exame físico inicial para diferenciar o testículo não descido do testículo retrátil. O testículo retrátil é aquele que, apesar de estar fora da bolsa, pode ser trazido a ela e nela permanece sem tensão. No entanto, a questão já estabelece o diagnóstico e pergunta a conduta para um paciente de 8 meses. Nessa idade, se o testículo não está tóxico, a simples manipulação não é o tratamento.

Alternativa (c) Correta: O testículo completa sua descida para a bolsa escrotal, na maioria das vezes, até os 3 ou 4 meses de vida. Após os 6 meses de idade, a descida espontânea é considerada raríssima. As diretrizes atuais de urologia pediátrica recomendam que a cirurgia (orquidopexia) seja realizada idealmente entre os 6 e 12 meses de idade, e no máximo até os 18 meses. A intervenção precoce é crucial para preservar a fertilidade, pois a exposição prolongada do testículo à temperatura corporal mais elevada (intra-abdominal ou inguinal) causa danos progressivos às células germinativas e aumenta o risco futuro de neoplasia testicular.

Alternativa (d) Incorreta: O uso do ultrassom na criptorquidia é um erro comum na prática médica. O ultrassom não tem sensibilidade para localizar de forma confiável um testículo não palpável (especialmente se for intra-abdominal) e não consegue confirmar a agenesia testicular. Assim como a ressonância, o ultrassom não deve ser solicitado, pois não substitui a exploração cirúrgica (seja por via aberta ou laparoscópica), que é o padrão-ouro tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento.

Questão 86

A paciente apresenta um melanoma com índice de Breslow de 3,7 mm (estadiamento T3a). Para lesões com Breslow superior a 2 mm, a recomendação atual das principais diretrizes (como as da Sociedade Brasileira de Dermatologia e o NCCN) é a realização de margens cirúrgicas de 2 cm. Como a paciente já foi submetida a uma ampliação de margens de 2 cm, o tratamento local da lesão primária está adequadamente concluído, não havendo indicação técnica para novas ampliações.

Quanto ao manejo linfonodal, a pesquisa de linfonodo sentinela foi positiva para micrometástases. Historicamente, a conduta indicada seria a linfadenectomia radical

(esvaziamento ganglionar) de complementação. No entanto, a conduta mudou significativamente após a publicação de grandes ensaios clínicos, especificamente os estudos MSLT-II e DeCOG-SLT. Esses estudos demonstraram que, em pacientes com linfonodo sentinela positivo, a linfadenectomia de complementação imediata aumenta o controle regional, mas não melhora a sobrevida específica pelo melanoma nem a sobrevida global quando comparada à observação ativa (vigilância com exame físico e ultrassonografia periódica). Portanto, o seguimento clínico da cadeia linfonodal é hoje a conduta preferencial.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A ampliação de margem já foi realizada conforme o protocolo (2 cm para Breslow acima de 2 mm). Uma segunda ampliação para totalizar 3 cm não é necessária e não traz benefícios comprovados. Embora o seguimento clínico da cadeia linfonodal esteja correto, o erro reside na conduta sobre a margem.

Alternativa B: Incorreta. Apresenta o mesmo erro da Alternativa A em relação à ampliação de margem. Além disso, propõe a linfadenectomia axilar como conduta imediata, o que, conforme os estudos MSLT-II e DeCOG-SLT, não é mais a conduta obrigatória ou preferencial para casos de micrometástases no sentinela, devido à ausência de ganho em sobrevida global.

Alternativa C: Correta. É a conduta mais atualizada e fundamentada nas evidências científicas. As margens de 2 cm já executadas são suficientes para um Breslow de 3,7 mm. Para a micrometástase no linfonodo sentinela, a vigilância ativa (seguimento clínico e por imagem) é a escolha padrão, evitando a morbidade de um esvaziamento axilar (como o linfedema) sem prejuízo à sobrevida da paciente.

Alternativa D: Incorreta. Embora esteja correta ao afirmar que não é necessária uma nova ampliação de margens, a alternativa peca ao indicar a linfadenectomia axilar de rotina. Atualmente, a linfadenectomia é reservada para casos em que há doença linfonodal clinicamente detectável ou quando a vigilância ativa não pode ser realizada adequadamente.

