



PUC

GABARITO | 2025 | PR | 100 Questões



Gabarito: PUC

2025 | PR

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O quadro clínico descrito é clássico para a amebíase hepática, uma complicação extraintestinal da infecção pela *Entamoeba histolytica*. A sequência de eventos — diarreia com muco e sangue (disenteria amebiana) seguida por dor no hipocôndrio direito, febre e imagem de abscesso hepático — aponta diretamente para esse diagnóstico.

A alternativa (a) está incorreta. O *Ascaris lumbricoides* pode causar complicações biliares, como a coledocolitíase por migração do verme adulto para as vias biliares, o que poderia gerar uma colangite e, secundariamente, um abscesso piogênico. No entanto, ele não causa o quadro de disenteria prévia nem é o agente etiológico primário de abscessos hepáticos tropicais típicos.

A alternativa (b) está correta. A *Entamoeba histolytica* é um protozoário que invade a mucosa do cólon, causando ulcerações e diarreia sanguinolenta. Através da circulação portal, o parasita pode atingir o fígado, onde causa necrose enzimática do parênquima, formando o abscesso amebiano. O conteúdo desse abscesso é classicamente descrito como "pasta de anchovas". É a principal causa de abscesso hepático de origem parasitária em áreas endêmicas.

A alternativa (c) está incorreta. O *Ancylostoma duodenale* é um geo-helminto associado principalmente à anemia ferropriva por perda crônica de sangue no trato gastrointestinal e sintomas cutâneos (bicho geográfico). Ele não possui tropismo pelo parênquima hepático para formação de abscessos.

A alternativa (d) está incorreta. A *Giardia lamblia* é um protozoário que habita o intestino delgado superior. Ela causa diarreia do tipo absorviva (esteatorreia), flatulência e dor abdominal, mas não é um organismo invasivo. Portanto, não causa disenteria (sangue/muco) nem abscessos em órgãos sólidos como o fígado.

A alternativa (e) está incorreta. A *Taenia solium* pode causar teníase (verme adulto no intestino) ou cisticercose (larvas nos tecidos). A cisticercose afeta preferencialmente o sistema nervoso central (neurocisticercose) e os músculos. Não há associação entre a infecção por *Taenia* e a formação de abscessos hepáticos agudos com quadro de febre e dor abdominal.

Questão 2

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um lactente de 4 meses com diagnóstico prévio de cardiopatia congênita que apresenta uma crise aguda de cianose (hipoxemia), caracterizada por queda acentuada da saturação (67%), letargia e taquidispneia. Um detalhe semiótico fundamental em crises de hipoxemia na Tetralogia de Fallot é que o sopro sistólico (causado pela estenose pulmonar) pode se tornar mais suave ou discreto durante a crise, pois o fluxo sanguíneo é desviado do ventrículo direito diretamente para a aorta através da comunicação interventricular (CIV), diminuindo a passagem de sangue pela artéria pulmonar.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (d) é a correta porque descreve exatamente a crise de hipoxemia (ou crise hipercianótica), que é uma emergência pediátrica clássica da Tetralogia de Fallot. Essas crises ocorrem geralmente entre os 2 e 6 meses de vida, muitas vezes desencadeadas por choro, evacuação ou dor, que aumentam a obstrução da via de saída do ventrículo direito ou reduzem a resistência vascular sistêmica. O tratamento envolve manobras de genupeitoral (joelho-tórax), oxigenioterapia, sedação e, em alguns casos, uso de betabloqueadores ou expansão volêmica.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A coarctação da aorta é uma cardiopatia acianótica (em sua forma clássica) que se manifesta por insuficiência cardíaca e choque cardiogênico no período neonatal imediato, quando o canal arterial se fecha. Além disso, a característica principal seria a diferença de pulsos e pressão entre membros superiores e inferiores, o que não foi relatado (os pulsos estavam simétricos).

Alternativa (b): A Comunicação Interatrial (CIA) é uma cardiopatia de hiperfluxo pulmonar e habitualmente acianótica. Ela não causa crises agudas de cianose e letargia nessa faixa etária; a maioria das crianças com CIA é, inclusive, assintomática nos primeiros anos de vida.

Alternativa (c): A miocardiopatia obstrutiva do ventrículo esquerdo causaria sintomas de baixo débito sistêmico (má perfusão, pulsos finos, palidez), mas não se manifesta tipicamente com cianose central isolada e grave como a descrita no caso. O problema principal aqui é a falta de oxigenação do sangue (shunt direita-esquerda), e não uma falha de ejeção sistêmica primária.

Alternativa (e): A Síndrome de Eisenmenger é o estágio final de cardiopatias de

hiperfluxo (como CIV ou persistência do canal arterial) que evoluem com hipertensão pulmonar fixa e inversão do shunt. No entanto, esse processo leva anos para se desenvolver, não ocorrendo em um lactente de apenas 4 meses de idade. Além disso, o quadro de Eisenmenger não se apresenta como uma crise súbita de cianose com melhora e piora, mas sim como uma cianose progressiva e crônica.

Questão 3

Alternativa a: Correta. Esta alternativa descreve a chamada dose zero da vacina tríplice viral (que protege contra sarampo, caxumba e rubéola). Devido à persistência da circulação do vírus do sarampo no Brasil nos últimos anos, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) estabeleceu como recomendação atual a aplicação dessa dose extra em todas as crianças entre 6 meses e 11 meses e 29 dias de idade. É fundamental destacar que a dose zero não conta para o esquema vacinal regular; a criança ainda precisará receber a tríplice viral aos 12 meses e a tetraviral aos 15 meses.

Alternativa b: Incorreta. Embora o esquema básico da vacina meningocócica C conjugada ocorra aos 3 e 5 meses com um reforço aos 12 meses, a alternativa é frequentemente considerada incorreta em provas quando comparada à dose zero do sarampo, que é uma recomendação epidemiológica ativa e prioritária. Além disso, o reforço aos 12 meses pode ser administrado até os 4 anos de idade caso a criança perca a oportunidade na idade exata, enquanto a dose de sarampo aos 6 meses é a recomendação atual de destaque para o controle de surtos.

Alternativa c: Incorreta. O prazo máximo para a aplicação da segunda dose da vacina contra o rotavírus (VORH) é, de fato, 7 meses e 29 dias (e o da primeira dose é 3 meses e 15 dias). Contudo, o calendário de rotina estabelece as doses preferencialmente aos 2 e 4 meses de idade. Assim como na alternativa B, em questões de concurso, a dose zero do sarampo (letra A) costuma ser o gabarito por representar uma medida de saúde pública mais recente e específica para o cenário brasileiro atual.

Alternativa d: Incorreta. O esquema de vacinação contra a pólio no Brasil utiliza a vacina inativada (VIP – injetável) nas três doses do esquema primário (aos 2, 4 e 6 meses). A vacina oral (VOP – gotinha) é utilizada apenas como dose de reforço aos 15 meses e aos 4 anos de idade, além das campanhas nacionais de vacinação. Não existe recomendação de dose anual de rotina até os 5 anos.

Alternativa e: Incorreta. Atualmente, a vacina contra a febre amarela é recomendada para todo o Brasil. O esquema para crianças consiste em uma dose aos 9 meses de vida e um reforço aos 4 anos de idade. Portanto, ao contrário do que afirma a

alternativa, existe, sim, a necessidade de reforço para as crianças que foram vacinadas antes dos 2 anos.

Questão 4

A questão aborda um quadro clássico de metemoglobinemia adquirida após a ingestão acidental de dapsona. A dapsona é um agente oxidante potente que transforma o ferro da hemoglobina do seu estado ferroso (Fe^{2+}) para o estado férrico (Fe^{3+}), formando a metemoglobina, que é incapaz de transportar oxigênio, resultando em cianose que não melhora com oxigenoterapia e queda na saturação.

O tratamento de escolha é o azul de metileno, que atua como um cofator para a enzima metemoglobina redutase, acelerando a conversão da metemoglobina de volta em hemoglobina funcional. Para resolver a questão, devemos realizar um cálculo farmacológico dividido em três etapas:

1. Cálculo da dose total em miligramas (mg):

O enunciado informa que o paciente pesa 20 kg e a dose escolhida é de 1 mg/kg.

Dose total = 20 kg x 1 mg/kg = 20 mg.

2. Entendimento da concentração da ampola:

A apresentação é azul de metileno a 1%. Na farmacologia, uma solução a 1% significa que existe 1 grama de soluto para cada 100 ml de solvente.

1 grama = 1000 mg.

Portanto, 1000 mg em 100 ml.

Simplificando (dividindo ambos por 100), temos 10 mg para cada 1 ml.

3. Cálculo do volume a ser aspirado:

Se precisamos de 20 mg e cada 1 ml da solução contém 10 mg:

Volume = 20 mg / 10 mg/ml = 2 ml.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de 2,5 ml corresponderia a uma dose de 25 mg, o que equivaleria a 1,25 mg/kg para esta criança.

Alternativa b) Incorreta. O valor de 1 ml contém apenas 10 mg do medicamento, metade da dose necessária de 1 mg/kg para um paciente de 20 kg.

Alternativa c) Incorreta. O valor de 0,5 ml contém apenas 5 mg do medicamento, sendo uma subdose terapêutica para o caso clínico apresentado.

Alternativa d) Incorreta. O valor de 0,2 ml contém apenas 2 mg, dose insuficiente para o peso da criança. Geralmente, esse erro ocorre por confusão na conversão de porcentagem para mg/ml.

Alternativa e) Correta. Como demonstrado no cálculo, para administrar 1 mg/kg em uma criança de 20 kg (total de 20 mg) utilizando uma solução a 1% (10 mg/ml), o volume exato a ser aspirado é de 2 ml.

Questão 5

O diagnóstico de doenças exantemáticas na pediatria baseia-se na morfologia das lesões, na cronologia dos sintomas e nos achados associados. No caso descrito, os pontos-chave são a febre, a conjuntivite (hiperemia conjuntival) e o exantema maculopapular de progressão cefalocaudal (face, tronco e membros).

Alternativa a: Incorreta. A rubéola apresenta um quadro clínico habitualmente mais leve, com febre baixa ou ausente. Embora apresente linfonomegalia, esta é classicamente localizada nas regiões retroauricular, suboccipital e cervical posterior, e costuma ser levemente dolorosa. A hiperemia conjuntival não é um achado marcante da rubéola.

Alternativa b: Incorreta. O exantema súbito (roséola) caracteriza-se por uma febre alta que desaparece subitamente (em crise) após 3 a 5 dias. Somente após a queda da febre é que surge o exantema, que tipicamente se inicia no tronco e progride para os membros e face, o que diverge do padrão descrito na questão.

Alternativa c: Incorreta. A mononucleose infecciosa manifesta-se com a tríade clássica de febre, faringite exsudativa e linfonomegalia generalizada (frequentemente acompanhada de esplenomegalia). O exantema não é frequente na evolução natural da doença, surgindo quase exclusivamente após o uso inadvertido de aminopenicilinas, como a amoxicilina.

Alternativa d: Correta. O sarampo é a principal hipótese diagnóstica diante de um quadro de febre e exantema maculopapular morbiliforme de progressão cefalocaudal. Um dos sinais mais característicos do período prodrômico e exantemático do sarampo é o catarro oculorrespiratório, que inclui tosse, coriza e, fundamentalmente, a conjuntivite (hiperemia conjuntival). A linfonomegalia generalizada pode estar presente devido à viremia sistêmica.

Alternativa e: Incorreta. O eritema infeccioso, causado pelo parvovírus B19, manifesta-se inicialmente com o sinal da face esbofetada, seguido por um exantema reticulado (rendilhado) no tronco e extremidades. Geralmente, a criança

apresenta bom estado geral e não apresenta febre ou conjuntivite importante no momento em que as manchas aparecem.

Questão 6

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta uma história clássica de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) no lactente, caracterizada por baixo ganho ponderal acentuado (apenas 80 g em dois meses), dificuldade de sucção com cansaço, sudorese e taquipneia (tiragens subcostais e intercostais). O exame físico revela um sopro holossistólico em bordo esternal esquerdo baixo, que é o achado patognomônico da Comunicação Interventricular (CIV). A segunda bulha hiperfonética sugere o desenvolvimento de hipertensão pulmonar devido ao grande fluxo de sangue da esquerda para a direita (shunt esquerda-direita). O surgimento dos sintomas aos 2 meses de idade ocorre porque, nesse período, a resistência vascular pulmonar cai, permitindo que o defeito no septo ventricular gere uma repercussão hemodinâmica significativa.

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. A Comunicação Interatrial (CIA) costuma ser assintomática na infância e raramente causa insuficiência cardíaca grave ou baixo ganho de peso nos primeiros meses de vida. O sopro da CIA é classicamente sistólico de ejeção no bordo esternal esquerdo alto (foco pulmonar) com desdobramento fixo da segunda bulha, diferente do quadro holossistólico descrito.

b) Incorreta. Na estenose pulmonar crítica, o sopro seria do tipo ejeção (crescendo-decrescendo) e a segunda bulha estaria hipofonética ou ausente na área pulmonar, devido à dificuldade de fechamento da valva. Além disso, casos críticos costumam apresentar cianose ou sinais de baixo débito logo após o nascimento.

c) Correta. A Comunicação Interventricular (CIV) é a cardiopatia congênita mais comum. Quando o defeito é de moderado a grande, o shunt esquerda-direita aumenta conforme a resistência pulmonar diminui (por volta da 4ª a 8ª semana de vida), levando à congestão pulmonar e falha no crescimento. O sopro holossistólico em bordo esternal esquerdo baixo é a descrição clássica desta patologia.

d) Incorreta. O Truncus Arteriosus é uma cardiopatia congênita cianótica (mistura total de sangue). O enunciado afirma explicitamente que a mãe nega cianose e que o teste do coraçãozinho (oximetria de pulso) foi normal, o que afasta essa hipótese.

e) Incorreta. A Persistência do Canal Arterial (PCA) manifesta-se tipicamente com um

sopro contínuo (em maquinaria) mais audível em região infraclavicular esquerda e pulsos amplos (célere). O tratamento medicamentoso com inibidores da prostaglandina (como ibuprofeno ou indometacina) é indicado quase exclusivamente para recém-nascidos prematuros nos primeiros dias de vida, não sendo a conduta padrão para um lactente a termo de 2 meses com repercussão clínica.

Questão 7

O teste do coraçãozinho, ou oximetria de pulso, é um exame de rastreamento realizado em recém-nascidos a termo entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar. O objetivo é identificar precocemente cardiopatias congênitas críticas que dependem do canal arterial.

Para o teste ser considerado negativo (normal), os valores devem ser:

1. Saturação maior ou igual a 95% tanto no membro superior direito (pré-ductal) quanto em um dos membros inferiores (pós-ductal).
2. Diferença entre a saturação do membro superior direito e a do membro inferior menor ou igual a 3%.

Se a saturação for menor do que 89% em qualquer membro, o teste é positivo. Se a saturação estiver entre 90% e 94% ou se a diferença entre os membros for maior ou igual a 4%, o resultado é considerado duvidoso/intermediário.

Análise do caso:

O bebê apresenta MSD de 98% (normal isoladamente) e MID de 92% (abaixo de 95%). A diferença entre os membros é de 6% ($98 - 92 = 6$), o que é maior ou igual a 4%. Portanto, o teste é duvidoso. O protocolo exige repetir a medida após 1 hora. O enunciado diz que isso já foi feito uma vez e o valor persistiu. A conduta correta é seguir o fluxo de repetição (totalizando até três medidas com intervalo de 1 hora) e, se a alteração persistir, confirmar como positivo.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O teste não pode ser considerado negativo porque a saturação no membro inferior é menor do que 95% e a diferença entre os membros (6%) é superior ao limite de 3%.

b) Correta. Diante de um resultado duvidoso (diferença maior ou igual a 4% ou saturação entre 90% e 94%), deve-se repetir o teste. O protocolo completo prevê até três aferições com intervalo de uma hora entre elas. Se a alteração persistir após essas repetições, o teste é considerado positivo, sendo obrigatória a realização de um ecocardiograma em até 24 horas. Como o bebê já teve duas medidas alteradas, a

próxima conduta é repetir novamente e, mantendo-se o padrão, proceder com a investigação cardiológica.

c) Incorreta. O teste positivo, isoladamente e sem instabilidade clínica imediata, indica a necessidade de realizar um ecocardiograma para diagnóstico, mas não necessariamente a transferência imediata para UTI neonatal antes de se confirmar a cardiopatia ou de haver sinais de descompensação. Além disso, o diagnóstico de "positivo" só é firmado após a terceira medida alterada no caso de valores intermediários.

d) Incorreta. O teste do coraçãozinho foi criado justamente porque o exame físico (incluindo a ausculta de sopros) é insuficiente para detectar muitas cardiopatias congênitas críticas no início da vida. Um teste alterado deve ser investigado independentemente de a ausculta cardíaca estar normal.

e) Incorreta. O intervalo para repetição do teste em caso de dúvida é de 1 hora, visando a uma definição rápida, e não de 24 horas. Retardar a conduta pode atrasar o diagnóstico de uma patologia grave.

Questão 8

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Para resolver questões de cálculo de gotejamento, é fundamental identificar primeiro o volume total da solução e o tempo de infusão determinado na prescrição.

Passo 1: Determinar o Volume Total (V)

A prescrição solicita 2 mL de cetorolaco diluídos em 98 mL de soro glicosado.

Volume total = 2 mL + 98 mL = 100 mL.

Passo 2: Identificar o Tempo (T)

O tempo de infusão determinado é de 40 minutos.

Passo 3: Aplicar a Fórmula de Gotejamento em Minutos

Quando o tempo é fornecido em minutos, utilizamos a seguinte fórmula:

Número de gotas/minuto = (Volume em mL x 20) / Tempo em minutos.

(Observação: O fator 20 refere-se à conversão padrão de 1 mL = 20 gotas, conforme citado no enunciado).

Cálculo:

Gotas/minuto = (100 mL x 20) / 40 minutos

Gotas/minuto = 2000 / 40

Gotas/minuto = 50.

Portanto, a vazão correta é de 50 gotas por minuto.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) 20. Incorreta. Este valor não corresponde à aplicação da fórmula com os dados fornecidos (100 mL em 40 min).

Alternativa b) 30. Incorreta. Erro comum de cálculo ou interpretação do volume/tempo.

Alternativa c) 40. Incorreta. Valor que não satisfaz a relação matemática entre volume total e tempo de infusão.

Alternativa d) 50. Correta. Resultado exato da operação matemática: (100×20) dividido por 40.

Alternativa e) 60. Incorreta. Valor que excederia a velocidade de infusão necessária para completar os 100 mL no tempo de 40 minutos.

Questão 9

Esta questão exige conhecimentos sobre farmacologia clínica, especificamente sobre o cálculo de doses e o preparo de medicamentos parenterais, utilizando as informações fornecidas no rótulo/guia do medicamento Abelcet (Complexo lipídico de Anfotericina B).

Análise dos dados da imagem:

Concentração do frasco: 100 mg em 20 ml, o que resulta em 5 mg/ml ($100 / 20 = 5$).

Recomendação de rediluição: Deve-se diluir em Dextrose 5% até atingir a concentração final de 2 mg/ml.

Dados do paciente: Peso = 50 kg.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. Para uma dose de 1 mg/kg em um paciente de 50 kg, a dose total necessária é de 50 mg. Como o frasco possui uma concentração de 5 mg/ml (conforme calculado acima: $100 \text{ mg} / 20 \text{ ml}$), o volume a ser aspirado do frasco é: $50 \text{ mg} / 5 \text{ mg/ml} = 10 \text{ ml}$.

b) INCORRETA. Existe uma diferença técnica importante entre reconstituição e rediluição. A reconstituição ocorre quando transformamos um pó (liofilizado) em líquido. A imagem informa que o Abelcet já se apresenta na forma de "suspensão" (líquido com partículas). Portanto, ele não precisa de reconstituição, apenas de rediluição em soro glicosado (Dextrose 5%) antes da aplicação.

c) INCORRETA. Para uma dose de 3 mg/kg em um paciente de 50 kg, a dose total é de 150 mg. Para atingir a concentração final recomendada de 2 mg/ml, o volume total da solução final deve ser de 75 ml ($150 \text{ mg} / 2 \text{ mg/ml} = 75 \text{ ml}$). O valor de 150 ml citado na alternativa resultaria em uma concentração de 1 mg/ml, divergindo da recomendação da imagem.

d) INCORRETA. A recomendação farmacêutica na imagem não estabelece um volume fixo de 20 ml para rediluição. O volume de diluente (Dextrose 5%) varia de acordo com a dose total calculada para o peso do paciente, visando sempre atingir a concentração final de 2 mg/ml.

e) INCORRETA. Primeiro, o termo "reconstituir" está incorreto, como explicado na alternativa (b). Segundo, para uma dose de 4 mg/kg em 50 kg, a dose total é de 200 mg. Para manter a concentração de 2 mg/ml, o volume final total deveria ser de 100 ml ($200 \text{ mg} / 2 \text{ mg/ml} = 100 \text{ ml}$), e não 40 ml. Além disso, a Anfotericina B é incompatível com soro fisiológico, devendo ser rediluída apenas em soro glicosado (Dextrose 5%).

Questão 10

O quadro clínico descrito — linfonodomegalia cervical de crescimento progressivo em um adolescente, acompanhada de febre, perda de peso e sudorese noturna (conhecidos como sintomas B) — é a apresentação clássica do Linfoma de Hodgkin.

Alternativa a) Incorreta. O Linfoma de Burkitt é um linfoma não Hodgkin de crescimento extremamente rápido (um dos tumores com maior taxa de proliferação celular). Na sua forma esporádica, mais comum no Ocidente, manifesta-se tipicamente como uma massa abdominal volumosa, envolvendo a região ileocecal, podendo causar dor e obstrução intestinal. Embora possa haver linfonodomegalia, não é a apresentação típica para o cenário de crescimento cervical progressivo em adolescentes.

Alternativa b) Incorreta. A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) é a neoplasia maligna mais comum da infância. Embora possa cursar com linfonodomegalia e sintomas constitucionais, o quadro clínico costuma ser dominado por sinais de falência medular, como palidez (anemia), sangramentos/petéquias (plaquetopenia) e febre decorrente de neutropenia funcional, apresentando-se de forma mais aguda e sistêmica do que o descrito.

Alternativa c) Incorreta. Os linfomas de células T em adolescentes, como o linfoma linfoblástico T, apresentam-se frequentemente como uma massa volumosa no

mediastino anterior. Isso gera sintomas de compressão intratorácica, como dispneia, tosse e síndrome da veia cava superior, o que não foi mencionado no enunciado, que foca na região cervical.

Alternativa d) Incorreta. A Leucemia Mielocítica Aguda (LMA) é menos frequente em adolescentes do que a LLA e também se manifesta primariamente por insuficiência da medula óssea (anemia, trombocitopenia e leucopenia/leucocitose com blastos). A linfonodomegalia cervical isolada e progressiva não é o achado clínico cardinal desta patologia.

Alternativa e) Correta. O Linfoma de Hodgkin possui uma distribuição etária bimodal, com o primeiro pico ocorrendo justamente em adolescentes e adultos jovens. A apresentação clínica mais comum (em cerca de 70-80% dos casos) é a linfonodomegalia cervical ou supraclavicular indolor, de consistência firme e crescimento progressivo. A associação com os sintomas B (febre, perda de peso e sudorese noturna) é característica e possui importância tanto diagnóstica quanto prognóstica, tornando esta a hipótese mais provável para o caso.

Questão 11

CONCEITO GERAL: A febre em um paciente pediátrico em tratamento quimioterápico é sempre uma emergência oncológica. O principal risco é a NEUTROPENIA FEBRIL, situação em que o paciente possui uma contagem de neutrófilos muito baixa (geralmente inferior a $500/\text{mm}^3$), tornando-o vulnerável a infecções bacterianas graves que podem evoluir para choque séptico e óbito em poucas horas. O manejo deve ser rápido e agressivo.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) INCORRETA. A conduta de apenas prescrever antitérmico e solicitar o retorno em 24 horas é perigosa e contraindicada. Se o paciente estiver em fase de aplasia medular (neutropenia), o atraso no tratamento pode ser fatal.

Alternativa b) CORRETA. Esta é a conduta padrão recomendada pelos protocolos internacionais (como os da IDSA e ASCO). Diante de um paciente oncológico com febre, devem-se coletar imediatamente exames para avaliação (hemograma para confirmar a neutropenia, marcadores inflamatórios como PCR e culturas de sangue e de outros sítios suspeitos) e iniciar a antibioticoterapia de amplo espectro sem demora. O ideal é que a primeira dose do antibiótico ocorra na chamada "hora de ouro" (dentro de 60 minutos após a admissão).

Alternativa c) INCORRETA. O tratamento com antibióticos orais e alta hospitalar só é

considerado para uma parcela muito pequena de pacientes classificados como de baixo risco, após uma triagem clínica e laboratorial rigorosa. Na chegada ao setor de emergência, a conduta inicial deve ser a estabilização e o uso de medicação endovenosa até que se defina o risco do paciente.

Alternativa d) INCORRETA. Embora os exames devam ser solicitados, não se pode aguardar o resultado do hemograma ou das culturas para iniciar o antibiótico. O tratamento deve ser empírico e imediato. O atraso no início da terapia antimicrobiana está diretamente associado ao aumento da mortalidade na neutropenia febril.

Alternativa e) INCORRETA. A tiflíte, ou enterocolite neutropênica, é uma inflamação grave do ceco que pode ocorrer nesses pacientes. No entanto, o tratamento inicial é preferencialmente clínico, envolvendo jejum, hidratação venosa e antibióticos de amplo espectro. A cirurgia é reservada apenas para complicações como perfuração intestinal, hemorragia refratária ou necrose transmural. Além disso, a questão pede a conduta imediata para febre, e não especificamente para um quadro de tiflíte.

Questão 12

O quadro clínico descrito apresenta uma criança de 4 anos com sinais claros de falência medular (anemia evidenciada pela palidez e plaquetopenia evidenciada pelas petéquias) associados a sinais de infiltração extramedular (linfonodomegalias e hepatoesplenomegalia). A presença de dor nas pernas sugere dor óssea por expansão da medula óssea por células neoplásicas. Esse conjunto de achados em um pré-escolar é altamente sugestivo de leucemia.

Alternativa A: Correta. A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) é a neoplasia maligna mais comum da infância, com pico de incidência entre os 2 e 5 anos de idade. A apresentação clássica envolve a tríade de febre, palidez e manifestações hemorrágicas (devido à substituição da medula normal por blastos), além de dores ósseas e organomegalias (fígado, baço e linfonodos). O caso clínico se encaixa perfeitamente neste diagnóstico.

Alternativa B: Incorreta. A anemia aplástica causa pancitopenia (anemia, leucopenia e plaquetopenia), o que explicaria a palidez, febre e petéquias. No entanto, ela se caracteriza por uma medula óssea hipocelular, sem infiltração de tecidos. Portanto, a presença de linfonodomegalias e hepatoesplenomegalia descarta essa hipótese, pois esses achados indicam proliferação ou infiltração celular.

Alternativa C: Incorreta. O Linfoma de Burkitt é um linfoma não Hodgkin de crescimento muito rápido. Embora possa cursar com sintomas sistêmicos, sua

apresentação mais comum é como uma massa abdominal volumosa (forma esporádica) ou acometimento de mandíbula (forma endêmica). A LLA é uma causa muito mais provável para o quadro de falência medular difusa e dor óssea nessa faixa etária.

Alternativa D: Incorreta. A Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) também pode cursar com falência medular e organomegalias. Contudo, na pediatria, a LLA é cerca de 3 a 4 vezes mais frequente que a LMA. Além disso, a dor óssea e o pico de incidência aos 4 anos são características muito mais marcantes da linhagem linfóide (LLA).

Alternativa E: Incorreta. A Púrpura Trombocitopênica Imunológica (PTI) manifesta-se tipicamente com petéquias e equimoses em uma criança que, fora o sangramento cutâneo-mucoso, apresenta-se em bom estado geral. Na PTI não há febre persistente, não há anemia (a menos que haja sangramento vultoso), não há dor óssea e, fundamentalmente, não há hepatoesplenomegalia ou linfonomegalias.

Questão 13

Para resolver essa questão, é fundamental realizar a análise clínica e auxológica dos dados apresentados, focando no alvo genético, na velocidade de crescimento e no estado nutricional.

Cálculo do alvo genético: Para meninos, o cálculo é $(\text{Altura do pai} + \text{Altura da mãe} + 13) / 2$. No caso: $(181 + 172 + 13) / 2 = 183$ cm. O paciente está atualmente no percentil 50 (161 cm), o que está significativamente abaixo do seu potencial genético, que estaria entre os percentis 75 e 90.

Cálculo da Velocidade de Crescimento (VC): O paciente cresceu de 157 cm para 161 cm em um intervalo de 1 ano e 6 meses (1,5 anos). Portanto, 4 cm divididos por 1,5 anos resultam em uma velocidade de crescimento de 2,66 cm/ano. Para um menino na fase pré-puberal, uma VC abaixo de 4 cm/ano é considerada patológica.

