



SUS

GABARITO | 2026 | BA | 45 Questões



Gabarito: SUS

2026 | BA

- | | |
|--------|--------|
| 1 - B | 40 - D |
| 2 - B | 41 - A |
| 3 - D | 42 - D |
| 4 - A | 43 - B |
| 5 - C | 44 - A |
| 6 - D | 45 - C |
| 7 - A | |
| 8 - B | |
| 9 - A | |
| 10 - C | |
| 11 - A | |
| 12 - D | |
| 13 - A | |
| 14 - D | |
| 15 - B | |
| 16 - B | |
| 17 - D | |
| 18 - C | |
| 19 - A | |
| 20 - C | |
| 21 - D | |
| 22 - B | |
| 23 - A | |
| 24 - C | |
| 25 - B | |
| 26 - C | |
| 27 - B | |
| 28 - D | |
| 29 - A | |
| 30 - C | |
| 31 - A | |
| 32 - B | |
| 33 - D | |
| 34 - C | |
| 35 - D | |
| 36 - C | |
| 37 - B | |
| 38 - A | |
| 39 - C | |

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de tuberculose pulmonar, caracterizado por tosse produtiva há quatro semanas (definindo-o como sintomático respiratório), sintomas constitucionais (febre vespertina, sudorese noturna e perda de peso) e história de contato com caso-índice. O exame físico com estertores em ápice e a radiografia de tórax com cavitação no lobo superior direito são achados típicos da forma pós-primária (ou secundária) da doença.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O teste tuberculínico (PPD) não é utilizado para o diagnóstico de tuberculose-doença em adultos. Ele avalia a imunidade celular contra o bacilo, sendo útil para diagnosticar a Infecção Latente por Tuberculose (ILTBT). Um resultado positivo isolado não confirma doença ativa, nem um resultado negativo a exclui em pacientes imunossuprimidos ou com doença grave.

Alternativa b) Correta. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, a conduta prioritária para confirmação diagnóstica em adultos com suspeita de tuberculose pulmonar é a realização de exames bacteriológicos. O Teste Rápido Molecular (TRM-TB) é o método de escolha por sua alta sensibilidade e por identificar, simultaneamente, a resistência à rifampicina. A baciloscopia (pesquisa de BAAR no escarro) complementa a investigação e é fundamental para o acompanhamento da resposta ao tratamento.

Alternativa c) Incorreta. A broncoscopia com lavado broncoalveolar é um procedimento invasivo e de maior custo. Ela não é a conduta inicial, sendo reservada para situações em que os exames de escarro são negativos ou quando o paciente não consegue expectorar (mesmo após indução com salina hipertônica), além de casos de diagnóstico diferencial com outras patologias.

Alternativa d) Incorreta. O início imediato do tratamento sem a coleta de exames (tratamento empírico) não é a conduta prioritária quando os métodos diagnósticos estão disponíveis. A confirmação bacteriológica é essencial para garantir a cura, identificar cepas resistentes e realizar o manejo adequado dos comunicantes (esposa e filhos mencionados no enunciado).

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 2

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito é clássico de Tuberculose Pulmonar: homem jovem com sintomas constitucionais (emagrecimento, febre vespertina e sudorese noturna), tosse produtiva prolongada (há 4 semanas), contato epidemiológico próximo e imagem radiológica típica (infiltrado com cavitação em ápice pulmonar).

Para o tratamento da tuberculose pulmonar em adultos e adolescentes (acima de 10 anos de idade), o Ministério da Saúde do Brasil preconiza o chamado Esquema Básico. Este esquema é dividido em duas fases: a fase de ataque (intensiva) e a fase de manutenção.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A pirazinamida não deve ser utilizada por 6 meses. No esquema básico, ela faz parte apenas da fase intensiva (primeiros 2 meses). Além disso, a descrição confunde a duração das drogas que compõem as fases de tratamento.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve exatamente o Esquema Básico (2RIPE/4RI) recomendado para casos novos de tuberculose pulmonar em adultos e adolescentes:

1. Fase Intensiva (2 meses): Uso de Rifampicina (R), Isoniazida (I), Pirazinamida (P) e Etambutol (E). O objetivo é reduzir rapidamente a carga bacilar e eliminar bacilos em divisão ativa.
2. Fase de Manutenção (4 meses): Uso apenas de Rifampicina (R) e Isoniazida (I). O objetivo é eliminar os bacilos latentes ou de crescimento lento, prevenindo a recidiva da doença.

Alternativa c) Incorreta. Os tempos estão invertidos. A fase intensiva dura 2 meses e a fase de manutenção dura 4 meses. O tempo total de tratamento para casos pulmonares sem complicações é de 6 meses, mas a distribuição das drogas proposta aqui está errada.

Alternativa d) Incorreta. A alternativa omite a Rifampicina na primeira fase, que é a droga bactericida mais importante do esquema. Além disso, os tempos de 4 meses para a primeira fase e 2 meses para a segunda estão incorretos perante as diretrizes nacionais.

RESUMO DIDÁTICO

Para provas de residência, guarde a fórmula do Esquema Básico para adultos: 2 RIPE / 4 RI.

- RIPE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol): 2 meses.

- RI (Rifampicina, Isoniazida): 4 meses.

- Total: 6 meses de tratamento.

Observação: Para crianças menores de 10 anos, o Etambutol geralmente não é utilizado, sendo o esquema 2RIP/4RI. No caso da questão, o paciente tem 35 anos, enquadrando-se no esquema completo com quatro drogas na fase inicial.

Questão 3

O caso clínico apresenta um paciente com quadro clássico de tuberculose pulmonar: sintomas constitucionais (febre vespertina, sudorese noturna, perda de peso), tosse produtiva prolongada, história de contato epidemiológico e imagem radiológica sugestiva (infiltrado e cavitação em ápice pulmonar). Para o acompanhamento desse paciente e a definição do desfecho do tratamento, o Ministério da Saúde estabelece critérios específicos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A radiografia de tórax é útil para o diagnóstico e para avaliar a evolução, mas a resolução completa das alterações não é critério de cura. Muitas vezes, o paciente evolui com sequelas radiológicas (fibrose, retrações e até cavidades residuais) que permanecerão pelo resto da vida, mesmo estando livre do bacilo.

Alternativa b) Incorreta. A ausência de sintomas (melhora clínica) é um dos parâmetros de resposta ao tratamento, mas não é o principal critério de definição de cura. Além disso, como mencionado anteriormente, a resolução de cavitações não é obrigatória, podendo estas persistir como espaços vazios e colonizados por fungos ou apenas como cicatrizes.

Alternativa c) Incorreta. O teste tuberculínico (PPD) serve para identificar a infecção latente por tuberculose (ILTb), ou seja, se o indivíduo já teve contato com o bacilo. Ele não diferencia doença ativa de cura e não serve para monitorar o tratamento. Uma vez que o PPD se torna reativo, ele tende a permanecer assim, não havendo "negativação" após o uso dos fármacos.

Alternativa d) Correta. Segundo as normas do Ministério da Saúde, para casos de tuberculose pulmonar inicialmente bacilíferos (com baciloscopia positiva), o critério de cura é essencialmente laboratorial. Define-se cura quando o paciente apresenta duas baciloscopias negativas: uma, obrigatoriamente, ao final do tratamento (6^o

mês) e outra em qualquer mês anterior de acompanhamento (geralmente no 5º mês). Caso o paciente não consiga mais produzir escarro para o exame ao final do tratamento (critério de cura por alta clínica), a cura é aceita baseada na ausência de sintomas e estabilidade radiológica, mas o critério de "cura laboratorial" por baciloscopias negativas é o principal e mais seguro.

Questão 4

ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta um quadro clássico de síndrome nefrótica, definida pela proteinúria em níveis nefróticos (8,5 g/24h, sendo o ponto de corte > 3,5 g/24h), hipoalbuminemia (1,8 g/dL), edema generalizado e dislipidemia severa. Além disso, observam-se componentes que sugerem uma lesão glomerular mais agressiva ou crônica, como a hipertensão arterial, a hematúria microscópica e o leve aumento da creatinina (1,6 mg/dL).

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) é a causa primária mais comum de síndrome nefrótica em adultos no Brasil e em diversos países. O perfil da paciente corrobora fortemente esse diagnóstico: a GESF frequentemente se manifesta com hipertensão, hematúria microscópica e algum grau de insuficiência renal já no diagnóstico, diferentemente da doença de lesões mínimas. Além disso, a obesidade (IMC 32 kg/m²) é um fator de risco clássico conhecido por causar ou agravar a GESF através de mecanismos de hiperfluxo e hiperfiltração glomerular.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

b) Nefropatia por IgA (doença de Berger): É a glomerulopatia primária mais comum no mundo, porém sua apresentação típica é de síndrome nefrítica (hematúria macroscópica recorrente após infecções de vias aéreas superiores ou hematúria microscópica isolada). Embora possa evoluir com proteinúria, raramente se apresenta inicialmente com uma síndrome nefrótica tão exuberante (8,5 g de proteinúria).

c) Glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP): É uma causa menos comum que a GESF e geralmente se apresenta com um padrão "misto" (nefrítico-nefrótico). Está frequentemente associada a doenças sistêmicas, como hepatite C ou doenças autoimunes, e costuma cursar com queda dos níveis de complemento sérico, o que não foi sugerido no quadro.

d) Doença de lesões mínimas (DLM): É a principal causa de síndrome nefrótica em crianças. No adulto, embora ocorra, a DLM costuma causar uma síndrome nefrótica "pura", de início muito súbito, geralmente sem hipertensão arterial, sem hematúria e

com função renal preservada. O quadro da paciente, com hipertensão, hematúria e perda de função renal, torna a GESF muito mais provável.

Questão 5

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta o quadro clássico da Síndrome Nefrótica, caracterizada pela tetrade: proteinúria maciça (8,5 g/24h, sendo o ponto de corte > 3,5 g/24h), hipoalbuminemia grave (1,8 g/dL), edema (anasarca) e dislipidemia (colesterol total de 450 mg/dL). A presença de lipidúria e hipertensão também corrobora o acometimento renal glomerular.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. Embora a redução da atividade da enzima lipase lipoproteica (LPL) possa ocorrer na síndrome nefrótica devido à perda urinária de cofatores e proteínas reguladoras, contribuindo para a hipertrigliceridemia, este não é considerado o mecanismo primário ou o estímulo inicial para a hiperlipidemia sistêmica observada nestes pacientes.

Alternativa B: Incorreta. A dislipidemia na síndrome nefrótica tem origem metabólica endógena. Não há aumento da absorção intestinal de colesterol como causa do quadro; o problema reside no desequilíbrio entre a produção e a depuração de lipoproteínas na circulação.

Alternativa C: Correta. Esta é a base fisiopatológica da alteração lipídica na síndrome nefrótica. A proteinúria maciça leva à hipoalbuminemia, que reduz a pressão oncótica plasmática. Em resposta a essa baixa pressão oncótica, o fígado é estimulado a aumentar a síntese de diversas proteínas, incluindo a albumina e as lipoproteínas (como VLDL e LDL). Como as lipoproteínas são moléculas de grande peso molecular, elas não atravessam a barreira de filtração glomerular lesada e acabam se acumulando no compartimento intravascular, elevando os níveis de colesterol e triglicerídeos.

Alternativa D: Incorreta. A síndrome nefrótica é uma doença primariamente renal. Não existe disfunção das células do fígado (hepatocelular) que impeça a excreção de colesterol pela bile. O fígado, na verdade, apresenta-se com sua capacidade de síntese aumentada para tentar compensar as perdas proteicas urinárias.

Questão 6

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clínico típico de Síndrome Nefrótica. Os critérios definidores estão presentes: proteinúria em níveis nefróticos (8,5 g/24h, sendo o corte superior a 3,5 g/24h), hipoalbuminemia grave (1,8 g/dL), edema generalizado (anasarca) e dislipidemia importante (colesterol e triglicerídeos elevados). A presença de lipidúria no sedimento urinário reforça a passagem de lipoproteínas pelo glomérulo. Embora apresente hipertensão e uma leve elevação da creatinina, o foco da questão são as complicações sistêmicas derivadas desse estado de perda proteica massiva.

Alternativa a: Incorreta. A acidose metabólica com anion gap elevado é característica de insuficiência renal avançada (urêmica) ou cetoacidose, o que não condiz com a creatinina de 1,6 mg/dL. A hipertensão maligna e a encefalopatia hipertensiva são complicações de crises hipertensivas graves (geralmente com níveis de pressão diastólica acima de 120-130 mmHg e lesão de órgão-alvo aguda), o que não é o caso desta paciente (PA 150/95 mmHg).

Alternativa b: Incorreta. A hipocalcemia pode ocorrer na síndrome nefrótica devido à redução da albumina (que transporta o cálcio) e à perda urinária de proteína carreadora de vitamina D, mas raramente é sintomática ou a complicação mais provável de se destacar. A anemia hemolítica microangiopática é típica de quadros como a Síndrome Hemolítico-Urêmica ou Púrpura Trombocitopênica Trombótica, que possuem fisiopatologia distinta. A insuficiência cardíaca pode causar edema, mas aqui o edema é claramente de origem renal pela proteinúria maciça.