Questão 87

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro de trauma abdominal penetrante por arma de fogo com sinais de choque hipovolêmico grave (hipotensão severa, desorientação e extremidades frias). Em situações de emergência traumatológica, especialmente

quando há instabilidade hemodinâmica, o cirurgião precisa de um acesso à cavidade abdominal que seja rápido, proporcione ampla visualização de todos os órgãos e permita a extensão da incisão, caso necessário.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A incisão mediana supraumbilical (podendo ser estendida para infraumbilical, caracterizando a laparotomia xifopúbica) é o acesso de escolha no trauma abdominal. Suas principais vantagens são:

1. Rapidez: A abertura através da linha alba é rápida e atravessa poucas camadas vasculares, minimizando o sangramento da parede abdominal.
2. Exposição: Permite o acesso imediato a todos os quadrantes abdominais, grandes vasos e espaço retroperitoneal.
3. Versatilidade: Se as lesões encontradas exigirem, a incisão pode ser facilmente estendida para o tórax (toracofrenolaparotomia ou esternotomia) ou para a pelve sem a necessidade de mudar a posição do paciente.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a) Transversa supraumbilical: Embora possa ser usada em cirurgias eletivas ou em crianças, no trauma ela é contraindicada. É uma incisão mais demorada para ser realizada e fechada, e limita drasticamente o acesso aos órgãos localizados nos quadrantes inferiores e no retroperitônio.

Alternativa (b) Paramediana esquerda: Esta técnica envolve a abertura da bainha do músculo reto abdominal. É um procedimento muito mais lento e trabalhoso do que a incisão mediana, além de dificultar uma extensão rápida da incisão caso o cirurgião encontre sangramentos em outros locais distantes do quadrante superior esquerdo.

Alternativa (d) Subcostal esquerda (Kocher): Esta incisão é excelente para cirurgias eletivas de baço ou estômago, mas é totalmente inadequada para o trauma. Como o trajeto de um projétil de arma de fogo é imprevisível e pode causar lesões em múltiplos órgãos distantes do orifício de entrada, uma incisão localizada impediria a exploração completa da cavidade abdominal, podendo levar ao óbito por lesões não diagnosticadas.

Questão 88

A questão descreve um quadro clínico clássico de Carcinoma Basocelular (CBC), que é a neoplasia maligna cutânea mais frequente em indivíduos idosos e com pele clara. As características fundamentais para o diagnóstico contidas no enunciado são o local fotoexposto (ponta nasal), o crescimento lento (1 ano), os bordos perolados (brilho característico) e a presença de telangiectasias na superfície.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O melanoma amelanótico é uma variante do melanoma que não produz melanina, apresentando-se como uma lesão avermelhada. No entanto, ele não possui o brilho perolado característico do CBC. Além disso, embora a biópsia excisional seja a conduta inicial para melanoma, a clínica descrita aponta diretamente para o CBC.

Alternativa b) Incorreta. O Carcinoma Espinocelular (CEC) geralmente se manifesta como pápulas ou nódulos ceratósicos, muitas vezes ulcerados ou com crostas, sobre uma base de dano actínico. O aspecto perolado não é típico do CEC. A crioterapia não é o tratamento padrão para lesões tumorais invasivas de 1 cm, pois não permite a avaliação das margens cirúrgicas.

Alternativa c) Incorreta. O ceratoacantoma é um tumor de crescimento muito rápido, atingindo seu tamanho máximo em poucas semanas, e apresenta uma cratera central preenchida por queratina. A evolução de 1 ano é lenta demais para esse diagnóstico. Além disso, a conduta de escolha costuma ser a exérese completa, dada a dificuldade de diferenciação histológica com o CEC.

Alternativa d) Correta. O diagnóstico mais provável é o Carcinoma Basocelular devido à descrição clássica de nódulo eritematoso com bordos perolados e telangiectasias. A conduta padrão para um CBC primário bem delimitado é a biópsia excisional (exérese cirúrgica). A margem de segurança de 4 mm é a recomendação técnica consagrada para assegurar a retirada completa da lesão e minimizar o risco de recidiva. Em áreas nobres como o nariz, o controle de margens é essencial para o sucesso terapêutico.

Questão 89

O diagnóstico clínico da Doença de Hirschsprung (ou megacólon agangliônico congênito) baseia-se na história de constipação intestinal de início precoce, frequentemente desde o nascimento, associada a episódios de obstrução intestinal e complicações inflamatórias. Abaixo, analise cada alternativa com base no quadro clínico apresentado e nos critérios diagnósticos da patologia:

Alternativa a) Incorreta. A maioria dos recém-nascidos saudáveis (cerca de 95 a 98%) elimina o mecônio nas primeiras 24 a 48 horas de vida. Na Doença de Hirschsprung, o dado clássico é o atraso na eliminação do mecônio para além das 48 horas. No caso clínico, o paciente eliminou com 16 horas, o que é considerado dentro do intervalo de normalidade, não reforçando o diagnóstico.