Análise do desenvolvimento puberal: O paciente possui testículos de 2 ml pelo orquidômetro de Prader, o que indica que ele ainda é pré-púbere (a puberdade masculina inicia-se com volume testicular maior ou igual a 4 ml). Aos 13 anos e 9 meses, ele apresenta um atraso constitucional da puberdade associado ao déficit de crescimento.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. No Retardo Constitucional do Crescimento e da Puberdade (RCCP), a velocidade de crescimento costuma estar no limite inferior da normalidade para a

idade óssea, mas raramente é tão baixa quanto 2,6 cm/ano sem que haja uma patologia. Além disso, crianças com RCCP são tipicamente magras ou têm peso adequado para a estatura, enquanto este paciente tem IMC no percentil 85 (sobrepeso).

b) Incorreta. Doenças sistêmicas, como a doença celíaca, costumam comprometer o ganho de peso antes de afetarem a estatura. O fato de o paciente ter um IMC elevado (percentil 85) torna causas gastrointestinais ou desabsortivas muito improváveis.

c) Incorreta. A Síndrome de Klinefelter (47, XXY) geralmente cursa com estatura elevada ou normal, membros longos e atraso puberal, mas não com baixa velocidade de crescimento na infância ou pré-puberdade.

d) Correta. A Deficiência de Hormônio de Crescimento (DGH) manifesta-se tipicamente com uma desaceleração importante da velocidade de crescimento. Uma característica clássica em provas de residência é a associação de baixa estatura (ou baixa velocidade de crescimento) com a manutenção do peso ou aumento do IMC (aspecto de boneco de gesso ou criança baixa e com sobrepeso), além do atraso na maturação puberal e na idade óssea.

e) Incorreta. O diagnóstico de falha de crescimento não depende apenas da posição atual no gráfico de percentis, mas sim da dinâmica do crescimento. Uma velocidade de crescimento de 2,6 cm/ano é francamente patológica, e o fato de o paciente estar se distanciando do seu alvo genético (183 cm) confirma que há uma falha de crescimento em curso.

Questão 14

A predição da estatura final de uma criança em investigação por falha de crescimento é uma ferramenta essencial na prática clínica. Para realizar essa estimativa de forma fidedigna, o médico deve considerar o potencial genético, a maturidade biológica e o contexto fisiopatológico do paciente.

A alternativa (a) está incorreta porque a estatura atual da criança, embora importante para o acompanhamento, é um dado estático. Sem a idade óssea, não é possível saber quanto tempo de crescimento essa criança ainda tem antes do fechamento das epífises.

A alternativa (b) está incorreta, pois ignora o potencial genético herdado. A estatura dos pais é a base para o cálculo da estatura alvo (alvo parental), que define o canal de crescimento esperado para aquele indivíduo específico de acordo com sua

herança familiar.

A alternativa (c) está correta. A estatura dos pais estabelece o alvo genético (o limite superior e inferior esperado). A idade óssea é o principal parâmetro de maturidade esquelética, indicando a idade biológica e a reserva de crescimento (quanto mais jovem a idade óssea em relação à cronológica, maior o tempo potencial de crescimento). A etiologia da falha de crescimento é um parâmetro principal porque o comportamento da curva de crescimento e a resposta ao tratamento dependem diretamente da causa (por exemplo, deficiência de hormônio de crescimento, doença celíaca ou síndromes genéticas como a de Turner têm impactos distintos na estatura final).

A alternativa (d) está incorreta porque omite o parâmetro genético (estatura dos pais). Sem saber a altura da família, não há um ponto de referência para determinar se a estatura final estimada está dentro do esperado para aquele patrimônio genético.

A alternativa (e) está incorreta. Apesar de a estatura dos pais, a estatura da criança e a idade óssea serem componentes de fórmulas clássicas de predição (como o método de Bayley-Pinneau), a questão foca no cenário de falha de crescimento. Nesse contexto clínico, a etiologia (diagnóstico) é o fator que valida ou altera completamente a projeção de estatura, sendo indispensável para uma estimativa correta do prognóstico.

Questão 15

A cetoacidose diabética (CAD) é uma emergência médica caracterizada por hiperglicemia, acidose metabólica e cetonemia. O manejo terapêutico segue uma hierarquia de prioridades para evitar complicações graves, como o choque hipovolêmico e o edema cerebral.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a insulina seja fundamental para interromper a cetogênese e reduzir a glicemia, ela não é o primeiro passo. Administrar insulina antes de iniciar a hidratação pode agravar o choque hipovolêmico, pois a glicose entra nas células acompanhada de água, reduzindo ainda mais o volume intravascular. Além disso, a insulina só deve ser iniciada após a verificação dos níveis de potássio, para evitar hipocalcemia severa.

Alternativa (b) Correta: A correção da desidratação é a medida inicial mais importante. Pacientes com CAD apresentam um déficit hídrico acentuado devido à diurese osmótica. A reposição volêmica imediata com solução salina isotônica visa restaurar a perfusão tecidual, melhorar a função renal para a excreção de glicose e

cetonas e diminuir a resistência periférica à insulina.

Alternativa (c) Incorreta: Apesar de o potássio sérico poder estar elevado ou normal na admissão (devido à saída do íon da célula pela acidose e deficiência de insulina), o estoque corporal total de potássio está invariavelmente depletado. Assim que o tratamento com insulina e fluidos começa, o potássio retorna rapidamente para o meio intracelular. Por isso, a reposição de potássio é quase sempre necessária durante o tratamento, assim que os níveis séricos baixam para valores entre 5,0 e 5,2 mEq/L e o paciente apresenta diurese.

Alternativa (d) Incorreta: O uso de glicose endovenosa é uma etapa obrigatória no tratamento da CAD. Quando a glicemia atinge valores próximos a 200-250 mg/dL, deve-se adicionar glicose (soro glicosado a 5%) à hidratação venosa. Isso permite que a infusão de insulina seja mantida para resolver a acidose e a cetonemia sem causar hipoglicemia no paciente.

Alternativa (e) Incorreta: O uso de bicarbonato não é fundamental e é desaconselhado na maioria dos casos. Ele está reservado apenas para situações de acidose extrema (pH inferior a 6,9), pois o tratamento com hidratação e insulina permite que o próprio organismo metabolize os cetoácidos e regenere o bicarbonato endógeno. O uso indiscriminado de bicarbonato pode aumentar o risco de edema cerebral e hipocalcemia.

Questão 16

Análise do Quadro Clínico:

O paciente é um recém-nascido (RN) de 5 dias com sinais claros de sepse e meningite neonatal (febre, irritabilidade, dificuldade de sucção, fontanela tensa e hipotonia). O exame de Líquor confirma o diagnóstico de meningite bacteriana, apresentando pleocitose com predomínio de polimorfonucleares, hiperproteinorraquia e hipoglicorraquia. No período neonatal (0 a 28 dias), os principais agentes etiológicos envolvidos são o *Streptococcus agalactiae* (Grupo B), a *Escherichia coli* (e outros Gram-negativos entéricos) e a *Listeria monocytogenes*.

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. A Ceftriaxona é contraindicada no período neonatal, especialmente em RNs com menos de 28 dias. Ela compete com a bilirrubina pelos sítios de ligação na albumina, aumentando o risco de kernicterus (encefalopatia por bilirrubina), além de poder causar precipitação biliar (lama biliar). A Vancomicina não é a droga de primeira escolha para o tratamento empírico comunitário nesta faixa etária.

- b) Incorreta. Embora a Cefotaxima cubra bem Gram-negativos e o Estreptococo do Grupo B, este esquema carece da Ampicilina, que é fundamental para a cobertura da *Listeria monocytogenes* e do *Enterococcus*, patógenos importantes no primeiro mês de vida.
- c) Incorreta. A Ampicilina cobre *Listeria* e GBS, mas a Vancomicina não oferece a cobertura necessária para os bacilos Gram-negativos entéricos (como a *E. coli*), que são causas frequentes de meningite neonatal. Para isso, seria necessário associar um aminoglicosídeo (como Gentamicina) ou uma cefalosporina de terceira geração (como Cefotaxima).
- d) Incorreta. Este esquema utiliza antibióticos de espectro excessivamente amplo (carbapenêmico e penicilina com inibidor de betalactamase), geralmente reservados para infecções hospitalares graves, multirresistentes ou refratárias ao tratamento inicial. Não é a recomendação de primeira linha para meningite neonatal comunitária.
- e) Correta. Este é o esquema clássico para meningite bacteriana no período neonatal. A Ampicilina é incluída obrigatoriamente para cobrir *Listeria monocytogenes* e *Enterococos*. A Cefotaxima (uma cefalosporina de terceira geração) é o substituto ideal para a ceftriaxona no RN, pois oferece excelente penetração no sistema nervoso central e cobertura contra Gram-negativos e *Streptococos* do Grupo B, sem os riscos de toxicidade biliar e kernicterus associados à ceftriaxona. Outra opção aceitável seria a associação de Ampicilina com Gentamicina.

Questão 17

A questão aborda a relação entre os hábitos alimentares modernos e o aumento da incidência de litíase urinária na população pediátrica. O ponto central para a resolução é compreender como os componentes dos alimentos industrializados interferem na fisiologia renal.

O principal componente dos produtos alimentícios industrializados (ultraprocessados) que impacta a formação de cálculos é o sódio. O consumo excessivo de sal está diretamente ligado à excreção urinária de cálcio. No túbulo renal, o sódio e o cálcio compartilham mecanismos de reabsorção; assim, uma carga elevada de sódio filtrado inibe a reabsorção tubular de cálcio, levando ao aumento deste na urina.

Análise das alternativas:

- a) Hipocitratúria: O citrato é um importante inibidor da cristalização urinária. Embora dietas ricas em proteínas animais (comuns em produtos industrializados) possam reduzir os níveis de citrato ao gerar uma carga ácida, a associação mais direta e

clássica solicitada pela questão, referente ao consumo de produtos industrializados e seu alto teor de sódio, aponta para a hipercalciúria.

b) Hipercalciúria: Alternativa correta. A hipercalciúria idiopática é a alteração metabólica mais comum em crianças com litíase. O aumento do consumo de alimentos processados eleva drasticamente a ingestão de sódio. Como a excreção urinária de sódio e cálcio está correlacionada, o excesso de sal na dieta provoca hipercalciúria secundária, favorecendo a supersaturação da urina e a formação de cálculos de oxalato ou fosfato de cálcio.

c) Hiperuricosúria: Refere-se ao excesso de ácido úrico na urina. Pode estar associada ao consumo excessivo de frutose (xarope de milho presente em refrigerantes e doces) ou proteínas, mas não é a alteração metabólica primariamente descrita como consequência direta do alto teor de sódio dos industrializados na pediatria.

d) Cistinúria: É uma doença genética autossômica recessiva causada por um defeito no transporte tubular renal de aminoácidos dibásicos (cistina, ornitina, lisina e arginina). Não possui relação com o consumo de alimentos industrializados ou fatores dietéticos ambientais.

e) Hiperossalúria: Pode ser primária (genética) ou secundária (ingestão excessiva de precursores ou aumento da absorção intestinal). Embora a dieta influencie os níveis de oxalato, a correlação fisiopatológica mais robusta com o aumento global de casos devido a alimentos processados e ricos em sódio é a hipercalciúria.

Questão 18

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um lactente com baixo ganho ponderal, episódios de desidratação e vômitos, o que sugere uma patologia sistêmica ou renal crônica. O ponto-chave para o diagnóstico está nos exames complementares:

1. Acidose metabólica com hipocalemia: Indica perda de base (bicarbonato) ou ganho de ácido, associada à perda de potássio.
2. Glicosúria com função renal normal: Quando há glicose na urina sem que os níveis sanguíneos de glicose estejam elevados (hiperglicemia), sabemos que o problema está na reabsorção tubular proximal de glicose.
3. Proteinúria: Reforça a lesão tubular, pois proteínas de baixo peso molecular deixam de ser reabsorvidas no túbulo proximal.
4. pH urinário de 5: Este dado é fundamental. Ele mostra que o túbulo distal ainda é

capaz de acidificar a urina.

Esses achados compõem a Síndrome de Fanconi, que é o conjunto de disfunções do túbulo contorcido proximal (perda de glicose, aminoácidos, fosfato, bicarbonato e ácido úrico). A manifestação de acidose tubular renal decorrente dessa falha proximal é classificada como tipo 2.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A Acidose Tubular Renal (ATR) tipo 2, ou proximal, ocorre devido à incapacidade do túbulo proximal em reabsorver o bicarbonato filtrado. Como o túbulo proximal também é responsável pela reabsorção de glicose e proteínas, sua disfunção frequentemente causa glicosúria e proteinúria tubular, mesmo com glicemia normal. O pH urinário pode estar baixo (menor que 5,5) porque, uma vez que o nível de bicarbonato no sangue cai abaixo do limiar de reabsorção, o túbulo distal (que está íntegro) consegue secretar íons H^+ e acidificar a urina.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Cetoacidose diabética: Embora cause glicosúria e acidose metabólica, o exame de urina do paciente mostra corpos cetônicos negativos. Além disso, a glicosúria na cetoacidose é secundária à hiperglicemia acentuada, e não a um defeito renal primário.

b) Acidose tubular renal tipo 1: A ATR tipo 1 (distal) ocorre por incapacidade do túbulo distal de secretar íons H^+ . A principal diferença é que, na tipo 1, o pH urinário é obrigatoriamente alcalino (maior que 5,5), pois o rim não consegue acidificar a urina. Além disso, a ATR tipo 1 não costuma apresentar glicosúria.

c) Diabetes insipidus nefrogênico: Caracteriza-se pela incapacidade de concentrar a urina devido à resistência à ação do ADH. Causa poliúria, desidratação e densidade urinária baixa, mas não justifica a acidose metabólica, a glicosúria ou a proteinúria observadas no caso.

e) Síndrome de Bartter: É uma tubulopatia que cursa com hipocalemia, mas o distúrbio ácido-básico característico é a ALCALOSE metabólica (semelhante ao uso crônico de diuréticos de alça), e não a acidose metabólica.

Questão 19

Análise do caso clínico:

Estamos diante de uma paciente de 10 anos com diagnóstico de hipertensão arterial (níveis acima do percentil 95). O ponto crucial para a decisão terapêutica neste caso é a presença de lesão de órgão-alvo, evidenciada pelo ecocardiograma que revelou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo.

Alternativa (a): Correta. De acordo com as diretrizes de hipertensão na infância e adolescência, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado, associado às mudanças de estilo de vida, em pacientes que apresentam hipertensão com lesão de órgão-alvo (como a hipertrofia ventricular esquerda), hipertensão estágio 2, hipertensão sintomática ou naqueles com hipertensão estágio 1 que não respondem às mudanças de estilo de vida. A presença de alteração estrutural cardíaca impõe a necessidade de controle pressórico imediato e eficaz para reverter ou impedir a progressão do dano.

Alternativa (b): Incorreta. A conduta de apenas observar a evolução com mudanças de estilo de vida seria adequada para casos de hipertensão estágio 1 sem evidência de lesão em órgãos-alvo. Havendo hipertrofia ventricular, o atraso no início da medicação coloca a paciente em risco cardiovascular desnecessário.

Alternativa (c): Incorreta. A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é uma ferramenta excelente para confirmar o diagnóstico (excluir hipertensão do avental branco) ou avaliar o perfil circadiano. Entretanto, neste cenário, a hipertensão já se manifestou de forma sustentada a ponto de causar repercussão anatômica (hipertrofia), o que já confirma a patologia e indica o tratamento medicamentoso.

Alternativa (d): Incorreta. A fundoscopia é um exame complementar para pesquisar retinopatia hipertensiva, que também é uma lesão de órgão-alvo. Embora possa ser solicitada na avaliação completa da paciente, ela não é o passo decisivo para a conduta neste momento, pois a lesão cardíaca já encontrada já é suficiente para indicar o início do anti-hipertensivo.

Alternativa (e): Incorreta. Embora o ganho de peso e o sobrepeso sugiram um risco metabólico aumentado, a prioridade absoluta diante de uma hipertrofia de ventrículo esquerdo é o controle dos níveis tensionais. O tratamento de uma eventual dislipidemia seria um adjunto, mas não resolve a causa da lesão cardíaca apresentada.

Questão 20

Texto Original:

A questão aborda a transição vacinal entre a vacina HPV quadrivalente (HPV4), disponível no sistema público, e a vacina HPV nonavalente (HPV9), disponível na rede privada. A HPV9 amplia a proteção, cobrindo cinco sorotipos adicionais (31, 33, 45, 52 e 58), além dos quatro já presentes na HPV4 (6, 11, 16 e 18).

Alternativa a: Incorreta. O intervalo de 15 dias entre a vacina HPV4 e o início da HPV9 é insuficiente. Para garantir que não haja interferência na resposta imunológica e para monitorar possíveis eventos adversos de forma isolada, recomenda-se um intervalo maior. Além disso, o intervalo de 30 dias entre as doses da HPV9 não é o padrão recomendado pelos calendários vacinais.

Alternativa b: Incorreta. Um intervalo de 30 dias após a HPV4 ainda é considerado insuficiente para a transição entre esses imunizantes. Além disso, uma dose única de HPV9 não seria suficiente para conferir imunidade robusta e duradoura contra os cinco novos tipos de HPV incluídos na vacina nonavalente.

Alternativa c: Incorreta. Não se recomenda a aplicação concomitante ou sem intervalo entre esquemas de diferentes fabricantes para o mesmo fim (intercambiabilidade/ampliação). O esquema de dose única também é inadequado para o objetivo de obter a proteção completa da vacina nonavalente neste contexto de migração.

Alternativa d: Incorreta. Embora o intervalo de 60 dias esteja correto conforme as orientações de sociedades científicas (como a SBIIm), a administração de apenas uma dose da vacina HPV9 é insuficiente. Para que o indivíduo seja considerado imunizado contra os sorotipos extras, é necessário completar o esquema vacinal proposto para o novo imunizante.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa reflete a orientação de especialistas e sociedades de imunizações. Quando um paciente inicia a vacinação com a HPV4 e opta por migrar para a HPV9 para ampliar a cobertura, deve-se respeitar um intervalo mínimo de 60 dias (2 meses) após a última dose da HPV4. Após esse período, inicia-se o esquema da HPV9. Para adolescentes, o esquema de duas doses (com intervalo de 6 meses entre elas) é amplamente aceito e recomendado para garantir a soroconversão necessária para os tipos virais adicionais, aproveitando a excelente resposta imunológica nessa faixa etária.

Questão 21

Alternativa (b) - Correta: A Ouvidoria-Geral do SUS é o canal institucional especificamente desenhado para ser o instrumento de cidadania e o elo entre o usuário e a gestão. Sua função principal é acolher as manifestações individuais, como reclamações, denúncias, sugestões ou elogios, mediando conflitos e buscando soluções para problemas pontuais (como a dificuldade em marcar consultas). Além disso, a Ouvidoria transforma essas demandas em relatórios que auxiliam o gestor na tomada de decisões e na melhoria dos serviços.

Alternativa (a) - Incorreta: O Conselho Municipal de Saúde é uma instância de controle social com caráter deliberativo e permanente. Sua função é atuar na formulação de estratégias, no controle da execução das políticas de saúde e na fiscalização financeira. O Conselho trata de questões coletivas e diretrizes gerais, não sendo o canal administrativo primário para o processamento de queixas individuais sobre a marcação de consultas.

Alternativa (c) - Incorreta: O Denasus (Departamento Nacional de Auditoria do SUS) é o braço do Sistema Nacional de Auditoria. Sua finalidade é auditar e fiscalizar a aplicação dos recursos federais do SUS e a conformidade técnica dos serviços. Embora possa investigar irregularidades graves, ele não funciona como um serviço de atendimento ao cidadão para a resolução de demandas assistenciais individuais.

Alternativa (d) - Incorreta: O Ministério Público é uma instituição jurídica externa ao SUS. Ele atua na defesa da ordem jurídica e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Embora o cidadão possa recorrer ao MP para garantir seu direito à saúde (judicialização), esta é uma via externa e geralmente utilizada após o esgotamento das vias administrativas institucionais ou em casos de omissão grave do Estado.

Alternativa (e) - Incorreta: A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão gestor responsável pela execução das ações de saúde. Embora seja a responsável final pela organização do serviço, a questão pede o "canal institucional" e "instrumento de gestão participativa" específico para o acolhimento da manifestação. Dentro da estrutura da Secretaria, esse canal é justamente a Ouvidoria. Portanto, a alternativa (b) é mais específica e tecnicamente correta.

Questão 22

Esta questão aborda os fundamentos da Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente o manejo de sintomas indiferenciados e a aplicação da Prevenção Quaternária. O caso apresenta uma paciente jovem, sem sinais de alerta ("red flags"), com uma queixa de dor musculoesquelética inespecífica e de curta duração.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Solicitar um painel extenso de exames sem justificativa clínica (ausência de trauma, sinais inflamatórios ou febre) configura prática de sobrediagnóstico e sobretratamento. Isso expõe a paciente a custos desnecessários e ao risco de "incidentalomas" (achados de imagem sem relevância clínica que geram ansiedade e novas intervenções), violando o princípio da Prevenção Quaternária.

b) Incorreta. A Coordenação do Cuidado e a Integralidade não significam encaminhamento imediato para o especialista. O médico de família e comunidade deve ter resolutividade, tratando a maioria dos casos na própria Unidade Básica. O encaminhamento ao ortopedista só estaria indicado após falha do tratamento inicial ou se houvesse sinais de gravidade/especificidade que justificassem a avaliação secundária.

c) Incorreta. Embora a prescrição de analgésicos e orientações seja adequada, a solicitação imediata de fisioterapia e o uso prolongado de AINE (10 dias) para uma dor vaga e sem diagnóstico definido podem ser precoces. Além disso, a alternativa foca apenas na conduta medicamentosa, ignorando a ferramenta do "tempo" como recurso diagnóstico.

d) CORRETA. Esta alternativa aplica o conceito de Prevenção Quaternária e o uso do tempo como ferramenta clínica. Em queixas vagas e sem sinais de alarme na APS, o "manejo expectante" (watchful waiting) permite observar a evolução natural da condição, evitando exames e intervenções desnecessárias para quadros que frequentemente são autolimitados. O retorno agendado garante a segurança do paciente (Longitudinalidade) e permite reavaliar a necessidade de investigação caso os sintomas persistam ou piorem.

e) Incorreta. Atender a solicitações de exames desnecessários apenas para "tranquilizar" o paciente ou "fortalecer o vínculo" é uma conduta tecnicamente inadequada. O verdadeiro fortalecimento do vínculo ocorre através de uma comunicação clara, explicando o raciocínio clínico, os riscos de exames desnecessários e garantindo o acompanhamento contínuo da paciente. O médico deve basear sua prática na evidência clínica, não apenas na vontade do usuário.

Questão 23

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda a organização do cuidado em Saúde Mental dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco no trabalho em equipe e nos atributos fundamentais do cuidado.

Alternativa A (CORRETA): O caso descreve perfeitamente a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é uma estratégia de cuidado que envolve a discussão de um caso complexo por uma equipe multiprofissional, buscando propostas terapêuticas articuladas para um indivíduo específico, considerando suas singularidades e contexto social. A atuação da enfermeira demonstra a longitudinalidade (continuidade do vínculo ao longo do tempo) e a coordenação do cuidado (capacidade da equipe de integrar os diversos pontos de atenção e ofertas terapêuticas, como a medicação injetável aceita pela paciente).

Alternativa B (INCORRETA): Embora o diagnóstico e a prescrição sejam importantes, o sucesso terapêutico no manejo de transtornos mentais graves na APS depende fundamentalmente do vínculo e da clínica ampliada. Tratar as ações de vínculo como secundárias contraria as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No caso, foi justamente o vínculo que permitiu a adesão ao tratamento.

Alternativa C (INCORRETA): A internação compulsória é uma medida extrema, reservada para situações de risco iminente de auto- ou heteroagressividade, quando todos os recursos extra-hospitalares foram esgotados. A presença de um menor no domicílio exige acompanhamento e proteção, mas não justifica, isoladamente, a internação. O manejo domiciliar e ambulatorial bem-sucedido, como mostrado no relato, prova que a internação não era a primeira indicação.

Alternativa D (INCORRETA): O foco do cuidado deve ser sistêmico, envolvendo tanto a paciente quanto sua rede de apoio (família). Isolar a intervenção apenas na família e considerar a recusa medicamentosa da paciente como uma falha estrutural familiar é uma visão reducionista. A recusa fazia parte da psicopatologia da paciente (delírios persecutórios) e foi superada por meio da negociação e adaptação do tratamento.

Alternativa E (INCORRETA): O enunciado afirma o oposto desta alternativa. O diagnóstico permitiu o direcionamento correto da estratégia, e a intervenção da equipe, especialmente da enfermeira, fortaleceu o vínculo em vez de quebrá-lo. Não há evidências no texto de que o diagnóstico tenha sido precipitado, mas sim de que houve uma construção progressiva de cuidado que resultou na aceitação do tratamento pela paciente.

Questão 24

Para compreender essa questão, o foco deve estar na organização da Atenção Primária à Saúde (APS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e na diferenciação clínica da dor torácica. O paciente apresenta uma dor nitidamente atípica (tipo pontada, duração de segundos, sem relação com esforço), está clinicamente estável e possui fatores de risco (HAS e DM) que devem ser gerenciados na própria Unidade Básica de Saúde.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A APS deve ser resolutiva em até 80-90% dos casos. Encaminhar toda dor torácica, especialmente aquela com características claramente não anginosas e em paciente estável, fere o princípio da resolutividade e sobrecarrega desnecessariamente o nível secundário. O médico de família tem competência para realizar a investigação inicial e o manejo clínico.

Alternativa B: Incorreta. O quadro tem evolução de 2 meses, com episódios de curtíssima duração (segundos) e sem sinais de instabilidade clínica ou eletrocardiográfica. Não há indicação de emergência ou suspeita de Síndrome Coronariana Aguda que justifique o envio ao pronto-socorro. O encaminhamento à urgência deve ser reservado para dores de início súbito, persistentes ou com sinais de gravidade.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve exatamente o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF). O médico deve realizar a estratificação de risco cardiovascular (usando escores como o de Framingham ou o Escore de Risco de Hartvigsen), otimizar o tratamento das comorbidades já existentes (hipertensão e diabetes) e monitorar o paciente. O encaminhamento deve ser uma decisão baseada em critérios de gravidade, na necessidade de exames de maior complexidade não disponíveis na rede básica ou quando o manejo clínico na APS não atinge os objetivos terapêuticos.

Alternativa D: Incorreta. Embora o seguimento na APS esteja correto, a afirmação "sem estratificação formal" está errada. Todo paciente hipertenso e diabético com queixa torácica precisa de uma estratificação de risco cardiovascular criteriosa para guiar a intensidade do tratamento e as metas terapêuticas.

Alternativa E: Incorreta. No fluxo do SUS, a solicitação de exames de imagem avançados (como angiotomografia de coronárias ou ressonância cardíaca) geralmente não é atribuição direta da APS antes de uma avaliação clínica e estratificação básica. Além disso, exames subsidiários devem seguir uma lógica de necessidade clínica e não ser um pré-requisito burocrático para um encaminhamento.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 25

O tema central desta questão envolve os conceitos fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), especificamente a territorialização, os determinantes sociais de saúde e a intersetorialidade. A situação descrita mostra um problema de saúde pública (diarreia e dermatoses) causado por fatores ambientais (esgoto e lixo).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: INCORRETA. Esta abordagem é puramente biomédica e curativa. Embora a assistência clínica seja necessária para as crianças doentes, focar apenas em consultas e medicamentos não resolve a causa raiz do surto. Manter apenas essa conduta criaria um ciclo vicioso de reinfecção, pois os fatores determinantes (exposição ao esgoto e lixo) continuariam presentes no território.

Alternativa B: CORRETA. Esta é a ação mais abrangente e condizente com os princípios da APS. O conceito de território na ESF não é apenas geográfico, mas socioambiental. Ao identificar que o problema advém do saneamento precário, a equipe deve agir sobre os Determinantes Sociais de Saúde. A intersetorialidade (articulação com outros setores, como a Secretaria de Saneamento) e a participação social (articulação com a associação de moradores) são as ferramentas corretas para intervir na causa do problema e promover saúde de forma sustentável.

Alternativa C: INCORRETA. O enunciado já afirma que as campanhas de orientação e higiene estão sendo realizadas e mostram-se insuficientes. A educação em saúde é fundamental, mas não substitui a necessidade de infraestrutura básica. Culpar apenas o comportamento individual (higiene) quando existe um problema estrutural (esgoto a céu aberto) ignora a responsabilidade do Estado e a realidade do território.

Alternativa D: INCORRETA. Assim como a alternativa A, esta foca na qualificação técnica para o diagnóstico e tratamento (atuação clínica). Embora a educação continuada seja importante para a equipe, o problema descrito não é a falta de capacidade técnica dos médicos ou enfermeiros em diagnosticar diarreia, mas sim a persistência de um foco infeccioso ambiental que precisa de intervenção extraclínica.

Alternativa E: INCORRETA. Esta alternativa apresenta uma visão distorcida e limitada de territorialização. O território na APS deve considerar as vulnerabilidades e riscos, e não apenas limites cartográficos ou conveniência de distância da unidade.

Concentrar visitas apenas perto da unidade fere o princípio da equidade, pois muitas vezes as populações em áreas de maior risco socioambiental (como as margens do córrego) estão mais distantes ou em locais de difícil acesso.