Alternativa c: Incorreta. A Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva (GNRP) manifesta-se como uma síndrome nefrítica fulminante, com queda abrupta da função renal e presença de hematúria com cilindros hemáticos, o que difere do quadro predominantemente nefrótico apresentado. A síndrome urêmica e a hipercalemia grave são complicações de falência renal aguda ou crônica terminal, não sendo as principais complicações esperadas para o nível de função renal atual da paciente.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve as complicações clássicas da Síndrome Nefrótica:

- 1) Trombose de veia renal: a síndrome nefrótica gera um estado de hipercoagulabilidade devido à perda urinária de proteínas anticoagulantes naturais (como Antitrombina III, Proteína C e Proteína S) e ao aumento da síntese hepática de fatores pró-coagulantes (como fibrinogênio). A trombose de veia renal é especialmente comum em certas etiologias, como a Nefropatia Membranosa.
- 2) Infecções por germes encapsulados: ocorre devido à perda urinária de imunoglobulinas (principalmente IgG) e de fatores do sistema complemento (como o

fator B da via alternativa), que são essenciais para a opsonização de bactérias como o *Streptococcus pneumoniae*.

3) Hiperlipidemia refratária: a redução da pressão oncótica plasmática pela hipoalbuminemia estimula o fígado a aumentar a produção de lipoproteínas. Enquanto a proteinúria não for controlada, a dislipidemia tende a persistir, sendo muitas vezes resistente ao tratamento medicamentoso isolado.

Questão 7

O quadro clínico apresentado pelo paciente - febre, dor torácica, sintomas respiratórios (tosse e dispneia) e a presença de um novo infiltrado radiológico no lobo inferior direito - é o diagnóstico clássico de Síndrome Torácica Aguda (STA) em um indivíduo com anemia falciforme. A STA é uma emergência médica e a principal causa de mortalidade nesses pacientes.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A) Correta. A fisiopatologia da Síndrome Torácica Aguda é tipicamente multifatorial, envolvendo um ciclo vicioso. A infecção bacteriana (frequentemente por agentes atípicos ou pneumococo) pode iniciar o processo. A hipóxia e a inflamação local levam à falcização dos eritrócitos nos capilares pulmonares, gerando vaso-oclusão e infarto pulmonar. Além disso, o infarto da medula óssea em ossos longos ou costelas (comum em crises algícas) pode liberar partículas de gordura na circulação, causando embolia gordurosa medular, que atinge os pulmões e agrava a inflamação e a lesão alveolar.

Alternativa B) Incorreta. Embora pacientes com anemia falciforme vivam em um estado de hipercoagulabilidade e tenham risco aumentado para tromboembolismo pulmonar (TEP), o TEP não é o mecanismo central que define a Síndrome Torácica Aguda. A STA envolve componentes inflamatórios e parenquimatosos (infiltrado novo) que não são explicados apenas pelo tromboembolismo clássico.

Alternativa C) Incorreta. A hemólise intravascular crônica realmente libera hemoglobina livre, que consome óxido nítrico e promove inflamação endotelial. Embora esse mecanismo contribua para a vasculopatia da anemia falciforme, ele não explica isoladamente o surgimento súbito do infiltrado pulmonar e o quadro infeccioso/isquêmico agudo da STA, que depende dos fatores citados na alternativa A.

Alternativa D) Incorreta. A hipertensão pulmonar na anemia falciforme é geralmente uma complicação crônica decorrente da vasculopatia proliferativa e da hemólise crônica. Em um evento agudo como a STA, pode haver um aumento agudo da

resistência vascular pulmonar e sobrecarga do ventrículo direito, mas isso é uma consequência do dano pulmonar e da hipóxia, e não a causa primária ou a fisiopatologia central do quadro.

Questão 8

O quadro clínico descrito — paciente com anemia falciforme apresentando febre, dor torácica, dispneia, hipoxemia (SpO₂ 88%) e um novo infiltrado radiológico — é diagnóstico de Síndrome Torácica Aguda (STA). A STA é uma das principais causas de mortalidade em pacientes falciformes e exige intervenção imediata.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hidratação na Síndrome Torácica Aguda deve ser cautelosa (geralmente em torno de 1 a 1,5 vez a necessidade basal), pois o excesso de fluidos pode causar edema pulmonar e piorar a insuficiência respiratória. Além disso, a exsanguineotransfusão total é reservada para casos graves com rápida progressão ou hipoxemia refratária, não sendo necessariamente a conduta inicial para todos os pacientes antes de observar a resposta às medidas iniciais.

b) Correta. Esta alternativa contempla os pilares do tratamento da STA:

1. Oxigenioterapia suplementar: obrigatória para manter a SpO₂ acima de 92%.
2. Hidratação cautelosa: para evitar a hipervolemia e o consequente edema pulmonar.
3. Antibioticoterapia de amplo espectro: deve cobrir germes comuns (como *S. pneumoniae*) e agentes atípicos (como *Mycoplasma* e *Chlamydia*), sendo a associação de uma cefalosporina de 3ª geração (ceftriaxona) com um macrolídeo (azitromicina) o esquema padrão recomendado.

c) Incorreta. O uso de corticoides sistêmicos na anemia falciforme é controverso e, embora possa reduzir o tempo de internação na STA, está associado a uma alta taxa de readmissão hospitalar por crises álgicas de rebote graves após a suspensão do medicamento. Além disso, a combinação de ceftriaxona e azitromicina é mais tradicionalmente recomendada do que o levofloxacino isolado em diversos protocolos.

d) Incorreta. Embora o tromboembolismo pulmonar seja um diagnóstico diferencial, a conduta na STA foca no tratamento da infecção, hipóxia e prevenção da falcização. A anticoagulação plena com heparina não é a conduta inicial padrão para STA, a menos que haja confirmação diagnóstica de fenômeno embólico. Recomenda-se apenas a profilaxia para trombose venosa profunda (TVP).

Conclusão: O manejo inicial da Síndrome Torácica Aguda baseia-se em suporte respiratório, analgesia, hidratação parcimoniosa e antibioticoterapia que inclua cobertura para germes atípicos.

Questão 9

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro típico de Síndrome Torácica Aguda (STA), uma das complicações mais graves da Anemia Falciforme. A STA é definida pela presença de um novo infiltrado radiológico associado a sintomas respiratórios (tosse, dispneia, dor torácica) ou febre. O manejo imediato envolve oxigenioterapia, analgesia, hidratação cuidadosa, antibióticos de amplo espectro e, em casos graves, transfusão de sangue. No entanto, a questão foca nas medidas de prevenção secundária, ou seja, evitar que novos episódios ocorram após a alta.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A hidroxiureia é o principal medicamento modificador da doença na anemia falciforme; ela aumenta os níveis de hemoglobina fetal (HbF), o que reduz a polimerização da hemoglobina S, diminuindo a frequência de crises algúicas e de síndrome torácica aguda. A vacinação contra germes encapsulados (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b e *Neisseria meningitidis*) é fundamental, pois pacientes falcifórmicos apresentam asplenia funcional (perda da função do baço por infartos repetidos). A profilaxia com penicilina também é uma medida clássica para reduzir o risco de infecções pneumocócicas graves, sendo mandatária na infância e recomendada em adultos em situações específicas ou conforme protocolos institucionais de alto risco.

Alternativa b) Incorreta. A esplenectomia eletiva não é rotina para prevenção de síndrome torácica aguda. Na anemia falciforme, a maioria dos adultos já passou pelo processo de autoesplenectomia (fibrose do baço devido a infartos sucessivos), tornando a cirurgia desnecessária. Além disso, a profilaxia padrão é feita preferencialmente com penicilina benzatina ou penicilina V oral, e não amoxicilina de rotina.

Alternativa c) Incorreta. Não há indicação de anticoagulação plena com varfarina para prevenção de síndrome torácica aguda, a menos que o paciente apresente um evento tromboembólico comprovado. Manter a hemoglobina (Hb) acima de 10 g/dL através de transfusões crônicas é uma medida reservada para casos selecionados (como prevenção de AVC ou falha da hidroxiureia), mas não é a primeira escolha preventiva geral devido aos riscos de sobrecarga de ferro e aloimunização.

Alternativa d) Incorreta. Conforme mencionado, o regime de transfusões mensais para manter Hb acima de 10 g/dL não é a conduta inicial de prevenção para um paciente que faz uso irregular de hidroxiureia. O primeiro passo é otimizar a terapia medicamentosa com hidroxiureia. A esplenectomia eletiva, como discutido na alternativa B, não tem papel na prevenção da STA em pacientes adultos que já possuem asplenia funcional.

Questão 10

A questão descreve um paciente jovem em estado de choque hipovolêmico após trauma grave (espancamento), apresentando sinais clássicos de má perfusão tecidual, acidose metabólica e hiperglicemia de estresse. Esse cenário desencadeia a Resposta Endócrina, Metabólica e Imunológica ao Trauma (REMIT), que visa à sobrevivência imediata por meio da mobilização de substratos energéticos e manutenção da volemia.

Na fase aguda do trauma, também chamada de fase de choque ou fase de refluxo (ebb phase), ocorre uma descarga massiva de hormônios contrarreguladores para garantir que o cérebro e outros órgãos vitais tenham oferta de glicose.

A alternativa (a) está incorreta, pois a insulina é o principal hormônio hipoglicemiante do corpo. Durante o trauma, a secreção de insulina é frequentemente inibida pelas catecolaminas e há um estado de resistência periférica à sua ação, o que contribui para que a glicose permaneça elevada na circulação.

A alternativa (b) está incorreta porque, apesar de o cortisol ser um hormônio hiperglicemiante importante na resposta ao estresse, sua ação é mais lenta e prolongada. Ele atua principalmente por meio da indução enzimática para a gliconeogênese e no aumento da resistência à insulina. Seus níveis máximos e efeitos metabólicos mais intensos costumam ocorrer após o pico inicial de glucagon e catecolaminas, sendo mais marcantes na fase de fluxo (flow phase) do metabolismo.

A alternativa (c) está correta. O glucagon é considerado o principal hormônio responsável pela rápida elevação da glicemia logo após o trauma. Ele atua de forma imediata no fígado, estimulando a glicogenólise (quebra do glicogênio) e a gliconeogênese (formação de nova glicose a partir de aminoácidos e outros precursores), sendo o mediador central da hiperglicemia na fase aguda.

A alternativa (d) está incorreta porque a aldosterona é um mineralocorticoide. Sua principal função no trauma é a regulação hidroeletrolítica, promovendo a reabsorção de sódio e água nos túbulos renais e a excreção de potássio, visando à restauração do volume circulante. Ela não possui papel direto ou relevante na promoção da

hiperglicemia.

Questão 11

A questão aborda a Resposta Endócrina, Metabólica e Imunológica ao Trauma (REMIT). O quadro clínico descreve um paciente inicialmente em choque (fase de refluxo ou Ebb Phase) que, após estabilização inicial, entra na fase de fluxo (Flow Phase), caracterizada pelo catabolismo agudo.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Correta. Durante a fase de catabolismo agudo (Flow Phase), o organismo prioriza a sobrevivência e a cicatrização através da mobilização intensa de substratos. Há uma descarga de hormônios contrarreguladores (catecolaminas, cortisol e glucagon) que promovem a quebra de glicogênio (glicogenólise), gordura (lipólise) e proteínas (proteólise). Como a degradação proteica muscular é acentuada para fornecer aminoácidos para a gliconeogênese hepática e síntese de proteínas de fase aguda, a excreção de nitrogênio pela urina excede a ingestão proteica, resultando em balanço nitrogenado negativo.

Alternativa (b) Incorreta. O predomínio de síntese proteica e o armazenamento de energia (anabolismo) ocorrem apenas na fase tardia da recuperação, conhecida como fase de convalescença ou anabólica. No trauma agudo, o processo é inverso: o foco é o consumo das reservas para enfrentar a injúria.

Alternativa (c) Incorreta. No trauma, ocorre resistência periférica à insulina, e não necessariamente um aumento efetivo de sua ação. Além disso, embora o consumo de oxigênio caia na fase inicial de choque (Ebb Phase), ele aumenta significativamente na fase de catabolismo agudo (Flow Phase) devido ao estado de hipermetabolismo característico dessa etapa.

Alternativa (d) Incorreta. O trauma induz hiperglicemia por aumento da produção endógena de glicose (gliconeogênese), e não por "retenção". Quanto aos corpos cetônicos, diferentemente do jejum prolongado simples, no trauma a cetogênese é relativamente inibida ou menos proeminente devido aos níveis circulantes de insulina (mesmo com resistência periférica) e ao perfil hormonal específico da resposta inflamatória sistêmica.

Resumo do mecanismo: A resposta ao trauma é uma tentativa do corpo de manter o fornecimento de energia para órgãos vitais. Isso gera um estado hipermetabólico, em que o corpo "consome a si mesmo" (músculo e gordura) para gerar glicose e substratos inflamatórios, justificando o balanço nitrogenado negativo e a mobilização

energética descritos na alternativa A.

Questão 12

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro clássico de choque hipovolêmico decorrente de trauma (grau III/IV), caracterizado por hipotensão, taquicardia, alteração do estado mental, extremidades frias e acidose metabólica (lactato elevado). A resposta endócrino-metabólica ao trauma (REMT) é um conjunto de alterações fisiológicas que visam à manutenção da homeostase e da perfusão tecidual. Entre as principais respostas, destaca-se a ativação do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) e a liberação de catecolaminas e outros hormônios contrarreguladores.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

ALTERNATIVA A (INCORRETA): O Hormônio Antidiurético (ADH ou Vasopressina) é sintetizado no hipotálamo e armazenado na neuro-hipófise. Sua principal ação no rim ocorre nos ductos coletores, onde promove a inserção de canais de aquaporina, resultando na reabsorção de água livre (água pura), sem o acompanhamento de sódio. Embora o ADH seja fundamental para a economia de água no trauma, a questão solicita especificamente o hormônio que aumenta a reabsorção de sódio e água.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): O Cortisol é o principal glicocorticoide liberado pelo córtex adrenal em situações de estresse. Suas principais funções no trauma são metabólicas (estímulo à gliconeogênese, proteólise e lipólise para fornecer substrato energético) e vasculares (potencializa a ação das catecolaminas nos vasos). Apesar de possuir um efeito mineralocorticoide discreto em altas concentrações, seu papel primordial não é a reabsorção renal de sódio e água.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): A Renina não é o hormônio efetor final, mas sim uma enzima produzida pelas células justaglomerulares renais em resposta à hipoperfusão. A renina atua convertendo o angiotensinogênio em angiotensina I. Esta, por sua vez, é convertida em angiotensina II pela ECA (Enzima Conversora de Angiotensina). A angiotensina II é um potente vasoconstritor e a principal estimuladora da secreção de aldosterona, mas a renina em si não atua diretamente na reabsorção tubular de sódio.