Alternativa b) Correta. A enterocolite associada à Doença de Hirschsprung é a complicação mais grave e uma das principais causas de mortalidade nesses pacientes. Ela ocorre devido à estase fecal e ao supercrescimento bacteriano no segmento dilatado (proximal ao segmento agangliônico). A ocorrência de três interações prévias por enterocolite em uma criança com constipação crônica é um marcador clínico fortíssimo e altamente compatível com a Doença de Hirschsprung.

Alternativa c) Incorreta. Um sinal físico clássico da Doença de Hirschsprung é o "sinal do furador" ou "saída explosiva de fezes e gases" após a realização do toque retal, devido à descompressão temporária do segmento obstruído. O enunciado afirma que a informante nega esse achado, portanto, a ausência de fezes explosivas não corrobora o diagnóstico; pelo contrário, é um dado que, se presente, ajudaria a confirmá-lo.

Alternativa d) Incorreta. Embora a Doença de Hirschsprung seja significativamente mais comum no sexo masculino (proporção de aproximadamente 4:1), o sexo do paciente é apenas um dado epidemiológico. Em uma questão que busca o dado "mais compatível" entre achados clínicos e complicações, a presença de enterocolites de repetição (alternativa b) possui maior valor diagnóstico e gravidade clínica do que apenas o gênero do paciente.

Questão 90

Esta questão exige o conhecimento sobre o manejo de pacientes com Doença Arterial Periférica (DAP) internados por COVID-19, considerando suas comorbidades e função renal.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de DAP (claudicação intermitente e Índice Tornozelo-Braço de 0,4, sendo o normal entre 0,9 e 1,3). Ele já faz uso de AAS para prevenção secundária de eventos cardiovasculares. Ao ser internado por COVID-19 de gravidade moderada, ele entra em um estado pró-trombótico, o que justifica a profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV). Um ponto crítico é a Creatinina de 2,5 mg/dl, que indica insuficiência renal significativa.

Por que manter o AAS?

O AAS é essencial para o tratamento da DAP crônica do paciente. Não há evidência de sangramento ativo ou contraindicação no enunciado que justifique a suspensão dessa antiagregação plaquetária durante a internação por COVID-19.

Por que escolher a Heparina Não Fracionada (HNF)?

A Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM), como a enoxaparina, é eliminada por via renal. Em pacientes com insuficiência renal (neste caso, Creatinina de 2,5 mg/dl), a HBPM pode se acumular, aumentando drasticamente o risco de sangramentos. Por outro lado, a HNF tem metabolização hepática e eliminação pelo sistema reticuloendotelial, sendo a escolha mais segura para profilaxia em pacientes com disfunção renal.

Dose de Profilaxia vs. Dose Terapêutica:

O paciente tem COVID moderada e um D-dímero levemente aumentado (755 ng/dl). Não há diagnóstico de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda (a tomografia foi normal). Portanto, a indicação é de dose profilática (HNF 5000 UI de 8/8h ou 12/12h) e não de dose terapêutica/plena.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não se deve suspender o AAS, pois ele protege o paciente contra eventos isquêmicos arteriais relacionados à sua DAP de base. A HNF está correta pela função renal, mas o erro está na suspensão do antiagregante.

Alternativa b) Incorreta. Além de suspender o AAS incorretamente, propõe o uso de HBPM em dose terapêutica (1 mg/kg). Isso é contraindicado tanto pela falta de diagnóstico de trombose quanto pela insuficiência renal do paciente.

Alternativa c) Incorreta. Embora mantenha o AAS, utiliza a HBPM em dose terapêutica. Como mencionado, a HBPM é de risco em pacientes com Creatinina elevada, e a dose plena não está indicada neste momento.

Alternativa d) Correta. Esta conduta mantém a proteção arterial necessária (AAS) e inicia a profilaxia venosa recomendada para pacientes internados com COVID-19 utilizando a heparina mais segura para quem possui alteração da função renal (HNF), em dose profilática (5000 UI 8/8h).