SÍNTESE: A resolução do problema na Comunidade da Colina exige que a equipe de saúde transcenda os muros da unidade básica e atue na gestão do território, utilizando a intersetorialidade para modificar as condições de vida que geram as doenças. Por isso, a articulação para melhorias no saneamento é a resposta correta.

Questão 26

Esta questão exige do candidato o conhecimento sobre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o princípio da equidade, e a compreensão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Os relatos apresentados pela gestora Ana ilustram barreiras fundamentais que impedem o alcance de melhores indicadores de saúde para esse grupo específico.

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa reproduz a lógica do Relato 1, que transfere a responsabilidade pelos maus indicadores para a própria população (culpabilização da vítima). O conceito de barreira cultural intrínseca ignora que o sistema de saúde deve ser poroso e adaptável às diversidades, e que a dificuldade de adesão muitas vezes é fruto de um atendimento que não reconhece as especificidades e as necessidades do paciente.

Alternativa b) Incorreta. Embora o financiamento seja um desafio crônico no SUS, os relatos apresentados não apontam para a falta de recursos financeiros ou de pessoal como o nó crítico. O problema identificado é de ordem qualitativa, ética e técnica: a forma como o cuidado é percebido e entregue pelos profissionais já contratados.

Alternativa c) Incorreta. O racismo na saúde não se limita a atos individuais de preconceito ou a profissionais isolados. Os relatos demonstram um problema sistêmico e institucional. O Relato 2 mostra um desconhecimento conceitual sobre equidade, e o Relato 3 aponta uma falha na educação permanente da instituição. Portanto, a remoção pontual de indivíduos não resolveria a lacuna de formação e a cultura organizacional instalada.

Alternativa d) Incorreta. A PNSIPN não é inadequada ou puramente teórica; ela é um instrumento necessário para corrigir distorções históricas. O problema, como evidenciado no Relato 3, não é a política em si, mas a sua falta de implementação prática, a ausência de treinamento e o desconhecimento das equipes sobre como utilizar os dados de raça/cor para planejar ações de saúde eficazes.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa sintetiza perfeitamente os três relatos sob a ótica do racismo estrutural. O Relato 1 expressa o estereótipo e a culpabilização da vítima. O Relato 2 revela a incompreensão do princípio da equidade sob o manto de uma falsa neutralidade (tratar todos de forma igual quando existem necessidades diferentes gera mais desigualdade). O Relato 3 escancara o racismo institucional, em que a falta de preparo e de diretrizes claras impede que a coleta de dados se transforme em cuidado efetivo. O racismo estrutural molda as relações e os processos de trabalho, resultando em barreiras de acesso e menor qualidade assistencial para a população negra.

Questão 27

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão descreve um cenário típico da Prática Clínica na Atenção Primária à Saúde (APS), onde a equipe deve gerenciar um paciente complexo com múltiplas comorbidades que transita por diferentes níveis de assistência (especialistas focais e hospital). O foco da descrição está no gerenciamento das informações, na continuidade do cuidado e na comunicação entre os profissionais. Esses elementos são os pilares de um dos atributos essenciais da APS.

ALTERNATIVA A (CORRETA)

A coordenação é o atributo evidenciado. Ela se define pela capacidade da APS de organizar e integrar o cuidado, servindo como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. As ações de revisar interações medicamentosas de diferentes especialistas, evitar a duplicidade de exames, compartilhar o plano terapêutico via prontuário eletrônico e estabelecer critérios de reencaminhamento são as funções clássicas de coordenador do fluxo e das informações clínicas. O objetivo é garantir que o paciente não receba orientações contraditórias e que seu cuidado seja contínuo, independentemente de onde ele seja atendido.

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

A longitudinalidade refere-se ao vínculo interpessoal e à relação de confiança estabelecida entre o paciente e sua equipe de referência ao longo do tempo. Embora o acompanhamento na UBS seja importante, o enunciado foca especificamente na articulação entre a UBS, os especialistas e o hospital, o que caracteriza a coordenação, e não apenas o vínculo temporal.

ALTERNATIVA C (INCORRETA)

A integralidade pressupõe que a equipe de saúde reconheça todas as necessidades do indivíduo, abordando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, além de considerar as dimensões biopsicossociais. Embora a equipe esteja cuidando de diversas patologias, as ações descritas (revisão de prontuário, relatórios e fluxos) estão mais voltadas para a organização do sistema de saúde do que para a amplitude da oferta de serviços.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

O acesso de primeiro contato significa que a APS deve ser a porta de entrada preferencial e acessível para cada nova necessidade de saúde ou problema. No caso apresentado, o paciente já possui diagnósticos estabelecidos e está em acompanhamento. O foco da questão é o que acontece após a alta hospitalar e a interface com o setor secundário, e não a facilidade de entrada no sistema.

ALTERNATIVA E (INCORRETA)

A orientação familiar ocorre quando a equipe considera a família como o sujeito da atenção, avaliando a dinâmica domiciliar, o contexto social e o apoio de cuidadores na tomada de decisão clínica. O enunciado não fornece dados sobre a família do paciente ou como a equipe interagiu com seus parentes, focando exclusivamente no manejo técnico-administrativo do caso clínico.

Questão 28

A questão aborda um cenário clássico na Atenção Primária à Saúde (APS): a demanda espontânea por exames de rastreio sem indicação clínica. O foco está no conceito de Prevenção Quaternária, que consiste na detecção de indivíduos em risco de medicalização excessiva para protegê-los de intervenções médicas desnecessárias e sugerir alternativas eticamente aceitáveis.

Alternativa A: Incorreta. Solicitar exames desnecessários como forma de "conciliação" ou "negociação" fere o princípio da prevenção quaternária. Mesmo que o médico peça apenas uma parte, ele ainda submete a paciente a riscos de resultados falsos-positivos e procedimentos invasivos subsequentes para investigar achados incidentais sem relevância clínica.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta que melhor define a prevenção quaternária e a Medicina Baseada em Evidências. O médico deve atuar como um filtro, protegendo a paciente da iatrogenia (dano causado pela intervenção médica). Exames como marcadores tumorais e tomografia em pacientes assintomáticas e sem risco têm baixíssimo valor preditivo positivo, gerando ansiedade e a "cascata diagnóstica"

(uma investigação que leva a outra, aumentando o risco de complicações). Além disso, o PSA (Antígeno Prostático Específico) sequer tem indicação biológica para mulheres, reforçando que o pedido é inadequado. A abordagem correta é educar a paciente e realizar apenas os rastreios validados para a idade (como câncer de colo do útero e, dependendo da diretriz, mama).

Alternativa C: Incorreta. O encaminhamento para um especialista focal para definir exames de rotina sobrecarrega o sistema de saúde, descaracteriza o papel do médico de família e comunidade e não resolve o problema da medicalização. Pelo contrário, pode reforçar na paciente a ideia de que ela realmente precisa de uma investigação exaustiva.

Alternativa D: Incorreta. O princípio da autonomia do paciente não é absoluto e não obriga o médico a realizar condutas tecnicamente inadequadas ou potencialmente prejudiciais. O médico tem o dever ético de não causar dano (não maleficência). Aceitar o pedido integralmente ignora as evidências científicas e expõe a paciente a riscos desnecessários.

Alternativa E: Incorreta. Esta alternativa propõe o oposto da prevenção quaternária. Instituir rotinas anuais de marcadores tumorais (como o CEA, que não serve para rastreio, mas para acompanhamento pós-tratamento) e exames de imagem em pacientes sem fatores de risco é uma prática de sobremedicalização que gera altos custos e muitos danos à saúde pública e individual.

Questão 29

A conduta vacinal em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) baseia-se na contagem de linfócitos T CD4+ e na necessidade de proteção ampliada devido ao maior risco de complicações por doenças infecciosas. No caso descrito, o paciente apresenta CD4 de 480 células/microlitro, o que indica uma competência imunológica suficiente para receber tanto vacinas inativadas quanto vacinas de vírus vivos atenuados.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Indicar apenas hepatite B e influenza é insuficiente. O paciente, sem registros vacinais desde a adolescência, precisa de reforço contra tétano e difteria (dT), proteção contra o sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral) e proteção contra o pneumococo, que é uma das principais causas de pneumonia e meningite nessa população.

Alternativa b: Incorreta. A vacinação pneumocócica não deve ser adiada. PVHIV possuem indicação formal e prioritária para o esquema sequencial com a vacina

pneumocócica conjugada (VPC13) e a polissacarídica (VPP23), visando reduzir o risco de doença pneumocócica invasiva.

Alternativa c: Incorreta. O conceito de evitar qualquer vacina de vírus vivo por precaução em PVHIV está ultrapassado. As recomendações atuais do Ministério da Saúde permitem o uso de vacinas de vírus vivos, como a tríplice viral, desde que o paciente não apresente imunodeficiência grave. O limiar de segurança é uma contagem de CD4 maior ou igual a 200 células/microlitro.

Alternativa d: Incorreta. A tríplice viral pode e deve ser administrada em PVHIV que possuam contagem de CD4 superior a 200 células/microlitro. A restrição absoluta a esta vacina privaria o paciente de proteção necessária contra o sarampo e a rubéola. Além disso, o esquema para hepatite B e pneumococo é necessário, mas não exclui as outras vacinas.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa descreve o manejo vacinal completo e adequado para um adulto com HIV e CD4 preservado (480 células/microlitro). O plano inclui:

1. Tríplice viral: Permitida e indicada devido ao CD4 acima de 200.
2. Hepatite B: Esquema completo é fundamental (em PVHIV, frequentemente se utiliza dose dobrada em 4 doses, mas a alternativa foca na necessidade do esquema completo de 3 doses).
3. dT ou dTpa: Reforço a cada 10 anos é a norma para todos os adultos.
4. Influenza: Vacinação anual recomendada para todas as PVHIV.
5. Esquema sequencial pneumocócico: Uso da vacina conjugada seguida da polissacarídica para ampliar o espectro de proteção contra o *Streptococcus pneumoniae*.

Questão 30

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), sistematizado por Ian McWhinney e Moira Stewart, baseia-se em quatro componentes principais na prática clínica: 1. Explorar a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a enfermidade (sentimentos, ideias, efeito no funcionamento e expectativas - SIFE); 2. Entender a pessoa como um todo (contexto individual e familiar); 3. Elaborar um plano conjunto de manejo (definir o problema, estabelecer metas e papéis); 4. Intensificar a relação entre a pessoa e o médico. A questão foca principalmente na negociação e na validação da experiência da paciente.

Alternativa A - ESTÁ INCORRETA: Esta abordagem é centrada no médico e não na pessoa. Ao classificar sumariamente o artigo como de baixa qualidade e propor um teste terapêutico com betabloqueador (medicamento que a paciente já expressou

medo de usar), o médico ignora as expectativas e os receios da paciente, falhando no componente de encontrar um terreno comum e na construção de um plano conjunto.

Alternativa B - ESTÁ INCORRETA: Adiar decisões e pedir para suspender a dieta sem uma conversa prévia sobre o que aquilo significa para a paciente desconsidera a autonomia e o protagonismo dela em seu próprio cuidado. Além disso, encaminhar precocemente ao neurologista sem tentar resolver a demanda na atenção primária fragmenta o cuidado e não fortalece a relação médico-paciente.

Alternativa C - ESTÁ INCORRETA: Embora o MCCP valorize a autonomia, o médico não deve abandonar as evidências científicas apenas para satisfazer a vontade da paciente. Fornecer um plano alimentar restritivo sem comprovação de eficácia pode ser prejudicial e foge da responsabilidade profissional de orientar práticas baseadas em ciência. O papel do médico é negociar, não apenas ceder.

Alternativa D - ESTÁ CORRETA: Esta alternativa contempla perfeitamente os componentes do MCCP. Validar o interesse da paciente reconhece seus sentimentos e ideias (SIFE). Integrar a revisão crítica do material trazido com as evidências médicas é uma forma de educação em saúde que respeita a inteligência da paciente. Negociar papéis e critérios de sucesso (como definir em quanto tempo a dieta será testada e o que definirá se ela funcionou ou não) é a base do componente de Elaborar um Plano Conjunto de Manejo.

Alternativa E - ESTÁ INCORRETA: Priorizar apenas o que o médico considera importante (gatilhos e triptanos) e ignorar o que a paciente trouxe para a consulta (a dieta e o medo de remédios) fere o princípio de explorar a experiência da pessoa. Ignorar a pauta da paciente para otimizar o tempo compromete a aliança terapêutica e a adesão ao tratamento proposto.

Questão 31

Análise da Questão:

O paciente apresenta um quadro de insônia crônica, caracterizado pela dificuldade em iniciar ou manter o sono por pelo menos três noites por semana há mais de três meses, com prejuízo funcional durante o dia (fadiga e queda de desempenho). O manejo deve seguir as diretrizes atuais que priorizam intervenções com maior segurança e eficácia a longo prazo.

Alternativa (a) CORRETA: De acordo com as recomendações da Academia Americana de Medicina do Sono (AASM), do Colégio Americano de Médicos (ACP) e do Consenso Brasileiro de Insônia, a Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCC-I ou CBT-I) é o tratamento de primeira linha para todos os adultos com insônia crônica. A

TCC-I utiliza técnicas como controle de estímulos, restrição de sono e reestruturação cognitiva, apresentando resultados mais sustentáveis e menos efeitos colaterais do que a terapia farmacológica. O uso de hipnóticos pode ser considerado apenas como adjuvante ou em curto prazo para alívio imediato.

Alternativa (b) INCORRETA: A melatonina possui evidências limitadas e inconsistentes para o tratamento da insônia crônica primária em adultos. Sua principal utilidade clínica está nos distúrbios do ritmo circadiano (como jet lag ou atraso de fase). Portanto, não é considerada a intervenção com maior evidência científica nem o tratamento de primeira linha para este caso.

Alternativa (c) INCORRETA: A trazodona é um antidepressivo com perfil sedativo amplamente utilizado de forma off-label para insônia no Brasil. Contudo, ela não é a medicação de primeira escolha e não possui recomendação superior à TCC-I. Além disso, faltam estudos robustos de larga escala que comprovem sua eficácia e segurança como tratamento isolado para insônia primária em comparação aos tratamentos-padrão.

Alternativa (d) INCORRETA: O uso de antipsicóticos atípicos em baixas doses, como a quetiapina, para tratar insônia sem comorbidades psiquiátricas é fortemente desaconselhado. Essas substâncias apresentam riscos significativos de efeitos colaterais metabólicos (ganho de peso, aumento de glicemia e lipídios) e extrapiramidais, superando os possíveis benefícios no tratamento da insônia isolada.

Alternativa (e) INCORRETA: O zolpidem e outros hipnóticos não benzodiazepínicos devem ser utilizados com cautela, preferencialmente por curtos períodos (2 a 4 semanas). O uso contínuo está associado ao risco de tolerância, dependência, quedas e episódios de sonambulismo ou comportamentos complexos durante o sono. Não deve ser a conduta inicial isolada quando a TCC-I está disponível.

Questão 32

A alternativa correta é a letra (c).

Explicação detalhada:

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT), vinculado ao Ministério da Saúde, coordena a maior rede pública de transplantes do mundo, fundamentada na Lei 9.434/1997 e no Decreto 9.175/2017. O funcionamento da fila é baseado em diretrizes técnicas que visam à justiça, à equidade e à transparência.

Alternativa (a) - Incorreta: Os critérios de prioridade são técnicos e nacionais,

estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e não variam segundo critérios estaduais ou de hospitais específicos. Embora a gestão operacional ocorra por meio das Centrais Estaduais de Transplantes, a norma que rege quem recebe o órgão é federal.

Alternativa (b) - Incorreta: O sistema brasileiro é regido pelos princípios de equidade e universalidade do SUS. É ilegal e antiético qualquer tipo de privilégio baseado em status social, fama ou poder aquisitivo. Pacientes da rede pública e privada concorrem na mesma lista em igualdade de condições.

Alternativa (c) - Correta: A lista é única, o que significa que todos os pacientes que necessitam de um transplante no Brasil estão inscritos no mesmo sistema informatizado, independentemente de estarem em hospitais públicos ou privados. A distribuição é feita de forma regionalizada para minimizar o tempo de isquemia fria do órgão, mas sempre respeitando critérios técnicos de compatibilidade (grupo sanguíneo, peso, altura, HLA), gravidade clínica (urgência) e, como critério de desempate, o tempo de espera.

Alternativa (d) - Incorreta: O tempo de espera não é o único ou o principal critério. Parâmetros clínicos de gravidade são determinantes. Um paciente com insuficiência hepática fulminante ou em choque cardiogênico refratário, por exemplo, é priorizado (ganha "status de urgência") e passa à frente de outros pacientes que estão há mais tempo na fila, mas que apresentam quadro clínico estável.

Alternativa (e) - Incorreta: Os hospitais não possuem autonomia para gerir a fila ou realizar ajustes conforme sua capacidade instalada. Eles são responsáveis por notificar potenciais doadores e cadastrar receptores, mas a seleção de quem receberá cada órgão disponível é feita exclusivamente pelo software do sistema estadual/nacional, seguindo os critérios técnicos preestabelecidos.

Questão 33

ANÁLISE DA QUESTÃO

Esta questão aborda os fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que são os pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). Para responder corretamente, é necessário dominar os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS).

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (e) resume os conceitos fundamentais da APS no Brasil. De acordo com a PNAB, a Atenção Primária deve ser a porta de entrada preferencial e o centro

comunicador da Rede de Atenção à Saúde. Sua organização baseia-se na Estratégia Saúde da Família, que utiliza equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde). A adscrição territorial (definição da área de atuação) e o vínculo longitudinal (acompanhamento do paciente ao longo do tempo) são diretrizes obrigatórias para garantir a continuidade do cuidado e a resolutividade.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A Atenção Primária não pode ser vista apenas como serviço de livre demanda ou pronto atendimento para casos episódicos. Pelo contrário, ela exige territorialização (definição de base geográfica e populacional) e foco na prevenção e acompanhamento crônico, não apenas no atendimento de queixas agudas momentâneas.

Alternativa (b): A Atenção Primária é estruturada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), e não em hospitais gerais. No SUS, o fluxo correto é a Atenção Primária coordenar o cuidado e encaminhar casos de maior densidade tecnológica para os hospitais e especialistas, e não o inverso.

Alternativa (c): A ESF é, por definição, multiprofissional. A PNAB estabelece uma composição mínima para a equipe, sendo impossível dispensar a atuação de enfermeiros, técnicos e agentes comunitários. O foco não é apenas a cobertura médica, mas o cuidado integral e interdisciplinar.

Alternativa (d): A Atenção Básica deve ser capaz de manejar condições crônicas, como diabetes e insuficiência cardíaca, mas ela não é estruturada em unidades especializadas de alta complexidade. A APS caracteriza-se por tecnologias de baixa densidade (equipamentos) e alta complexidade clínica e relacional, sendo o nível primário, e não especializado, da assistência.

Questão 34

Esta questão aborda as diretrizes brasileiras de vigilância epidemiológica e manejo clínico das arbovirose (dengue, zika e chikungunya), temas recorrentes em provas de residência e concursos, especialmente considerando o cenário epidemiológico atual.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): O diagnóstico laboratorial depende da fase clínica. O RT-PCR detecta o genoma viral durante a fase de viremia (fase aguda), geralmente

até o 5º dia do início dos sintomas. Após esse período, utiliza-se a sorologia (IgM). Além disso, a notificação de zika é obrigatória para todos os casos suspeitos, independentemente da gravidade, visando ao monitoramento de complicações como a síndrome congênita e complicações neurológicas.

Alternativa B (Correta): Esta alternativa sintetiza corretamente as normas do Ministério da Saúde. A notificação de dengue, zika e chikungunya é compulsória para todos os casos suspeitos. Grupos de risco, como gestantes, têm prioridade na investigação laboratorial devido aos riscos fetais e obstétricos. O protocolo laboratorial padrão define o uso de métodos diretos (como RT-PCR ou isolamento viral) até o 5º dia do início dos sintomas e métodos indiretos (sorologia IgM/IgG) a partir do 6º dia.

Alternativa C (Incorreta): A chikungunya é uma doença de notificação compulsória em todos os casos suspeitos. Não existe dispensa de notificação em períodos interepidêmicos; pelo contrário, é nesse período que a vigilância deve ser mais rigorosa para identificar precocemente o ressurgimento de surtos.

Alternativa D (Incorreta): A notificação de arboviroses deve ser feita imediatamente após a suspeita clínica. Não se deve aguardar o resultado laboratorial para notificar, pois isso atrasaria as ações de controle vetorial e bloqueio epidemiológico. Além disso, em períodos de epidemia, o diagnóstico pode ser fechado por critério clínico-epidemiológico, sem necessidade de confirmação laboratorial para todos os pacientes.

Alternativa E (Incorreta): A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada e o principal local de manejo das arboviroses. A maioria dos casos (Grupos A e B, sem sinais de alarme ou comorbidades graves) deve ser acompanhada na própria unidade básica. O encaminhamento hospitalar é reservado para casos com sinais de alarme, gravidade ou condições clínicas que exijam observação e hidratação venosa imediata. O encaminhamento universal de casos confirmados sem sinais de alarme causaria o colapso do sistema hospitalar.

Questão 35

Esta questão aborda as normas para o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) no Brasil, um tema frequente em provas de saúde pública e medicina legal. O foco aqui é a responsabilidade do médico assistente em casos de morte natural.

Alternativa A (Correta): De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Ministério da Saúde, em casos de morte natural (causada por doenças), a responsabilidade pela emissão da DO é do médico que vinha prestando assistência

ao paciente. Como o paciente de 87 anos era acompanhado na UBS por doenças crônicas graves (diabetes, hipertensão e DPOC avançada) e faleceu em casa sem indícios de violência, o médico da UBS é o responsável legal por examinar o corpo, constatar o óbito e preencher a DO, indicando a sequência de eventos patológicos que levaram à morte. Não há necessidade de SVO, pois a causa é conhecida, nem de IML, pois não há suspeita de causa externa ou violência.

Alternativa B (Incorreta): O Serviço de Verificação de Óbito (SVO) deve ser acionado apenas em casos de morte natural por causa desconhecida ou mal definida. No caso apresentado, o paciente possuía prontuário e acompanhamento de longa data, o que permite ao médico assistente determinar a provável causa básica e a cadeia de eventos do óbito sem necessidade de necropsia no SVO.

Alternativa C (Incorreta): O Instituto Médico Legal (IML) destina-se exclusivamente a mortes por causas externas (violentas ou suspeitas), como acidentes, homicídios ou suicídios. O simples fato de o óbito ocorrer no domicílio não torna o caso uma indicação para o IML, desde que a morte seja claramente natural e sem sinais de criminalidade.

Alternativa D (Incorreta): Embora o histórico clínico e o prontuário sejam fundamentais para estabelecer a causa da morte, é absolutamente indispensável que o médico faça o exame direto do corpo. O médico não pode emitir uma Declaração de Óbito sem ter constatado pessoalmente a morte e examinado o cadáver para descartar sinais de violência ou causas externas que exigiriam o encaminhamento ao IML.

Alternativa E (Incorreta): A Declaração de Óbito é um documento estritamente médico. O Cartório de Registro Civil utiliza a DO (preenchida pelo médico) para emitir a Certidão de Óbito, que é um documento jurídico. O cartório não tem competência para formalizar o óbito ou definir causas médicas apenas com informações de familiares.

Em resumo, o médico da UBS, na qualidade de médico assistente, tem o dever ético e legal de atestar o óbito de seus pacientes conhecidos em casos de morte natural no domicílio.

Questão 36

Para analisar esta questão, é fundamental conhecer os parâmetros e metas dos principais indicadores de saúde pública utilizados no Brasil. Vamos avaliar cada dado apresentado no relatório:

1. Taxa de Mortalidade Infantil (TMI): O valor de 28 por 1.000 nascidos vivos é considerado alto. Embora o Brasil tenha reduzido significativamente a TMI nas últimas décadas, o patamar atual do país gira em torno de 12 a 13 por 1.000. Valores próximos a 30 indicam precariedade no pré-natal, na assistência ao parto e nas condições de saneamento.

2. Razão de Mortalidade Materna (RMM): O valor de 95 por 100.000 nascidos vivos é muito elevado. A meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, da qual o Brasil é signatário, é reduzir esse indicador para menos de 70 por 100.000 até 2030. No Brasil, valores acima de 60 já são considerados críticos.

3. Cobertura Vacinal contra Poliomielite: O índice de 72% é insuficiente e perigoso. O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelecem uma meta mínima de 95% de cobertura para a pólio, visando garantir a imunidade de rebanho e evitar a reintrodução do vírus.

4. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): O índice de 23% indica que quase um quarto das internações hospitalares do município ocorre por causas que deveriam ter sido resolvidas ou controladas na Unidade de Saúde da Família (como crises hipertensivas, descompensação de diabetes ou infecções urinárias). Isso sugere falhas na resolutividade da Atenção Básica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A mortalidade materna de 95 por 100.000 está longe de ser aceitável; ela é quase o dobro do que seria esperado para um sistema de saúde bem estruturado.

Alternativa b) Incorreta. Embora a TMI seja menor que 50/1.000 (critério que era usado antigamente para definir mortalidade "muito alta"), o valor de 28/1.000 ainda é inaceitável para os padrões brasileiros atuais e não pode ser visto como um "avanço parcial" satisfatório no contexto da gestão.

Alternativa c) Incorreta. A afirmação de que a cobertura vacinal está adequada é falsa, pois 72% estão muito abaixo da meta de 95%. Além disso, embora os determinantes sociais influenciem a mortalidade, esses indicadores são ferramentas diretas de avaliação da qualidade do setor saúde.

Alternativa d) CORRETA. Esta alternativa faz o diagnóstico preciso da situação: a mortalidade infantil está alta (acima da média nacional e das metas locais), a mortalidade materna está elevada e a cobertura vacinal é nitidamente insuficiente para proteger a população. Isso exige uma revisão imediata das ações da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde.

Alternativa e) Incorreta. Os indicadores estão em níveis críticos. Aceitá-los como "satisfatórios" representaria uma negligência na gestão de saúde pública, visto que há riscos epidemiológicos (pólio) e falhas graves na assistência à mulher e à criança.

Questão 37

A leptospirose é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida principalmente pelo contato com urina de roedores infectados, cuja incidência aumenta drasticamente após enchentes. O diagnóstico precoce e a agilidade nas ações de vigilância são fundamentais para o controle da doença e para evitar complicações graves.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: A notificação compulsória não se restringe aos casos graves. De acordo com as normas do Ministério da Saúde, a leptospirose é uma doença de notificação compulsória imediata para todo caso suspeito. O objetivo da notificação na Atenção Primária, mesmo em casos leves, é permitir que a vigilância epidemiológica identifique surtos e implemente medidas de controle no território.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: O tratamento da leptospirose deve ser iniciado com base na suspeita clínico-epidemiológica. Aguardar exames confirmatórios, como a sorologia (ELISA-IgM) ou a microaglutinação (MAT), é um erro grave, pois esses testes costumam positivar apenas após o 7º dia de sintomas. O atraso no início do antibiótico aumenta o risco de progressão para a fase tardia (grave) da doença.

ALTERNATIVA C - CORRETA: Esta conduta está em total conformidade com os protocolos de manejo da doença. Diante de um paciente com quadro clínico compatível (febre, cefaleia e mialgia intensa) e exposição epidemiológica (contato com águas de enchente), deve-se realizar a notificação imediata do caso suspeito e iniciar o tratamento antibiótico empírico. A doxiciclina é a droga de escolha para a fase precoce, enquanto a amoxicilina é uma alternativa para grupos específicos, como gestantes e crianças. Além disso, a articulação com a vigilância ambiental é necessária para investigar a fonte de contaminação.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: Casos leves (fase precoce) podem e devem ser manejados ambulatorialmente na Atenção Primária à Saúde ou em Unidades de Pronto Atendimento. A internação hospitalar é reservada para casos que apresentam

sinais de alerta, como icterícia, alterações da função renal, fenômenos hemorrágicos ou dispneia (sinais de insuficiência respiratória). O tratamento precoce não "mascara" o diagnóstico, mas sim previne a evolução para óbito.

ALTERNATIVA E - INCORRETA: A notificação baseada em critérios clínicos e epidemiológicos é plenamente aceita e incentivada pelo sistema de vigilância. No contexto de pós-enchentes, a definição de caso suspeito é o principal motor para o acionamento das políticas de saúde pública, não sendo necessário aguardar o isolamento da bactéria ou a sorologia positiva para registrar o caso no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Questão 38

Esta questão aborda um dos pilares fundamentais da Bioética e do Código de Ética Médica (CEM): o Princípio da Autonomia. O cenário apresenta um paciente lúcido, orientado e com capacidade de discernimento, o que é crucial para a tomada de decisão em saúde.

Alternativa a) Incorreta. A família apenas assume o papel de decisora quando o paciente está impossibilitado de expressar sua vontade (por exemplo, em coma ou com demência avançada sem diretivas prévias). Como o paciente está lúcido e orientado, sua vontade prevalece sobre a dos familiares.

Alternativa b) Incorreta. Forçar um tratamento ou internação contra a vontade de um paciente capaz configura uma violação da liberdade individual e pode ser caracterizado como distanásia (prolongamento do processo de morte com sofrimento). O médico não é obrigado a realizar "todos os tratamentos possíveis" se estes forem recusados pelo paciente ou se forem considerados fúteis diante de uma doença terminal.