ALTERNATIVA D (CORRETA): A Aldosterona é um hormônio esteroide (mineralocorticoide) sintetizado na zona glomerulosa do córtex da glândula adrenal. No contexto do trauma e da hipovolemia, sua secreção é estimulada pela

angiotensina II. A aldosterona atua nos túbulos distais e ductos coletores renais, promovendo a reabsorção ativa de sódio (Na^+) e a secreção de potássio (K^+) e íons hidrogênio (H^+). Como o sódio é o principal soluto do meio extracelular, a água acompanha o sódio por osmose, resultando em aumento do volume intravascular. No caso clínico apresentado, a ação da aldosterona é evidenciada não apenas pela recuperação da volemia, mas também pela queda do potássio sérico (3,2 mEq/L), uma vez que o hormônio promove a excreção renal de potássio em troca do sódio.

Questão 13

Análise do caso: O paciente apresenta fatores de risco (hipertensão e diabetes) e será submetido a uma cirurgia de risco intermediário (colectomia). De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da American Heart Association (AHA), a avaliação perioperatória segue uma lógica de passos sequenciais fundamentada na estabilidade clínica e na capacidade funcional.

Alternativa (a) - Correta: Se o paciente não apresenta condições cardíacas instáveis (como angina instável, infarto recente ou insuficiência cardíaca descompensada), o passo fundamental é avaliar a capacidade funcional. Se o paciente tiver boa capacidade (maior ou igual a 4 METs), ele pode ser liberado para a cirurgia. Caso a capacidade seja baixa (menor que 4 METs) ou desconhecida, testes não invasivos de estresse (como teste ergométrico, cintilografia ou ecocardiograma de estresse) só devem ser solicitados se o resultado puder mudar o planejamento cirúrgico ou a conduta perioperatória. No caso, a queixa de dispneia aos grandes esforços sugere uma capacidade funcional limítrofe, o que justifica o critério dos 4 METs mencionado na alternativa.

Alternativa (b) - Incorreta: A idade superior a 65 anos, isoladamente, não é uma indicação para a realização rotineira de ecocardiograma ou teste ergométrico em pacientes assintomáticos. O ecocardiograma de repouso é reservado para pacientes com suspeita de valvulopatias graves ou insuficiência cardíaca não compensada. Exames complementares devem ser solicitados baseados em critérios clínicos e no risco do procedimento, e não apenas na idade.

Alternativa (c) - Incorreta: A introdução de betabloqueadores no período pré-operatório imediato (especialmente poucos dias antes da cirurgia) em pacientes que nunca utilizaram a medicação é contraindicada. Essa prática está associada a um aumento da mortalidade e do risco de acidente vascular cerebral (AVC) por hipotensão e bradicardia. Se houver indicação para o uso de betabloqueador, ele deve ser iniciado e titulado semanas antes do procedimento.

Alternativa (d) - Incorreta: Não há indicação para cancelamento do procedimento,

uma vez que o paciente não apresenta condições cardíacas de alto risco agudo (condições cardíacas ativas). O adenocarcinoma de cólon é uma doença tempo-sensível e a estratificação de risco deve ser realizada de forma eficiente para que o tratamento oncológico não seja prejudicado. A avaliação cardiológica faz parte do processo, mas não exige o cancelamento prévio da cirurgia sem uma justificativa clínica de instabilidade.

Questão 14

A questão aborda o manejo perioperatório de pacientes com diabetes mellitus tipo 2, especificamente o uso da metformina em cirurgias de grande porte, como uma colectomia. O objetivo principal no perioperatório é evitar complicações como a hipoglicemia e, no caso da metformina, prevenir a acidose láctica, além de manter os níveis glicêmicos entre 140-180 mg/dL para favorecer a cicatrização e reduzir o risco de infecção.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a suspensão 24 horas antes esteja correta, o erro reside na recomendação de reiniciar o medicamento imediatamente após o término do procedimento. Em cirurgias de grande porte e abdominais, o paciente pode evoluir com íleo paralítico, restrição de dieta oral e risco de disfunção renal aguda por hipovolemia. A metformina só deve ser reiniciada após a estabilização da função renal e o retorno pleno da dieta oral.

Alternativa (b) Incorreta: Manter a metformina até o dia da cirurgia não é recomendado para procedimentos de médio e grande porte sob anestesia geral, devido ao risco de desenvolvimento de acidose láctica, especialmente se houver instabilidade hemodinâmica ou necessidade de uso de contrastes radiológicos.

Alternativa (c) Incorreta: A metformina é uma biguanida que, isoladamente, não causa hipoglicemia, pois seu mecanismo de ação não envolve o aumento da secreção de insulina. Além disso, o prazo de uma semana de suspensão é excessivo e desnecessário, podendo levar ao descontrole glicêmico pré-operatório.

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta padrão. A metformina deve ser suspensa de 24 a 48 horas antes da cirurgia (no dia anterior ao procedimento) para minimizar o risco de acidose láctica. Durante o período de jejum e o estresse cirúrgico, o controle glicêmico deve ser realizado com insulina regular, preferencialmente por meio de esquemas de correção (escala móvel) de acordo com a glicemia capilar ou, em casos de maior instabilidade e cirurgias cardíacas/críticas, através de bomba de infusão contínua. Isso permite um ajuste fino e rápido dos níveis de glicose no sangue.

Questão 15

O objetivo desta questão é avaliar o conhecimento sobre a propedêutica e o manejo de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no período pré-operatório. O paciente em questão possui fatores de risco para complicações pulmonares pós-operatórias (idade superior a 60 anos, DPOC e cirurgia de grande porte em andar superior do abdome), mas sua condição clínica é estável.

Alternativa a: Incorreta. O uso de corticoides sistêmicos (orais ou intravenosos) de forma profilática não é indicado para pacientes com DPOC estável. Essa medicação é reservada para o tratamento de exacerbações agudas. Além disso, não há motivo clínico para adiar a cirurgia de um paciente que se encontra em sua condição basal e compensada da doença.

Alternativa b: Correta. As diretrizes atuais de avaliação pré-operatória recomendam que a espirometria não seja realizada de forma rotineira em todos os pacientes, mesmo naqueles com DPOC leve ou moderada. O exame deve ser solicitado quando há necessidade de confirmar um diagnóstico ainda não estabelecido, quando os sintomas respiratórios estão desproporcionais ao quadro conhecido ou quando o resultado for influenciar diretamente a decisão médica, como a escolha entre uma técnica anestésica específica ou a viabilidade de uma ressecção pulmonar. A avaliação clínica é o melhor preditor de risco para complicações respiratórias.

Alternativa c: Incorreta. Medicamentos de uso contínuo para DPOC, como os broncodilatadores (tiotrópio, formoterol, salmeterol), devem ser mantidos até a manhã da cirurgia. A manutenção dessas drogas garante que o paciente chegue ao procedimento com a melhor função pulmonar e a menor reatividade brônquica possíveis, reduzindo o risco de broncoespasmo durante a intubação e o ato cirúrgico.

Alternativa d: Incorreta. Embora a idade avançada (geralmente considerada acima de 60 ou 65 anos) seja um fator de risco independente para complicações respiratórias, ela não justifica a realização de espirometria ou radiografia de tórax de rotina em pacientes assintomáticos ou estáveis. A radiografia de tórax tem baixo valor preditivo para complicações se o exame físico for normal e o paciente estiver compensado de suas comorbidades. O excesso de exames de rotina baseados apenas na idade aumenta custos e pode gerar intervenções desnecessárias sem benefício comprovado.

Questão 16

A alternativa correta é a (b).

Análise detalhada das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: Segundo a classificação de Lauren, o adenocarcinoma gástrico é dividido em dois tipos principais: intestinal e difuso. O tipo intestinal é o que apresenta a relação mais estreita com fatores ambientais e lesões precursoras, como a infecção pelo *Helicobacter pylori*, gastrite atrófica e metaplasia intestinal. O tipo difuso, por outro lado, ocorre com maior frequência em pacientes mais jovens, tem distribuição igual entre os sexos, possui forte componente genético (como mutações na E-caderina) e não tem uma associação tão direta com a cascata de eventos inflamatórios causados pelo *H. pylori*.

Alternativa (b) CORRETA: Ambas as condições são fatores de risco conhecidos para o câncer gástrico. A gastrectomia prévia predispõe ao câncer do tóco gástrico, geralmente após um período de latência de 15 a 20 anos, devido ao refluxo biliar crônico e alterações no pH que favorecem a colonização bacteriana e a inflamação da mucosa. A gastrite atrófica autoimune, que afeta as células parietais do corpo e fundo gástrico, leva à atrofia da mucosa e hipocloridria, aumentando significativamente o risco de surgimento do adenocarcinoma tipo intestinal.

Alternativa (c) INCORRETA: O consumo de frutas e vegetais frescos é, na verdade, um fator protetor contra o câncer gástrico. Esses alimentos são ricos em antioxidantes e vitamina C, que inibem a formação de compostos nitrosos no estômago. Os fatores predisponentes dietéticos clássicos para o câncer gástrico distal são o consumo excessivo de sal, embutidos, defumados e alimentos conservados em salmouras.

Alternativa (d) INCORRETA: Existe uma distinção epidemiológica importante entre as localizações do tumor. O câncer gástrico distal (corpo e antro) está fortemente associado a fatores ambientais, dieta rica em sal/nitratos e infecção por *H. pylori*. Já o câncer gástrico proximal (cárdia e transição esofagogástrica) tem aumentado de incidência nos últimos anos e está mais relacionado à obesidade e à Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), guardando semelhanças com o adenocarcinoma de esôfago distal.

Resumo do quadro clínico: O paciente apresenta o perfil típico do adenocarcinoma intestinal de Lauren: sexo masculino, idoso, com lesão ulcerada e localizada em antro (distal). Esse tipo histológico é o que mais se beneficia de estratégias de prevenção e controle de fatores de risco ambientais.

Questão 17

O caso clínico descreve um paciente com adenocarcinoma gástrico de localização distal (antro), do tipo intestinal de Lauren, sem evidência de metástases à distância (M0), mas com provável acometimento linfonodal regional (linfonodos perigástricos aumentados na TC). O tratamento padrão para o câncer gástrico potencialmente curável é a ressecção cirúrgica com linfadenectomia adequada.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta. Embora a gastrectomia subtotal seja indicada para tumores distais, a margem de segurança não é independente do tipo histológico. Para o tipo intestinal de Lauren, margens de 3 a 5 cm costumam ser aceitáveis, mas para o tipo difuso de Lauren, as margens devem ser maiores (geralmente acima de 6 a 8 cm) devido ao padrão de infiltração submucosa. Além disso, a alternativa omite a necessidade da linfadenectomia D2, que é fundamental para o tratamento oncológico.

Alternativa (b) Incorreta. A linfadenectomia padrão D2, recomendada para tumores que invadem a muscular da mucosa ou além (como é o caso sugerido pelo espessamento na TC), inclui obrigatoriamente a ressecção do omento (omentectomia). O omento maior pode conter micrometástases ou linfonodos da cadeia da artéria gastroepiploica.

Alternativa (c) Incorreta. Para tumores localizados no antro (distais), a gastrectomia subtotal é preferível à gastrectomia total, pois apresenta resultados oncológicos equivalentes com melhor qualidade de vida e estado nutricional no pós-operatório. A linfadenectomia D3 (que inclui linfonodos para-aórticos) não é recomendada de rotina, sendo a linfadenectomia D2 o padrão-ouro.

Alternativa (d) Correta. Esta alternativa descreve a conduta padrão para o câncer gástrico distal e localmente avançado. A gastrectomia subtotal é o procedimento de escolha para lesões de antro onde se consiga margem proximal macroscópica segura (recomenda-se pelo menos 5 cm no tipo intestinal). A linfadenectomia D2 (ressecção dos linfonodos das cadeias perigástricas e do tronco celíaco) é o padrão para o tratamento curativo. A preservação do baço é a norma atual, a menos que haja invasão direta do órgão ou acometimento do hilo esplênico, o que geralmente ocorre apenas em tumores grandes da grande curvatura ou do corpo/fundo gástrico.

Em resumo: Para tumores de antro (distais), o tratamento cirúrgico de escolha é a gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2, garantindo margens livres e preservando o baço sempre que possível.

Questão 18

A questão aborda o estadiamento do câncer gástrico, um passo fundamental para definir a conduta terapêutica (cirurgia direta, quimioterapia neoadjuvante ou cuidados paliativos). Com base no caso clínico de um adenocarcinoma gástrico antral, vamos analisar as alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia é o padrão-ouro para o diagnóstico e localização da lesão, permitindo a análise histopatológica (neste caso, adenocarcinoma intestinal de Lauren). No entanto, ela sozinha não consegue definir o estadiamento clínico (TNM), pois não avalia com precisão a profundidade da invasão na parede gástrica, o comprometimento de linfonodos distantes ou a presença de metástases em outros órgãos.