Questão 91

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de abscesso cutâneo com sinais de flutuação, associado a uma descompensação metabólica (hiperglicemia severa de 450 mg/dL). Em pacientes diabéticos, processos infecciosos são causas frequentes de descontrole glicêmico devido ao estresse fisiológico e à liberação de hormônios contrarreguladores. O manejo deve focar na resolução da causa-base.

Alternativa (a): Incorreta. A drenagem de um abscesso de 2 cm, superficial e com flutuação evidente, é um procedimento de baixa complexidade que deve ser resolvido prontamente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A regulação para um serviço de maior complexidade causaria um atraso desnecessário no tratamento, podendo agravar o quadro infeccioso e a descompensação glicêmica.

Alternativa (b): Incorreta. Este é um erro comum na prática médica. Não se deve aguardar a normalização da glicemia para realizar a drenagem. O foco infeccioso é o fator que está impedindo o controle glicêmico. Enquanto o pus não for drenado, a resistência insulínica e o estado inflamatório persistirão, tornando o controle da glicose extremamente difícil ou impossível.

Alternativa (c): Correta. O princípio fundamental no tratamento de abscessos é a drenagem (*Ubi pus, ibi evacua*). A drenagem remove o foco de infecção e alivia a pressão local. Em pacientes diabéticos descompensados, a antibioticoterapia deve ser instituída precocemente para evitar a disseminação da infecção (celulite ou erisipela perilesional). O controle glicêmico deve ser feito de forma concomitante ao tratamento cirúrgico, pois a remoção do pus facilitará a estabilização metabólica da paciente.

Alternativa (d): Incorreta. A conduta expectante (esperar a drenagem espontânea) é contraindicada quando já existe flutuação, especialmente em pacientes diabéticos. O atraso na drenagem pode levar à progressão da infecção para tecidos profundos ou causar complicações graves, como a fascíte necrotizante. Além disso, anti-inflamatórios não são o tratamento de escolha para abscessos e devem ser usados com cautela em pacientes hipertensos e diabéticos devido ao risco de nefropatia.

Questão 92

O quadro clínico apresentado pela paciente é altamente sugestivo de trombose venosa profunda (TVP). Ela apresenta múltiplos fatores de risco que compõem a tríade de Virchow: estase venosa e lesão vascular devido à cirurgia de grande porte recente (mastectomia há 3 semanas) e um estado de hipercoagulabilidade causado pela neoplasia ativa e pelo tratamento quimioterápico. O edema súbito unilateral associado à dor local é o sinal clínico clássico que, neste contexto, exige conduta imediata.

Alternativa (a) CORRETA: Diante do diagnóstico mais provável de TVP em uma paciente estável, a conduta correta é iniciar a anticoagulação em dose terapêutica (plena). A heparina de baixo peso molecular (HBPM), como a enoxaparina, é considerada o padrão-ouro para o tratamento inicial de pacientes com câncer (trombose associada ao câncer). Ela apresenta maior previsibilidade, menor risco de complicações hemorrágicas em comparação à heparina comum e não necessita de monitorização laboratorial frequente, permitindo, em muitos casos, o tratamento ambulatorial.

Alternativa (b) INCORRETA: O implante de filtro de veia cava inferior não é uma conduta de primeira linha. Esse procedimento é reservado exclusivamente para pacientes que possuem contraindicação absoluta à anticoagulação (como sangramentos ativos graves) ou para aqueles que apresentam falha terapêutica documentada, ou seja, pacientes que sofrem novos episódios de embolia pulmonar mesmo estando adequadamente anticoagulados.

Alternativa (c) INCORRETA: Existe uma diferença fundamental entre profilaxia e tratamento. A dose profilática é utilizada para prevenir a formação de um trombo em pacientes de risco. Uma vez que a paciente já apresenta sintomas e sinais clínicos de que o trombo já se formou, a dose deve ser obrigatoriamente terapêutica. O uso de meias elásticas ajuda no controle do edema e na prevenção da síndrome pós-trombótica, mas não trata o coágulo existente nem previne sua progressão.

Alternativa (d) INCORRETA: A internação para uso de heparina não fracionada (HNF) não é a conduta preferencial neste caso. A HNF subcutânea exige monitorização rigorosa do tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) e possui uma farmacocinética menos previsível que a HBPM. Atualmente, prioriza-se o uso da HBPM pela facilidade posológica e segurança, sendo a HNF geralmente reservada para pacientes com insuficiência renal grave (clearance de creatinina menor que 30 mL/min) ou com alto risco de sangramento que necessitem de uma reversão rápida do efeito anticoagulante.