Alternativa c) Incorreta. O registro em prontuário é um dever ético e legal do médico (Artigo 87 do CEM). A decisão do paciente sobre cuidados paliativos e a recusa de medidas invasivas devem ser documentadas detalhadamente para garantir que sua vontade seja respeitada por toda a equipe assistencial e para resguardar o médico legalmente.

Alternativa d) Incorreta. A equipe de saúde não deve impor suas decisões de forma paternalista sobre um paciente autônomo. O papel da equipe é informar os riscos e benefícios, mas a decisão final sobre aceitar ou recusar uma internação, em condições de doença crônica e incurável, cabe ao paciente.

Alternativa e) Correta. De acordo com o Código de Ética Médica e a Resolução CFM nº

1.995/2012 (que dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade), o médico deve respeitar a vontade do paciente capaz. A conduta correta é acolher o desejo do paciente, registrar as diretivas no prontuário, oferecer suporte paliativo para controle de sintomas e realizar um trabalho de mediação com a família, explicando o prognóstico da doença e a importância de respeitar a dignidade e a autonomia do enfermo.

Questão 39

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar dois conceitos centrais em epidemiologia clínica e bioestatística: Intention-to-Treat (ITT) e Per-Protocol (PP).

A análise ITT (Intenção de Tratar) mantém os participantes nos grupos para os quais foram sorteados originalmente, independentemente de terem recebido a intervenção ou de terem aderido ao protocolo. Ela preserva a aleatorização e evita o viés de seleção, respondendo à pergunta: "Qual é o impacto de oferecer essa estratégia na prática real (populacional)?" Por isso, a ITT reflete a EFETIVIDADE. No NordICC trial, a baixa adesão (apenas 42% realizaram a colonoscopia) diluiu o efeito da intervenção na análise ITT, resultando em um impacto modesto na incidência e sem significância estatística na mortalidade em 10 anos.

A análise PP (Por Protocolo) considera apenas aqueles que de fato seguiram o protocolo (neste caso, quem fez o exame). Ela avalia o potencial intrínseco do método, respondendo à pergunta: "Qual é o benefício para quem realmente realiza o procedimento?". Por isso, a PP reflete a EFICÁCIA. No estudo, quem de fato fez a colonoscopia teve uma redução de 50% no risco de morte por câncer colorretal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A análise ITT não perde a validade; ela é o padrão-ouro para ensaios clínicos randomizados porque mantém o equilíbrio das variáveis (conhecidas e desconhecidas) entre os grupos. Desprezar o ITT em favor do PP introduz viés de seleção, pois quem decide fazer o exame costuma ter um perfil de saúde diferente de quem não faz.

b) Correta. Esta alternativa define perfeitamente os papéis das análises. O ITT mostra que, ao implementar um programa de rastreamento em que muitos não comparecem, o benefício populacional (efetividade) é menor. O PP mostra que a colonoscopia em si é uma ferramenta poderosa (eficácia) quando o paciente adere ao procedimento.

c) Incorreta. Para afirmar que uma estratégia reduz a mortalidade populacional, a

análise ITT deve ser estatisticamente significativa. O resultado PP serve para gerar hipóteses e entender o potencial do método, mas não pode ser transposto diretamente para a saúde pública sem considerar a taxa de adesão.

d) Incorreta. O uso de ambas as análises é complementar e enriquecedor. Elas não enfraquecem o estudo, mas ajudam a explicar por que o resultado global foi modesto: não foi por falha do exame em si, mas pela baixa taxa de sua realização pelos convidados.

e) Incorreta. A randomização garante a validade interna do estudo. O problema da baixa adesão afeta o poder estatístico e a magnitude do efeito observado, mas não invalida o método científico empregado. O ITT foi desenhado justamente para lidar com o fato de que, na vida real, nem todos aderem ao tratamento proposto.

Questão 40

Para resolver esta questão, é fundamental compreender o conceito de NNT (Número Necessário para Tratar) e como calculá-lo a partir dos dados de um ensaio clínico. O NNT é uma medida de eficácia que indica quantos pacientes precisam receber o tratamento experimental, em vez do tratamento-controle, para que um evento adicional seja evitado.

Passo a passo do cálculo:

1. Identificação da Redução do Risco Absoluto (RRA): O enunciado já fornece esse dado de forma direta. A incidência de eventos no grupo atorvastatina 10 mg (controle) foi de 10,9% e no grupo atorvastatina 80 mg (intervenção) foi de 8,7%. A diferença entre essas taxas é a RRA.

$RRA = 10,9\% - 8,7\% = 2,2\%$ (ou 0,022 em números decimais).

2. Aplicação da fórmula do NNT: O NNT é o inverso da Redução do Risco Absoluto.

Fórmula: $NNT = 1 / RRA$

Utilizando a porcentagem: $NNT = 100 / 2,2$

Cálculo: 100 dividido por 2,2 resulta em aproximadamente 45,45.

3. Interpretação: Arredondando o valor encontrado, chegamos a 46. Isso significa que é necessário tratar cerca de 46 pacientes com a dose mais alta de atorvastatina por cerca de 5 anos para prevenir a ocorrência de um evento cardiovascular maior.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O valor 22 não corresponde ao cálculo matemático baseado na RRA de

2,2%. Pode ser uma confusão numérica com os algarismos da redução (2,2).

b) Incorreta. O valor 30 resultaria de uma RRA de aproximadamente 3,3%, o que não condiz com os dados apresentados no estudo TNT.

c) Correta. Como demonstrado no cálculo ($100 / 2,2 = 45,45$), o valor aproximado é 46. Esta é a aplicação direta da fórmula epidemiológica fundamental para a análise de ensaios clínicos.

d) Incorreta. O valor 60 resultaria de uma RRA bem menor, de aproximadamente 1,6%.

e) Incorreta. O valor 80 resultaria de uma RRA de 1,25%, subestimando o benefício clínico demonstrado pelo estudo em questão.

Questão 41

A questão aborda a atualização do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, que está migrando do modelo baseado exclusivamente no exame citopatológico (Papanicolaou) para o rastreamento organizado com testes moleculares (DNA-HPV). De acordo com as novas Diretrizes Brasileiras de 2025, o manejo da paciente depende do resultado da genotipagem do HPV.

Explicação da alternativa correta:

a) Colposcopia: Esta é a conduta correta. Os subtipos 16 e 18 são considerados os de maior potencial oncogênico, sendo responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer cervical. Por apresentarem um risco imediato elevado para lesões precursoras de alto grau, a diretriz recomenda que mulheres positivas para esses genótipos específicos sejam encaminhadas diretamente para avaliação colposcópica, independentemente do resultado da citologia.

Explicação das alternativas incorretas:

b) Repetir Teste DNA-HPV Oncogênico em 3 anos: Incorreta. O intervalo de 3 anos não é o padrão para resultados positivos de alto risco (16 e 18). O seguimento em intervalos menores ou maiores depende da negatividade do teste ou de resultados de triagem em subtipos de menor risco.

c) Expectante: Incorreta. Diante de um teste que identifica os genótipos mais agressivos do HPV (16 e 18), a conduta passiva ou expectante é contraindicada, pois há necessidade de investigação ativa para excluir lesões pré-neoplásicas ou câncer.

d) Repetir Teste DNA-HPV Oncogênico em 5 anos: Incorreta. O intervalo de 5 anos é o período recomendado para o próximo rastreamento apenas em mulheres que apresentarem teste DNA-HPV negativo. Para resultados positivos, o intervalo deve ser reduzido ou a paciente deve ser encaminhada para investigação.

e) Coleta de Citopatológico: Incorreta. Nas novas diretrizes, a coleta de citopatológico (conhecida como triagem ou citologia reflexa) é a conduta indicada para mulheres positivas para "outros tipos" de HPV oncogênicos (pool de alto risco não 16/18). No caso específico dos tipos 16 e 18, a recomendação é o encaminhamento direto para colposcopia, sem passar pela triagem citológica.

Questão 42

O sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) é o padrão-ouro para a quantificação do prolapso de órgãos pélvicos, utilizando pontos de referência anatômicos em relação ao hímen, que é considerado o ponto zero.

Para a parede vaginal anterior, o sistema avalia dois pontos principais: Aa e Ba.

- Ponto Aa: Localiza-se na linha média da parede vaginal anterior, a exatamente 3 cm proximais ao hímen. Sua amplitude varia de -3 (posição normal) a +3 cm (prolapso total). Por ser um ponto fixo em relação à distância do hímen, ele não representa necessariamente o ponto de maior descida.

- Ponto Ba: Representa a posição mais distal (mais baixa ou de maior prolapso) de qualquer parte da parede vaginal anterior, situada entre o fundo de saco vaginal anterior (ou ponto C) e o ponto Aa. Em pacientes sem prolapso, o ponto Ba é -3. Quando há prolapso, é o ponto Ba que nos diz o quanto essa parede efetivamente desceu, sendo o valor de referência para o estadiamento dessa face vaginal.

Análise das alternativas:

a) Ap: Incorreta. O ponto Ap (p de posterior) refere-se à parede vaginal posterior, localizado a 3 cm proximais ao hímen na linha média da face posterior.

b) Aa: Incorreta. Embora esteja na parede anterior, o ponto Aa é fixo (3 cm do hímen). O ponto que descreve o maior prolapso de toda a extensão dessa parede é o Ba.

c) B: Incorreta. Na nomenclatura oficial do POP-Q, não existe o ponto "B" isolado. Os pontos são obrigatoriamente designados como Ba (anterior) ou Bp (posterior).

d) A: Incorreta. Da mesma forma que a alternativa anterior, não existe ponto "A" isolado. A nomenclatura correta exige a especificação da parede: Aa (anterior) ou Ap (posterior).

e) Ba: Correta. Por definição, o ponto Ba é o ponto de maior prolapso da parede vaginal anterior, sendo o parâmetro fundamental para o estadiamento deste compartimento.

Gabarito: Letra (e).

Questão 43

Esta questão exige o conhecimento das periodicidades de rastreamento para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde de 2022. O rastreamento é fundamental para identificar casos assintomáticos em populações com vulnerabilidades específicas.

Alternativa a: Incorreta. Segundo o protocolo, para profissionais do sexo, a recomendação é que a testagem para HIV, sífilis e hepatites virais seja realizada semestralmente (a cada 6 meses), e não a cada 3 meses.

Alternativa b: Correta. O Ministério da Saúde, em 2022, incluiu a recomendação de que pessoas com vida sexual ativa na faixa etária de 15 a 30 anos realizem o rastreamento para HIV e sífilis anualmente. Essa medida visa ampliar o diagnóstico em um grupo etário que apresenta alta taxa de novas infecções.

Alternativa c: Incorreta. Para pessoas privadas de liberdade (PPL), a orientação é que o rastreamento de HIV, sífilis e hepatites seja feito anualmente ou no momento da admissão na unidade prisional. A alternativa utiliza o termo "bianualmente", que significa a cada dois anos, o que está em desacordo com a vigilância necessária para esse grupo.

Alternativa d: Incorreta. Travestis e transexuais são considerados populações de maior vulnerabilidade e, por isso, a recomendação é que o rastreamento para HIV, sífilis, clamídia e gonococo seja realizado com periodicidade semestral (a cada 6 meses), e não anual.

Alternativa e: Incorreta. Pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas devem realizar o rastreamento de HIV e sífilis semestralmente (a cada 6 meses), devido aos contextos de maior vulnerabilidade em que podem estar inseridas. A frequência anual citada na alternativa torna o intervalo longo demais para as

diretrizes vigentes.

Questão 44

O atendimento às vítimas de violência sexual deve ser multidisciplinar, ágil e pautado no Protocolo do Ministério da Saúde. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para o HIV é uma urgência médica e deve ser iniciada o mais rápido possível, idealmente nas primeiras 2 horas após a agressão, estendendo-se, no máximo, até 72 horas. A alternativa afirma erroneamente que a PEP deve ser realizada "após" 72 horas, momento em que a eficácia do tratamento não é mais garantida e o protocolo não indica o seu início.

Alternativa B: Incorreta. Embora o Metronidazol (2 g ou 5 comprimidos de 400 mg) e a Ceftriaxona (500 mg IM) façam parte da profilaxia para ISTs não virais (tricomoníase e gonorreia, respectivamente), o esquema está incompleto. O protocolo exige a associação da Azitromicina 1 g por via oral, em dose única, para a cobertura de *Chlamydia trachomatis* (clamídia).

Alternativa C: Incorreta. O erro reside no tipo de penicilina utilizado. A profilaxia para sífilis em casos de violência sexual deve ser feita com Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões de UI, via intramuscular (dose única). A Penicilina G Cristalina é reservada para administração endovenosa em ambiente hospitalar, como em casos de neurosífilis ou sífilis congênita.

Alternativa D: Correta. A anticoncepção de emergência (AE) é uma das medidas prioritárias para evitar uma gravidez indesejada decorrente da violência. O esquema de Levonorgestrel 1,5 mg pode ser administrado em dose única ou em duas doses de 0,75 mg com intervalo de 12 horas, sendo eficaz se iniciado em até 5 dias (embora a eficácia seja maior nas primeiras 72 horas). Além disso, o profissional deve proceder com as notificações compulsórias pertinentes e orientar a vítima sobre seus direitos legais e providências judiciais, sempre respeitando a autonomia da paciente em decidir sobre a denúncia policial.

Alternativa E: Incorreta. A primeira parte está correta (testagem rápida é mandatória), mas a segunda parte invalida a alternativa. Se a vacinação para hepatite B for incompleta ou se a vítima não possuir comprovação vacinal, deve-se iniciar ou completar o esquema vacinal imediatamente. Além disso, dependendo do status do agressor e do tempo decorrido, pode ser indicada a Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB). Jamais se adota a conduta de não tomar nenhuma medida.

Questão 45

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), fundamentado pelos Critérios de Rotterdam, pois preenche os três requisitos: 1. Disfunção ovulatória (ciclos amenorreicos há 1 ano); 2. Hiperandrogenismo clínico (escore de Ferriman-Gallwey de 12, indicando hirsutismo e acne); 3. Morfologia policística ao ultrassom (ovários com 12 cm³ e múltiplos cistos periféricos).

Diante do desejo de iniciar contracepção hormonal e da presença de sinais de hiperandrogenismo, a escolha do anticoncepcional deve priorizar um progestágeno com potente ação antiandrogênica para tratar a acne e o hirsutismo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Ciproterona: CORRETA. O acetato de ciproterona é um progestágeno derivado da 17-hidroxiprogesterona com potente ação antiandrogênica. Ele atua bloqueando os receptores de androgênios nos tecidos-alvo (como folículos pilosos e glândulas sebáceas) e inibindo a enzima 5-alfa-redutase. É considerado o padrão-ouro no tratamento da SOP quando os sintomas de hiperandrogenismo cutâneo são proeminentes.

b) Etinilestradiol: INCORRETA. O etinilestradiol é um estrogênio sintético, não um progestágeno. Embora ele auxilie no controle do hiperandrogenismo ao aumentar a síntese hepática de SHBG (globulina transportadora de hormônios sexuais), reduzindo a testosterona livre, a questão solicita especificamente a escolha entre os progestágenos com benefícios antiandrogênicos.

c) Levonorgestrel: INCORRETA. O levonorgestrel é um progestágeno de segunda geração derivado da 19-nortestosterona. Ele possui um perfil residual androgênico, o que significa que pode, em alguns casos, piorar a acne e o hirsutismo, sendo contraindicado quando o objetivo principal é o efeito antiandrogênico.

d) Gestodeno: INCORRETA. O gestodeno é um progestágeno de terceira geração. Embora possua uma afinidade menor pelos receptores androgênicos do que os de segunda geração (como o levonorgestrel), ele ainda apresenta uma atividade androgênica residual mínima e não possui a propriedade de bloquear o receptor androgênico como a ciproterona.

e) Noretisterona: INCORRETA. A noretisterona é um progestágeno de primeira geração que também possui atividade androgênica intrínseca. Assim como o levonorgestrel, não é a escolha ideal para pacientes que necessitam de tratamento para sinais clínicos de excesso de androgênios.

Questão 46

Análise da Questão:

O caso descreve uma paciente de 40 anos com quadro clínico de Sangramento Uterino Anormal (SUA), dismenorreia (cólica menstrual) e dispareunia de profundidade (dor no ato sexual). O ponto fundamental para a resolução desta questão reside na interpretação dos achados da ultrassonografia pélvica.

Os achados descritos — ecotextura heterogênea do miométrio, presença de pequenos cistos anecoicos miometriais e estrias radiadas que partem da zona juncional (transição endométrio-miometrial) — são sinais clássicos e altamente sugestivos de adenomiose. O aumento do volume uterino (160 cc) também é um achado comum nessa patologia.

O sistema PALM-COEIN, desenvolvido pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), divide as causas de SUA em:

- Estruturais (PALM): Pólipo, Adenomiose, Leiomioma, Malignidade/Hiperplasia.
- Não Estruturais (COEIN): Coagulopatia, Disfunção Ovulatória, Endometrial, Iatrogênica, Não classificada.

Portanto, como o diagnóstico é adenomiose, trata-se de uma causa estrutural.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A causa endometrial (letra E do COEIN) é classificada como não estrutural. Ela costuma ser um diagnóstico de exclusão em mulheres com ciclos regulares, ou relacionada a processos inflamatórios/infecciosos (endometrite), não apresentando os achados de miométrio heterogêneo e estrias radiadas vistos no exame de imagem.

Alternativa b) Incorreta. Embora a leiomiomatose (letra L do PALM) seja uma causa estrutural, os achados ultrassonográficos típicos de miomas são nódulos sólidos, bem delimitados, geralmente hipoeoicos e com sombra acústica lateral. A descrição do enunciado é específica para adenomiose.

Alternativa c) Incorreta. A disfunção ovariana ou ovulatória (letra O do COEIN) é uma causa não estrutural. Ela se manifesta geralmente por irregularidade no intervalo dos ciclos (oligomenorreia ou polimenorreia). No caso, os ovários têm volume normal (8 cc) e a sintomatologia de dor é característica de lesão estrutural uterina.

Alternativa d) Incorreta. A categoria não classificada (letra N do COEIN) é reservada para condições raras, como malformações arteriovenosas, istmocele ou endometrite

crônica. O quadro clínico e a imagem permitem o diagnóstico de uma patologia bem definida: a adenomiose.

Alternativa e) Correta. A adenomiose (letra A do PALM) é uma causa estrutural de sangramento uterino anormal. O quadro clínico de uma paciente de 40 anos, multiparidade, dor pélvica e sangramento, associado aos achados ultrassonográficos de estrias radiadas e cistos miometriais, é o cenário clássico para este diagnóstico conforme o sistema PALM-COEIN.

Questão 47

Análise da questão:

O ponto fundamental para responder a esta questão é o domínio da terminologia e dos protocolos de atendimento à saúde da população transgênero no Brasil, baseados principalmente na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.265/2019 e nas portarias do Ministério da Saúde que regulamentam o Processo Transexualizador no SUS.

Alternativa A: Incorreta. O paciente é um homem trans, o que significa que ele foi designado com o sexo feminino ao nascer, mas identifica-se com o gênero masculino. Para promover a transição física desejada (masculinização ou virilização), o hormônio utilizado deve ser a testosterona. O estradiol é um estrogênio utilizado na terapia hormonal de mulheres trans (feminilização), o que causaria o efeito oposto ao buscado pelo paciente em questão.

Alternativa B: Incorreta. A hormonização não é proibida no Brasil. Ela é um direito garantido e regulamentado tanto pelo CFM quanto pelo Ministério da Saúde. O atendimento é realizado tanto na rede privada quanto no SUS, seguindo critérios técnicos e éticos específicos, incluindo idade mínima (atualmente 18 anos para início da hormonização, conforme a resolução mais recente).

Alternativa C: Incorreta. Esta alternativa apresenta dois erros: primeiro, indica o uso de estradiol para um homem trans (conforme explicado na alternativa A); segundo, ignora a necessidade de um processo diagnóstico e de acompanhamento. O início da terapia hormonal exige o diagnóstico de incongruência de gênero e uma avaliação de saúde global para garantir a segurança do uso de hormônios exógenos.

Alternativa D: Correta (Gabarito). Esta alternativa descreve o fluxo adequado: 1) Definição do diagnóstico de incongruência de gênero (conforme os critérios da CID-11); 2) Decisão compartilhada entre o paciente e uma equipe multidisciplinar (que pode incluir médicos, psicólogos e assistentes sociais); 3) Prescrição de

testosterona, que é o hormônio indicado para promover as mudanças físicas masculinas (como aumento de massa muscular, pelos faciais e alteração do timbre da voz) em homens trans.

Alternativa E: Incorreta. A cirurgia de afirmação de gênero não é a conduta inicial. O protocolo estabelece que a abordagem deve ser gradual, começando pelo acolhimento, suporte psicossocial e terapia hormonal. Para a realização de procedimentos cirúrgicos, as normas brasileiras exigem maioridade (18 anos) e, geralmente, um tempo mínimo de acompanhamento multiprofissional ou de hormonização, variando de acordo com o tipo de cirurgia pretendida. Portanto, a cirurgia nunca é o primeiro passo após o diagnóstico.

Questão 48

ANÁLISE CLÍNICA DO CASO

A paciente apresenta sinais clínicos de elevada suspeita para malignidade mamária: nódulo fixo e retração de pele. Em pacientes jovens (30 anos), a densidade mamária costuma ser elevada, o que torna a ultrassonografia (USG) o exame de escolha inicial para a avaliação de nódulos palpáveis. O objetivo principal diante de um achado suspeito é obter o diagnóstico histopatológico.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

Em uma mulher de 30 anos com um nódulo palpável, a conduta inicial padrão é a realização de exame de imagem, sendo a ultrassonografia preferível nessa faixa etária devido à densidade do parênquima. Caso a ultrassonografia confirme características suspeitas (classificação BI-RADS 4 ou 5), o próximo passo obrigatório é a realização de uma biópsia (geralmente biópsia de fragmento ou core-biopsy) para confirmação diagnóstica. Sem a confirmação histopatológica, não se define tratamento cirúrgico ou sistêmico.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Está incorreta, pois propõe a indicação de uma mastectomia baseando-se apenas em exames de imagem (USG e Ressonância). Na prática médica, nenhuma cirurgia oncológica de grande porte como a mastectomia é planejada ou executada sem antes haver um diagnóstico anatomopatológico de câncer por meio de biópsia.

Alternativa C: Embora a mamografia possa ser solicitada como complemento em pacientes jovens com suspeita clínica forte, ela não é o exame inicial de escolha para essa idade. Além disso, a conduta descrita foca apenas na complementação de um eventual BI-RADS 0, ignorando que o sinal clínico de retração de pele e nódulo fixo

exige uma investigação invasiva (biópsia) imediata se a imagem for minimamente suspeita.

Alternativa D: Solicitar mamografia, ultrassonografia e ressonância de forma simultânea caracteriza excesso de propedêutica inicial. A ressonância magnética não é exame de primeira linha para diagnóstico de nódulo palpável e deve ser reservada para situações específicas, como avaliação de multifocalidade em casos já confirmados ou rastreamento de alto risco genético.

Alternativa E: Esta alternativa descreve uma conduta perigosa e incorreta. A orientação de aguardar o ciclo menstrual para reavaliação só é aceitável em casos de nódulos de características nitidamente benignas (móveis, fibroelásticos, sem sinais inflamatórios ou de retração) em pacientes muito jovens. Diante de sinais de alerta como fixação e retração cutânea, a investigação deve ser imediata, pois são sinais clássicos de câncer de mama.

Questão 49

ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta um quadro clássico de Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM), caracterizada por atrofia da mucosa vaginal, ressecamento (dificuldade de lubrificação) e dispareunia (dor na relação sexual). O ponto fundamental para a resolução da questão é o histórico de câncer de mama em uso de Tamoxifeno. Em sobreviventes de neoplasia mamária, a segurança oncológica é a prioridade, o que restringe o uso de terapias hormonais.

ALTERNATIVA A - INCORRETA

A terapia hormonal sistêmica (estrogênio associado ou não à progesterona) é contraindicada para pacientes com antecedente de câncer de mama. O uso sistêmico de hormônios pode estimular células neoplásicas remanescentes e aumentar significativamente o risco de recidiva da doença.

ALTERNATIVA B - INCORRETA

Embora o estriol vaginal (estrogênio de baixa potência) apresente absorção sistêmica reduzida, ele ainda é considerado uma terapia hormonal. Segundo as diretrizes da FEBRASGO e de sociedades internacionais como a NAMS (North American Menopause Society), em pacientes com câncer de mama, o uso de hormônios tópicos deve ser reservado apenas para casos que não responderam aos tratamentos não hormonais, sempre com discussão prévia com a equipe de oncologia. Portanto, não é a conduta inicial mais adequada.

ALTERNATIVA C - CORRETA

Os hidratantes vaginais não hormonais, à base de ácido hialurônico, ácido poliacrílico ou lipossomas, são o tratamento de primeira linha para a atrofia vaginal em sobreviventes de câncer de mama. Diferente dos lubrificantes, que são usados apenas no momento do coito, os hidratantes são aplicados de forma contínua (2 a 3 vezes por semana). Eles aderem à mucosa vaginal, promovem a retenção de água, restauram a umidade e o pH vaginal, melhorando os sintomas de forma segura, sem qualquer risco de estimulação hormonal.

ALTERNATIVA D - INCORRETA

A paciente possui queixas clínicas importantes que geram sofrimento pessoal e conjugal, além de alterações objetivas no exame físico (mucosa atrofiada). Apenas orientar e não tratar seria negligenciar a qualidade de vida da paciente, uma vez que existem opções terapêuticas seguras e eficazes disponíveis.

ALTERNATIVA E - INCORRETA

A testosterona não é o tratamento indicado para a atrofia vaginal. Além disso, seu uso em sobreviventes de câncer de mama é controverso e carece de dados de segurança a longo prazo, pois a testosterona pode sofrer aromatização (conversão em estrogênio) no tecido gorduroso e periférico, o que teoricamente poderia ser prejudicial para essa paciente.

Questão 50

O Índice de Pearl é o parâmetro utilizado para avaliar a eficácia dos métodos contraceptivos. Ele representa o número de gestações não planejadas que ocorrem em um grupo de 100 mulheres utilizando determinado método ao longo de um ano (1.200 ciclos). Quanto menor o Índice de Pearl, mais eficaz é o método.

A questão solicita a ordenação correta do melhor para o pior índice (do menor valor para o maior valor) entre os métodos apresentados.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa apresenta a sequência correta de valores crescentes do Índice de Pearl (ou decrescente de eficácia clínica). O Implante Subdérmico de Etonorgestrel é, atualmente, o método mais eficaz existente, com um índice de aproximadamente 0,05. O Injetável Mensal Combinado possui um índice que varia de 0,05 (uso perfeito) a cerca de 3 (uso típico). O Anticoncepcional Hormonal Oral Combinado (pílula) apresenta um índice maior no uso típico (em torno de 9), pois depende da disciplina diária da paciente, sendo menos eficaz que os métodos anteriores na vida real.

Alternativa B (Incorreta): O erro está na posição do Implante Subdérmico de

Etonorgestrel. Como ele é o método mais eficaz de todos (menor índice), deveria estar obrigatoriamente no início da lista. Além disso, o SIU de Levonorgestrel é mais eficaz que a pílula oral, mas a sequência termina com o implante, quebrando a ordem lógica do menor para o maior índice.

Alternativa C (Incorreta): O Sistema Intrauterino (SIU) de Levonorgestrel é um método de longa duração (LARC) com altíssima eficácia (índice de 0,2), sendo superior tanto ao injetável quanto à pílula oral. Portanto, ele deveria encabeçar a lista nesta comparação, e não estar na última posição.

Alternativa D (Incorreta): Esta alternativa apresenta a ordem inversa (do pior para o melhor índice). O Injetável Trimestral tem um índice de falha maior (uso típico de 6) do que o DIU de Cobre (0,8) e o SIU de Levonorgestrel (0,2). A questão pede do menor para o maior índice (da melhor eficácia para a pior).

Alternativa E (Incorreta): Embora o DIU de Cobre seja muito eficaz, ele possui um Índice de Pearl (0,8) maior que o do Implante (0,05) e o do SIU-LNG (0,2). Além disso, a pílula de progestogênio isolado e o diafragma possuem índices consideravelmente mais elevados (menor eficácia), não representando o grupo dos "3 melhores métodos entre todos os existentes", conforme sugerido pelo enunciado.

Questão 51

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O ponto central desta questão é a segurança da indução do parto em uma paciente com cicatriz uterina prévia. A paciente realizou uma miomectomia por via abdominal (laparoscópica), o que implica uma incisão no miométrio (camada muscular do útero). Cicatrizes uterinas decorrentes de cirurgias transmurais, como a miomectomia abdominal ou cesáreas prévias, criam uma área de fragilidade permanente na parede uterina.

ALTERNATIVA A - INCORRETA:

O misoprostol é um análogo da prostaglandina E1. O uso de qualquer dose de prostaglandina para indução do parto em pacientes com cicatriz uterina prévia é formalmente contraindicado pelos principais protocolos obstétricos (como os da FEBRASGO e ACOG). Essas substâncias podem causar contrações intensas e descoordenadas (taquissístolia), elevando drasticamente o risco de ruptura uterina no local da cicatriz prévia.