Alternativa b) Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) de tórax, abdome e pelve é o exame de escolha inicial e rotineiro para o estadiamento. O PET-CT não substitui a TC de rotina. Ele pode ser utilizado em casos selecionados para detectar metástases a distância não visualizadas na TC ou para avaliar a resposta à quimioterapia, mas possui limitações, como baixa sensibilidade para tumores do tipo difuso ou mucinosos.

Alternativa c) Correta. A ultrassonografia endoscópica (ecoendoscopia) é o método mais acurado para avaliar o grau de invasão tumoral na parede do estômago (estadiamento T) e para avaliar linfonodos regionais (estadiamento N). Ela é particularmente útil para diferenciar tumores precoces (restritos à mucosa e submucosa) de tumores avançados e para identificar linfonodos suspeitos que podem ser biopsiados por punção durante o procedimento.

Alternativa d) Incorreta. A laparoscopia de estadiamento tem um papel crucial na avaliação pré-operatória, especialmente em tumores classificados como T3 ou T4 pela imagem. Ela permite a visualização direta da cavidade abdominal e a realização de citologia oncótica do lavado peritoneal, sendo o melhor método para detectar a carcinomatose peritoneal (pequenos implantes no peritônio) que a tomografia muitas vezes não consegue identificar. Isso evita laparotomias desnecessárias em pacientes que já possuem doença metastática peritoneal.

Questão 19

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de Sangramento Uterino Anormal (SUA) de padrão intenso e frequente, resultando em anemia ferropriva sintomática (palpitações, lipotimia, Hb 9,8 g/dL). Os pontos cruciais para a decisão propedêutica são:

1. Idade (46 anos): Pacientes acima de 45 anos com SUA devem obrigatoriamente ter o endométrio avaliado histologicamente.
2. Fatores de risco: A obesidade (IMC 32 kg/m²) aumenta a conversão periférica de androgênios em estrogênios, gerando um estímulo estrogênico persistente no endométrio sem a contraposição adequada da progesterona, o que eleva o risco de hiperplasia e câncer de endométrio.
3. Achado ultrassonográfico: Endométrio de 14 mm é considerado espessado para a faixa etária, mesmo na fase proliferativa, exigindo investigação.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A histeroscopia com biópsia dirigida é considerada o padrão-ouro para a avaliação da cavidade uterina. Diferente de métodos cegos, ela permite a visualização direta de lesões focais (como pólipos ou miomas submucosos) e a coleta de material das áreas mais suspeitas, aumentando a sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de hiperplasias e carcinomas. Além disso, pode ser realizada em regime ambulatorial, atendendo ao desejo da paciente de evitar internações.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ INCORRETA?

A curetagem uterina diagnóstica é um procedimento "cego", que apresenta maior taxa de falha em identificar lesões focais quando comparada à histeroscopia. Além disso, geralmente requer ambiente hospitalar e anestesia, o que contraria a preferência da paciente de evitar internações. Atualmente, seu uso para fins puramente diagnósticos tem sido substituído pela histeroscopia ou biópsia ambulatorial (como a cânula de Pipelle).

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA?

O uso de progestagênio oral de forma empírica é contraindicado neste cenário. Antes de iniciar qualquer tratamento hormonal em uma mulher de 46 anos com endométrio espessado, é imperativo excluir malignidade endometrial através de biópsia. Tratar empiricamente sem diagnóstico histológico pode retardar a detecção de um câncer de endométrio.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ INCORRETA?

O acompanhamento clínico isolado é inadequado e perigoso. A paciente apresenta repercussão hemodinâmica (anemia e lipotimia) e possui fatores de risco epidemiológicos e ultrassonográficos que exigem uma conduta ativa para diagnóstico etiológico imediato. Ignorar o espessamento endometrial de 14 mm nesta idade configuraria negligência diagnóstica.

Questão 20

Análise do caso clínico:

A paciente de 46 anos apresenta um quadro de sangramento uterino anormal, anemia ferropriva (Hb 9,8 g/dL e VCM baixo) e um achado ultrassonográfico de endométrio espessado (14 mm). Em mulheres na transição menopausal com sangramento excessivo e endométrio espessado, a prioridade clínica é a investigação de lesões precursoras ou malignas, como a hiperplasia endometrial e o carcinoma de endométrio.

Alternativa (c) - Correta: A obesidade, evidenciada pelo IMC de 32 kg/m², é o principal fator de risco para patologias proliferativas do endométrio neste cenário. O mecanismo fisiopatológico envolve a conversão periférica de androgênios (principalmente a androstenediona) em estrogênio (estrone) no tecido adiposo, por meio da enzima aromatase. Esse excesso de estrogênio circulante, sem a oposição adequada da progesterona (comum em ciclos anovulatórios ou na perimenopausa), promove um estímulo mitótico contínuo nas glândulas endometriais, aumentando significativamente o risco de hiperplasia e câncer.

Alternativa (a) - Incorreta: Embora existam síndromes genéticas raras que associam diferentes tipos de câncer e alguns fatores de risco hormonais sejam comuns a ambas as patologias, a história familiar de câncer de mama isoladamente não é o fator de risco mais relevante para o desenvolvimento de hiperplasia endometrial nesta paciente, especialmente diante da presença da obesidade.

Alternativa (b) - Incorreta: A losartana é um medicamento anti-hipertensivo da classe dos bloqueadores dos receptores de angiotensina II. Não existe evidência científica ou associação biológica que vincule o uso desta medicação ao aumento do risco de câncer de endométrio ou alterações endometriais.

Alternativa (d) - Incorreta: A menarca tardia é, na verdade, um fator de proteção para o câncer de endométrio. O risco aumentado está associado à menarca precoce (antes dos 12 anos), pois esta condição amplia o tempo de exposição do endométrio aos hormônios ovarianos ao longo da vida reprodutiva da mulher.

Questão 21

Análise do caso clínico:

A paciente de 46 anos apresenta Sangramento Uterino Anormal (SUA) e possui fatores de risco importantes para patologias endometriais, como a idade superior a 45 anos e a obesidade (IMC 32 kg/m²). O achado ultrassonográfico de um endométrio de 14 mm de espessura, associado ao quadro clínico, torna obrigatória a investigação

histopatológica (através de biópsia de endométrio ou histeroscopia com biópsia) para excluir hiperplasia endometrial ou neoplasia antes de qualquer tratamento hormonal definitivo. Além disso, os exames laboratoriais confirmam uma anemia ferropriva instalada (hemoglobina de 9,8 g/dL, VCM baixo e ferritina baixa), que justifica os sintomas de fadiga e lipotimia.

Alternativa a) Incorreta. Embora o DIU de levonorgestrel seja uma excelente opção para o tratamento do fluxo menstrual intenso, sua inserção não deve ser realizada antes da exclusão de malignidade endometrial em pacientes com risco aumentado e endométrio espessado. Se a paciente apresentar um adenocarcinoma de endométrio, o tratamento e o manejo seriam completamente diferentes.

Alternativa b) Incorreta. Os análogos do GnRH (agonistas) promovem um estado de hipoenstrogenismo profundo e não são indicados de forma empírica para o manejo inicial de sangramento uterino anormal sem diagnóstico definido. Além de possuírem custo elevado e efeitos colaterais significativos (semelhantes aos sintomas da menopausa), poderiam mascarar ou retardar o diagnóstico etiológico correto.

Alternativa c) Incorreta. O uso de estrogênio isolado em pacientes com útero presente é contraindicado, pois o estrogênio sem a oposição de progesterona causa proliferação endometrial, aumentando significativamente o risco de desenvolvimento de hiperplasia e câncer de endométrio. No caso clínico, a paciente já possui o endométrio espessado, o que tornaria essa conduta perigosa.

Alternativa d) Correta. A suplementação de ferro é uma medida terapêutica adjuvante essencial e deve ser iniciada imediatamente. A paciente apresenta anemia ferropriva sintomática devido à perda sanguínea crônica e excessiva. Tratar a anemia não interfere na investigação diagnóstica (biópsia/histeroscopia) e melhora a qualidade de vida, a estabilidade hemodinâmica e a tolerância da paciente para possíveis procedimentos futuros, atendendo ao desejo da paciente de evitar internações.

Questão 22

O diagnóstico de Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAAF) é estabelecido pela presença de pelo menos um critério clínico e um critério laboratorial, conforme os critérios de Sapporo (revisados em Sydney). No caso apresentado, a paciente preenche ambos os requisitos.

Critério clínico: A paciente apresenta três perdas gestacionais consecutivas antes de 12 semanas de gestação (especificamente antes da 10ª semana), o que caracteriza morbidade gestacional. Vale lembrar que os critérios exigem três ou mais abortos

espontâneos consecutivos, inexplicados, antes da 10ª semana de gestação, excluindo-se causas anatômicas, genéticas e hormonais.

Critério laboratorial: A paciente apresenta anticorpos anticardiolipina (aCL) da classe IgG em títulos elevados em duas ocasiões, com intervalo de 14 semanas. O critério laboratorial exige que a positividade (seja para anticoagulante lúpico, anticardiolipina ou anti-beta2-glicoproteína I) ocorra em duas ou mais ocasiões, com pelo menos 12 semanas de intervalo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a insuficiência lútea tenha sido historicamente associada a perdas iniciais, é uma causa controversa e de difícil diagnóstico isolado. No caso clínico, a presença de critérios claros para SAAF sobrepõe-se a essa hipótese. Além disso, a investigação de outras causas foi normal.

b) Correta. A paciente preenche os critérios diagnósticos para SAAF obstétrica, com histórico de três perdas embrionárias consecutivas e positividade persistente de anticorpos antifosfolípidos (anticardiolipina IgG). A investigação complementar negativa para causas uterinas, genéticas (cariótipo), endócrinas (TSH e prolactina) e trombofilias hereditárias reforça que a SAAF é o diagnóstico mais provável e a causa das perdas recorrentes.

c) Incorreta. Malformações uterinas (como útero septado, bicornio ou didelfo) foram descartadas por meio da histerossalpingografia, da histeroscopia diagnóstica e do ultrassom 3D, todos relatados como normais.

d) Incorreta. A infecção crônica uterina (como a endometrite crônica) não é a causa clássica para três perdas gestacionais consecutivas com documentação prévia de embrião e batimento cardíaco fetal em uma paciente assintomática e com exames de imagem normais. Além disso, a paciente negou infecções durante as gestações.

Questão 23

O caso clínico apresenta uma paciente de 32 anos com histórico de três perdas gestacionais consecutivas no primeiro trimestre (abortamento de repetição), com a presença de embrião e batimentos cardíofetais prévios, o que afasta a suspeita de causas puramente genéticas iniciais. A investigação descartou causas anatômicas (histerossalpingografia, histeroscopia e ultrassom 3D normais), genéticas (cariótipo do casal normal), hormonais (TSH e prolactina normais) e trombofilias hereditárias.

O ponto-chave para o diagnóstico está nos exames de anticorpos antifosfolípidos. A

paciente apresenta anticorpo anticardiolipina IgG elevado em duas ocasiões, com intervalo superior a 12 semanas (14 semanas no relato), preenchendo o critério laboratorial para a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF). Associado ao critério clínico de três ou mais perdas gestacionais consecutivas antes da 10ª semana de gestação (excluindo causas anatômicas, genéticas e hormonais), confirma-se o diagnóstico de SAF obstétrica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Segundo os protocolos da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e consensos internacionais (como o de Sydney), o tratamento padrão para pacientes com SAF obstétrica, sem histórico de trombose prévia (SAF puramente obstétrica), é a associação de ácido acetilsalicílico (AAS) em baixa dose (75 a 100 mg/dia) e heparina de baixo peso molecular (HBPM) em dose profilática (ex.: enoxaparina 40 mg/dia). O AAS deve, idealmente, ser iniciado antes da concepção ou assim que a gravidez for confirmada, e a heparina deve ser iniciada assim que houver a confirmação da gestação (teste de gravidez positivo ou presença de saco gestacional).

Alternativa b) Incorreta. O uso isolado de AAS apresenta taxas de sucesso gestacional inferiores quando comparado à terapia combinada (AAS + heparina) no tratamento da SAF. A heparina exerce não apenas um efeito anticoagulante, mas também propriedades anti-inflamatórias e de modulação do trofoblasto essenciais na SAF.

Alternativa c) Incorreta. O uso de corticoides, como a prednisona, não é recomendado como primeira linha para a SAF obstétrica primária. A prednisona está associada a um aumento do risco de diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas e hipertensão gestacional, sem oferecer benefícios superiores à combinação de AAS e heparina. Seu uso fica restrito a casos de SAF refratária ou quando associada ao lúpus eritematoso sistêmico (LES) em atividade.

Alternativa d) Incorreta. A progesterona vaginal é indicada em casos de insuficiência de corpo lúteo, ameaça de aborto ou para prevenção de parto prematuro em pacientes com colo curto. Ela não trata a fisiopatologia da SAF, que envolve fenômenos trombóticos e inflamatórios na interface materno-fetal mediados pelos anticorpos antifosfolípidos.

Questão 24

Diagnóstico do Caso: Síndrome Antifosfolípide (SAF) Obstétrica.