Questão 93

A questão apresenta um caso clássico de estenose hipertrófica do piloro (EHP). O paciente é um recém-nascido (tipicamente entre a 2ª e 8ª semana de vida) com história de vômitos pós-prandiais em jato, não biliosos (conteúdo apenas de leite), que levam à desidratação, perda de peso e alcalinização do sangue.

Para compreender o achado gasométrico, devemos analisar a fisiopatologia da perda de conteúdo gástrico:

O estômago produz suco gástrico rico em ácido clorídrico (HCl). Quando a criança apresenta vômitos persistentes devido à obstrução pilórica, ela perde grandes quantidades de íons hidrogênio (H⁺) e íons cloro (Cl⁻).

1. Perda de H⁺: A redução de íons de hidrogênio no organismo aumenta o pH sanguíneo, configurando uma alcalose.
2. Perda de Cl⁻: A perda de cloro gera uma hipocloridremia.
3. Consequência metabólica: O distúrbio resultante é a alcalose metabólica hipoclorêmica (frequentemente acompanhada de hipocalemia/baixa de potássio, devido à tentativa do rim de compensar a perda volêmica e reabsorver sódio em troca de potássio e hidrogênio).

Análise das alternativas:

a) Acidose respiratória: Incorreta. A acidose respiratória é causada pela retenção de dióxido de carbono (CO₂) devido a uma hipoventilação alveolar. O quadro do paciente é de origem digestiva/metabólica, não respiratória primária.

b) Alcalose respiratória: Incorreta. A alcalose respiratória ocorre quando há uma eliminação excessiva de CO₂, geralmente por hiperventilação. Não é o mecanismo fisiopatológico da estenose de piloro.

c) Acidose metabólica: Incorreta. A acidose metabólica seria esperada em situações de perda de bicarbonato (como em diarreias graves) ou acúmulo de ácidos orgânicos (como em sepse ou cetoacidose). Na EHP, ocorre a perda de ácido (H⁺), o que leva ao aumento do pH, e não à sua redução.

d) Alcalose metabólica: Correta. É o achado clássico da estenose hipertrófica do piloro. A perda persistente de ácido clorídrico pelo vômito gástrico eleva o pH sistêmico e reduz os níveis de cloro, caracterizando a alcalose metabólica hipoclorêmica. É o distúrbio ácido-base mais cobrado em provas para esta patologia pediátrica.

Questão 94

O caso clínico apresenta um quadro clássico de escroto agudo em um paciente jovem. A dor súbita, o início há apenas duas horas e a posição mais elevada do testículo direito (Sinal de Angel) sugerem fortemente o diagnóstico de torção testicular, que é uma emergência urológica. O principal diferencial nesse cenário é a orquiepididimite.

Alternativa (c): Correta. O Sinal de Prehn é a manobra semiotécnica utilizada para auxiliar na diferenciação entre torção testicular e epididimite aguda. Consiste na elevação manual do escroto afetado. Quando a dor alivia com a elevação, dizemos que o Sinal de Prehn é positivo, o que sugere um processo inflamatório, como a epididimite. Quando a dor não melhora ou até piora com a elevação, o sinal é negativo, o que aponta para torção testicular.

Alternativa (a): Incorreta. O Sinal de Chutro está relacionado à apendicite aguda. Ele se caracteriza pelo desvio do umbigo para a direita devido à contração da musculatura abdominal na fossa ilíaca direita.

Alternativa (b): Incorreta. O Sinal de Giordano é pesquisado através da punho-percussão na região lombar (loja renal). Se o paciente referir dor aguda (estremecimento), o sinal é positivo, sendo indicativo de processos inflamatórios renais, como a pielonefrite.

Alternativa (d): Incorreta. O Sinal de Murphy é a interrupção súbita da inspiração durante a palpação profunda do ponto cístico (no hipocôndrio direito). É o sinal semiológico clássico da colecistite aguda.

Questão 95

Análise do Caso Clínico:

O paciente é um recém-nascido de 5 dias com anomalia anorretal (imperfuração anal). Nesses casos, especialmente no sexo masculino, a malformação frequentemente envolve uma comunicação (fístula) entre o reto e o trato urinário (fístula retouretral ou retovesical). Mesmo após a realização da colostomia para derivação do trânsito intestinal, o coto distal (a parte do reto que ficou "isolada") continua em comunicação com a via urinária.