ALTERNATIVA B - CORRETA:

A presença de uma cicatriz de miomectomia abdominal (especialmente quando há manipulação profunda do miométrio ou entrada na cavidade endometrial) é

considerada uma contraindicação para a indução do parto. Diferente de uma única cesárea anterior segmentar, onde se discute o uso cauteloso de ocitocina, a cicatriz de miomectomia é frequentemente mais irregular e menos resistente. O risco de ruptura uterina durante o trabalho de parto induzido é muito alto, o que torna a indução contraindicada para garantir a segurança materna e fetal.

ALTERNATIVA C - INCORRETA:

Conforme explicado na alternativa A, o uso de prostaglandinas é o principal fator de risco medicamentoso para ruptura uterina em úteros cicatrizados. Manter o uso até o nascimento seria expor a paciente a um risco contínuo de ruptura durante toda a evolução do parto.

ALTERNATIVA D - INCORRETA:

Embora a autonomia da paciente seja um pilar da bioética, ela não se sobrepõe à segurança clínica em situações de alto risco. A indução em um útero com cicatriz de miomectomia abdominal não é uma escolha eletiva baseada apenas na vontade, mas sim um procedimento tecnicamente contraindicado devido ao risco de vida associado à ruptura uterina.

ALTERNATIVA E - INCORRETA:

A história de abortamento de repetição (G4A3) não é, por si só, uma contraindicação para a indução do parto. Pacientes com perdas gestacionais prévias podem ter partos induzidos normalmente, desde que não apresentem outros fatores de risco. O impedimento nesta paciente é exclusivamente a cicatriz cirúrgica uterina.

Questão 52

Esta questão exige o conhecimento dos protocolos do Ministério da Saúde para o rastreio de infecções durante o pré-natal, com foco principal em sífilis e toxoplasmose.

Análise dos resultados laboratoriais:

1. Toxoplasmose: O resultado apresenta IgG positivo com alta avidéz. A alta avidéz, quando detectada no início da gestação (geralmente até a 16ª semana), indica que a infecção ocorreu há mais de 4 meses, ou seja, antes da gestação. Portanto, a paciente é considerada imune e não há risco de transmissão vertical, dispensando tratamento ou novos exames de avidéz.
2. Sífilis: A paciente apresenta dois testes reagentes (um treponêmico e um não treponêmico). De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a

presença de dois testes reagentes confirma o diagnóstico de sífilis. Em gestantes, o tratamento deve ser iniciado imediatamente para evitar a sífilis congênita.

3. Outros exames: CMV (suscetível, sem infecção ativa), HBsAg negativo (sem hepatite B) e HIV negativo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A toxoplasmose com alta avidéz no primeiro trimestre indica infecção antiga e não requer tratamento com espiramicina. O foco do tratamento deve ser a sífilis confirmada.

b) Incorreta. O teste de avidéz já foi realizado e apresentou resultado de "alta avidéz", o que encerra a investigação para infecção aguda por toxoplasmose nesta gestação.

c) Incorreta. Não se deve aguardar a repetição de exames quando se tem dois testes reagentes para sífilis em uma gestante. O tratamento deve ser imediato para minimizar os riscos ao feto.

d) Incorreta. O HBsAg é negativo, o que significa que a paciente não possui o vírus da hepatite B. O uso de tenofovir é indicado apenas em casos específicos de gestantes com hepatite B e alta carga viral.

e) Correta. Diante da confirmação laboratorial de sífilis (dois testes reagentes), a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde é o tratamento imediato com penicilina benzatina (droga de escolha e única capaz de tratar o feto). Além disso, o seguimento pós-tratamento em gestantes deve ser realizado com o teste não treponêmico (VDRL) mensalmente para garantir que a resposta terapêutica foi adequada e descartar reinfecção.

Questão 53

DIAGNÓSTICO

O quadro clínico descrito é clássico de endometrite puerperal, a principal causa de infecção puerperal. A tríade diagnóstica está presente: febre, útero doloroso/amolecido (subinvolução uterina) e lóquios fétidos. Os fatores de risco citados corroboram o diagnóstico: longo tempo de trabalho de parto (18 horas) e rotura prematura de membranas. O fato de a paciente estar no 15º dia ainda se enquadra no período puerperal (que vai até o 42º dia).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O metronidazol e a clindamicina possuem espectros de ação muito semelhantes, focando principalmente em bactérias anaeróbias. Esse esquema peca pela falta de cobertura adequada contra bacilos Gram-negativos (como a *E. coli*), que são agentes frequentes na infecção puerperal.

Alternativa b) Incorreta. O tratamento da endometrite puerperal com sinais sistêmicos (febre de 39 °C, taquicardia) deve ser realizado por via intravenosa e em ambiente hospitalar. A azitromicina oral e o metronidazol oral não são o esquema de escolha para quadros agudos de infecção pós-parto.

Alternativa c) Incorreta. Assim como a alternativa anterior, a via oral é inadequada para o manejo inicial de uma paciente com febre alta e mal-estar geral no pós-parto. Além disso, a associação de cefalexina com metronidazol não é o padrão-ouro recomendado pelos protocolos nacionais e internacionais.

Alternativa d) Correta. O esquema composto por clindamicina associada a um aminoglicosídeo (gentamicina) é considerado o padrão-ouro (*gold standard*) para o tratamento da endometrite. A clindamicina oferece excelente cobertura para Gram-positivos e anaeróbios, enquanto a gentamicina cobre os Gram-negativos. A dose de 3,5 a 5 mg/kg de gentamicina em dose única diária é segura e eficaz. O tratamento deve ser mantido por via intravenosa até que a paciente esteja afebril e assintomática por 24 a 48 horas.

Alternativa e) Incorreta. A histerectomia é um procedimento de exceção na infecção puerperal. É reservada para casos graves que não respondem ao tratamento clínico, presença de abscesso miometrial, gangrena gasosa do útero ou quando há choque séptico refratário. Não é a conduta inicial para uma paciente estável.

Questão 54

O quadro clínico apresentado é clássico de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), especialmente considerando o antecedente de trauma abdominal (acidente automobilístico).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O trabalho de parto caracteriza-se por contrações rítmicas e coordenadas que levam à dilatação cervical. No caso, o colo está impérvio (fechado) e há um quadro de hipertonia uterina (tônus aumentado), que difere do relaxamento intercontrátil normal do trabalho de parto. Além disso, a dor súbita e intensa após trauma sugere patologia aguda.

b) Incorreta. A Rotura Prematura de Membranas (RPM) manifesta-se tipicamente pela perda de líquido amniótico por via vaginal. Embora possa ocorrer após um trauma, ela isoladamente não explica a dor abdominal forte, a hipertonia uterina nem o sangramento vaginal descritos.

c) Correta. O Descolamento Prematuro de Placenta é a principal suspeita em gestantes que sofrem trauma abdominal. A tríade clínica clássica está presente: dor abdominal intensa, sangramento vaginal e hipertonia uterina (útero rígido/tônus aumentado). O sofrimento fetal (BCF de 110 bpm) é uma consequência comum devido à redução da troca de oxigênio entre a placenta e o feto. O termo "útero em ampulheta" no contexto de trauma e hipertonia reforça a deformidade uterina pela contratura ou formação de hematoma retroplacentário.

d) Incorreta. A rotura uterina geralmente ocorre durante o trabalho de parto em úteros com cicatrizes prévias. Embora o trauma possa causar rotura, o sinal clínico mais comum é a interrupção súbita das contrações, subida da apresentação fetal e palpação de partes fetais no abdome materno (sinal de Clark e Reasens), acompanhado de hipotonia ou perda do tônus uterino, e não hipertonia.

e) Incorreta. A Placenta Prévia caracteriza-se por sangramento vaginal indolor, de início súbito, cor vermelho-vivo e, fundamentalmente, com tônus uterino normal (útero indolor e relaxado). O quadro de dor forte e útero rígido exclui essa hipótese.

Questão 55

Alternativa a) Incorreta. Os parâmetros citados (movimentos corporais, respiratórios, tônus e líquido amniótico) fazem parte do Perfil Biofísico Fetal (PBF). O PBF é uma ferramenta utilizada para avaliação da vitalidade fetal, especialmente em gestações de alto risco, para identificar hipóxia fetal aguda ou crônica. Ele é realizado tipicamente no terceiro trimestre, e não como parte da avaliação de rotina do primeiro trimestre, na qual o foco é a viabilidade e a datação.

Alternativa b) Incorreta. O rastreamento de anomalias cromossômicas utilizando a translucência nugal e o osso nasal deve ser realizado obrigatoriamente no primeiro trimestre, idealmente entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias (comprimento cabeça-nádegas entre 45 mm e 84 mm). No segundo trimestre, o rastreamento de malformações é feito por meio do ultrassom morfológico do segundo trimestre (entre 20 e 24 semanas).

Alternativa c) Incorreta. A via padrão-ouro para a avaliação do comprimento do colo uterino visando à predição de parto prematuro é a transvaginal. A via transabdominal

apresenta menor acurácia e menor reprodutibilidade, pois pode ser prejudicada pela posição do feto, pela obesidade materna e pela necessidade de repleção vesical, que pode comprimir o segmento inferior do útero e falsear a medida do colo (fenômeno de "alongamento artificial").

Alternativa d) Incorreta. O Comprimento Cabeça-Nádegas (CCN) é o melhor parâmetro para datação da gestação, porém sua acurácia máxima é restrita ao primeiro trimestre. No segundo trimestre, a variabilidade biológica aumenta e a datação passa a ser feita pela média de outros parâmetros biométricos (como diâmetro biparietal, circunferência cefálica e comprimento do fêmur), mas com uma margem de erro significativamente maior que a do CCN precoce.

Alternativa e) Correta. A ultrassonografia de rotina no terceiro trimestre avalia o crescimento fetal, a posição do feto, a localização da placenta e o volume de líquido amniótico. Realizada geralmente entre 32 e 36 semanas, ela permite o cálculo do peso fetal estimado. Com base nesse peso e na curva de crescimento esperada para aquela idade gestacional, é possível projetar o peso ao nascimento, auxiliando na identificação de fetos com restrição de crescimento ou macrosomia.

Questão 56

Esta questão aborda o manejo inicial de uma gestante na Atenção Primária, focando nos exames de rotina solicitados no primeiro trimestre da gestação, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e da FEBRASGO.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o hemograma e a glicemia de jejum façam parte da rotina do primeiro trimestre, o Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) com 75 g é um exame de rastreamento para diabetes mellitus gestacional realizado rotineiramente entre a 24ª e a 28ª semana de gestação (segundo trimestre), e não no início do pré-natal para pacientes sem fatores de risco precoces.

b) Correta. O rastreamento de doenças infectocontagiosas e distúrbios metabólicos é fundamental no início da gestação. O anti-HIV e o rastreamento para sífilis (VDRL ou teste rápido) são obrigatórios na primeira consulta. O TSH, embora em alguns protocolos do Ministério da Saúde seja indicado conforme avaliação clínica, é amplamente recomendado por sociedades de especialidade (como a FEBRASGO) como exame de rotina na primeira consulta de pré-natal para avaliar a função tireoidiana, que é crucial para o desenvolvimento fetal.

c) Incorreta. A tipagem sanguínea (ABO e fator Rh) é obrigatória. No entanto, o erro

da alternativa reside no termo "Teste DIRETO de antiglobulina humana". Para gestantes com fator Rh negativo, o exame solicitado para pesquisar a presença de anticorpos é o Teste de Antiglobulina Indireto (TIA), também conhecido como Coombs indireto. O teste direto é realizado habitualmente no sangue do recém-nascido ou em casos de investigação de anemias hemolíticas.

d) Incorreta. A urocultura com antibiograma e a sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) são exames de rotina do primeiro trimestre. Contudo, o rastreamento para *Streptococcus agalactiae* (GBS) através do swab vaginal e anal deve ser realizado entre a 35ª e a 37ª semana de gestação (final do terceiro trimestre), não sendo indicado no início do pré-natal.

e) Incorreta. Assim como na alternativa "a", o TOTG não é um exame de rotina do primeiro trimestre. Além disso, a ultrassonografia transvaginal, apesar de ser muito utilizada na prática clínica para datação da gravidez e avaliação da viabilidade embrionária, em alguns protocolos de saúde pública o foco inicial são os exames laboratoriais de rastreio de patologias. O erro principal que invalida a alternativa de forma clara é a presença do TOTG.

Questão 57

Para resolver essa questão, é fundamental dominar os conceitos de estática fetal, especificamente os termos situação e apresentação.

A situação refere-se à relação entre o maior eixo do feto e o maior eixo da cavidade uterina (eixo materno).

- Longitudinal: os eixos coincidem (feto "em pé" ou de cabeça para baixo).
- Transversa: os eixos são perpendiculares (feto "atravessado").
- Oblíqua: os eixos se cruzam em ângulo.

A apresentação refere-se à região fetal que ocupa a área do estreito superior da pelve e nela irá se insinuar.

- Cefálica: a cabeça está voltada para o canal de parto.
- Pélvica: as nádegas ou pés estão voltados para o canal de parto.
- Córmica: o ombro (corno) está voltado para o canal de parto.

Análise do caso clínico: O enunciado afirma que, ao realizar o toque vaginal, o médico tocou o acrômio do feto. O acrômio é o ponto de referência da apresentação de ombro, tecnicamente chamada de apresentação córmica. Para que o ombro seja a parte que se apresenta no estreito superior da pelve, o feto obrigatoriamente deve estar atravessado no útero, o que configura a situação transversa.

Análise das alternativas:

- a) CORRETA. Como o acrômio foi palpado, a apresentação é denominada córmica. Para que o ombro se apresente no colo uterino, o eixo do feto deve estar perpendicular ao eixo materno, o que define a situação transversa. Essa condição impossibilita o parto vaginal e exige resolução por via cesariana.
- b) INCORRETA. Na situação longitudinal e apresentação cefálica, o examinador palparia as suturas e fontanelas do crânio fetal, e não o acrômio.
- c) INCORRETA. Na situação longitudinal e apresentação pélvica, o examinador palparia as nádegas (sulco interglúteo), o sacro ou os pés do feto.
- d) INCORRETA. Esta alternativa apresenta um erro de nomenclatura técnica, invertendo os conceitos. Córmica é uma apresentação, enquanto transversa é uma situação.
- e) INCORRETA. Novamente, há uma inversão de conceitos e erro de classificação. Pélvica é uma apresentação (que ocorre em situações longitudinais) e longitudinal é uma situação.

Portanto, a descrição correta da estática fetal para o encaminhamento da paciente é situação transversa e apresentação córmica.

Questão 58

Diagnóstico: O quadro clínico de corrimento branco, grumoso (aspecto de queijo cottage), associado ao prurido vulvar, pH vaginal de 4,0 (ácido) e teste das aminas negativo, direciona o diagnóstico para candidíase vulvovaginal. Na gestação, essa condição é comum devido ao aumento dos níveis de estrogênio, que eleva o conteúdo de glicogênio vaginal, facilitando a proliferação de fungos do gênero *Candida*.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. O metronidazol é um antibiótico/amebicida indicado para o tratamento de vaginose bacteriana e tricomoníase. No caso apresentado, o pH ácido e o teste das aminas negativo excluem essas patologias. A vaginose bacteriana apresenta pH > 4,5 e teste das aminas positivo.

Alternativa B - Incorreta. O uso de antifúngicos orais, como o fluconazol, deve ser evitado durante a gestação devido a possíveis riscos de malformações fetais e

abortamento. As diretrizes nacionais (Ministério da Saúde) e internacionais recomendam o tratamento tópico como via preferencial e segura para gestantes. Além disso, a dose de 250 mg não é o padrão para candidíase (o usual é 150 mg).

Alternativa C - Correta. Em gestantes, o tratamento da candidíase deve ser realizado por via vaginal. Os imidazólicos tópicos, como o miconazol creme a 2% por 7 dias, são considerados a primeira linha de tratamento. Eles apresentam alta taxa de cura clínica e micológica com segurança comprovada durante a gravidez.

Alternativa D - Incorreta. Embora a nistatina possa ser usada na gestação, ela é menos eficaz que os derivados imidazólicos (como miconazol e clotrimazol). O tempo de tratamento com nistatina geralmente é de 14 dias, e não 5 dias. Além disso, a concentração correta da nistatina vaginal é de 100.000 UI/g, e não 10.000 UI/g como descrito na opção.

Alternativa E - Incorreta. O metronidazol por via oral é o tratamento de escolha para a tricomoníase ou vaginose bacteriana. Ele não possui atividade contra fungos; portanto, não teria efeito terapêutico no quadro de candidíase da paciente.

Questão 59

A Classificação de Robson, proposta em 2001 e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde, é uma ferramenta essencial para monitorar e comparar as taxas de cesariana entre diferentes instituições e ao longo do tempo. Ela permite agrupar todas as gestantes que ingressam para o parto em 10 grupos mutuamente exclusivos, baseando-se em características clínicas objetivas.

Para realizar essa classificação, são utilizados cinco parâmetros fundamentais:

1. Paridade: Se a mulher é nulípara (nunca pariu) ou multípara (já pariu anteriormente), incluindo se tem ou não cicatriz uterina prévia (cesárea anterior).
2. Início do parto: Se o trabalho de parto foi espontâneo, induzido ou se foi realizada uma cesariana antes do início do trabalho de parto.
3. Idade gestacional: Se a gestação é a termo (maior ou igual a 37 semanas) ou pré-termo (menor que 37 semanas).
4. Apresentação e situação fetal: Se o feto está em apresentação cefálica, pélvica ou em situação transversa/oblíqua.
5. Número de fetos: Se a gestação é única ou múltipla.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A história de natimorto anterior e a idade materna não são critérios da

Classificação de Robson. Embora importantes clinicamente, o modelo de Robson foca em variáveis obstétricas do momento atual e na paridade simples.

b) Incorreta. Complicações em cesáreas anteriores, história de natimorto e patologias como a hipertensão não entram na divisão dos 10 grupos de Robson. A classificação é puramente obstétrica e não baseada em comorbidades.

c) Incorreta. Malformação fetal não é um parâmetro utilizado para definir os grupos de Robson.

d) Incorreta. Novamente, malformação fetal e idade materna são citadas, mas nenhuma das duas faz parte dos critérios técnicos dessa classificação.

e) Correta. Esta alternativa lista precisamente os pilares da classificação: Paridade (incluindo cesárea prévia), Início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea fora de trabalho de parto), Idade gestacional (termo ou pré-termo), Apresentação/Situação (cefálico, pélvico ou transverso) e Número de fetos (único ou múltiplo). A combinação dessas cinco variáveis permite alocar qualquer gestante em um dos 10 grupos de Robson.

Questão 60

A questão aborda os critérios de estratificação de risco gestacional baseados no Índice de Massa Corporal (IMC) e na presença de comorbidades, seguindo as diretrizes atuais do Ministério da Saúde. O objetivo é garantir que recursos de maior complexidade sejam direcionados a quem realmente apresenta maior risco de complicações.

Alternativa a: Incorreta. Nem toda gestante obesa é automaticamente classificada como de alto risco. O sistema de saúde brasileiro preconiza que a atenção primária acompanhe gestantes com obesidade de graus I e II (IMC entre 30 e 39,9 kg/m²), desde que não existam outras doenças associadas, para não sobrecarregar os centros de referência.

Alternativa b: Incorreta. Esta alternativa sugere que qualquer nível de obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m²) exige pré-natal de alto risco. Isso contraria o protocolo do Ministério da Saúde, que permite o acompanhamento de risco habitual para obesas de graus I e II sem comorbidades.

Alternativa c: Incorreta. O valor de corte de 35 kg/m² para encaminhamento não é o adotado oficialmente como critério isolado. Além disso, a alternativa afirma que o risco habitual aceitaria pacientes com comorbidades, o que é um erro conceitual

grave, pois a presença de patologias associadas é um critério clássico para o alto risco.

Alternativa d: Correta. Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (Manual de Gestação de Alto Risco), a gestante com obesidade de grau I ou II (IMC até 39,9 kg/m²) e que não apresenta outras patologias (sem comorbidades) pode e deve ser acompanhada no pré-natal de risco habitual. O encaminhamento para o pré-natal de alto risco está indicado quando o IMC é igual ou superior a 40 kg/m² (obesidade grau III ou mórbida) ou quando a obesidade, em qualquer grau, vem acompanhada de comorbidades, como hipertensão arterial ou diabetes.

Alternativa e: Incorreta. O encaminhamento para o pré-natal de alto risco deve ocorrer, idealmente, logo no primeiro trimestre, assim que o fator de risco for identificado na primeira consulta, e não apenas após o segundo trimestre. Além disso, o IMC de 30 kg/m² isoladamente não é critério para alto risco.

Resumo dos critérios do Ministério da Saúde para obesidade:

1. Risco Habitual: IMC entre 30 e 39,9 kg/m² (G1 e G2) sem comorbidades.
2. Alto Risco: IMC maior ou igual a 40 kg/m² (G3) OU qualquer grau de obesidade com comorbidades associadas.

Questão 61

O caso clínico descreve um paciente com quadro clássico de Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento do Segmento ST (SCASST). A dor precordial típica, associada a fatores de risco cardiovascular e alterações isquêmicas no ECG (mesmo sem supra de ST), direciona o diagnóstico. O fato de as troponinas serem normais e sem curva de ascensão em duas coletas exclui o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), mas confirma o diagnóstico de Angina Instável.

A definição da conduta baseia-se na estratificação de risco. O escore GRACE é a ferramenta recomendada pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Europeia de Cardiologia. Um escore GRACE de 168 pontos classifica o paciente como de alto risco (GRACE > 140). Para pacientes de alto risco, a estratégia indicada é a invasiva precoce, que consiste na realização de cineangiocoronariografia (cateterismo) em até 24 horas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Testes de estresse (como ecocardiograma de estresse ou cintilografia) não devem ser realizados na fase aguda de pacientes com alto risco. Esses exames são indicados para estratificação de pacientes de baixo risco ou em

quadros de dor torácica estável.

Alternativa b) Incorreta. O teste ergométrico é contraindicado na fase aguda da angina instável de alto risco, devido ao perigo de desencadear arritmias graves ou a oclusão total da artéria durante o esforço.

Alternativa c) Correta. Como o paciente possui um escore GRACE de 168 (alto risco), a diretriz recomenda o cateterismo cardíaco em até 24 horas para definir a anatomia coronariana e proceder com a revascularização necessária.

Alternativa d) Incorreta. A ausência de elevação da troponina apenas descarta a necrose miocárdica (infarto), mas não descarta a doença coronariana aguda. A Angina Instável é um diagnóstico clínico e eletrocardiográfico que apresenta alto risco de evolução para infarto ou morte, se não tratada adequadamente.

Alternativa e) Incorreta. A angiotomografia de coronárias é uma excelente ferramenta para descartar doença coronariana em pacientes de risco baixo ou intermediário no pronto-socorro. Para um paciente já diagnosticado com Angina Instável de alto risco pelo escore GRACE, o cateterismo cardíaco é o exame de escolha, pois permite tanto o diagnóstico definitivo quanto o tratamento imediato (angioplastia).

Questão 62

Para classificar o risco de um paciente com tromboembolismo pulmonar (TEP) e definir a conduta, devemos avaliar três pilares: estabilidade hemodinâmica, escores clínicos (como o PESI) e lesão/disfunção de ventrículo direito (VD).

Análise do quadro clínico:

O paciente está hemodinamicamente estável (PA 128/78 mmHg), o que descarta TEP de alto risco (maciço). O escore PESI é classe III (risco intermediário). Para diferenciar entre risco intermediário-alto e intermediário-baixo, olhamos para o ecocardiograma e os marcadores de necrose miocárdica:

1. Ventrículo Direito (Ecocardiograma): Função preservada (negativo para disfunção).
2. Marcadores (Troponina): Normais (negativos para lesão).

Como o paciente tem PESI elevado (classe III), mas não apresenta disfunção de VD nem elevação de troponina, ele é classificado como risco intermediário-baixo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O risco alto (TEP maciço) é definido pela instabilidade hemodinâmica

(PAS < 90 mmHg ou queda > 40 mmHg por mais de 15 minutos). O paciente está normotenso; portanto, a trombólise não está indicada.

b) Correta. O paciente é de risco intermediário-baixo porque possui estabilidade hemodinâmica e PESI classe III, porém com marcadores (troponina) e avaliação de imagem (eco) negativos para sobrecarga de VD. A conduta padrão é a hospitalização e o início da anticoagulação plena, sendo a enoxaparina 1 mg/kg de 12/12 h uma opção adequada.

c) Incorreta. A classificação de risco alto está errada pelos motivos expostos na alternativa A. Além disso, se o risco fosse realmente alto, a conduta seria a trombólise, e não apenas a anticoagulação isolada.

d) Incorreta. Para ser classificado como risco intermediário-alto, o paciente precisaria obrigatoriamente apresentar disfunção de VD (no eco ou angio-TC) e troponina positiva. Neste caso, ambos são negativos. Além disso, a trombólise não é a conduta inicial para o risco intermediário-alto; ela é reservada apenas para casos que evoluem com instabilidade hemodinâmica (trombólise de resgate).

e) Incorreta. A classificação está incorreta, pois o paciente não preenche os critérios para risco intermediário-alto. Embora a heparina não fracionada pudesse ser utilizada, a enoxaparina é preferível em pacientes estáveis e sem insuficiência renal por ter posologia mais simples e menor risco de trombocitopenia induzida por heparina. O erro principal reside na classificação de risco.

Questão 63

Análise do caso:

A paciente apresenta uma elevação acentuada da pressão arterial (190x110 mmHg), porém permanece assintomática e não demonstra sinais de lesão aguda de órgão-alvo ao exame físico (fundo de olho, exame neurológico e ausculta normais). Segundo a diretriz 2025 AHA/ACC, este quadro é definido como Hipertensão Grave Assintomática.

Alternativa (a) CORRETA: Em pacientes com pressão arterial sistólica igual ou superior a 180 mmHg ou diastólica igual ou superior a 120 mmHg, mas que não apresentam sintomas ou sinais de lesão aguda de órgão-alvo, não há indicação de redução pressórica imediata no pronto atendimento. A conduta correta baseia-se em ajustar ou reiniciar a terapia anti-hipertensiva por via oral, reforçar a importância da adesão ao tratamento e garantir que o paciente tenha um seguimento ambulatorial breve (em dias ou poucas semanas). Reduções bruscas da pressão em pacientes crônicos podem levar a eventos isquêmicos por hipoperfusão.

Alternativa (b) INCORRETA: O uso de captopril sublingual para baixar a pressão rapidamente no pronto atendimento em pacientes assintomáticos é uma conduta comum na prática antiga, mas hoje é desencorajada pelas principais diretrizes. A via sublingual tem absorção imprevisível e a queda rápida da pressão arterial não reduz o risco de eventos cardiovasculares imediatos nestes casos, podendo, inclusive, ser prejudicial.

Alternativa (c) INCORRETA: O anlodipino é um bloqueador dos canais de cálcio de ação prolongada, cujo efeito pleno demora dias para ser atingido; ele não possui início de ação imediato. Além disso, a estratégia de manter o paciente em observação no pronto atendimento por várias horas para monitorar a queda da pressão arterial em quadros assintomáticos não é recomendada pela nova diretriz, pois o foco deve ser o controle ambulatorial de longo prazo.

Alternativa (d) INCORRETA: O nitroprussiato de sódio é um medicamento intravenoso potente reservado para emergências hipertensivas, onde há risco iminente de morte ou lesão orgânica grave (como dissecação da aorta ou edema agudo de pulmão). Utilizá-lo em uma paciente assintomática é um erro grave, pois a redução agressiva e imediata da pressão pode causar infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral isquêmico devido à autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral.

Alternativa (e) INCORRETA: O atenolol não é uma droga de primeira linha para o tratamento de hipertensão na ausência de indicações específicas (como insuficiência cardíaca ou controle de frequência cardíaca). O uso de dose única de betabloqueador oral no pronto atendimento não é a estratégia recomendada para o manejo da hipertensão grave assintomática.

Questão 64

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de Insuficiência Cardíaca Aguda (ICA). Para definir a conduta, utilizamos a classificação hemodinâmica de Stevenson, que avalia a presença de congestão (quente vs. frio) e a qualidade da perfusão tecidual (seco vs. úmido).

No caso descrito:

1. Sinais de congestão (ÚMIDO): Dispneia, ortopneia, estertores crepitantes e edema de membros inferiores.
2. Sinais de baixa perfusão (FRIO): Confusão mental, oligúria, extremidades frias e tempo de enchimento capilar lentificado (>4s).