O caso clínico descreve uma paciente com critérios diagnósticos claros para a Síndrome Antifosfolípide (SAF). Ela apresenta o critério clínico de três ou mais perdas gestacionais consecutivas antes da 10ª semana de gestação (com embrião e batimentos cardíacos prévios, o que descarta causas puramente genéticas iniciais) e o critério laboratorial de anticorpos anticardiolipina IgG elevados em duas coletas com intervalo superior a 12 semanas. Outras causas comuns, como malformações uterinas (avaliadas por histeroscopia e USG 3D), alterações cromossômicas parentais (cariótipo normal), distúrbios endócrinos (TSH e prolactina normais) e trombofilias hereditárias, foram excluídas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O acretismo placentário (placenta acreta, increta ou percreta) está associado principalmente a cicatrizes uterinas prévias (como cesáreas anteriores) e placenta prévia. Não há relação fisiopatológica direta estabelecida entre a SAF e a invasão trofoblástica excessiva característica do acretismo.

b) Incorreta. O diabetes mellitus gestacional é uma patologia metabólica relacionada à resistência insulínica exacerbada pelos hormônios placentários. Embora pacientes com SAF possam desenvolver diabetes por outros fatores de risco, a doença em si não é uma complicação definidora ou diretamente associada à fisiopatologia da SAF.

c) Correta. Além dos abortos recorrentes e do óbito fetal com mais de 10 semanas, a SAF obstétrica é definida pela ocorrência de parto prematuro com idade gestacional menor ou igual a 34 semanas decorrente de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária grave. A fisiopatologia envolve a ativação do complemento e a interferência dos anticorpos antifosfolípidos na implantação trofoblástica e na função placentária, levando a uma placentação deficiente.

d) Incorreta. A gestação ectópica está relacionada a fatores que prejudicam o transporte do óvulo ou embrião pela tuba uterina, como doença inflamatória pélvica prévia, tabagismo ou cirurgias tubárias. Não faz parte das complicações obstétricas associadas à Síndrome Antifosfolípide.

Questão 25

Análise do caso clínico:

A paciente em questão está na 26ª semana de gestação e realizou o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75g de glicose. Este é o exame preconizado pela FEBRASGO e pelo Ministério da Saúde para ser realizado entre a 24ª e a 28ª semana de gestação em todas as gestantes que não tiveram diagnóstico de diabetes no início da gravidez.

Os pontos de corte definidos para o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) são:

- Jejum: maior ou igual a 92 mg/dL e menor que 126 mg/dL.
- 1 hora após a sobrecarga: maior ou igual a 180 mg/dL.
- 2 horas após a sobrecarga: maior ou igual a 153 mg/dL e menor que 200 mg/dL.

Basta apenas um valor alterado para que o diagnóstico de DMG seja firmado. No caso desta paciente, os três valores estão alterados: o jejum (94 mg/dL), a glicemia de 1 hora (185 mg/dL) e a glicemia de 2 horas (161 mg/dL).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A gestação não pode ser considerada normal do ponto de vista metabólico, pois o resultado do TOTG apresenta valores acima dos limites de normalidade estabelecidos para o período gestacional.

Alternativa b) Correta. O quadro clínico e laboratorial preenche rigorosamente os critérios para Diabetes Mellitus Gestacional. A paciente apresenta fatores de risco (história familiar e ganho de peso excessivo) e os valores do TOTG realizados no período correto (24-28 semanas) estão alterados, confirmando a patologia.

Alternativa c) Incorreta. O termo pré-diabetes não é utilizado para a classificação de distúrbios glicêmicos durante a gestação. Na prática obstétrica, as alterações são classificadas como Diabetes Mellitus Gestacional ou Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação (Diabetes prévio/Overt Diabetes).

Alternativa d) Incorreta. Para que fosse classificado como Diabetes prévio (ou Overt Diabetes), os valores precisariam ser compatíveis com os critérios de diabetes fora da gestação: glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL ou glicemia de 2 horas no TOTG maior ou igual a 200 mg/dL. Os resultados da paciente estão elevados para a gestação, mas abaixo desses limiares de diabetes franco.

Questão 26

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta critérios para o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da FEBRASGO, o diagnóstico através do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g) realizado entre 24 e 28 semanas é confirmado quando pelo menos um dos valores está alterado: Jejum maior ou igual a 92 mg/dL; 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL; ou 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL. No caso em questão, todos os três valores estão alterados (94, 185 e 161 mg/dL), o que ratifica o diagnóstico.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA

A base do tratamento do DMG é a modificação do estilo de vida. A primeira medida terapêutica recomendada é a implementação de um plano alimentar estruturado (terapia nutricional) associado à prática de atividade física regular, respeitando as condições clínicas da gestante. Cerca de 70% a 85% das gestantes com DMG conseguem atingir as metas glicêmicas apenas com essas medidas. Como a ultrassonografia mostra feto com crescimento adequado (percentil 60) e líquido amniótico normal, há segurança para iniciar o tratamento de forma conservadora por um período de 1 a 2 semanas antes de reavaliar a necessidade de fármacos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa a: A insulinoterapia é o tratamento farmacológico de escolha para o DMG, porém é considerada uma medida de segunda linha. Ela só deve ser iniciada se a gestante não alcançar o controle glicêmico adequado após o período de teste com dieta e exercícios, ou se houver sinais precoces de crescimento fetal excessivo (circunferência abdominal fetal superior ao percentil 75).

Alternativa b: A metformina é um hipoglicemiante oral que pode ser utilizado em casos selecionados de falha no controle não farmacológico em alguns protocolos, mas nunca é a primeira medida a ser adotada logo após o diagnóstico.

Alternativa d: A glibenclamida não é recomendada como terapia inicial. Por ser uma sulfonilureia que atravessa a placenta, seu uso é associado a maiores riscos de hipoglicemia neonatal e macrossomia fetal quando comparada à insulina, sendo evitada na maioria dos protocolos nacionais.

Questão 27

Diagnóstico e Metas no Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

A paciente apresenta diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a FEBRASGO, o diagnóstico é confirmado quando pelo menos um dos valores do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g), realizado entre 24 e 28 semanas, atinge os seguintes pontos de corte: jejum maior ou igual a 92 mg/dL; 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL; ou 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL. No caso descrito, todos os valores estão alterados (94, 185 e 161 mg/dL).

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o objetivo é manter níveis glicêmicos que minimizem riscos como macrosomia fetal, polidrâmnio e pré-eclâmpsia. As metas terapêuticas preconizadas para o acompanhamento são:

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

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de 110 mg/dL é excessivo para o jejum na gestação. Aceitar esse nível resultaria em um controle metabólico inadequado, aumentando a transferência de glicose para o feto e o risco de complicações neonatais.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa contempla a meta superior de jejum (95 mg/dL) aceita pela maioria das diretrizes (SBD, ADA, FEBRASGO). O limite inferior de 65 mg/dL é importante para garantir que a paciente não esteja em hipoglicemia, mantendo a segurança materna e o aporte adequado de nutrientes ao feto.

Alternativa c) Incorreta. A meta para a glicemia de 2 horas após as refeições é menor que 120 mg/dL. O valor de 160 mg/dL é muito elevado e indicaria necessidade de intervenção medicamentosa (insulina), caso não fosse corrigido com dieta.

Alternativa d) Incorreta. Os valores de jejum menor que 100 mg/dL e pós-prandial de 2 horas menor que 180 mg/dL são permissivos demais. Na gestação, os alvos são mais rigorosos do que em pacientes não gestantes devido à fisiopatologia da unidade fetoplacentária e à necessidade de evitar o hiperinsulinismo fetal.

Embora a ultrassonografia atual mostre um feto com crescimento adequado (percentil 60), a manutenção das metas estritas (jejum abaixo de 95 mg/dL) é fundamental para que esse perfil de crescimento se mantenha até o final da gestação.

Questão 28

Análise do Caso Clínico:

O paciente é um menino de 12 anos com baixa estatura (estatura no limite inferior da normalidade, percentil 3) e queixa de atraso no crescimento em relação aos pares. O ponto fundamental para o raciocínio clínico reside no conjunto de três fatores: história familiar positiva (pai "cresceu no último ano do colégio"), exame físico sem estigmas de doenças (sem dismorfismos) e idade óssea atrasada em relação à idade cronológica.

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. Síndromes genéticas que cursam com baixa estatura, como a Síndrome de Noonan ou de Turner (em meninas), geralmente apresentam dismorfismos físicos específicos (pescoço alado, implantação baixa das orelhas, micrognatia, etc.) ou outras anomalias associadas. O enunciado destaca que a criança é saudável, sem antecedentes de doenças crônicas e sem dismorfismos, o que torna essa hipótese improvável.

b) Incorreta. Na deficiência de hormônio do crescimento (GH), a velocidade de crescimento costuma estar significativamente reduzida (geralmente abaixo de 4 cm/ano para esta faixa etária) e o atraso na idade óssea pode ser ainda mais acentuado. Embora seja um diagnóstico diferencial, a história familiar de crescimento tardio e a velocidade de crescimento ainda dentro de um limite aceitável para o estágio pré-puberal sugerem uma causa variante da normalidade.

c) Incorreta. Na Baixa Estatura Familiar, a criança tem uma estatura condizente com o alvo genético (pais baixos). A principal diferença diagnóstica para o caso em questão é que, na baixa estatura familiar, a idade óssea é compatível com a idade cronológica, e o início da puberdade ocorre na idade esperada, diferentemente do paciente que apresenta atraso de 2 anos na maturação óssea.

d) Correta. O Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP) é uma variante normal do crescimento. É a causa mais comum de baixa estatura e atraso puberal em meninos. Os critérios clássicos presentes no caso são: 1) Velocidade de crescimento normal ou levemente diminuída para a idade; 2) Atraso na idade óssea (geralmente de 2 a 3 anos); 3) História familiar de "maturação tardia" (pai ou mãe que apresentaram estirão tardio); 4) Exame físico normal e ausência de doenças sistêmicas. Essas crianças têm um potencial de crescimento final normal, atingindo sua estatura-alvo mais tarde que os demais.

Questão 29

Diagnóstico e Análise do Caso:

O quadro clínico descreve um clássico caso de Retardo Constitucional do Crescimento e da Puberdade (RCCP). Os pontos-chave para esse diagnóstico são:

1. Velocidade de crescimento no limite inferior da normalidade (4 cm/ano).
2. Atraso da idade óssea em relação à idade cronológica (2 anos de diferença).
3. Estágio puberal Tanner I aos 12 anos (ainda dentro da normalidade, mas compatível com atraso puberal).
4. Antecedente familiar positivo (pai "cresceu só no último ano do colégio").

No RCCP, a criança é o que chamamos de "late bloomer" (amadurecedor tardio). Ela cresce abaixo ou no limite inferior da curva durante a infância, mas, como sua idade óssea é atrasada, suas epífises demoram mais a fechar. Isso permite que ela continue crescendo por mais tempo do que seus pares, atingindo uma estatura final condizente com seu canal familiar (alvo genético).

Análise das alternativas:

a) Correta. Esta é a evolução natural do RCCP. O estirão puberal ocorre mais tarde do que a média da população, mas, devido ao tempo adicional de crescimento antes do fechamento das epífises, a estatura final costuma ser normal e compatível com a carga genética dos pais.

b) Incorreta. O comprometimento da estatura na vida adulta é característico da Estatura Baixa Familiar (na qual a idade óssea é igual à idade cronológica e o potencial genético é baixo) ou de patologias não tratadas. No RCCP, o prognóstico de estatura final é favorável.

c) Incorreta. Embora a criança esteja no percentil 3 no momento da consulta, a característica do RCCP é justamente a recuperação (catch-up) tardia. Ao final do processo, a maioria desses indivíduos ultrapassa o percentil 3, posicionando-se dentro da normalidade para a população geral e para sua família.

d) Incorreta. Não há associação fisiopatológica entre o Retardo Constitucional do Crescimento e da Puberdade e o risco aumentado de obesidade ou dislipidemia. Essas complicações metabólicas são mais frequentes em crianças pequenas para a idade gestacional (PIG) que apresentam rápido ganho ponderal (catch-up exagerado) ou em deficiências hormonais específicas, o que não é o caso do paciente.

Questão 30

thought

A text explaining a medical question about short stature (Constitutional Delay of Growth and Puberty - ACCP).

IA-generated text.

Review and correct accentuation and grammar.

Keep original formatting. Do not change the technical meaning.

Respond **only** with the corrected text.

* ***Headline:*** "Analise do caso clínico:" -> ****Análise**** do caso clínico: (Missing accent)

* ***Body 1:*** "O paciente apresenta características clássicas do Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP). Os principais indícios são: história familiar positiva (pai "cresceu no último ano do colégio"), exame físico sem estigmas sindrômicos ou dismorfismos, Tanner I aos 12 anos (pré-púbere) e idade óssea atrasada em 2 anos em relação à idade cronológica. O ACCP é uma variante normal do crescimento, e não uma doença."

* "Análise" in the header needed fix.

* "indícios" (correct).

* "sindrômicos" (correct).

* "pré-púbere" (correct).

* "óssea" (correct).

* "cronológica" (correct).

* Wait, looking at the input: "Analise do caso clínico:" (Missing accent on the 'A').

* ***Alt A:*** "Alternativa A: Incorreta. A baixa estatura idiopática e as variantes normais do crescimento (baixa estatura familiar e o atraso constitucional observado no caso) são as causas mais comuns de baixa estatura na prática clínica. Elas representam a vasta maioria dos pacientes, portanto, não podem ser consideradas condições raras."

* "Incorreta" (correct).

* "clínica" (correct).

* "vasta" (correct).

* ***Alt B:*** "Alternativa B: Incorreta. Apesar de a altura ser influenciada por fatores genéticos, a maioria das crianças com baixa estatura não apresenta uma alteração genética específica, sindrômica ou mutação identificável pelos métodos diagnósticos atuais. A maioria dos casos é classificada como variantes da normalidade ou causas multifatoriais."

* "genética" (correct).

* "sindrômica" (correct).

- * "diagnósticos" (correct).

- * *Alt C:* "Alternativa C: Correta. Do ponto de vista epidemiológico, a imensa maioria (cerca de 80% a 95%) das crianças que são levadas ao médico por baixa estatura apresenta variantes normais do crescimento (Baixa Estatura Familiar ou Atraso Constitucional do Crescimento e Puberdade). Causas patológicas/orgânicas (como hipotireoidismo, doença celíaca, deficiência de GH ou síndromes) são identificadas em apenas cerca de 5% a 10% dos casos em triagens populacionais."