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. Embora o paciente apresente distensão abdominal e massa palpável, o termo "foco abdominal" é genérico. No contexto da anomalia anorretal, a distensão e a massa no flanco frequentemente decorrem do acúmulo de urina e resíduos dentro

do coto retal distal (o chamado megacólon distal) através da fístula, o que predispõe à infecção, mas o foco infeccioso propriamente dito e a complicação sistêmica originam-se na via urinária.

b) Correta. Esta é a principal complicação infecciosa em recém-nascidos com anomalia anorretal e fístula urinária. A urina pode passar da uretra/bexiga para o reto distal e vice-versa. A estase de urina e de restos fecais no coto distal, associada à comunicação direta com o sistema urinário, facilita a ascensão bacteriana, resultando em Infecção do Trato Urinário (ITU) e sepse de foco urinário. A massa palpável mencionada no flanco pode representar o reto distal extremamente dilatado e repleto de urina/detritos ou mesmo uma hidronefrose associada.

c) Incorreta. O exame físico descreve explicitamente que a ferida operatória tem "bom aspecto" e a colostomia está funcionando, o que afasta a hipótese de infecção de sítio cirúrgico como causa da febre e queda do estado geral.

d) Incorreta. O paciente é descrito como "eupneico", sem sinais de desconforto respiratório ou alterações na ausculta pulmonar que justifiquem o foco respiratório. Em um recém-nascido com malformação anorretal, o raciocínio clínico deve priorizar as malformações associadas e as complicações anatômicas locais (fístulas).

Questão 96

Para compreender esta questão, devemos analisar a fisiologia do período pós-operatório imediato, especificamente a Resposta Endócrina, Metabólica e Imunológica ao Trauma (REMIT).

No pós-operatório imediato (primeiras 24 a 48 horas), o organismo reage ao estresse cirúrgico ativando mecanismos para preservar o volume circulante e responder à lesão tecidual. Dois hormônios principais atuam nesse momento: o ADH (hormônio antidiurético), que promove a retenção de água livre, e a aldosterona, que promove a retenção de sódio e a excreção de potássio.

Análise das alternativas:

a) Potássio: Esta é a alternativa correta. No pós-operatório imediato, ocorre a liberação de potássio intracelular para o meio extracelular devido ao trauma cirúrgico e à destruição de tecidos (lise celular). Além disso, o paciente pode apresentar uma queda transitória do débito urinário (oligúria funcional) pela ação do ADH. Adicionar potássio ao soro de manutenção nas primeiras 24 horas aumenta o risco de hipercalemia (excesso de potássio no sangue), o que pode causar arritmias graves. Por isso, a regra clássica é não repor potássio no primeiro dia de pós-operatório, a

menos que haja uma perda comprovada ou hipocalcemia documentada.

b) Cálcio: O cálcio não faz parte da composição rotineira do soro de manutenção padrão para adultos (que geralmente consiste em soro glicosado ou fisiológico com eletrólitos básicos). Embora não seja rotina adicioná-lo, ele não é o foco principal de "subtração" por risco metabólico imediato relacionado ao estresse cirúrgico da mesma forma que o potássio.

c) Magnésio: Assim como o cálcio, o magnésio não é um componente obrigatório do soro de manutenção basal em pacientes sem deficiências prévias ou perdas específicas. A sua exclusão não é uma regra específica do pós-operatório imediato, mas sim uma prática comum de prescrição básica.

d) Sódio: O sódio é um componente essencial da hidratação de manutenção para manter a osmolaridade plasmática e o volume extracelular. Apesar de a aldosterona promover a retenção de sódio no pós-operatório, ele continua sendo necessário para a composição da oferta hídrica e eletrolítica básica do paciente, não devendo ser subtraído da prescrição inicial de manutenção.

Em resumo, a alternativa (a) está correta porque a segurança do paciente no pós-operatório imediato exige cautela com o potássio, devido ao risco de hipercalemia resultante do trauma cirúrgico e da redução da excreção renal inicial.

Questão 97

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um paciente masculino de 60 anos com os principais fatores de risco para o Carcinoma Espinocelular (CEC) de cabeça e pescoço: tabagismo pesado e etilismo crônico. A presença de uma lesão ulcerada indolor com cinco meses de evolução na cavidade oral, associada a um linfonodo cervical endurecido e fixo, é um quadro clássico de neoplasia maligna com metástase regional.