Portanto, o paciente encontra-se no Perfil C (Úmido e Frio). Este é o perfil mais grave, pois combina a sobrecarga de volume com o baixo débito cardíaco. Embora a pressão arterial sistólica (98 mmHg) não esteja em níveis de choque profundo, há sinais evidentes de hipoperfusão tecidual.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Nitroprussiato: Incorreta. É um vasodilatador potente. Embora ajude a reduzir a pós-carga, seu uso em pacientes com sinais de baixa perfusão e pressão arterial limítrofe (abaixo de 100-110 mmHg) é arriscado, pois pode causar hipotensão severa e piorar a perfusão de órgãos vitais. É mais indicado no Perfil B (Úmido e Quente) com hipertensão.

b) Noradrenalina: Incorreta. É um vasoconstritor potente com efeito inotrópico mínimo. Sua indicação principal é o choque distributivo ou casos de choque cardiogênico com hipotensão grave (PAS < 80-85 mmHg) para garantir a pressão de perfusão coronariana. No quadro atual, o foco deve ser a melhora da contratilidade cardíaca.

c) Dobutamina: Correta. É a droga de escolha para o Perfil C (Úmido e Frio). Como um agente inotrópico positivo (estimulante beta-1), a dobutamina aumenta a contratilidade miocárdica e o débito cardíaco, melhorando a perfusão dos órgãos (ajudando a reverter a oligúria e a confusão mental) e facilitando a ação dos diuréticos, que já foram iniciados sem resposta satisfatória.

d) Adrenalina: Incorreta. Possui forte ação inotrópica, mas também ação alfa-adrenérgica (vasoconstrição) e alto potencial arritmogênico. É reservada para situações de parada cardiorrespiratória ou choque refratário a outras medidas, não sendo a primeira escolha neste cenário de insuficiência cardíaca aguda.

e) Atropina: Incorreta. É um anticolinérgico indicado para o tratamento de bradicardias sintomáticas. O paciente em questão já apresenta taquicardia (FC: 118 bpm) como mecanismo compensatório ao baixo débito.

Conclusão: O paciente necessita de suporte inotrópico para melhorar o débito cardíaco e a perfusão tecidual, sendo a Dobutamina a opção mais adequada.

Questão 65

Para resolver esta questão, devemos seguir um passo a passo sistemático de análise da gasometria arterial e dos eletrólitos:

1. Análise do pH: O pH de 7,25 indica uma acidemia (valor de referência: 7,35 a 7,45).

2. Identificação do distúrbio primário: O bicarbonato (HCO_3^-) está baixo (14 mEq/L; normal: 22-26), o que caracteriza uma acidose metabólica. O pCO_2 também está baixo (30 mmHg), o que sugere uma tentativa de compensação respiratória.

3. Avaliação da compensação respiratória: Na acidose metabólica, usamos a fórmula de Winter para calcular o pCO_2 esperado: $\text{pCO}_2 = (1,5 \times \text{HCO}_3^-) + 8 (\pm 2)$.

Cálculo: $(1,5 \times 14) + 8 = 21 + 8 = 29$. O intervalo esperado seria de 27 a 31 mmHg. Como o pCO_2 do paciente é 30 mmHg, a compensação respiratória está adequada, não havendo distúrbio respiratório primário associado.

4. Cálculo do ânion gap (AG): $\text{AG} = \text{Na}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$.

Cálculo: $138 - (90 + 14) = 138 - 104 = 34$ mEq/L.

O valor normal é entre 8 e 12 mEq/L. Um AG de 34 indica uma acidose metabólica de ânion gap elevado (provavelmente pelo lactato de 5,6).

5. Avaliação de distúrbios mistos (delta/delta): Sempre que houver acidose de ânion gap elevado, devemos verificar se existe outro distúrbio metabólico oculto. Calculamos o "HCO₃⁻ corrigido" ou a relação delta AG / delta HCO₃.

Varição do AG (delta AG) = AG medido - AG normal (12) = $34 - 12 = 22$.

Varição do HCO₃ (delta HCO₃) = HCO₃ normal (24) - HCO₃ medido = $24 - 14 = 10$.

Soma-se o delta AG ao HCO₃ medido: $22 + 14 = 36$ mEq/L.

Se o resultado for maior que 26 mEq/L, existe uma alcalose metabólica associada. Como 36 é significativamente maior que o normal, confirmamos a presença de uma alcalose metabólica concomitante.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora haja acidose de ânion gap elevado, ela não está isolada. O cálculo do delta/delta revelou uma alcalose metabólica associada.

b) Incorreta. O pH de 7,25 define uma acidemia, e o HCO₃ de 14 define que o distúrbio primário é uma acidose, não uma alcalose.

c) Incorreta. A acidose não é hiperclorêmica (o cloro de 90 está, na verdade, baixo) e o pCO_2 de 30 está dentro do esperado para a compensação, não configurando

alcalose respiratória primária.

d) Incorreta. O ânion gap está muito elevado (34), e não normal. Além disso, o pCO₂ está dentro da faixa de compensação esperada.

e) Correta. O paciente apresenta uma acidose metabólica com ânion gap elevado (AG = 34) e, ao corrigirmos o bicarbonato pelo excesso de ânion gap (delta/delta), encontramos um valor de 36 mEq/L, o que diagnostica uma alcalose metabólica associada.

Questão 66

Análise do Caso Clínico

O paciente em questão apresenta Doença Arterial Coronariana (DAC) manifesta, evidenciada pelo histórico de angioplastia com stent há 3 anos. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e outras diretrizes internacionais (ESC/ACC), esse paciente é classificado como de Muito Alto Risco Cardiovascular.

Para pacientes de Muito Alto Risco, a meta terapêutica de LDL-colesterol (LDL-C) é inferior a 50 mg/dL. O paciente já utiliza a dose máxima recomendada de uma estatina de alta potência (Rosuvastatina 40 mg/dia) e apresenta LDL-C de 68 mg/dL, ou seja, ainda acima da meta preconizada. Apesar de os triglicerídeos estarem elevados (302 mg/dL), a prioridade absoluta na prevenção secundária é o controle rigoroso do LDL-C.

Análise das Alternativas

a) Iniciar fibrato para correção dos triglicerídeos elevados.

Incorreta. Embora os triglicerídeos estejam acima de 150 mg/dL, o tratamento de escolha inicial para hipertrigliceridemia leve a moderada (entre 150 e 499 mg/dL) é a otimização da terapia com estatinas e o controle do estilo de vida. O uso de fibratos é priorizado quando os triglicerídeos estão acima de 500 mg/dL (para prevenir pancreatite) ou quando a meta de LDL já foi atingida, mas o não HDL permanece elevado. Neste caso, o LDL ainda não está na meta. Além disso, a associação de estatina com fibrato exige cautela pelo risco de miopatia.

b) Associar ezetimibe ao tratamento já em curso.

Correta. Esta é a conduta padrão. Quando um paciente de muito alto risco não atinge a meta de LDL < 50 mg/dL com a dose máxima tolerada de estatina de alta potência, o próximo passo recomendado pelas diretrizes é a associação de ezetimibe (10

mg/dia). O ezetimibe promove uma redução adicional de cerca de 18% a 20% nos níveis de LDL-C, o que seria suficiente para levar este paciente à meta.

c) Trocar a estatina de alta potência por outra de perfil diferente.

Incorreta. A Rosuvastatina 40 mg é, junto com a Atorvastatina 80 mg, o esquema mais potente disponível para redução de colesterol. Não há ganho terapêutico em trocar uma estatina de alta potência por outra quando o objetivo é uma redução adicional expressiva do LDL-C; a associação de fármacos com mecanismos diferentes (como o ezetimibe) é a estratégia indicada.

d) Iniciar suplementação de ômega-3 para redução dos triglicerídeos.

Incorreta. Embora o ômega-3 em doses elevadas possa ser considerado em pacientes com DAC e triglicerídeos persistentes (conforme o estudo REDUCE-IT), ele não é a prioridade antes de se atingir a meta de LDL-C de 50 mg/dL. O ezetimibe tem maior impacto na redução de desfechos cardiovasculares quando o LDL está fora da meta.

e) Associar vitamina E em altas doses para melhorar o perfil metabólico.

Incorreta. Não há evidências científicas que sustentem o uso de vitamina E para melhora do perfil lipídico ou redução de risco cardiovascular em pacientes com síndrome metabólica e coronariopatia. Estudos prévios até sugeriram aumento da mortalidade e de insuficiência cardíaca com o uso de altas doses de vitamina E.

Questão 67

Análise da Questão:

A questão aborda o uso de análogos do GLP-1 (especificamente a semaglutida) em pacientes com alto risco cardiovascular e excesso de peso. O ponto central para responder corretamente é o conhecimento do estudo SELECT (Semaglutide Effects on Heart Disease and Obesity in Patients with Overweight or Obesity), publicado no final de 2023.

Alternativa (d) - CORRETA: Esta alternativa reflete os achados mais recentes da literatura médica. O estudo SELECT demonstrou que a semaglutida na dose de 2,4 mg foi capaz de reduzir em 20% o risco de eventos cardiovasculares maiores (MACE) — como morte cardiovascular, infarto não fatal e AVC não fatal — em pacientes com idade igual ou superior a 45 anos, com doença cardiovascular estabelecida e IMC a partir de 27 kg/m², sem diagnóstico de diabetes. Portanto, a medicação é segura, eficaz e possui benefício clínico comprovado para o perfil do paciente em questão (coronariopata com IMC de 29,2 kg/m²).

Alternativa (a) - INCORRETA: A semaglutida não é perigosa em pacientes com doença

coronariana. Pelo contrário, ela exerce um efeito protetor cardiovascular por meio de mecanismos que incluem a melhora do perfil metabólico, redução da inflamação e controle da pressão arterial.

Alternativa (b) - INCORRETA: A semaglutida foi extensivamente estudada em pacientes coronariopatas. Primeiro, nos estudos da série SUSTAIN (em pacientes diabéticos) e, mais recentemente, no estudo SELECT, que focou especificamente em pacientes com doença cardiovascular prévia e excesso de peso (sobrepeso ou obesidade).

Alternativa (c) - INCORRETA: Embora o IMC de 30 kg/m² defina obesidade, os benefícios cardiovasculares demonstrados no estudo SELECT incluíram explicitamente pacientes com sobrepeso (IMC igual ou maior que 27 kg/m²). No caso do paciente (IMC 29,2 kg/m²), a indicação visa à redução de risco de novos eventos isquêmicos e à melhora da saúde metabólica, e não apenas a fins estéticos.

Alternativa (e) - INCORRETA: Existe evidência direta para pacientes coronariopatas por meio do estudo SELECT. A afirmação de que não houve estudo específico e de que o benefício dependeria de um IMC acima de 30 kg/m² está desatualizada frente às evidências que validam o uso a partir de 27 kg/m² na presença de comorbidades cardiovasculares.

Questão 68

Esta questão aborda o manejo farmacológico do estado de mal epilético (*Status Epilepticus*), definido como uma crise convulsiva com duração superior a 5 minutos ou crises recorrentes sem recuperação do nível de consciência entre elas. O paciente em questão já falhou na terapia de primeira linha (benzodiazepínicos), entrando na fase de terapia de segunda linha.

Alternativa A (Correta): De acordo com os principais protocolos nacionais e internacionais (como o da *American Epilepsy Society*), após a falha do benzodiazepínico, a próxima etapa é a administração de uma droga antiepilética de longa duração por via endovenosa. A fenitoína é uma das opções de escolha. A dose recomendada é de 15 a 20 mg/kg. Um ponto crucial é a velocidade de infusão: ela não deve exceder 50 mg/min em adultos para evitar complicações cardiovasculares, como hipotensão e arritmias (causadas tanto pela droga quanto pelo diluente propilenoglicol). Por isso, a monitorização do ritmo cardíaco e da pressão arterial é mandatória durante a infusão.

Alternativa B (Incorreta): O fenobarbital é, sim, uma opção de segunda ou terceira linha. No entanto, ele não deve ser administrado em *bolus* rápido, pois apresenta

alto risco de depressão respiratória e hipotensão severa. Além disso, a afirmação de que não há necessidade de monitorização intensiva está errada; todo paciente em estado de mal epilético e em uso de medicações sedativas/anticonvulsivantes potentes deve ser monitorado continuamente.

Alternativa C (Incorreta): Administrar 1 g de fenitoína em apenas 2 minutos é extremamente perigoso. Como a velocidade máxima segura é de 50 mg/min, uma dose de 1 g (1000 mg) deveria levar, no mínimo, 20 minutos para ser infundida. A infusão rápida pode causar colapso cardiovascular e assistolia. Além disso, a dose deve ser preferencialmente calculada por peso (mg/kg) para garantir a eficácia terapêutica.

Alternativa D (Incorreta): A propafenona é um agente antiarrítmico da classe IC, utilizado para o tratamento de taquiarritmias supraventriculares e ventriculares. Ela não possui indicação no tratamento de crises convulsivas ou estado de mal epilético. O examinador utilizou um nome de medicamento foneticamente semelhante a outros fármacos para confundir o candidato.

Alternativa E (Incorreta): Esta alternativa repete o erro da letra C. A fenitoína nunca deve ser administrada em *bolus* rápido (2 minutos), pelo risco iminente de toxicidade cardíaca grave. O tempo de infusão deve ser respeitado para garantir a segurança hemodinâmica do paciente enquanto se atinge o nível terapêutico cerebral.

Questão 69

O quadro clínico descreve um paciente com cirrose hepática apresentando uma urgência médica clássica: hemorragia digestiva alta (HDA) varicosa, manifestada por hematêmese volumosa e sinais claros de choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia, sudorese fria).

Análise da alternativa correta (E):

A prioridade absoluta em qualquer paciente com sangramento digestivo e instabilidade hemodinâmica é a estabilização clínica (o "ABC" da reanimação). Isso inclui garantir vias aéreas, oxigenação e, crucialmente, a reposição volêmica cautelosa (geralmente com cristaloides) para restaurar a perfusão tecidual, sem exceder na oferta para não aumentar a pressão portal. Associado a isso, o início imediato de drogas vasoativas esplâncnicas, como o octreotida (ou terlipressina e somatostatina), é fundamental. Essas medicações promovem vasoconstrição da circulação portal, reduzindo o fluxo para as varizes e facilitando o controle do sangramento antes mesmo da endoscopia.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa A: O carvedilol é um betabloqueador utilizado na profilaxia primária e secundária de varizes esofágicas. No entanto, ele é absolutamente contraindicado na fase aguda do sangramento. O paciente já está hipotenso e taquicárdico (mecanismo compensatório); o uso de um betabloqueador nesse momento agravaria o choque, impediria a resposta taquicárdica compensatória e levaria ao óbito.

Alternativa B: Embora a endoscopia digestiva alta (EDA) seja o padrão-ouro para diagnóstico e tratamento (ligadura elástica ou escleroterapia), ela nunca deve ser realizada antes da estabilização hemodinâmica. Realizar o procedimento em um paciente em choque aumenta drasticamente o risco de aspiração, parada cardiorrespiratória e morte durante o exame. A recomendação é que a EDA seja feita nas primeiras 12 horas, após o paciente estar estável.

Alternativa C: Assim como o carvedilol, o propranolol é um betabloqueador indicado apenas para profilaxia, sendo contraindicado no sangramento agudo e no estado de choque. Além disso, a passagem de sonda nasogástrica não é mais considerada uma prioridade ou rotina obrigatória, podendo causar desconforto e não alterando o prognóstico final.

Alternativa D: A antibioticoterapia profilática é, de fato, obrigatória em cirróticos com HDA para reduzir a translocação bacteriana e a mortalidade. Contudo, o norfloxacino (via oral) não é a melhor escolha para um paciente instável e com sangramento ativo (geralmente prefere-se ceftriaxone venoso). Além disso, a lactulona é usada para tratar encefalopatia hepática, o que o paciente não apresenta no momento, e essa conduta ignora a necessidade vital de estabilização volêmica e controle do sangramento.

Questão 70

Esta questão aborda o reconhecimento das síndromes tóxicas (toxidromes) no ambiente de emergência, um tema frequente em provas de residência. O paciente apresenta um quadro de depressão severa do sistema nervoso central e das funções vitais.

Análise do quadro clínico:

O paciente manifesta a chamada tríade clássica da intoxicação por opioides: 1. Coma ou rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 8); 2. Depressão respiratória (FR: 10 irpm e SatO₂: 89%); 3. Miose (pupilas puntiformes). Além disso, apresenta sinais de gravidade como hipotensão, bradicardia, hipotermia e estertores pulmonares, que

sugerem edema agudo de pulmão não cardiogênico, uma complicação descrita em overdoses por essa classe de substâncias.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Os organofosforados causam a síndrome colinérgica. Embora também provoquem miose, bradicardia e sudorese, o quadro costuma ser dominado por sinais de hipersecreção exócrina (salivação excessiva, lacrimejamento, diarreia, vômitos) e fasciculações musculares. O estertor pulmonar na síndrome colinérgica é geralmente decorrente de broncorreia (excesso de secreção brônquica) e não de edema pulmonar. Apesar de ser um diferencial importante, a tríade clássica de depressão respiratória e coma com miose em um cenário de frascos de medicamentos favorece a hipótese de opioides.

b) Incorreta. Os benzodiazepínicos isoladamente causam depressão do nível de consciência, mas raramente provocam depressão respiratória acentuada, hipotensão grave ou miose puntiforme. As pupilas em intoxicações por benzodiazepínicos costumam estar em tamanho normal ou apenas levemente mióticas, mas não puntiformes.

c) Incorreta. A síndrome anticolinérgica apresenta sinais clínicos opostos aos descritos: midríase (pupilas dilatadas), taquicardia, pele seca e quente, rubor facial e retenção urinária.

d) Correta. A intoxicação por opioides explica perfeitamente o rebaixamento do nível de consciência, a redução da frequência respiratória e a miose puntiforme. A sudorese intensa descrita pode ocorrer em estados de choque circulatório (pele fria e pegajosa), e os estertores bilaterais indicam edema pulmonar agudo, uma manifestação clássica da toxicidade grave por agentes como a morfina ou heroína.

e) Incorreta. Os betabloqueadores causam bradicardia e hipotensão importantes, podendo levar à alteração do nível de consciência por baixo débito cardíaco, mas não são causa típica de miose puntiforme ou de depressão respiratória primária.

Questão 71

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro de hipercalemia grave (potássio de 6,8 mEq/L) com repercussões eletrocardiográficas importantes (ondas T apiculadas e alargamento do complexo QRS). Em um cenário de emergência como este, o manejo inicial deve focar em três pilares: estabilização da membrana miocárdica (geralmente com

gluconato de cálcio), redistribuição intracelular do potássio (insulina/glicose e beta-2-agonistas) e a remoção definitiva do excesso de potássio do organismo.

A questão solicita especificamente a medida mais eficaz para reduzir o potássio sérico de forma SUSTENTADA. Medidas de redistribuição (como insulina e nebulização) agem rapidamente, mas o potássio permanece no corpo e volta para o compartimento extracelular após algumas horas. Para uma redução sustentada, é necessário eliminar o potássio do corpo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O brometo de ipratrópio é um anticolinérgico utilizado em crises de broncoespasmo e não tem efeito sobre os níveis de potássio. O fármaco que poderia ser utilizado para redistribuição de potássio via nebulização é o salbutamol ou fenoterol (beta-2-agonistas), mas mesmo estes promovem apenas uma redução temporária (shift intracelular), e não uma redução sustentada.

Alternativa b) Correta. O ciclossilicato de zircônio sódico (SZC) é um trocador catiônico moderno e altamente seletivo que captura o potássio em todo o trato gastrointestinal em troca de íons sódio e hidrogênio. Diferentemente das medidas de redistribuição, ele promove a eliminação real do potássio do organismo pelas fezes, garantindo uma redução sustentada dos níveis séricos. É uma opção terapêutica eficaz para pacientes com doença renal crônica que necessitam de controle de potássio a longo prazo ou em fases de estabilização pós-emergência.

Alternativa c) Incorreta. O manitol é um diurético osmótico que não é indicado para o tratamento de hipercalemia, especialmente em pacientes com DRC estágio 4. O uso de manitol em pacientes com baixa taxa de filtração glomerular pode causar expansão volêmica aguda, edema agudo de pulmão e piora das escórias nitrogenadas, sem garantir a excreção eficaz de potássio.

Alternativa d) Incorreta. O carbonato de lítio é um estabilizador de humor utilizado na psiquiatria. Ele não possui propriedades de troca catiônica renal que favoreçam a excreção de potássio; pelo contrário, o lítio pode ter diversos efeitos colaterais renais, incluindo diabetes insipidus nefrogênico e nefrite intersticial crônica.

Alternativa e) Incorreta. A vitamina C (ácido ascórbico) não tem papel no tratamento da hipercalemia. A reposição de cálcio (citada na alternativa) é fundamental para estabilizar a membrana dos cardiomiócitos e prevenir arritmias fatais no paciente com QRS alargado, mas o cálcio isoladamente não reduz a concentração de potássio no sangue.

Resumo: Em pacientes com DRC em que a eliminação renal está severamente comprometida, os ligadores/quelantes de potássio por via enteral (como o ciclossilicato de zircônio sódico ou o patiromer) são as ferramentas farmacológicas disponíveis para a remoção sustentada do íon, quando a diálise não é iniciada imediatamente.

Questão 72

A questão descreve um quadro clássico de Cetoacidose Diabética (CAD), caracterizado por hiperglicemia, acidose metabólica com ânion gap elevado e sintomas de desidratação. No entanto, o ponto crítico para a resolução desta questão não é apenas o diagnóstico da CAD, mas sim a conduta diante de um eletrólito específico: o potássio.

Análise clínica e laboratorial:

A paciente apresenta potássio sérico de 2,7 mEq/L. Na CAD, embora o potássio corporal total esteja quase sempre reduzido (devido à diurese osmótica e a vômitos), o potássio sérico inicial costuma estar normal ou elevado devido à saída do potássio do meio intracelular para o extracelular em troca de íons H⁺ (acidose). Se o potássio sérico já se encontra baixo (2,7 mEq/L), mesmo na presença de acidose, isso indica uma depleção corporal severa.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Jamais se deve iniciar a insulinoterapia se o potássio estiver abaixo de 3,3 mEq/L. A insulina promove o influxo de potássio para dentro das células (via ativação da bomba Na⁺/K⁺ ATPase), o que causaria uma queda ainda mais acentuada e perigosa dos níveis séricos, podendo levar a arritmias fatais e parada cardiorrespiratória.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a reposição volêmica seja o primeiro passo do tratamento da CAD, a insulina não deve ser iniciada sem a correção prévia do potássio neste cenário. A acidose, de fato, desloca o potássio para fora da célula, mas, se o nível medido já é 2,7 mEq/L, o risco de colapso eletrolítico com a insulina é imediato.

Alternativa (c) Correta: De acordo com os protocolos da Associação Americana de Diabetes (ADA) e da Sociedade Brasileira de Diabetes, se o potássio sérico for inferior a 3,3 mEq/L, a prioridade absoluta é a reposição de potássio (geralmente 20 a 30 mEq/h) até que os níveis subam acima de 3,3 mEq/L. Somente após atingir esse patamar de segurança, a insulina deve ser iniciada. O monitoramento cardíaco é mandatório.

Alternativa (d) Incorreta: O início concomitante é a conduta padrão quando o potássio está entre 3,3 e 5,2 mEq/L. Com um valor de 2,7 mEq/L, a reposição deve obrigatoriamente preceder a insulina para garantir a segurança da paciente.

Alternativa (e) Incorreta: O uso de bicarbonato de sódio na CAD é altamente controverso e indicado apenas em casos de acidose extrema ($\text{pH} < 6,9$), o que não é o caso da paciente ($\text{pH} 7,18$). Além disso, o bicarbonato também contribui para a queda do potássio sérico, agravando o problema principal desta paciente.

Resumo da conduta:

1. Potássio $< 3,3$ mEq/L: Repor potássio e ADIAR a insulina.
2. Potássio entre 3,3 e 5,2 mEq/L: Iniciar insulina e repor potássio simultaneamente.
3. Potássio $> 5,2$ mEq/L: Iniciar insulina e não repor potássio (apenas monitorar).

Questão 73

A questão aborda a avaliação da responsividade fluídica por meio da ultrassonografia *point-of-care* (POCUS) em um paciente com choque séptico. Para resolver este caso, devemos analisar o índice de colapsabilidade da veia cava inferior (VCI).

O ponto central é que o paciente apresenta uma VCI com colapso inspiratório de 55%. Na fisiologia cardiovascular, um índice de colapsabilidade superior a 40-50% em pacientes com esforço inspiratório espontâneo (mesmo que estejam em ventilação mecânica, mas disparando o ventilador) é um preditor clássico de que o ventrículo direito está operando na porção ascendente da curva de Frank-Starling. Isso significa que o paciente tem grandes chances de aumentar o débito cardíaco após a administração de volume.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Um colapso da veia cava inferior superior a 50% é um sinal fidedigno de responsividade a fluidos. No contexto de sepse com necessidade de droga vasoativa (noradrenalina), identificar que o paciente é fluido-responsivo permite realizar a expansão volêmica com cristaloides de forma guiada, buscando estabilização hemodinâmica e possível redução da dose do vasopressor.

Alternativa (b) Incorreta: O achado de colapso de 55% indica justamente o contrário: o paciente tem alta probabilidade de responder a fluidos. A ausência de responsividade seria sugerida por uma veia cava pletórica (dilatada e sem variação respiratória).

Alternativa (c) Incorreta: A congestão sistêmica se manifesta no ultrassom por uma veia cava inferior dilatada e fixa (sem colapso), frequentemente associada a sinais de falência do ventrículo direito ou sobrecarga hídrica, o que é o oposto do quadro descrito.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a avaliação da VCI tenha limitações em pacientes em ventilação mecânica (onde o ideal seria avaliar a distensibilidade em pacientes totalmente passivos), um colapso tão expressivo (55%) não é inconclusivo; ele é um forte indicador de hipovolemia relativa ou absoluta. A manobra de Valsalva não é o padrão para avaliar responsividade volêmica nesse contexto.

Alternativa (e) Incorreta: Não há dados no enunciado (como sinais de baixo débito cardíaco persistente com PVC elevada ou disfunção ventricular evidente ao ecocardiograma) que sustentem o diagnóstico de falha de bomba (choque cardiogênico associado). O achado da VCI colapsável aponta para a necessidade de volume, e não primariamente de inotrópicos como a dobutamina.

Questão 74

Este caso clínico apresenta um paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e Doença Renal Diabética (DRD), caracterizada por queda da taxa de filtração glomerular (48 mL/min/1,73 m²) e albuminúria significativa (650 mg/24h). O paciente já está em terapia otimizada com bloqueador do sistema renina-angiotensina (Enalapril) e inibidor do SGLT2 (Empagliflozina), mantendo bom controle pressórico e glicêmico (HbA1c 6,9%). O desafio é identificar qual medicação adicional pode reduzir ainda mais o risco de progressão da doença renal e de eventos cardiovasculares.

a) Incorreta. A gliclazida é uma sulfonilureia de segunda geração utilizada para o controle glicêmico. Como o paciente já apresenta uma HbA1c de 6,9% (dentro da meta para a maioria dos adultos com DM2) e a glicemia de jejum está controlada, não há indicação para adicionar esse fármaco. Além disso, as sulfonilureias não possuem evidência de proteção renal ou cardiovascular adicional, independentemente do controle da glicemia.

b) Incorreta. O vericiguat é um estimulador da guanilato ciclase solúvel indicado para pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER) que apresentaram descompensação recente (hospitalização ou necessidade de diurético venoso). Não há descrição de insuficiência cardíaca neste quadro clínico.

c) Incorreta. O sparsentan é um antagonista duplo dos receptores de endotelina e angiotensina II. Sua indicação principal, recentemente aprovada, é para o tratamento da Nefropatia por IgA (doença de Berger) com risco de progressão, e não para a

Doença Renal Diabética no cenário atual.

d) Incorreta. A linagliptina é um inibidor da DPP-4. Embora seja segura em pacientes com doença renal crônica (não necessita de ajuste de dose), ela é uma droga neutra do ponto de vista cardiovascular e renal. Ou seja, ela ajuda no controle da glicemia, mas não demonstrou redução de desfechos duros, como progressão para diálise ou morte cardiovascular, especialmente em comparação com as novas terapias disponíveis.

e) Correta. A finerenona é um antagonista mineralocorticoide não esteroide seletivo. Grandes estudos clínicos (FIDELIO-DKD e FIGARO-DKD) demonstraram que a finerenona reduz o risco de progressão da doença renal crônica (declínio da TFG e evolução para falência renal) e reduz eventos cardiovasculares em pacientes com DM2 e albuminúria persistente, mesmo naqueles que já utilizam doses máximas toleradas de IECA/BRA e iSGLT2. Como o paciente tem potássio de 4,8 mEq/L (abaixo de 5,0 mEq/L) e TFG acima de 25 mL/min, ele é o candidato ideal para o início dessa terapia, visando à nefroproteção e à cardioproteção adicional.

Questão 75

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um quadro clássico de síncope de alto risco. A síncope é definida como a perda súbita e transitória da consciência, com recuperação espontânea e completa, decorrente de hipoperfusão cerebral global. No caso descrito, diversos sinais de alerta (*red flags*) direcionam para uma etiologia cardíaca estrutural ou arritmica: a idade avançada (68 anos), a ocorrência durante o esforço (caminhada), a ausência de pródromos (sintomas que precedem o desmaio), o achado de sopro sistólico compatível com estenose aórtica e a alteração eletrocardiográfica (bloqueio de ramo esquerdo - BRE).

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A conduta mais adequada é a internação hospitalar para investigação imediata. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Europeia de Cardiologia, pacientes que apresentam síncope com critérios de alto risco devem ser monitorizados e investigados em ambiente hospitalar. O paciente tem suspeita de cardiopatia estrutural grave (estenose aórtica, sugerida pelo sopro que irradia para as carótidas) e distúrbio de condução intraventricular (BRE). Essas condições aumentam significativamente o risco de morte súbita e eventos cardiovasculares maiores, exigindo a realização de exames complementares urgentes, como ecocardiograma e monitorização cardíaca.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O acompanhamento ambulatorial é indicado apenas para pacientes de baixo risco, como jovens com síncope claramente reflexa (vasovagal). Liberar um paciente idoso, com sopro cardíaco e BRE, que desmaiou no esforço, é perigoso, pois o risco de um novo evento fatal em curto prazo é elevado.