- * "epidemiológico" (correct).

- * "médico" (correct).

- * "estatura" (correct).

- * "crescimento" (correct).

- * "patológicas/orgânicas" (correct).

- * "hipotireoidismo" (correct).

- * "celíaca" (correct).

- * "síndromes" (correct).

- * "populacionais" (correct).

- * *Alt D:* "Alternativa D: Incorreta. A deficiência de hormônio do crescimento (GH) é uma condição clínica rara, com incidência estimada entre 1 para cada 4.000 a 10.000 nascidos vivos. Ela representa uma porcentagem mínima (geralmente inferior a 1-2%) de todas as crianças com baixa estatura, estando muito longe dos 20-30% sugeridos pela alternativa."

- * "hormônio" (correct).

- * "clínica" (correct).

- * "mínima" (correct).

- * "porcentagem" vs "percentagem"? (Both okay, "porcentagem" is common).

- * *Conclusion:* "Conclusão: O conhecimento da prevalência das causas de baixa estatura é fundamental para evitar a solicitação excessiva de exames complementares caros e invasivos em crianças que apresentam apenas variações do ritmo de crescimento normal, como o menino do caso clínico descrito."

- * "prevalência" (correct).

- * "clínico" (correct).

- * Heading: "Analise" -> "Análise".

- * Intro: "idade óssea atrasada em 2 anos" -> Fine.

- * Alternative A: "vasta maioria" -> Fine.

- * Alternative B: Fine.

- * Alternative C: Fine.

- * Alternative D: Fine.

- * Conclusion: Fine.

Wait, let's re-read the original very carefully for tiny mistakes.

"Analise do caso clínico" -> "Análise do caso clínico" (Acentuação).

"Tanner I aos 12 anos (pré-púbere)" -> "pré-púbere" (correct).

"idade óssea atrasada em 2 anos em relação à idade cronológica" -> (correct).

"Apesar de a altura ser influenciada" -> (correct, "de a" is preferred before subject).

"hipotireoidismo" -> (correct).

"deficiência de GH" -> (correct).

"porcentagem mínima" -> (correct).

Let's check punctuation and word flow.

The text is actually mostly well-written, with "Analise" being the most obvious error in the title.

One thing: "Analise do caso clínico:" is a heading. The rest is body.

Are there any subtle grammar errors?

"Apesar de a altura" (correct).

"não podem ser consideradas condições raras" (correct).

"porcentagem mínima (geralmente inferior a 1-2%)" (correct).

Let's ensure the response contains ONLY the text.

Self-Correction on "Analise":

The original says "Analise do caso clínico:". In Portuguese, "Analise" is the imperative of the verb "analisar". But here it's clearly meant as the noun "Análise" (Analysis).

Double check capitalization:

"Baixa Estatura Familiar ou Atraso Constitucional do Crescimento e Puberdade" -> Keep as is (Capitalized for emphasis or as titles of conditions).

Double check "Analise":

In the context "Analise do caso clínico:", it could be interpreted as a command ("Analyze the clinical case"). However, the text that follows describes the case ("O paciente apresenta..."). Usually, in these explanation templates, it's the title "Análise do caso clínico" (Analysis of the clinical case). Given the prompt asks to fix accentuation, "Análise" is the intended noun.

One more look at the provided text:

"O paciente apresenta características clássicas do Atraso Constitucional do

Crescimento e da Puberdade (ACCP). Os principais indícios são: história familiar positiva (pai "cresceu no último ano do colégio"), exame físico sem estigmas sindrômicos ou dismorfismos, Tanner I aos 12 anos (pré-púbere) e idade óssea atrasada em 2 anos em relação à idade cronológica."

-> Quotation marks check: (pai "cresceu no último ano do colégio"). This is fine.

Text to output:

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta características clássicas do Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP). Os principais indícios são: história familiar positiva (pai "cresceu no último ano do colégio"), exame físico sem estigmas sindrômicos ou dismorfismos, Tanner I aos 12 anos (pré-púbere) e idade óssea atrasada em 2 anos em relação à idade cronológica. O ACCP é uma variante normal do crescimento, e não uma doença.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A baixa estatura idiopática e as variantes normais do crescimento (baixa estatura familiar e o atraso constitucional observado no caso) são as causas mais comuns de baixa estatura na prática clínica. Elas representam a vasta maioria dos pacientes, portanto, não podem ser consideradas condições raras.

Alternativa B: Incorreta. Apesar de a altura ser influenciada por fatores genéticos, a maioria das crianças com baixa estatura não apresenta uma alteração genética específica, sindrômica ou mutação identificável pelos métodos diagnósticos atuais. A maioria dos casos é classificada como variantes da normalidade ou causas multifatoriais.

Alternativa C: Correta. Do ponto de vista epidemiológico, a imensa maioria (cerca de 80% a 95%) das crianças que são levadas ao médico por baixa estatura apresenta variantes normais do crescimento (Baixa Estatura Familiar ou Atraso Constitucional do Crescimento e Puberdade). Causas patológicas/orgânicas (como hipotireoidismo, doença celíaca, deficiência de GH ou síndromes) são identificadas em apenas cerca de 5% a 10% dos casos em triagens populacionais.

Alternativa D: Incorreta. A deficiência de hormônio do crescimento (GH) é uma condição clínica rara, com incidência estimada entre 1 para cada 4.000 a 10.000 nascidos vivos. Ela representa uma porcentagem mínima (geralmente inferior a 1-2%) de todas as crianças com baixa estatura, estando muito longe dos 20-30% sugeridos pela alternativa.

Conclusão:

O conhecimento da prevalência das causas de baixa estatura é fundamental para evitar a solicitação excessiva de exames complementares caros e invasivos em crianças que apresentam apenas variações do ritmo de crescimento normal, como o menino do caso clínico descrito.

Final check of instructions:

1. Erros de acentuação (muito importante). -> Fixed "Analise" -> "Análise".
2. Erros gramaticais de português. -> Checked "Apesar de a altura" (correct). No other major grammar issues found.
3. Manter a formatação original. -> Keeping paragraphs and spacing.
4. Não alterar o sentido técnico. -> Content remains medical-fact-based.
5. Respond ONLY with the text.

One tiny detail:

"Analise do caso clínico:"

If the prompt meant the verb, it would be "Analise o caso clínico" (Analyze the clinical case). With "do", it has to be the noun "Análise".

Check for "prevalência": Correct.

Check for "síndromes": Correct.

Check for "celíaca": Correct.

Check for "vivos": Correct.

Wait, I noticed "Análise das alternativas:" in the original. It already has the accent. Only "Analise do caso clínico:" at the top was missing it.

Everything looks solid.

One minor point: "Apesar de a altura". In casual Portuguese, people say "Apesar da altura". However, in formal writing, when the word following "de" is the subject of the infinitive or part of the subject clause, "de a" is technically more correct/formal ("Apesar de [a altura ser influenciada...]"). This is correct as written.

Is there anything else?

"Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP)"

"Atraso Constitucional do Crescimento e Puberdade" (without 'da' second time).

Consistency: the acronym is ACCP. The first mention has "da", the second (in Alt C) doesn't. I will keep it as is because the prompt says not to change the technical explanation and the difference is stylistic/minor, unless it's a grammar error. In Alt C, it's inside parentheses as a title of a condition, so it's acceptable.

Wait, "Analise do caso clínico:" -> I'll change to "Análise do caso clínico:".

"Análise das alternativas:" -> Correct.

"Conclusão:" -> Correct.

Formatting check:

The input text has specific line breaks.

"Análise do caso clínico:

O paciente apresenta..."

"Análise das alternativas:

Alternativa A: ..."

The corrected text should maintain this.

Final check on punctuation:

"(pai "cresceu no último ano do colégio")" -> Nested punctuation. Usually, the period goes outside if the quote is part of the sentence. Here there's no period inside the parentheses. Correct.

Final Text generation:

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta características clássicas do Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP). Os principais indícios são: história familiar positiva (pai "cresceu no último ano do colégio"), exame físico sem estigmas sindrômicos ou dismorfismos, Tanner I aos 12 anos (pré-púbere) e idade óssea atrasada em 2 anos em relação à idade cronológica. O ACCP é uma variante normal do crescimento, e não uma doença.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A baixa estatura idiopática e as variantes normais do crescimento (baixa estatura familiar e o atraso constitucional observado no caso) são as causas mais comuns de baixa estatura na prática clínica. Elas representam a vasta maioria dos pacientes, portanto, não podem ser consideradas condições raras.

Alternativa B: Incorreta. Apesar de a altura ser influenciada por fatores genéticos, a maioria das crianças com baixa estatura não apresenta uma alteração genética específica, sindrômica ou mutação identificável pelos métodos diagnósticos atuais. A maioria dos casos é classificada como variantes da normalidade ou causas multifatoriais.

Alternativa C: Correta. Do ponto de vista epidemiológico, a imensa maioria (cerca de 80% a 95%) das crianças que são levadas ao médico por baixa estatura apresenta variantes normais do crescimento (Baixa Estatura Familiar ou Atraso Constitucional

do Crescimento e Puberdade). Causas patológicas/orgânicas (como hipotireoidismo, doença celíaca, deficiência de GH ou síndromes) são identificadas em apenas cerca de 5% a 10% dos casos em triagens populacionais.

Alternativa D: Incorreta. A deficiência de hormônio do crescimento (GH) é uma condição clínica rara, com incidência estimada entre 1 para cada 4.000 a 10.000 nascidos vivos. Ela representa uma porcentagem mínima (geralmente inferior a 1-2%) de todas as crianças com baixa estatura, estando muito longe dos 20-30% sugeridos pela alternativa.

Conclusão:

O conhecimento da prevalência das causas de baixa estatura é fundamental para evitar a solicitação excessiva de exames complementares caros e invasivos em crianças que apresentam apenas variações do ritmo de crescimento normal, como o menino do caso clínico descrito. Análise do caso clínico:

O paciente apresenta características clássicas do Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP). Os principais indícios são: história familiar positiva (pai "cresceu no último ano do colégio"), exame físico sem estigmas sindrômicos ou dismorfismos, Tanner I aos 12 anos (pré-púbere) e idade óssea atrasada em 2 anos em relação à idade cronológica. O ACCP é uma variante normal do crescimento, e não uma doença.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A baixa estatura idiopática e as variantes normais do crescimento (baixa estatura familiar e o atraso constitucional observado no caso) são as causas mais comuns de baixa estatura na prática clínica. Elas representam a vasta maioria dos pacientes, portanto, não podem ser consideradas condições raras.

Alternativa B: Incorreta. Apesar de a altura ser influenciada por fatores genéticos, a maioria das crianças com baixa estatura não apresenta uma alteração genética específica, sindrômica ou mutação identificável pelos métodos diagnósticos atuais. A maioria dos casos é classificada como variantes da normalidade ou causas multifatoriais.

Alternativa C: Correta. Do ponto de vista epidemiológico, a imensa maioria (cerca de 80% a 95%) das crianças que são levadas ao médico por baixa estatura apresenta variantes normais do crescimento (Baixa Estatura Familiar ou Atraso Constitucional do Crescimento e Puberdade). Causas patológicas/orgânicas (como hipotireoidismo, doença celíaca, deficiência de GH ou síndromes) são identificadas em apenas cerca de 5% a 10% dos casos em triagens populacionais.

Alternativa D: Incorreta. A deficiência de hormônio do crescimento (GH) é uma condição clínica rara, com incidência estimada entre 1 para cada 4.000 a 10.000 nascidos vivos. Ela representa uma porcentagem mínima (geralmente inferior a 1-2%) de todas as crianças com baixa estatura, estando muito longe dos 20-30% sugeridos pela alternativa.

Conclusão:

O conhecimento da prevalência das causas de baixa estatura é fundamental para evitar a solicitação excessiva de exames complementares caros e invasivos em crianças que apresentam apenas variações do ritmo de crescimento normal, como o menino do caso clínico descrito.

Questão 31

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro clássico de urticária aguda desencadeada por provável alergia alimentar. Os pontos cruciais para a resolução da questão são o tempo de latência curto (apenas 30 minutos após a ingestão), a natureza dos alimentos (ovo e camarão são alérgenos potentes e frequentes na infância) e a morfologia das lesões (pápulas edematosas e pruriginosas).

Alternativa (a): Correta. O quadro clínico descreve uma reação de hipersensibilidade do tipo I, também chamada de hipersensibilidade imediata. Nesse mecanismo, após um contato prévio de sensibilização, o antígeno (proteína do alimento) liga-se a moléculas de IgE específicas que estão acopladas à superfície de mastócitos e basófilos. Essa ligação provoca a degranulação celular imediata, liberando mediadores inflamatórios, principalmente a histamina. A histamina atua nos receptores H1, promovendo aumento da permeabilidade vascular (causando edema/pápula), vasodilatação (eritema) e estimulação de fibras nervosas (prurido).

Alternativa (b): Incorreta. A bradicinina é o mediador central em quadros de angioedema que não envolvem urticária, como o angioedema hereditário ou o induzido por medicamentos inibidores da ECA. Reações mediadas por bradicinina geralmente não apresentam prurido intenso nem as pápulas eritematosas típicas da urticária.

Alternativa (c): Incorreta. Este mecanismo refere-se à hipersensibilidade do tipo III. Nela, ocorre a formação de imunocomplexos circulantes que se depositam nas paredes dos vasos e tecidos, ativando o sistema complemento e causando dano tecidual. É um processo mais lento, que leva dias ou semanas para se manifestar (como na doença do soro), sendo incompatível com a rapidez do quadro descrito.