A imagem mostra uma seta apontando para uma massa na região cervical lateral superior, logo abaixo do ângulo da mandíbula e anteriormente ao músculo esternocleidomastoideo. Esta localização corresponde ao nível II (cadeia jugular alta), que é um dos principais sítios de drenagem linfática da cavidade oral.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Mucosa jugal: Embora o CEC possa ocorrer na mucosa da bochecha, este não é o sítio mais frequente na cavidade oral. Geralmente, tumores nesta região estão

associados a traumas crônicos ou hábitos específicos de mascar tabaco, sendo menos comuns que as lesões de língua.

b) Borda da língua: Esta é a alternativa correta. A borda lateral da língua (junto com o assoalho da boca) é o local mais comum de surgimento do carcinoma espinocelular na cavidade oral. Devido à sua rica rede linfática, os tumores de língua apresentam uma alta taxa de metástases cervicais precoces, drenando preferencialmente para os níveis I, II e III. O perfil epidemiológico do paciente e a localização do linfonodo no nível II tornam a borda da língua o sítio primário mais provável.

c) Gengiva inferior: O câncer de gengiva é menos frequente que o de língua. Quando ocorre, costuma apresentar invasão óssea precoce e a drenagem linfática inicial geralmente envolve o nível I (submandibular) antes de atingir o nível II.

d) Palato duro: O palato duro é um dos sítios menos comuns para o carcinoma espinocelular relacionado ao tabaco e álcool. Quando ocorrem neoplasias nesta região, é frequente que sejam originadas de glândulas salivares menores. Além disso, a drenagem linfática do palato duro pode seguir caminhos diferentes, incluindo os linfonodos retrofaríngeos.

CONCLUSÃO

Considerando a prevalência epidemiológica, o Carcinoma Espinocelular da borda lateral da língua é a principal hipótese diagnóstica para uma úlcera oral crônica em paciente tabagista e etilista, justificando a presença de metástase no nível ganglionar cervical II.

Questão 98

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de rabdomiólise pós-operatória. Trata-se de um homem com obesidade grau 3 (IMC 65 kg/m²) submetido a uma cirurgia prolongada (mais de 3 horas) em uma posição fixa. Esses fatores de risco, somados à queixa de dor dorsal bilateral, fraqueza muscular e urina escura (mioglobínúria) no segundo dia de pós-operatório, direcionam o diagnóstico para a lesão muscular por pressão.

A rabdomiólise ocorre devido à compressão prolongada das massas musculares contra a mesa cirúrgica, levando à isquemia e morte celular, com consequente liberação de mioglobina e creatinofosfoquinase (CPK) na corrente sanguínea. A principal complicação é a insuficiência renal aguda por toxicidade direta da

mioglobina nos túbulos renais.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Para confirmar o diagnóstico de rabdomiólise, o padrão-ouro é a dosagem da CPK sérica, que estará significativamente elevada. O tratamento inicial baseia-se em uma hidratação vigorosa para manter o fluxo urinário e evitar a precipitação de mioglobina nos rins. O uso de bicarbonato de sódio visa à alcalinização urinária, o que reduz a toxicidade tubular da mioglobina e previne a formação de cilindros pigmentares.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A solicitação de bilirrubinas e enzimas canaliculares, associada à colangiorressonância, seria indicada se houvesse suspeita de obstrução biliar (coledocolitíase residual), porém o paciente não apresenta icterícia, dor abdominal em hipocôndrio direito ou colúria (a urina escura aqui é por mioglobina, não por bilirrubina conjugada).

Alternativa B: O quadro clínico de dor dorsal e urina escura após cirurgia bariátrica em paciente obeso não sugere infecção urinária ou sepse como hipótese principal. Iniciar antibióticos sem evidência de febre ou sintomas urinários irritativos seria uma conduta equivocada diante da suspeita de rabdomiólise.

Alternativa D: A tomografia de abdome e a reintervenção cirúrgica seriam indicadas em casos de complicações técnicas da cirurgia bariátrica, como fístulas ou abscessos. No entanto, o paciente nega dor abdominal e febre, e os sintomas relatados (dor dorsal e fraqueza) são extra-abdominais, apontando para uma complicação sistêmica/muscular.

DICA PRÁTICA: Em provas de residência, sempre que houver um paciente "superobeso" com cirurgia de longa duração apresentando dor muscular e urina escura no pós-operatório, pense imediatamente em rabdomiólise e peça a dosagem de CPK.