Alternativa (c): O *tilt-test* é utilizado para investigar síncofes de origem reflexa ou disautonômica em casos de dúvida diagnóstica. No caso clínico, a suspeita principal é de causa cardíaca estrutural ou mecânica (estenose aórtica). O *tilt-test* não é o exame inicial e não deve atrasar a investigação de causas graves.

Alternativa (d): Apenas a observação e posterior liberação não garantem a segurança do paciente. Mesmo que ele esteja estável no momento, a causa subjacente (potencialmente uma estenose aórtica severa ou um bloqueio atrioventricular paroxístico) permanece sem tratamento, mantendo o risco iminente de morte.

Alternativa (e): A origem psicogênica é um diagnóstico de exclusão e raramente ocorre pela primeira vez aos 68 anos. Além disso, a presença de achados objetivos no exame físico (sopro) e no ECG (BRE) afasta completamente a hipótese de ser algo meramente psicogênico ou funcional. O tratamento farmacológico sem diagnóstico definitivo é contraindicado.

Questão 76

O quadro clínico descreve um paciente com pneumonia adquirida na comunidade (PAC) grave, evidenciada pela presença de insuficiência respiratória aguda (PaO₂ de 51 mmHg, saturação de 83% e frequência respiratória de 32 irpm). Embora o escore CURB-65 seja 1 (apenas pela frequência respiratória), a hipoxemia grave e a relação PaO₂/FiO₂ abaixo de 250 classificam o caso como grave, exigindo internação e suporte intensivo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora as fluoroquinolonas respiratórias (como o levofloxacino) possam ser usadas em regime de monoterapia para pacientes internados em enfermaria, a associação de betalactâmico com macrolídeo é frequentemente preferida em casos mais graves por cobrir patógenos típicos e atípicos de forma sinérgica. Além disso, a oxigenoterapia de baixo fluxo (cateter nasal) é insuficiente para um paciente com saturação de 83% e PaO₂ de 51 mmHg, que necessita de maior oferta de oxigênio.

b) Incorreta. O uso de macrolídeos (azitromicina ou claritromicina) em monoterapia nunca é indicado para pacientes que necessitam de internação hospitalar, devido ao risco de resistência bacteriana (especialmente do *Streptococcus pneumoniae*) e à necessidade de cobertura para germes gram-negativos.

c) Correta. A conduta padrão para PAC grave envolve a internação e o início imediato de antibioticoterapia combinada com um betalactâmico (ceftriaxona) e um macrolídeo (claritromicina), visando cobertura ampliada. Devido à insuficiência respiratória franca, o suporte com oxigênio de alto fluxo é necessário para garantir a oxigenação tecidual. O uso de corticoide sistêmico (hidrocortisona), embora historicamente debatido, ganhou força com estudos recentes (como o ensaio clínico CAPE COD, de 2023), que demonstrou redução de mortalidade em pacientes com pneumonia grave que iniciaram hidrocortisona precocemente.

d) Incorreta. A amoxicilina endovenosa isolada não é o esquema de escolha para pneumonias graves em ambiente hospitalar, pois falha na cobertura de diversos patógenos e organismos atípicos. Embora a dexametasona seja usada em outras condições respiratórias, a evidência mais robusta para pneumonia bacteriana grave recente foca no uso de hidrocortisona.

e) Incorreta. O paciente apresenta critérios claros de gravidade e insuficiência respiratória. O tratamento ambulatorial (alta hospitalar) colocaria a vida do paciente em risco imediato, sendo a internação mandatória. A repetição de radiografia em 7 dias não é a conduta para um caso agudo e grave.

Questão 77

O quadro clínico descreve um paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) agudo, apresentando um déficit neurológico leve, caracterizado por uma pontuação na escala NIHSS de 3. Esse cenário é classificado como AVC menor (ou AVC menor), definido geralmente por um NIHSS menor ou igual a 3.

A conduta para esses casos foi modificada nos últimos anos com base em grandes estudos clínicos, como o CHANCE e o POINT. A seguir, analisamos cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A anticoagulação plena (com enoxaparina ou heparina) não está indicada na fase aguda do AVC isquêmico. Seu uso não previne a recorrência imediata e aumenta significativamente o risco de transformação hemorrágica da área infartada. A anticoagulação pode ser considerada posteriormente se for identificada uma fonte cardioembólica (como fibrilação atrial), mas não como conduta inicial no pronto-atendimento.

Alternativa b) Incorreta. Embora a aspirina (AAS) tenha sido o padrão por muito tempo, evidências atuais mostram que a monoterapia é inferior à dupla antiagregação plaquetária para prevenir novos eventos isquêmicos nos primeiros dias após um AVC minor ou um Ataque Isquêmico Transitório (AIT) de alto risco.

Alternativa c) Incorreta. O uso de trombolítico endovenoso (alteplase) é indicado para pacientes com déficits neurológicos moderados a graves ou déficits leves que sejam considerados incapacitantes (como afasia grave, perda visual ou fraqueza que impeça a marcha). No caso descrito, o paciente apresenta paresia discreta e disartria leve, totalizando NIHSS 3, o que não configura um déficit incapacitante que justifique o risco de sangramento da trombólise. Para AVC minor não incapacitante, a preferência atual é a dupla antiagregação.

Alternativa d) Correta. Em pacientes com AVC minor (NIHSS menor ou igual a 3) ou AIT de alto risco (ABCD2 maior ou igual a 4), a conduta de escolha, quando não há indicação de trombólise, é iniciar a dupla antiagregação plaquetária com AAS e clopidogrel. Essa estratégia deve ser iniciada nas primeiras 24 horas e mantida por um período limitado (geralmente 21 dias, conforme o protocolo CHANCE), seguida de monoterapia com um dos agentes para prevenção secundária a longo prazo. Essa conduta reduz o risco de um novo AVC isquêmico no período de maior vulnerabilidade do paciente.

Alternativa e) Incorreta. A trombectomia mecânica é um procedimento invasivo indicado para oclusões de grandes vasos da circulação anterior (como carótida interna ou segmento M1 da artéria cerebral média). Geralmente, é indicada para pacientes com NIHSS maior ou igual a 6. Um NIHSS de 2 ou 3 é baixo demais para os critérios de trombectomia, a menos que haja uma oclusão proximal com déficit rapidamente progressivo ou incapacitante, o que não é o caso descrito. Além disso, a afirmação de que o NIHSS superior a 2 é o padrão-ouro para trombectomia está factualmente errada.

Questão 78

O ponto PLAPS (Posterior and/or Lateral Alveolar and/or Pleural Syndrome) no Protocolo BLUE é a zona de avaliação voltada especificamente para a busca de consolidações e derrames pleurais, localizando-se na região póstero-lateral do tórax, onde o líquido costuma se acumular por gravidade.

Análise da imagem:

A ultrassonografia apresenta uma imagem clássica da transição toracoabdominal. À direita da imagem, observa-se o fígado (marcado com L). Acima do diafragma, nota-se uma grande área anecoica (preta), representada pelos asteriscos, que

corresponde à presença de líquido no espaço pleural. Imerso nesse líquido, observa-se o parênquima pulmonar (marcado com LL — Lower Lobe), que se apresenta colapsado (atelectasia compressiva) e com aspecto "hepatizado", flutuando conforme a respiração (sinal da medusa ou sinal da cauda de baleia).

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. No broncoespasmo (como na asma ou DPOC), o pulmão apresenta um perfil A (linhas A horizontais e deslizamento pleural preservado). O POCUS não demonstra coleções líquidas ou consolidações nesses casos.

b) Incorreta. O tromboembolismo pulmonar (TEP) costuma apresentar um perfil A no Protocolo BLUE, associado à presença de trombose venosa profunda (TVP) nos membros inferiores. Pequenos infartos pulmonares subpleurais podem ocorrer, mas não explicam a grande coleção líquida vista na imagem.

c) Incorreta. O pneumotórax é caracterizado pela ausência de deslizamento pleural (lung sliding), ausência de linhas B e presença do "ponto de pulmão" (lung point). No pneumotórax, veríamos ar (que gera sombra acústica e artefatos de repetição) e não líquido (área preta/anecoica).

d) Incorreta. O edema agudo de pulmão manifesta-se tipicamente pelo perfil B, caracterizado por múltiplas linhas B (caudas de cometa) difusas e bilaterais, indicando síndrome intersticial, e não por um acúmulo isolado de líquido no espaço pleural no ponto PLAPS.

e) Correta. O achado de uma zona anecoica (preta) entre a pleura parietal e a pleura visceral, localizada acima do diafragma no ponto PLAPS, é o sinal patognomônico de derrame pleural na ultrassonografia point-of-care. O quadro clínico de dispneia, febre e crepitações na base corrobora o achado, sugerindo que o derrame pode ser de origem inflamatória/infecciosa (parapneumônico).

Questão 79

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de taquicardia de complexo largo, que pelo traçado eletrocardiográfico associado, caracteriza-se como uma Taquicardia Ventricular Monomórfica (ritmo regular, com QRS alargado e morfologia uniforme). O ponto crucial para a decisão terapêutica é a avaliação da estabilidade hemodinâmica. O paciente apresenta sinais claros de instabilidade: hipotensão severa (62x34 mmHg) e rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 6). Como ele possui pulso palpável, o protocolo de Taquicardia com Pulso do ACLS (Suporte Avançado de Vida

Cardiovascular) deve ser seguido.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Embora um Glasgow de 6 pontos geralmente indique necessidade de proteção de via aérea, a causa da instabilidade e do rebaixamento de consciência é a arritmia que gera baixo débito cardíaco. No cenário de uma taquiarritmia instável, a prioridade absoluta é a reversão do ritmo. Muitas vezes, ao restaurar o ritmo sinusal e a perfusão cerebral, o nível de consciência melhora prontamente. A intubação antes da cardioversão pode retardar o tratamento definitivo e causar colapso cardiovascular adicional devido às drogas sedativas em um paciente já hipotenso.
- b) Correta. Esta é a conduta de escolha para qualquer taquiarritmia que apresente sinais de instabilidade (hipotensão, alteração aguda do estado mental, sinais de choque, dor torácica isquêmica ou insuficiência cardíaca aguda) em paciente com pulso presente. A cardioversão deve ser sincronizada para que o choque ocorra simultaneamente à onda R, evitando o período vulnerável da repolarização ventricular e o risco de induzir uma fibrilação ventricular (fenômeno R sobre T).
- c) Incorreta. A amiodarona é um antiarrítmico que pode ser utilizado no tratamento da Taquicardia Ventricular, mas sua indicação principal é para pacientes estáveis ou como adjuvante após tentativas de cardioversão elétrica sem sucesso. Em pacientes instáveis, o tratamento farmacológico não deve retardar a terapia elétrica.
- d) Incorreta. A desfibrilação (choque não sincronizado) é reservada para ritmos de parada cardiorrespiratória, especificamente a Fibrilação Ventricular e a Taquicardia Ventricular SEM pulso. Como o enunciado afirma que o paciente mantém pulso palpável e o ritmo é organizado (monomórfico), o choque deve ser obrigatoriamente sincronizado.
- e) Incorreta. A hipotensão deste paciente não é causada por hipovolemia, mas sim pelo comprometimento do débito cardíaco secundário à frequência cardíaca excessiva, que reduz o tempo de enchimento diastólico e a coordenação ventricular. A expansão volêmica não resolverá a causa base e pode sobrecarregar o sistema cardiovascular de um paciente já cardiopata (doença coronariana prévia).

Questão 80

Análise do ECG e Diagnóstico:

O traçado eletrocardiográfico revela um ritmo em que o intervalo PR (distância entre o início da onda P e o início do complexo QRS) aumenta progressivamente a cada batimento. Após três batimentos com intervalos PR sucessivamente mais longos, observa-se uma quarta onda P que não é seguida por um complexo QRS (onda P bloqueada). Após essa falha, o ciclo se reinicia com um intervalo PR mais curto. Esse comportamento é o sinal patognomônico do fenômeno de Wenckebach.

Análise das alternativas:

a) Correta. O Bloqueio Atrioventricular (BAV) de 2º grau tipo Mobitz I é caracterizado pelo prolongamento progressivo do intervalo PR até que uma onda P seja bloqueada. No traçado, a sequência mostra claramente essa evolução, o que explica a bradicardia (FC de 42 bpm) e os sintomas de baixo débito (tontura e pré-síncope) relatados pelo paciente de 74 anos.

b) Incorreta. No BAV de 2º grau tipo Mobitz II, o bloqueio da onda P ocorre de forma súbita e inesperada. Diferente do Mobitz I, os intervalos PR dos batimentos que conduzem são constantes e fixos, sem o alongamento progressivo visto na imagem.

c) Incorreta. O BAV de alto grau é definido quando duas ou mais ondas P consecutivas deixam de ser conduzidas aos ventrículos (proporção de condução 3:1 ou superior). No eletrocardiograma em questão, apenas uma onda P é bloqueada por vez, mantendo uma relação de condução 4:3 (quatro ondas P para três complexos QRS).

d) Incorreta. No BAV de 3º grau (total), há uma dissociação completa entre átrios e ventrículos. As ondas P e os complexos QRS marcham de forma independente, com intervalos PP e RR regulares, mas sem qualquer relação fixa de intervalo PR. No traçado apresentado, existe uma relação clara e previsível entre a onda P e o QRS antes do bloqueio.

e) Incorreta. Se houvesse uma pausa sinusal, observaríamos a ausência de ondas P durante o período de silêncio elétrico, pois o estímulo nem sequer seria gerado no nó sinusal. No ECG da questão, as ondas P aparecem regularmente, provando que o nó sinusal está funcionando; o problema reside na dificuldade de passagem do estímulo pelo nó atrioventricular.

Questão 81

O escafoide é o osso mais frequentemente fraturado entre os ossos do carpo, geralmente resultante de quedas com a mão espalmada e o punho em hiperextensão. Para fins didáticos e clínicos, o escafoide é dividido anatomicamente em três partes: polo proximal, cintura (também chamada de colo ou terço médio) e polo distal (onde se localiza o tubérculo).

A alternativa (c) é a correta porque a região da cintura do escafoide, referida tecnicamente como colo ou terço médio, é o local onde ocorre a vasta maioria das lesões, concentrando aproximadamente 70% a 80% de todas as fraturas deste osso. O mecanismo de trauma gera um estresse mecânico máximo justamente nessa zona central estreita.

A alternativa (a) está incorreta, pois, embora o terço médio seja o local mais comum, o polo proximal (terço proximal) é responsável por apenas cerca de 15% das fraturas. O polo proximal é clinicamente relevante devido ao risco de necrose avascular (já que a vascularização é retrógrada), mas não representa a maioria estatística das fraturas.

A alternativa (b) está incorreta porque o tubérculo situa-se no polo distal. As fraturas do polo distal e do tubérculo são menos frequentes em adultos, correspondendo a cerca de 5% a 10% dos casos, sendo mais comuns na população pediátrica por avulsão.

A alternativa (d) está incorreta porque associa as duas regiões com menor incidência epidemiológica (terço proximal e tubérculo) em comparação com a cintura/colo do osso.

A alternativa (e) está incorreta porque, embora cite o terço médio (região de alta incidência), inclui o tubérculo, que é um local de ocorrência significativamente menor. A combinação de termos "colo e terço médio" na alternativa correta reforça a mesma região anatômica central (cintura), que é o foco principal das fraturas de escafoide.

Questão 82

As fraturas do rádio distal representam uma das lesões mais comuns na prática ortopédica. O objetivo da redução aberta e fixação interna (RAFI) é restabelecer a superfície articular e permitir a mobilização precoce. No entanto, mesmo com uma técnica cirúrgica adequada, complicações podem surgir no período tardio.

Alternativa (a) Incorreta. A infecção superficial é classificada como uma complicação

precoce, ocorrendo geralmente nos primeiros dias ou semanas após a cirurgia. Com o uso de técnicas assépticas e antibioticoprofilaxia, sua incidência é baixa e raramente se manifesta como um problema tardio principal.

Alternativa (b) Incorreta. A síndrome do túnel do carpo (compressão do nervo mediano) é uma complicação conhecida e pode ocorrer de forma aguda pelo trauma/edema ou tardia por mau posicionamento dos fragmentos ou irritação pelo material de síntese. Apesar de importante, sua incidência estatística é menor do que a perda de mobilidade articular.

Alternativa (c) Incorreta. A não união (pseudoartrose) do rádio distal é extremamente rara. A região metafisária do rádio é altamente vascularizada e possui uma grande área de osso esponjoso, o que facilita muito o processo de consolidação óssea, tornando a falha de união uma exceção.

Alternativa (d) Incorreta. A instabilidade ulnar ou da articulação radioulnar distal (ARUD) pode ocorrer em casos de lesões ligamentares associadas (como no complexo da fibrocartilagem triangular) ou fraturas da estilóide da ulna. Embora traga prejuízo funcional, não é a complicação mais frequente no acompanhamento de longo prazo.

Alternativa (e) Correta. A rigidez articular é considerada a complicação tardia mais comum. Ela decorre da fibrose tecidual, aderências tendíneas e capsulares resultantes do próprio trauma inicial e da manipulação cirúrgica. Muitos pacientes apresentam alguma limitação permanente na amplitude de movimento, especialmente na flexão ou na supinação, sendo este o desfecho negativo mais reportado na literatura especializada e no acompanhamento clínico pós-operatório.

Questão 83

O tema central desta questão é o manejo do derrame parapneumônico, uma complicação comum das pneumonias. Para decidir se um derrame pleural deve ser apenas observado (com tratamento antibiótico para a pneumonia) ou drenado imediatamente, utilizamos critérios bioquímicos e microbiológicos do líquido pleural obtido por toracentese.

As principais indicações clássicas para a drenagem de tórax no derrame parapneumônico (derrame complicado ou empiema) são:

1. Presença de pus macroscópico (empiema).
2. Presença de bactérias na bacterioscopia (Gram) ou cultura positiva.
3. pH do líquido pleural abaixo de 7,20.
4. Glicose do líquido pleural abaixo de 40 a 60 mg/dL.

5. DHL (Desidrogenase Láctica) acima de 1.000 U/L.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O Paciente A apresenta pH de 7,35 (acima de 7,20), glicose de 90 mg/dL (normal) e DHL de 180 U/L (baixo). Trata-se de um derrame parapneumônico simples, que geralmente regride apenas com o tratamento antibiótico da pneumonia, sem necessidade de drenagem.

b) Correta. O Paciente B apresenta um pH de 6,9. Qualquer valor de pH abaixo de 7,20 em um contexto de pneumonia é uma indicação formal e imediata de drenagem de tórax, pois indica um derrame parapneumônico complicado com alta probabilidade de evolução para empiema ou loculação se não for drenado.

c) Incorreta. O Paciente C possui pH de 7,25 (acima do limite de corte de 7,20) e glicose no limite inferior (60 mg/dL). Embora exija vigilância próxima, os parâmetros ainda não preenchem os critérios absolutos de drenagem imediata de acordo com as diretrizes mais aceitas, quando comparados à gravidade do pH do Paciente B.

d) Incorreta. O Paciente D apresenta líquido claro, pH de 7,40 (normal), glicose de 100 mg/dL (normal) e DHL de 180 U/L. Estes resultados são compatíveis com um derrame parapneumônico simples ou até mesmo um transudato, não havendo qualquer indicação de drenagem.

e) Incorreta. O Paciente E tem líquido turvo, mas o pH é de 7,28 (ainda acima de 7,20) e a glicose é de 75 mg/dL. Apesar da turbidez, os critérios bioquímicos ainda sugerem um quadro que pode ser manejado inicialmente apenas com antibioticoterapia, diferente do Paciente B, que apresenta acidose importante no líquido pleural.

Em resumo, a queda do pH para níveis inferiores a 7,20 é o marcador mais sensível e precoce para indicar que o derrame pleural não será reabsorvido apenas com medicamentos, tornando a drenagem de tórax mandatária para a resolução do quadro infeccioso. Por isso, a alternativa B é a correta.

Questão 84

Para resolver esta questão, o ponto fundamental é conhecer os critérios de intervenção no Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) assintomático. O risco de ruptura aumenta exponencialmente com o diâmetro do aneurisma, e as diretrizes internacionais estabelecem limites baseados na relação entre o risco da cirurgia e o risco de ruptura espontânea.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O acompanhamento com exames de imagem é reservado para aneurismas que ainda não atingiram o diâmetro crítico. Para homens com aneurismas entre 5,0 e 5,4 cm, o intervalo costuma ser semestral. No entanto, o paciente já apresenta 5,8 cm, o que indica necessidade de intervenção em vez de apenas seguimento.

Alternativa b: Incorreta. O controle de fatores de risco, como cessação do tabagismo, controle da hipertensão e uso de estatinas, é obrigatório para todos os pacientes com AAA, visando reduzir o risco cardiovascular global. Contudo, o tratamento clínico isolado não substitui a correção cirúrgica quando o diâmetro atinge o limite de segurança.

Alternativa c: Incorreta. Embora a presença de sintomas ou o crescimento rápido (maior que 0,5 cm em 6 meses ou maior que 1,0 cm em um ano) sejam indicações clássicas para o tratamento, o diâmetro isolado de 5,8 cm já ultrapassa o limiar de segurança para homens, justificando a intervenção eletiva mesmo em pacientes assintomáticos.

Alternativa d: Correta. As principais diretrizes de cirurgia vascular (como SVS e ESVS) recomendam o reparo eletivo do AAA em homens quando o diâmetro transversal máximo atinge ou ultrapassa 5,5 cm. Em mulheres, esse limiar é geralmente de 5,0 a 5,2 cm. Como o paciente apresenta um aneurisma fusiforme de 5,8 cm e possui boas condições anatômicas (como colos proximais de 2,2 cm, que permitem o ancoramento de próteses), o reparo eletivo está formalmente indicado.

Alternativa e: Incorreta. Postergar a cirurgia até que o aneurisma atinja 7,0 cm elevaria drasticamente o risco de ruptura fatal. O risco de ruptura anual para aneurismas maiores que 6,0 cm já é consideravelmente alto (cerca de 10% a 20%), não havendo justificativa para aguardar esse diâmetro em um paciente com condições clínicas para o procedimento.

Resumo do caso: Homem, idoso, com AAA assintomático de 5,8 cm. De acordo com os critérios de diâmetro, a indicação médica correta é o reparo eletivo.

Questão 85

Esta questão aborda o manejo inicial do Traumatismo Cranioencefálico (TCE) grave no contexto do atendimento ao trauma (ATLS). O paciente apresenta sinais claros de gravidade: Escala de Coma de Glasgow de 6 (TCE grave), instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia), hipóxia e sinais de herniação cerebral (anisocoria).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): É a conduta padrão. No TCE grave, o principal objetivo é evitar a lesão cerebral secundária. Os dois maiores vilões são a hipóxia (deve-se manter $\text{SatO}_2 > 94\%$) e a hipotensão (deve-se manter a Pressão Arterial Sistólica $\geq 100\text{-}110$ mmHg, dependendo da idade). Após estabilizar o ABCDE, a Tomografia de Crânio é o exame padrão-ouro para identificar lesões cirúrgicas, e a avaliação da neurocirurgia é indispensável devido à anisocoria, que sugere efeito de massa e risco de herniação.

Alternativa B (Incorreta): A hiperventilação agressiva e rotineira é contraindicada. Ela causa vasoconstrição cerebral, o que reduz o fluxo sanguíneo e pode levar à isquemia cerebral, agravando o prognóstico. A hiperventilação só deve ser usada de forma breve e aguda em casos de herniação iminente enquanto se prepara outra medida definitiva.

Alternativa C (Incorreta): O uso de corticoides no TCE grave foi extensivamente estudado (estudo CRASH) e demonstrou um aumento na mortalidade. Portanto, o corticoide é formalmente contraindicado no manejo do trauma craniano.

Alternativa D (Incorreta): O paciente apresenta sinais de lesão expansiva intracraniana (anisocoria). Postergar a imagem até a internação em UTI é um erro grave, pois ele pode ter um hematoma extradural ou subdural que necessite de drenagem cirúrgica imediata. A TC deve ser feita assim que o paciente estiver hemodinamicamente minimamente estabilizado.

Alternativa E (Incorreta): O encaminhamento à neurocirurgia deve ser precoce em todo TCE grave (Glasgow menor ou igual a 8), especialmente quando há sinais de localização neurológica como a anisocoria. Muitos desses casos exigem monitorização da pressão intracraniana (PIC) ou intervenção cirúrgica de urgência.

Questão 86

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta um quadro de abdome agudo perfurativo complicado por choque séptico, evidenciado pela instabilidade hemodinâmica (taquicardia e hipotensão) e sinais de irritação peritoneal difusa. O diagnóstico tomográfico de diverticulite aguda Hinchey IV confirma a presença de peritonite fecal generalizada, uma condição de altíssima gravidade e mortalidade.

CLASSIFICAÇÃO DE HINCHEY (MODIFICADA)

Hinchey I: Abscesso pericólico ou mesentérico localizado.

Hinchey II: Abscesso pélvico ou à distância (abdominal/retroperitoneal).

Hinchey III: Peritonite purulenta generalizada.

Hinchey IV: Peritonite fecal generalizada (perfuração livre do cólon com fezes na cavidade).

POR QUE A ALTERNATIVA E ESTÁ CORRETA?

O tratamento da diverticulite Hinchey IV é cirúrgico e de emergência. O objetivo principal é o controle da fonte de infecção e a limpeza da cavidade peritoneal. Em pacientes instáveis, com comorbidades (diabetes e obesidade) e contaminação fecal franca, a conduta clássica e mais segura é a Cirurgia de Hartmann. Este procedimento consiste na ressecção do segmento colônico afetado (sigmoidectomia), fechamento do coto retal e confecção de uma colostomia terminal. Isso evita a realização de uma anastomose primária (ligação do intestino) em um ambiente de intensa inflamação e infecção, onde o risco de deiscência (abertura dos pontos) seria inaceitável.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O tratamento conservador apenas com antibióticos é indicado para casos de diverticulite não complicada ou Hinchey I com abscessos muito pequenos. O Hinchey IV evolui invariavelmente para óbito sem intervenção cirúrgica imediata para remoção das fezes e do segmento perfurado.

Alternativa B: A drenagem percutânea guiada por imagem é a primeira linha de tratamento para abscessos localizados volumosos (Hinchey II). Ela não possui indicação em casos de peritonite difusa, pois não consegue limpar toda a cavidade nem tratar a perfuração colônica.

Alternativa C: A colonoscopia é formalmente contraindicada na fase aguda de uma diverticulite, especialmente se houver suspeita de perfuração. A insuflação de ar durante o exame pode aumentar a perfuração e agravar a contaminação peritoneal. O rastreio colônico deve ser feito de 6 a 8 semanas após a resolução do quadro

agudo.

Alternativa D: A laparoscopia diagnóstica ou terapêutica com apenas lavagem peritoneal e drenagem (sem ressecção) foi estudada para casos de Hinchey III (peritonite purulenta), mas ainda é controversa e apresenta taxas de falha. No Hinchey IV (peritonite fecal), a ressecção do segmento doente é obrigatória para interromper o extravasamento de fezes para a cavidade.

Questão 87

COMENTÁRIO GERAL

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente, estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), têm como objetivo promover melhorias específicas em áreas críticas da assistência à saúde. A Meta 4 trata especificamente da Cirurgia Segura, garantindo o local correto, o procedimento correto e o paciente correto. Para operacionalizar essa meta, utiliza-se o Checklist de Segurança Cirúrgica da OMS, dividido em três etapas: antes da indução anestésica (Sign In), antes da incisão cirúrgica (Time Out) e antes de o paciente sair da sala (Sign Out).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. O objetivo central da meta de segurança cirúrgica é a redução de erros evitáveis, como cirurgias em locais errados ou no paciente errado, e a diminuição de complicações pós-operatórias. A redução do tempo anestésico total pode ser um indicador de eficiência, mas não é o foco ou o objetivo central das metas de segurança.

Alternativa B: CORRETA. Esta ação corresponde à primeira etapa do checklist (Sign In). Antes da indução anestésica, deve-se confirmar formalmente com o paciente (quando possível) sua identidade, o sítio cirúrgico, o procedimento a ser realizado e se o consentimento foi assinado. Esta é uma barreira crítica para evitar erros de identificação e lateralidade.

Alternativa C: INCORRETA. O checklist de segurança cirúrgica não é opcional. Ele deve ser aplicado de forma sistemática e padronizada em todos os procedimentos cirúrgicos, independentemente da complexidade ou do risco estimado, para garantir que nenhum passo essencial de segurança seja negligenciado.

Alternativa D: INCORRETA. A profilaxia antimicrobiana tem uma relação temporal rigorosa com a incisão cirúrgica. Para que seja eficaz, o antibiótico deve estar presente no tecido em concentrações terapêuticas no momento da incisão.

Geralmente, a recomendação é que a administração ocorra nos 60 minutos anteriores à incisão (ou 120 minutos para antibióticos de infusão lenta, como vancomicina).