Alternativa (d): Incorreta. Este mecanismo descreve a hipersensibilidade do tipo IV (celular ou tardia). Diferente das outras, não é mediada por anticorpos, mas sim por linfócitos T sensibilizados. O tempo de resposta clínica ocorre geralmente entre 48 a 72 horas após a exposição ao antígeno (exemplo: dermatite de contato ou teste de PPD). O tempo de 30 minutos citado no caso clínico exclui essa possibilidade.

Questão 32

O quadro clínico descrito — aparecimento súbito de pápulas eritematosas, edematosas e pruriginosas logo após a ingestão de alimentos potencialmente alergênicos (ovo e camarão), sem comprometimento de outros sistemas — é característico de uma urticária aguda. Como a paciente não apresenta sinais de anafilaxia (ausência de sintomas respiratórios, gastrointestinais graves ou instabilidade hemodinâmica), a conduta foca no controle sintomático do prurido e das lesões cutâneas.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a exclusão do alimento suspeito seja fundamental no manejo a longo prazo e para prevenir novas crises, apenas observar a evolução por 24 horas é insuficiente como conduta inicial. A criança apresenta prurido intenso, o que demanda intervenção farmacológica imediata para alívio do desconforto.

Alternativa (b) Correta: Os anti-histamínicos de segunda geração (como cetirizina, desloratadina ou fexofenadina) são a primeira linha de tratamento para urticária aguda. Eles agem bloqueando os receptores H1 da histamina, que é o principal mediador liberado pelos mastócitos nessa reação. São preferíveis aos de primeira geração por possuírem maior perfil de segurança, menor efeito sedativo e tempo de ação mais prolongado.

Alternativa (c) Incorreta: O uso de corticosteroides sistêmicos não é recomendado como conduta inicial de rotina para casos de urticária aguda simples. Eles são reservados para casos refratários aos anti-histamínicos, quadros de angioedema exuberante ou quando a urticária faz parte de uma reação anafilática grave, o que não é o caso da paciente, que apresenta estabilidade clínica.

Alternativa (d) Incorreta: Não há qualquer indicação para o uso de antibióticos, pois a etiologia do quadro é estritamente alérgica (hipersensibilidade tipo I), e não infecciosa. O uso de antibióticos não teria efeito sobre a desgranulação mastocitária ou sobre os sintomas de prurido e edema.

Questão 33

Análise do caso clínico: A paciente apresenta um quadro clínico clássico de urticária aguda, caracterizado pelo aparecimento súbito de pápulas eritematosas e edematosas (urticas) com prurido intenso. O fato de os sintomas surgirem 30 minutos após a ingestão de alimentos com alto potencial alergênico (ovo e camarão) reforça a suspeita de uma reação de hipersensibilidade imediata mediada por IgE.

Alternativa A (Incorreta): A urticária aguda é muito frequente em crianças pequenas e pré-escolares, não sendo exclusiva ou mais comum apenas em adolescentes. Além disso, ao contrário do afirmado, os alimentos são gatilhos importantes e frequentes para reações agudas na infância, especialmente quando há exposição a novos nutrientes.

Alternativa B (Incorreta): Esta alternativa descreve a definição de urticária crônica, que é aquela com duração superior a seis semanas. O caso em questão é um quadro agudo. A etiologia autoimune é uma consideração importante na urticária crônica espontânea, mas não é a regra nos quadros agudos infantis pós-alimentares.

Alternativa C (Incorreta): Embora a distribuição entre os sexos possa ser equilibrada na infância, a afirmação de que a condição é "sempre idiopática" está errada. Na pediatria, a urticária aguda frequentemente tem um fator desencadeante identificável, como infecções virais (causa mais comum), alimentos, picadas de insetos ou medicamentos.

Alternativa D (Correta): A urticária é uma das manifestações cutâneas mais comuns em pediatria. Na fase aguda, as infecções virais das vias aéreas superiores ou do trato gastrointestinal são os principais agentes causadores. Logo em seguida, as reações alérgicas alimentares (como a sugerida pelo consumo de ovo e camarão no caso) e medicamentosas representam causas significativas e rotineiras nos prontos-atendimentos infantis.

Questão 34

Para analisar o estado nutricional desta lactente de 9 meses, devemos confrontar os dados antropométricos fornecidos com as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Análise dos dados:

1. Peso: A criança nasceu com 3.200 g e, aos 9 meses, pesa 6.100 g. Espera-se que o lactente dobre o peso de nascimento por volta do 4º ou 5º mês e triplique ao completar 1 ano. Aos 9 meses, o peso de 6,1 kg está muito abaixo do esperado (que seria próximo a 8-9 kg) e situa-se abaixo do escore-z -2 (chegando ao escore-z -3) na

curva de Peso para Idade. Isso caracteriza baixo peso para a idade.

2. Estatura: O comprimento ao nascer era de 52 cm e o atual é de 65 cm. No primeiro ano de vida, o crescimento médio é de 25 cm (15 cm no primeiro semestre e 10 cm no segundo). Aos 9 meses, a estatura esperada seria em torno de 70 a 72 cm. O valor de 65 cm está abaixo do escore-z -2 na curva de Estatura para Idade, caracterizando baixa estatura para a idade.

3. Desenvolvimento e Exame Físico: A criança apresenta atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (não senta sem apoio e não balbucia, marcos esperados para idades inferiores) e sinais clínicos de desnutrição proteico-energética (apatia, hipotrofia muscular e alterações de fâneros), sugerindo um quadro de marasmo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Como demonstrado, a estatura de 65 cm está abaixo do padrão de normalidade para 9 meses, não podendo ser considerada adequada.

Alternativa b) Incorreta. O peso de 6.100 g é insuficiente; a criança nem sequer dobrou o peso de nascimento aos 9 meses de idade, o que deveria ter ocorrido meses antes.

Alternativa c) Correta. Ambos os parâmetros (peso e estatura) estão abaixo dos limites inferiores de normalidade para a idade e sexo, segundo os critérios da OMS (abaixo do escore-z -2). Esse comprometimento conjunto da estatura e do peso indica um processo de desnutrição que já repercutiu no crescimento linear (crônico).

Alternativa d) Incorreta. A lactente não é eutrófica, apresentando sinais físicos evidentes de desnutrição. Além disso, o desenvolvimento está atrasado, pois aos 9 meses a criança já deveria ter controle de tronco para sentar sem apoio e emitir polissílabos.

Questão 35

Análise do Caso Clínico:

A criança de 9 meses apresenta um quadro nítido de déficit de crescimento e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Ao analisarmos os dados antropométricos, observamos que o peso de nascimento (3.200 g) deveria ter dobrado por volta dos 4 a 5 meses e quase triplicado aos 12 meses. No entanto, aos 9 meses, ela pesa apenas 6.100 g, o que caracteriza um grave déficit ponderal. O exame físico revela sinais clássicos de desnutrição energético-proteica (DEP), como apatia, escassez de tecido subcutâneo, musculatura hipotrófica e alterações nos fâneros (cabelos finos e

quebradiços). A palidez palmar e a hipocromia indicam anemia associada, muito comum em crianças com ingestão alimentar deficiente.

Explicação das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a falta de estímulo ambiental possa atrasar o desenvolvimento, ela não justifica os achados físicos de emagrecimento acentuado, hipotrofia muscular, cabelos quebradiços e palidez. O quadro é claramente sistêmico e nutricional.

Alternativa b) Incorreta. Uma condição neurológica primária poderia explicar o atraso motor (não sentar), mas não explicaria a falência do crescimento (baixo peso) nem os sinais clínicos de carência nutricional e anemia. O atraso no desenvolvimento aqui é secundário à falta de substrato energético para o cérebro e músculos.

Alternativa c) Incorreta. Não sentar sem apoio aos 9 meses e não balbuciar fogem significativamente das janelas de normalidade do desenvolvimento infantil. Além disso, os sinais de desnutrição e anemia são patológicos e nunca uma variação da normalidade.

Alternativa d) Correta. Esta é a resposta que engloba todos os achados da paciente. A desnutrição energético-proteica impede que a criança atinja seu potencial de crescimento e desenvolvimento, pois o organismo prioriza funções vitais básicas em detrimento do ganho de peso e da aquisição de marcos motores e de linguagem. A anemia (sugerida pela palidez e apatia) contribui para o prejuízo no desenvolvimento cognitivo e motor. O quadro clínico é compatível com o marasmo, onde há uma deficiência global de calorias e proteínas, levando ao consumo da gordura corporal e massa muscular.

Questão 36

Análise do caso clínico:

A paciente de 9 meses apresenta um quadro de desnutrição proteico-energética, evidenciado pelo déficit de ganho ponderal (peso abaixo do esperado para a idade) e de crescimento, além da escassez de tecido subcutâneo e hipotrofia muscular. Somado a isso, há atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (não senta e não balbucia) e sinais claros de carências de micronutrientes.

Alternativa (a) Incorreta: A deficiência de vitamina A (hipovitaminose A) manifesta-se tipicamente por alterações oculares, como xeroftalmia, manchas de Bitot e cegueira noturna. Também causa maior suscetibilidade a infecções e alterações na queratinização da pele, mas não é a causa principal da combinação de apatia e

cabelos quebradiços apresentada.

Alternativa (b) Incorreta: A deficiência de vitamina C (escorbuto) tem como marcas principais os fenômenos hemorrágicos, como sangramento gengival, petéquias e equimoses. Também ocorre dor intensa nos membros devido a hemorragias periosteais (fazendo com que a criança não se movimente) e o surgimento de pelos em formato de "saca-rolhas", o que difere da descrição de cabelos finos e quebradiços.

Alternativa (c) Correta: A alternativa aponta as duas carências mais compatíveis com o quadro. A deficiência de ferro é a carência nutricional mais frequente no mundo e na infância; ela justifica a palidez (hipocromia 2+/4+ e palidez palmar) e a apatia, já que o ferro é vital para o transporte de oxigênio e para o metabolismo do sistema nervoso central. A deficiência de zinco é extremamente comum em crianças desnutridas e causa retardo de crescimento, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e alterações nos fâneros, resultando em cabelos finos, quebradiços e raros (alopecia), além de dermatite periorifical.

Alternativa (d) Incorreta: A deficiência de vitamina D causa o raquitismo. As manifestações são predominantemente ósseas, como o rosário raquítico, o fechamento tardio das fontanelas, o alargamento de punhos e tornozelos e as deformidades nos membros inferiores. Não costuma cursar com cabelos quebradiços ou apatia como sinais primários.

Conclusão: A anemia ferropriva (ferro) explica a palidez e a apatia, enquanto a deficiência de zinco explica as alterações capilares e reforça o déficit de crescimento e desenvolvimento da lactente.

Questão 37

Para entender essa questão, é fundamental conhecer a organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), mas possui diretrizes específicas para respeitar as particularidades socioculturais e geográficas dos povos originários.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (atualmente reorganizado em equipes multiprofissionais) faz parte da estrutura convencional da Atenção Primária para a população geral. Embora a rede urbana possa oferecer suporte em níveis de maior complexidade, ela não é o elemento central da organização territorial nem da gestão da saúde indígena, que possui estrutura

própria e descentralizada.

Alternativa b) Correta. O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade fundamental de responsabilidade territorial e organizacional do SasiSUS. Trata-se de um modelo de gestão estratégica que agrupa comunidades com base em critérios geográficos, epidemiológicos e, principalmente, culturais e políticos, independentemente dos limites municipais ou estaduais. O DSEI é responsável por organizar a rede de serviços nas aldeias (por meio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena), os Polos-Base e as Casas de Saúde Indígena (CASAs), garantindo a atenção diferenciada mencionada no enunciado.

Alternativa c) Incorreta. A gestão da saúde indígena é uma competência federal, coordenada pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde. Embora o SUS seja descentralizado para municípios e estados, a saúde indígena possui uma gestão centralizada na União e executada pelos DSEIs para garantir que as especificidades culturais não sejam diluídas nas políticas municipais comuns.

Alternativa d) Incorreta. Assim como em todo o SUS, a organização da Saúde Indígena deve ser centrada na Atenção Primária, e não no ambiente hospitalar. O foco deve ser o cuidado preventivo, a vigilância em saúde e a promoção, realizados dentro do território (na aldeia), respeitando as práticas tradicionais. O hospital atua apenas como referência para casos de média e alta complexidade, não sendo o elemento organizador do território.

Em resumo, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é o elemento que permite que o planejamento de saúde ocorra exatamente como solicitado pelas lideranças da aldeia no caso clínico: respeitando rituais, calendários culturais e a organização social local.

Questão 38

Essa questão aborda um dos pilares fundamentais da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI): a atenção diferenciada e a interculturalidade. O objetivo é avaliar a capacidade do profissional de saúde de atuar em um sistema que articula a medicina ocidental com os saberes tradicionais indígenas, respeitando a autonomia desses povos.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Correta. A diretriz fundamental para o trabalho com populações indígenas é o estabelecimento de um diálogo intercultural. A integração dialogada

permite que o conhecimento biomédico e o saber tradicional coexistam de forma complementar. Ao validar práticas tradicionais que não oferecem riscos e associá-las às evidências científicas, a equipe de saúde fortalece o vínculo de confiança, aumenta a adesão aos tratamentos e respeita o direito constitucional à preservação da cultura e dos costumes desses povos.

Alternativa b) Incorreta. A proposta de substituição progressiva de práticas tradicionais por condutas biomédicas caracteriza uma postura etnocêntrica e assimilacionista. As políticas de saúde indígena no Brasil rejeitam essa visão, pois o objetivo não é "educar para apagar a cultura", mas sim integrar saberes. Substituir práticas milenares desestruturaria a organização social e o bem-estar psicológico da comunidade.