Questão 99

O quadro clínico descreve um paciente crítico, vítima de grande queimadura, que evolui com distensão abdominal difusa, parada de eliminação de flatos e fezes e ausência de sinais de irritação peritoneal. Os exames radiológicos confirmam a ausência de obstrução mecânica (sem ponto de interrupção), o que direciona o diagnóstico para íleo adinâmico (ou íleo paralítico), condição frequente em pacientes de terapia intensiva devido ao estresse metabólico, sepse, distúrbios eletrolíticos e

uso de medicações.

Alternativa (a): Correta. O tratamento inicial do íleo adinâmico ou da pseudo-obstrução intestinal é essencialmente conservador e baseado no suporte clínico. A passagem de sonda nasogástrica é fundamental para a decompressão do trato gastrointestinal superior, aliviando o desconforto e prevenindo a aspiração. Simultaneamente, devem-se corrigir os fatores desencadeantes, como a desidratação e, principalmente, a hipocalemia (baixo nível de potássio), que é um potente inibidor da motilidade intestinal.

Alternativa (b): Incorreta. O uso de manitol, um laxante osmótico, é contraindicado em pacientes com distensão abdominal importante e suspeita de obstrução ou íleo funcional, pois pode agravar a distensão e os distúrbios hidroeletrólíticos. Além disso, a colonoscopia decompressiva é uma conduta de segunda linha, indicada apenas se não houver resposta ao tratamento conservador inicial.

Alternativa (c): Incorreta. A laparotomia exploradora e a cecostomia são procedimentos invasivos reservados para casos graves em que há evidência de isquemia intestinal, perfuração ou quando o diâmetro do ceco atinge níveis críticos (geralmente acima de 10-12 cm) sem resposta a outras medidas. O paciente em questão está hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite, o que permite a conduta conservadora inicial.

Alternativa (d): Incorreta. Os opioides são uma das principais causas farmacológicas de redução da motilidade intestinal e podem precipitar ou piorar quadros de íleo adinâmico e síndrome de Ogilvie. O uso de corticoides não possui indicação no manejo da motilidade intestinal nesse contexto e não ajudaria na resolução da distensão.

Questão 100

O quadro clínico descrito — uma paciente jovem no pós-operatório de cirurgia bariátrica (36 dias) com história de vômitos persistentes, evoluindo com parestesia, fraqueza, visão turva e confusão mental — é clássico da Encefalopatia de Wernicke. Esta condição é causada pela deficiência de vitamina B1 (tiamina).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a paciente precise de cuidados, a prioridade absoluta não é a tomografia de crânio (que geralmente é normal na Encefalopatia de Wernicke), mas sim a reposição imediata de tiamina por via parenteral. O diagnóstico é essencialmente clínico, e o atraso no tratamento pode levar a danos neurológicos

irreversíveis (Síndrome de Korsakoff).

Alternativa B: Correta. A Encefalopatia de Wernicke após cirurgia bariátrica ocorre tipicamente entre a 2ª e a 12ª semana de pós-operatório. A causa principal não é a má absorção intestinal inerente à técnica (como o bypass), mas sim a depleção rápida dos estoques de tiamina (que duram apenas cerca de 2 a 3 semanas no organismo) devido aos vômitos de repetição e à baixa ingestão alimentar. Por isso, a técnica cirúrgica é menos relevante do que a presença de hiperêmese.

Alternativa C: Incorreta. O diagnóstico de Encefalopatia de Wernicke baseia-se na tríade clínica (ataxia/fraqueza, alterações oculares e confusão mental) associada a um fator de risco (vômitos crônicos e cirurgia digestiva). Descobrir a técnica exata não deve atrasar o início do tratamento com tiamina, que é comum a qualquer paciente com essa suspeita.

Alternativa D: Incorreta. Esta alternativa apresenta um erro grave de conduta. Embora a hipoglicemia possa ocorrer no dumping tardio, o quadro de confusão mental e sintomas neurológicos em uma paciente com vômitos sugere deficiência de tiamina. Administrar solução glicosada sem a reposição prévia de tiamina pode precipitar ou agravar drasticamente a Encefalopatia de Wernicke, pois o metabolismo da glicose consome os últimos estoques de vitamina B1 do organismo. Portanto, a regra é: tiamina sempre antes ou junto com a glicose.