Alternativa E: INCORRETA. A checagem de segurança, especialmente durante o Time Out (pausa cirúrgica antes da incisão), deve envolver todos os membros da equipe: cirurgião, anestesiológista e equipe de enfermagem. A segurança baseia-se na verificação cruzada e na comunicação aberta entre todos os profissionais, e não apenas na validação de um único membro.

Questão 88

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O propofol promove vasodilatação arterial e venosa, além de depressão miocárdica direta. Isso resulta em queda da resistência vascular periférica e do débito cardíaco, levando a hipotensão significativa. Portanto, é geralmente evitado ou usado com extrema cautela em pacientes com trauma grave e instabilidade hemodinâmica.

b) Incorreta. A quetamina possui ação simpatomimética indireta e promove o relaxamento da musculatura lisa brônquica. Por ser um potente broncodilatador, a quetamina é frequentemente o agente de escolha para a intubação de pacientes com asma grave ou DPOC, e não uma contraindicação.

c) Correta. O etomidato é um agente hipnótico que se destaca pela excelente estabilidade cardiovascular, sendo muito útil no trauma. No entanto, ele inibe de forma reversível a enzima 11-beta-hidroxiase, responsável pela conversão de precursores em cortisol na glândula adrenal. Isso pode causar uma supressão adrenal transitória, mesmo após uma dose única.

d) Incorreta. Embora seja um benzodiazepínico de ação curta, o midazolam tem um início de ação mais lento (cerca de 2 a 5 minutos para efeito máximo) quando comparado a drogas como o etomidato ou propofol (que agem em menos de 60 segundos). Na sequência rápida de intubação, a demora no início da hipnose é uma desvantagem. Além disso, doses altas para indução podem causar hipotensão.

e) Incorreta. O tiopental é um barbitúrico que não possui propriedades analgésicas. Pelo contrário, ele é classicamente descrito por possuir um efeito antianalgésico, podendo aumentar a sensibilidade do paciente a estímulos dolorosos se não for associado a um analgésico adequado (como opioides).

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 89

A Síndrome de Realimentação é uma complicação metabólica grave que ocorre quando pacientes desnutridos ou em jejum prolongado (como o caso do paciente com neoplasia gástrica e íleo paralítico por 9 dias) recebem uma reintrodução súbita de calorias, especialmente carboidratos.

Entendimento da Fisiopatologia:

Durante o jejum prolongado, o corpo entra em estado catabólico, utilizando gorduras e proteínas para gerar energia, o que leva à depleção dos estoques intracelulares de eletrólitos, embora os níveis séricos possam parecer normais. Ao reintroduzir a dieta, ocorre um aumento súbito na secreção de insulina. A insulina promove a entrada rápida de glicose, potássio, magnésio e fosfato para dentro das células para retomar o anabolismo e a produção de ATP. Esse "desvio" do compartimento extracelular para o intracelular causa a queda brusca desses eletrólitos no sangue.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a hiperglicemia possa ocorrer devido à infusão rápida de glicose, a alteração eletrolítica característica não é a hiponatremia isolada. O foco da síndrome está no fósforo, potássio e magnésio.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa descreve o oposto do que ocorre. A hiperfosfatemia, hipercalemia e hipermagnesemia são típicas de estados de lise celular (como síndrome de lise tumoral ou rabdomiólise), onde o conteúdo de dentro das células é liberado no sangue. Na realimentação, os eletrólitos saem do sangue e entram nas células.

Alternativa c) Incorreta. A hipocalemia não ocorre de forma isolada; ela vem acompanhada, obrigatoriamente, da queda de outros íons, sendo a hipofosfatemia o marcador mais importante e clássico da síndrome. A alcalose respiratória não é um componente clínico definidor desta condição.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve com precisão a tríade eletrolítica clássica da Síndrome de Realimentação. A hipofosfatemia é o achado mais característico (devido ao consumo de fósforo para formar ATP), acompanhada de hipocalemia e hipomagnesemia, todas resultantes da migração desses íons para o meio intracelular após o estímulo insulínico do anabolismo.

Alternativa e) Incorreta. A síndrome costuma cursar com retenção de sódio e água

(devido à ação da insulina nos túbulos renais), o que pode causar edema e sobrecarga cardíaca, mas não tipicamente hipernatremia ou acidose metabólica como manifestações primárias da migração eletrolítica.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 90

A seguir, apresento a análise detalhada de cada alternativa com base nas diretrizes do ATLS 11ª edição (2023):

Alternativa (a) - CORRETA: A quetamina é um agente indutor dissociativo amplamente recomendado para pacientes em choque. Ela possui um efeito simpatomimético indireto, estimulando a liberação de catecolaminas, o que ajuda a manter a pressão arterial, a frequência cardíaca e, conseqüentemente, a perfusão tecidual. Além disso, possui propriedades broncodilatadoras, sendo uma excelente escolha no trauma, especialmente quando há instabilidade hemodinâmica.

Alternativa (b) - INCORRETA: O etomidato é conhecido justamente por sua estabilidade hemodinâmica, sendo uma das drogas de escolha para intubação em sequência rápida no trauma. Embora exista uma preocupação teórica sobre a supressão adrenal transitória após uma dose única, ele não aumenta o risco de instabilidade hemodinâmica; pelo contrário, ele é preferido por não causar quedas bruscas na pressão arterial como outros agentes.

Alternativa (c) - INCORRETA: O midazolam, embora tenha ação ansiolítica e sedativa, pode causar depressão miocárdica e vasodilatação periférica dose-dependente. Em pacientes em choque hemorrágico, mesmo doses habituais podem levar a uma hipotensão grave, não sendo a droga de preferência para estabilidade cardiovascular nesse cenário.

Alternativa (d) - INCORRETA: O propofol é um potente vasodilatador e depressor miocárdico. Em pacientes com choque e instabilidade hemodinâmica, seu uso é arriscado, pois pode comprometer severamente o débito cardíaco e a pressão de perfusão cerebral (PPC). Embora reduza a pressão intracraniana, a queda na pressão arterial sistêmica pode ser deletéria para o paciente com traumatismo cranioencefálico (TCE).

Alternativa (e) - INCORRETA: A succinilcolina é um bloqueador neuromuscular despolarizante que pode causar hiperpotassemia em situações específicas, como grandes queimados, lesões por esmagamento (crush syndrome) ou lesões medulares, mas esse risco geralmente se manifesta após 24 a 48 horas do trauma,

devido à regulação positiva dos receptores de acetilcolina. No atendimento inicial imediato (fase aguda), ela não está contraindicada para todos os pacientes com trauma.

Questão 91

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de cólica nefrética (dor lombar súbita irradiada para a região inguinal, náuseas e hematúria). A Tomografia de Abdome (padrão-ouro) confirmou um cálculo de 6 mm no ureter distal. O paciente está clinicamente estável, com função renal preservada (Creatinina 1,0 mg/dL) e sem sinais de infecção (leucograma normal e sem febre).

Justificativa das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A butilescopolamina (antiespasmódico) não é a droga de primeira escolha para a analgesia na cólica renal. Os Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINEs) são mais eficazes, pois reduzem o edema local e a pressão dentro da cápsula renal. Além disso, embora cálculos pequenos tenham chance de eliminação, o limite de 1 cm é alto; cálculos entre 5 mm e 10 mm frequentemente necessitam de auxílio medicamentoso ou observação rigorosa.

Alternativa b) Incorreta. A desobstrução de urgência (seja por cateter Duplo J ou nefrostomia) está indicada apenas em situações específicas: infecção associada (pielonefrite obstrutiva), rim único, obstrução bilateral, insuficiência renal aguda ou dor que não melhora com medicações. O paciente não apresenta nenhum desses critérios de gravidade. Cálculos > 5 mm no ureter distal podem, sim, ser eliminados espontaneamente com tratamento clínico.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta padrão para cálculos ureterais distais de 5 a 10 mm em pacientes estáveis. O tratamento clínico consiste em analgesia com AINEs (primeira linha), hidratação conforme a sede e Terapia Expulsiva Medicamentosa (TEM) com alfabloqueadores (como a Tansulosina). Os alfabloqueadores relaxam a musculatura lisa do ureter distal, facilitando a passagem do cálculo e aumentando as taxas de eliminação espontânea.

Alternativa d) Incorreta. A Litotripsia Extracorpórea (LECO) não é conduta de urgência para este caso. Para cálculos de ureter distal, se a terapia clínica falhar e for necessária intervenção, a ureterosopia (procedimento endoscópico) é geralmente preferida em relação à LECO, pois apresenta maior taxa de sucesso (maior "stone-free") nessa localização específica.

Alternativa e) Incorreta. Diferente do que afirma a alternativa, existe evidência científica robusta (metanálises) que corrobora o uso de alfabloqueadores para facilitar a eliminação de cálculos ureterais distais maiores que 5 mm. Além disso, os AINEs são preferíveis aos opioides como terapia inicial por agirem diretamente no mecanismo de dor da obstrução ureteral.

Questão 92

ANÁLISE DA QUESTÃO E DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (INCORRETA): A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) precoce não deve ser realizada de forma rotineira em todos os pacientes com pancreatite aguda biliar. De acordo com as diretrizes internacionais, a CPRE de urgência (dentro das primeiras 24 a 48 horas) está indicada apenas se houver colangite aguda associada ou evidência de obstrução biliar persistente (como icterícia progressiva ou cálculo encravado na papila). Se houver apenas colelitíase ou coledocolitíase que já passou espontaneamente, a CPRE não traz benefícios e pode aumentar as complicações.

Alternativa B (CORRETA): Esta alternativa reflete a mudança de paradigma no tratamento da pancreatite aguda. Atualmente, o repouso digestivo prolongado é contraindicado. A nutrição enteral precoce (pela boca ou por sonda) iniciada nas primeiras 24 a 48 horas é fundamental para manter a integridade da barreira mucosa intestinal. Isso reduz a translocação bacteriana do intestino para o pâncreas, diminuindo significativamente o risco de infecção da necrose, falência de órgãos e mortalidade.

Alternativa C (INCORRETA): O uso de antibióticos profiláticos é terminantemente desencorajado pelas principais diretrizes (IAP/APA, AGA e WSES), independentemente da gravidade da pancreatite ou da extensão da necrose (quando estéril). O uso de antibióticos deve ser reservado exclusivamente para casos de infecção comprovada ou suspeita clínica forte de necrose infectada ou infecções extrapancreáticas (como pneumonia ou infecção urinária).

Alternativa D (INCORRETA): Estudos recentes, como o ensaio clínico WATERFALL, demonstraram que a hidratação agressiva e liberal nas primeiras 24 horas aumenta o risco de sobrecarga volêmica, complicações respiratórias e necessidade de UTI, sem trazer benefícios na prevenção de insuficiência renal ou necrose. A recomendação atual é a hidratação moderada guiada por metas (goal-directed therapy), avaliando parâmetros clínicos e laboratoriais para evitar tanto a hipovolemia quanto o excesso de fluidos.

Alternativa E (INCORRETA): A intervenção cirúrgica na necrose pancreática (necrosectomia) deve ser evitada ao máximo na fase precoce. Se for necessária intervenção em caso de necrose infectada, deve-se postergar o procedimento por pelo menos 4 semanas, tempo necessário para que a necrose se torne organizada e delimitada (formação da Walled-off Necrosis - WON). Intervenções na primeira semana são associadas a altas taxas de hemorragia e mortalidade. O manejo inicial deve ser preferencialmente clínico ou por drenagem minimamente invasiva (step-up approach).

Questão 93

O manejo da trombose venosa profunda (TVP) durante a gestação baseia-se na escolha de anticoagulantes que apresentem perfil de segurança para o feto. O principal critério é que a medicação tenha alto peso molecular para não atravessar a barreira placentária, evitando efeitos teratogênicos e complicações hemorrágicas fetais.

Alternativa A: Incorreta. A heparina não fracionada (HNF) é segura para o uso gestacional, pois suas moléculas grandes não cruzam a placenta. Embora a administração exclusivamente intravenosa (EV) até o parto seja logisticamente difícil e raramente utilizada fora do ambiente hospitalar, o fármaco não é contraindicado do ponto de vista farmacológico.

Alternativa B: Incorreta. A enoxaparina é uma heparina de baixo peso molecular (HBPM) e constitui a terapia de escolha (padrão-ouro) para o tratamento de TVP em gestantes. Sua segurança é bem documentada. Apesar de a via de administração usual ser a subcutânea, a substância em si é permitida durante toda a gravidez.

Alternativa C: Incorreta. Antigamente, o repouso era prescrito de forma rotineira. Atualmente, as diretrizes recomendam a deambulação precoce assim que a anticoagulação terapêutica for estabelecida. Contudo, o repouso não configura uma contraindicação absoluta, sendo apenas uma conduta considerada ultrapassada em protocolos modernos.

Alternativa D: Incorreta (considerando o foco da questão). A rivaroxabana é um anticoagulante oral direto (DOAC) e, de fato, é contraindicada na gestação por atravessar a placenta e pela ausência de estudos de segurança. No entanto, em provas de residência médica, a contraindicação mais clássica e gravemente associada a danos fetais conhecidos é o uso de antagonistas da vitamina K.

Alternativa E: Correta (Gabarito). A varfarina é um antagonista da vitamina K que atravessa livremente a placenta. Seu uso é formalmente contraindicado na gestação,

especialmente devido ao seu alto potencial teratogênico, podendo causar a síndrome fetal varfarínica (hipoplasia nasal, pontilhado epifisário, anomalias do sistema nervoso central) e riscos elevados de hemorragia intracraniana fetal e óbito. Portanto, o esquema de ponte para varfarina, embora comum na população geral, é terminantemente proibido para gestantes.

Questão 94

Análise do caso clínico: O paciente apresenta um quadro de dor abdominal intensa e desproporcional aos achados do exame físico (abdome flácido, sem sinais de irritação peritoneal), o que é um sinal clássico de isquemia mesentérica aguda. O diabetes mellitus é um fator de risco cardiovascular importante que corrobora essa hipótese. A presença de melena em pequena quantidade sugere sofrimento da mucosa intestinal com descamação e sangramento. Sinais como taquicardia e vasos sublinguais murchos indicam hipovolemia, comum em quadros abdominais graves devido ao sequestro de líquido para o terceiro espaço e desidratação.

Alternativa a: Incorreta. Embora a distensão possa ocorrer na oclusão intestinal, o quadro de dor intensa e súbita, desproporcional ao exame físico, e a presença de diabetes direcionam para uma etiologia vascular (isquêmica). Além disso, o tumor de reto costuma cursar com hematoquezia (sangue vivo), tenesmo ou alteração do hábito intestinal crônico, e não com um quadro de dor aguda lancinante e melena.

Alternativa b: Incorreta. O abdome agudo inflamatório (como apendicite) é comum, mas costuma apresentar sinais de irritação peritoneal (defesa e descompressão dolorosa) à medida que a dor progride. Além disso, a ecografia tem papel muito limitado na avaliação da isquemia mesentérica e de vasos abdominais, sendo a angiotomografia o exame de escolha.

Alternativa c: Incorreta. Vasos sublinguais murchos são sinais clínicos de desidratação ou hipovolemia (baixo volume intravascular). Na falência cardíaca (insuficiência cardíaca), o que se observa é o oposto: sinais de congestão, como turgência jugular (vasos cheios e pulsáteis no pescoço). Em pacientes com hipovolemia e sinais de choque, a reposição volêmica deve ser imediata e não restrita.

Alternativa d: Correta. A principal suspeita clínica diante de uma dor abdominal severa que não condiz com a flacidez do abdome ao exame físico, especialmente em pacientes com fatores de risco vasculares (diabetes), é o abdome agudo isquêmico. A melena é um achado que reforça a hipótese de necrose ou sofrimento da mucosa intestinal. A angiotomografia é, atualmente, o padrão-ouro para o diagnóstico rápido, permitindo avaliar a patência dos vasos mesentéricos e a viabilidade das alças

intestinais.

Alternativa e: Incorreta. Embora o paciente apresente melena (que é um sinal de hemorragia digestiva), a prioridade diagnóstica e terapêutica não é a colonoscopia. O quadro clínico é de um abdome agudo com sofrimento visceral. A colonoscopia é um exame de difícil realização na urgência, exige preparo de cólon e não diagnostica a causa principal da dor (isquemia arterial mesentérica). O sangramento aqui é um sintoma secundário à isquemia das alças.

Questão 95

Esta questão aborda a avaliação pré-operatória de um paciente com múltiplas comorbidades (DPOC, doença coronariana estável e disfunção ventricular) que será submetido a uma cirurgia de grande porte (colectomia). A estratificação de risco perioperatório é fundamental para guiar a conduta e minimizar complicações.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A cinecoronariografia (cateterismo) é um exame invasivo e não deve ser realizada de forma rotineira ou obrigatória antes de cirurgias não cardíacas, mesmo em pacientes com angina estável ou disfunção ventricular. A revascularização miocárdica profilática só está indicada se o paciente apresentar critérios de gravidade que justificariam o procedimento independentemente da cirurgia eletiva (ex.: angina instável ou lesão de tronco de coronária esquerda).

Alternativa b) Incorreta. O início de betabloqueadores em doses plenas no período imediato (24 a 48 horas antes da cirurgia) é contraindicado. Estudos (como o POISE) demonstraram que essa prática aumenta a incidência de hipotensão, bradicardia e acidente vascular cerebral (AVC). Se houver indicação de iniciar betabloqueador, isso deve ser feito semanas antes da cirurgia, com titulação cuidadosa da dose.

Alternativa c) Incorreta. Embora o paciente tenha DPOC, a espirometria não é solicitada de rotina para todos os pacientes que farão cirurgia abdominal. O melhor preditor de complicações pulmonares pós-operatórias é a avaliação clínica (história e exame físico) e a identificação do sítio cirúrgico (cirurgias próximas ao diafragma têm maior risco). A espirometria é reservada para casos de dúvida diagnóstica ou quando se considera ressecção pulmonar.

Alternativa d) Incorreta. Uma saturação de O₂ menor que 94% em um paciente com DPOC e tabagismo indica risco aumentado de complicações pulmonares, mas não é uma contraindicação absoluta para a cirurgia eletiva. O paciente deve ser otimizado (cessação do tabagismo, broncodilatadores, fisioterapia), mas o agendamento

depende do equilíbrio entre o risco cirúrgico e a urgência do tratamento do adenocarcinoma.

Alternativa e) Correta. A capacidade funcional é um dos principais determinantes do risco cirúrgico. Pacientes que não conseguem atingir 4 METs (equivalente a subir dois lances de escada ou caminhar rápido) apresentam maior risco de eventos cardiovasculares. Em pacientes com capacidade funcional incerta ou sabidamente baixa, testes funcionais, como o teste cardiopulmonar de exercício (CPET), podem ser utilizados para mensurar o VO₂ máximo e estratificar com maior precisão o risco perioperatório.

Gabarito: Alternativa (e).

Questão 96

Análise da Questão:

A questão descreve um quadro clínico clássico de apendicite aguda em um homem jovem: dor migratória (cronologia de Murphy), anorexia, febre baixa, sinal de Blumberg positivo e leucocitose com desvio à esquerda.

Alternativa a: Incorreta. O sinal de Rovsing é caracterizado pela dor referida na fossa ilíaca direita ao realizar a palpação ou compressão da fossa ilíaca esquerda. O mecanismo envolve o deslocamento de gases do cólon descendente e transversal em direção ao ceco, o que causa distensão do apêndice inflamado. A alternativa descreve erroneamente a compressão da própria fossa ilíaca direita.

Alternativa b: Incorreta. Em adultos jovens do sexo masculino, o diagnóstico é predominantemente clínico. Quando há necessidade de exame de imagem por dúvida diagnóstica, a Tomografia Computadorizada (TC) é o exame de escolha por possuir acurácia superior ao ultrassom (maior sensibilidade e especificidade). O ultrassom é reservado como primeira escolha para crianças e gestantes, visando evitar a radiação.

Alternativa c: Correta. A apendicectomia é o tratamento definitivo para a apendicite aguda. Ela pode ser realizada por via aberta ou laparoscópica. A via laparoscópica apresenta vantagens estabelecidas na literatura, como menor taxa de infecção de ferida operatória, menor dor no pós-operatório e recuperação mais rápida para as atividades do dia a dia.

Alternativa d: Incorreta. A localização retrocecal do apêndice é uma das causas mais comuns de apresentações atípicas. Nessa posição, o apêndice inflamado está

protegido pelo ceco, não irritando diretamente o peritônio parietal anterior. Isso resulta em sinais peritoneais (como o Blumberg) menos intensos ou ausentes, e a dor pode ser referida no flanco ou na região lombar.

Alternativa e: Incorreta. A dor migratória é o sintoma mais clássico da apendicite aguda. Ela ocorre pela mudança do estímulo de fibras nervosas viscerais (dor periumbilical mal localizada) para fibras somáticas (dor localizada na fossa ilíaca direita quando o peritônio parietal é inflamado). Não é um achado tardio nem pouco frequente; pelo contrário, é um dos pilares do diagnóstico clínico inicial.

Gabarito: Alternativa C.

Questão 97

Para resolver este cálculo de dose máxima anestésica, devemos seguir três etapas lógicas:

1. Cálculo da Dose Total em Miligramas (mg):

O enunciado informa que o limite de segurança para a lidocaína com epinefrina é de 7 mg/kg. Como a paciente pesa 60 kg, multiplicamos seu peso pelo limite estabelecido:

$$60 \text{ kg} \times 7 \text{ mg/kg} = 420 \text{ mg.}$$

Portanto, a dose máxima absoluta que esta paciente pode receber é 420 mg de lidocaína para evitar toxicidade.

2. Conversão da Concentração da Lidocaína:

A solução apresentada é lidocaína a 1%. Em farmacologia, a porcentagem indica a quantidade de soluto em gramas para cada 100 ml de solução.

1% significa 1 grama de lidocaína em 100 ml.

Como 1 grama equivale a 1000 mg, temos 1000 mg em 100 ml.

Ao dividir 1000 mg por 100 ml, encontramos que a concentração da lidocaína a 1% é de 10 mg por cada 1 ml.

3. Cálculo do Volume Máximo em Mililitros (ml):

Para encontrar o volume final, dividimos a dose máxima permitida pela concentração da solução:

$$420 \text{ mg} / 10 \text{ mg/ml} = 42 \text{ ml.}$$

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O cálculo matemático preciso resulta em 42 ml. Esta alternativa é a única que contempla o limite de segurança. Embora o intervalo

termine em 40 ml, na prática clínica e em provas de residência, deve-se optar pela faixa que não induza ao erro de ultrapassar a dose tóxica. Qualquer valor acima de 42 ml já entraria na zona de risco para esta paciente.

Alternativa b) Incorreta. O volume de 50 a 60 ml de lidocaína a 1% entregaria entre 500 mg e 600 mg do fármaco. Isso excede o limite de 420 mg calculado, expondo a paciente a riscos de efeitos adversos neurológicos e cardiovasculares.

Alternativa c) Incorreta. Volumes de 60 a 70 ml representam 600 mg a 700 mg de lidocaína, o que ultrapassa significativamente a dose máxima de 7 mg/kg.

Alternativa d) Incorreta. Esta faixa (700 mg a 800 mg) é francamente tóxica para uma pessoa de 60 kg.

Alternativa e) Incorreta. O uso de 80 a 100 ml resultaria em até 1000 mg de lidocaína, o que é extremamente perigoso e incompatível com a segurança em anestesia local para este peso corporal.

Questão 98

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta o quadro clássico de colecistite aguda calculosa: dor no hipocôndrio direito de início recente (3 dias), febre, sinal de Murphy positivo (parada inspiratória à palpação profunda da vesícula), leucocitose e achados ultrassonográficos compatíveis (espessamento da parede vesicular > 4 mm e cálculo impactado). O paciente está hemodinamicamente estável e não apresenta sinais de complicações graves, como abscesso ou peritonite generalizada.

COMO PROCEDER

Segundo as diretrizes atuais, como o Tokyo Guidelines 2018 (TG18), o tratamento de escolha para a colecistite aguda em pacientes com risco cirúrgico aceitável é a colecistectomia laparoscópica precoce.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A conduta de "esfriar o processo" para operar após 6 a 8 semanas era muito comum no passado. No entanto, estudos mostraram que a cirurgia tardia aumenta o tempo de internação total, o custo hospitalar e o risco de novas crises de colecistite ou outras complicações biliares durante o período de espera.

Alternativa b) Correta. A colecistectomia laparoscópica precoce, realizada

preferencialmente nas primeiras 72 horas ou na mesma internação, é o padrão-ouro. Ela reduz a morbidade, o tempo de permanência hospitalar e não aumenta a taxa de conversão para cirurgia aberta quando comparada à cirurgia tardia, desde que o paciente tenha condições clínicas para o procedimento.

Alternativa c) Incorreta. A drenagem percutânea (colecistostomia) é reservada apenas para pacientes extremamente graves (críticos ou com múltiplas comorbidades, ASA IV ou V) que não possuem condições clínicas de suportar uma anestesia geral e o procedimento cirúrgico. Não é o caso deste paciente, que está hemodinamicamente estável.

Alternativa d) Incorreta. A via de acesso preferencial é a laparoscópica devido à recuperação mais rápida, menos dor pós-operatória e menores taxas de complicação de ferida operatória. A cirurgia aberta fica reservada para casos de contraindicação à laparoscopia ou necessidade de conversão intraoperatória.

Alternativa e) Incorreta. O tratamento definitivo da colecistite calculosa é cirúrgico. O uso isolado de antibióticos apresenta uma alta taxa de recidiva (cerca de 25 a 30% em um curto período) e não resolve o problema obstrutivo mecânico causado pelo cálculo impactado.

Questão 99

Para compreender esta questão, é necessário revisar a anatomia da parede abdominal posterior e do canal inguinal, focando nos marcos anatômicos que definem os tipos de hérnias.

Alternativa (a) INCORRETA: O anel inguinal profundo é, de fato, uma abertura na fáscia transversal situada lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. Entretanto, ele é a via de origem das hérnias inguinais INDIRETAS. As hérnias diretas ocorrem medialmente aos vasos epigástricos inferiores, através de uma fraqueza na parede posterior do canal inguinal.

Alternativa (b) INCORRETA: O ligamento de Cooper, também conhecido como ligamento pectíneo, é um espessamento do periósteo ao longo da linha pectínea do púbis. Ele não é formado pela aponeurose do músculo transverso do abdome. É uma estrutura de extrema importância em cirurgias de hérnia, especialmente na técnica de McVay e em reparos videolaparoscópicos, servindo como ponto de ancoragem para telas ou suturas.

Alternativa (c) CORRETA: O trígono de Hesselbach (ou triângulo inguinal) é a região anatômica da parede abdominal posterior delimitada lateralmente pelos vasos

epigástricos inferiores, medialmente pela borda lateral do músculo reto abdominal e inferiormente pelo ligamento inguinal. Esta área é composta apenas pela fáscia transversal, sendo o local onde ocorrem as hérnias inguinais DIRETAS, que não passam pelo anel inguinal profundo, mas sim "diretamente" pela parede posterior.

Alternativa (d) INCORRETA: Existe uma inversão na descrição dos pilares. O anel inguinal superficial, que é uma abertura na aponeurose do músculo oblíquo externo, é limitado medialmente pelo pilar medial e lateralmente pelo pilar lateral.

Alternativa (e) INCORRETA: As hérnias femorais ocorrem ABAIXO do ligamento inguinal, passando pelo canal femoral, que se localiza medialmente à veia femoral. Elas não têm relação com o anel inguinal profundo, que está situado acima do ligamento inguinal e é o ponto de origem das hérnias inguinais indiretas.

Questão 100

O quadro clínico descreve um paciente jovem com trauma contuso grave e sinais claros de choque hipovolêmico/hemorrágico (hipotensão arterial e taquicardia importante). A análise das imagens de ultrassonografia (FAST) é fundamental para definir a conduta.

Análise das Imagens:

A primeira imagem mostra o quadrante superior direito (RUQ), especificamente o espaço hepatorenal (Espaço de Morison). É possível observar uma faixa anecoica (preta) entre o fígado e o rim direito, o que indica a presença de líquido livre intraperitoneal.

A segunda e a terceira imagens mostram o quadrante superior esquerdo (LUQ), evidenciando líquido livre ao redor do baço (espaço periesplênico).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O FAST é nitidamente positivo, apresentando líquido livre em múltiplos espaços. Além disso, a realização de tomografia computadorizada (TC) é contraindicada em pacientes hemodinamicamente instáveis, pois o deslocamento para a sala de exames coloca a vida do paciente em risco. A TC é reservada para pacientes estáveis.

b) Incorreta. As imagens não possuem artefatos que impeçam a interpretação; o líquido livre é facilmente identificável. Repetir o exame em 24 horas em um paciente com choque classe IV seria fatal.

c) Incorreta. Embora o FAST possa ser positivo na pelve, a conduta para um paciente instável com evidência de sangramento abdominal é a laparotomia exploradora (cirurgia aberta) para controle imediato da hemorragia, e não a laparoscopia, que exige estabilidade e pneumoperitônio.

d) Incorreta. O FAST é positivo e o paciente está em choque, necessitando de intervenção imediata, e não de observação ou liberação.

e) Correta. De acordo com o protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support), o achado de líquido livre ao ultrassom (FAST positivo) em um paciente com instabilidade hemodinâmica após trauma abdominal contuso é indicação direta de laparotomia exploradora imediata. O objetivo é localizar e estancar a fonte do sangramento o mais rápido possível.

Gabarito: Alternativa (e).