Alternativa c) Incorreta. A neutralidade e a manutenção de uma conduta técnica puramente independente ignoram o contexto sociocultural da aldeia. Na saúde indígena, o ato técnico está indissociavelmente ligado ao contexto cultural. Manter-se "neutro" ou isolado das práticas locais impede a construção de um plano terapêutico eficaz e resolutivo, além de gerar barreiras no acesso e na aceitação das intervenções pela comunidade.

Alternativa d) Incorreta. Restringir o saber tradicional apenas a espaços cerimoniais reforça uma divisão artificial entre "cura" e "clínica". Para os povos indígenas, a saúde é um conceito holístico que envolve o equilíbrio com a natureza e o espírito. Integrar os rezadores e parteiras no cenário de atenção clínica é fundamental para a humanização do cuidado e para a eficácia das ações de saúde pública, como o pré-natal e a vacinação mencionados no enunciado.

Questão 39

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda a organização do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do SUS. O ponto central é a aplicação dos princípios de equidade e participação social, respeitando a especificidade cultural (interculturalidade) e as barreiras geográficas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) preconiza uma atenção diferenciada, que deve ser construída de forma dialogada com a comunidade.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: Realizar campanhas anuais com equipes externas é uma estratégia vertical e esporádica. Isso não resolve a interrupção vacinal rotineira e

fere o princípio da autonomia local. Equipes externas muitas vezes desconhecem os rituais e a dinâmica social da aldeia, o que pode gerar resistência e baixa adesão.

Alternativa (b) INCORRETA: A demanda espontânea no polo-base transfere a responsabilidade do acesso para o indígena. Em um cenário de seca e logística limitada, essa estratégia exclui aqueles que não conseguem se deslocar, resultando em baixas coberturas vacinais e desassistência. A saúde indígena deve ser pautada pela busca ativa e assistência no local de moradia (aldeia).

Alternativa (c) CORRETA: A microterritorialização consiste em dividir o território em pequenas áreas para identificar necessidades específicas de cada grupo ou família. A participação da comunidade e dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) é fundamental, pois o AIS é o elo entre o saber científico e o saber tradicional. Essa estratégia permite ajustar o cronograma de vacinação ao calendário cultural e aos rituais da aldeia, superando barreiras geográficas através de um planejamento local e participativo.

Alternativa (d) INCORRETA: A padronização com base no fluxo administrativo municipal ignora a "atenção diferenciada" garantida por lei aos povos indígenas. Os fluxos municipais urbanos geralmente não contemplam as particularidades sazonais (como a estação seca citada) nem os tempos socioculturais das populações originárias. Impor esse fluxo é uma forma de violência institucional que desconsidera a organização própria da aldeia.

Questão 40

Esta questão aborda o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na coordenação do cuidado de crianças com condições complexas de saúde, como a síndrome de Down, e a utilização de ferramentas de gestão clínica.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Encaminhar para a neuropediatria e aguardar orientações é uma conduta passiva que fragmenta o cuidado. A APS deve ser a coordenadora e ordenadora da rede, mantendo o acompanhamento longitudinal e não apenas transferindo a responsabilidade para o especialista focal. O caso exige uma intervenção imediata no território para estimular o desenvolvimento da criança.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o agendamento prévio e a busca ativa pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) sejam ações importantes de monitoramento, elas são insuficientes para a complexidade do caso. O problema não é apenas o absenteísmo, mas a falta de um plano de cuidados estruturado que aborde as necessidades

motoras, fonoaudiológicas e sociais relatadas pela mãe.

Alternativa (c) Incorreta: A criança já realizou a correção cirúrgica da cardiopatia e recebeu alta das especialidades após o período inicial. Priorizar o cardiologista neste momento ignora as demandas atuais de desenvolvimento neuropsicomotor e inclusão social, que são as principais preocupações da família e determinantes para a qualidade de vida da criança.

Alternativa (d) Correta: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é a ferramenta ideal para casos complexos e de vulnerabilidade na APS. Ele consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar. No caso em questão, o PTS permite pactuar metas com a família, envolver a equipe multiprofissional (como as e-Multi), articular o acesso à rede de reabilitação (fisioterapia/fonoaudiologia) e planejar a inserção escolar, garantindo a integralidade e a continuidade do cuidado.

Conclusão: O foco da APS em situações de atraso de desenvolvimento e vulnerabilidade social deve ser a articulação de saberes e a corresponsabilização, o que é concretizado por meio do PTS.

Questão 41

A abordagem de crianças com Síndrome de Down na Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser proativa e centrada na vigilância do desenvolvimento, buscando minimizar atrasos por meio de estímulos constantes e acompanhamento longitudinal.

A alternativa (a) está correta, pois a APS deve utilizar instrumentos estruturados de vigilância do desenvolvimento, como a Caderneta da Criança (que possui curvas e marcos específicos para a Síndrome de Down), para monitorar o progresso. Além disso, a orientação para estimulação no domicílio e em espaços coletivos (como creches ou parques) é fundamental, pois o desenvolvimento neuropsicomotor não depende apenas de terapias especializadas, mas da riqueza de estímulos no ambiente em que a criança vive.

A alternativa (b) está incorreta porque, embora existam atrasos esperados na Síndrome de Down, a conduta nunca deve ser a de "aguardar melhora gradual" passivamente. A intervenção precoce é crucial para potencializar as capacidades da criança e reduzir a defasagem em relação aos pares. A aceitação da família deve ser trabalhada, mas acompanhada de ações concretas de estimulação.

A alternativa (c) está incorreta porque, embora a avaliação de especialistas seja

importante, o monitoramento do desenvolvimento é atribuição primordial da equipe de Atenção Primária. Colocar a avaliação neuropediátrica anual como a "estratégia principal" retira a responsabilidade do cuidado continuado da USF e foca em avaliações pontuais, em vez de focar na estimulação diária e no suporte familiar.

A alternativa (d) está incorreta porque a simples realização de consultas em intervalos curtos para observar marcos é insuficiente. O caso descreve uma criança com baixa estimulação e dificuldades de acesso a terapias. Portanto, apenas monitorar não resolve o problema; é necessário fornecer ferramentas de estimulação e integrar a criança em espaços coletivos, conforme proposto na alternativa (a). Além disso, o foco deve ser a orientação da família sobre como estimular, e não apenas o registro burocrático de marcos.

Questão 42

Explicação da Questão:

O acompanhamento de crianças com Síndrome de Down na Atenção Primária à Saúde deve seguir protocolos específicos de vigilância, focando em condições que têm alta prevalência nessa população e que podem interferir no desenvolvimento global. O objetivo é a detecção precoce de problemas que, se não tratados, agravam o atraso neuropsicomotor.

Alternativa (a) Incorreta: Embora exista um risco aumentado de doenças autoimunes, como o diabetes mellitus tipo 1, em pacientes com Síndrome de Down, não há indicação de rastreio laboratorial com glicemia de jejum de forma trimestral. O acompanhamento é predominantemente clínico.

Alternativa (b) Incorreta: É fato que crianças com Síndrome de Down apresentam maior risco de desenvolver leucemias (especialmente a leucemia mieloide aguda e a leucemia linfoblástica aguda). Contudo, a diretriz de acompanhamento não recomenda a realização de hemogramas mensais em crianças assintomáticas. O monitoramento deve ser clínico, atentando para sinais como palidez, hematomas, febre prolongada ou perda de peso.

Alternativa (c) Incorreta: O teste ergométrico não é um exame de rotina ou prioritário para uma criança de 2 anos, sendo tecnicamente inviável nessa faixa etária. O acompanhamento cardiológico em crianças com Síndrome de Down foca no ecocardiograma logo ao nascimento (devido à alta incidência de cardiopatias congênitas) e no acompanhamento clínico subsequente, especialmente em casos já operados, como o da criança em questão.

Alternativa (d) Correta: O rastreio de distúrbios da tireoide e de deficiências auditivas é essencial e obrigatório no protocolo de acompanhamento. O hipotireoidismo (congenito ou adquirido) é extremamente comum na Síndrome de Down e pode agravar significativamente o atraso motor e cognitivo. Recomenda-se a dosagem periódica de TSH (geralmente aos 6 meses, 12 meses e depois anualmente). A triagem auditiva também é prioritária, pois essa população apresenta alta incidência de perda auditiva condutiva (por otites de repetição e estenose de conduto) e neurosensorial. Como a criança do caso apresenta atraso motor e pouca interação, garantir que ela esteja ouvindo bem e com a função tireoidiana normal é o primeiro passo para otimizar seu desenvolvimento.

Questão 43

O caso clínico descreve um quadro clássico de LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) em um trabalhador de call center. O paciente apresenta dores crônicas, parestesias e componentes psicossociais importantes, como estresse por metas e medo de desemprego.

A alternativa (a) está incorreta porque a imobilização prolongada é contraindicada em quadros de dor crônica de origem ocupacional. Ela favorece a atrofia muscular, a rigidez articular e pode cronificar ainda mais a dor por meio da cinesiofobia (medo de se movimentar).

A alternativa (b) está correta e representa a conduta inicial ideal na Atenção Primária (UBS). A avaliação funcional permite entender o impacto da dor nas atividades do paciente, enquanto as medidas de controle da dor devem ser acompanhadas de orientação ativa. Isso inclui educação sobre pausas, postura, exercícios de alongamento e manejo do estresse, promovendo a autonomia do paciente em vez de apenas tratar sintomas isolados com analgésicos.

A alternativa (c) está incorreta porque, na maioria dos casos de DORT, o diagnóstico é eminentemente clínico e baseado na história ocupacional. Exames de imagem complexos, como ressonância magnética e eletroneuromiografia, devem ser reservados para casos com sinais de alerta (red flags), suspeita de compressões nervosas específicas que não respondem ao tratamento conservador ou para planejamento cirúrgico, não sendo a prioridade inicial.

A alternativa (d) está incorreta pois, embora o médico do trabalho e outros especialistas possam atuar de forma interdisciplinar, a UBS deve ser a coordenadora do cuidado. O encaminhamento "prioritário" sem uma abordagem inicial adequada na unidade básica sobrecarrega a rede secundária e retarda o início de medidas

fundamentais que podem ser resolvidas no próprio território, como a orientação sobre o ambiente de trabalho e o suporte emocional inicial.

Questão 44

Explicação:

A determinação donexo causal, que é a relação de causa e efeito entre a doença e o trabalho, é um processo técnico guiado por normas do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2.297/2021). Para estabelecer essa relação, o médico não deve focar apenas na patologia em si, mas em todo o contexto em que o trabalhador está inserido.

Alternativa (a) CORRETA: Esta é a conduta completa e preconizada. Para avaliar o nexo, o médico deve realizar a anamnese ocupacional (investigando o tempo de exposição e a natureza das atividades), analisar a ergonomia (fatores físicos como postura e repetitividade, e fatores organizacionais como metas e pressão psicológica) e observar como a doença limita a função do indivíduo. No caso do trabalhador de call center, o ambiente envolve riscos ergonômicos clássicos e estresse organizacional, que corroboram a suspeita de doença relacionada ao trabalho.

Alternativa (b) INCORRETA: O laudo do médico perito é uma peça técnica voltada para fins previdenciários ou judiciais. O médico que presta assistência ao paciente (na UBS ou no ambulatório) tem a prerrogativa e o dever de elaborar o nexo causal com base em suas próprias constatações clínicas e na história do paciente, servindo inclusive de subsídio para a futura perícia.

Alternativa (c) INCORRETA: Embora o relato do paciente seja o ponto de partida e deva ser valorizado (escuta qualificada), o nexo causal não pode ser puramente subjetivo. Ele requer uma fundamentação técnica que correlacione a patologia com os riscos presentes no ambiente de trabalho. É necessário que haja coerência entre o que o paciente sente e a realidade epidemiológica e ergonômica da profissão.

Alternativa (d) INCORRETA: O exame físico musculoesquelético é essencial para o diagnóstico nosológico (dar nome à doença, como "síndrome do túnel do carpo" ou "cervicalgia"). No entanto, o exame físico isolado não diz a origem do problema. Para definir se a lesão foi causada pelo trabalho ou por um trauma externo, por exemplo, é indispensável analisar a história ocupacional e o ambiente laboral, e não apenas o corpo do paciente.

Questão 45

Análise da questão:

O quadro clínico do paciente é característico de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), agravados por fatores organizacionais e psicossociais, como metas rígidas, tensão emocional e medo de desemprego. Em Medicina do Trabalho, o objetivo principal deve ser a reabilitação funcional e a modificação dos fatores que geram o adoecimento, integrando a saúde física e mental.

Alternativa a: Incorreta. O afastamento prolongado e desestruturado pode ser prejudicial ao trabalhador. Ele favorece a cronicidade da dor pelo desuso, promove o isolamento social e aumenta a ansiedade em relação à estabilidade no emprego. Além disso, se não houver mudanças nas condições de trabalho, o paciente adoecerá novamente ao retornar.

Alternativa b: Incorreta. A suspensão definitiva das atividades sem um plano de readaptação é uma medida drástica que pode levar ao desemprego ou à invalidez precoce. O foco deve ser tornar o trabalho compatível com a saúde do indivíduo por meio de ajustes, e não necessariamente interromper o vínculo com a profissão.

Alternativa c: Correta. Esta estratégia segue os preceitos modernos da Medicina Ocupacional e da reabilitação profissional. O retorno gradativo permite que o corpo se adapte às cargas de trabalho sem sobrecarga imediata. As adaptações laborais agem sobre a causa do problema, corrigindo a ergonomia e revendo a organização do trabalho (metas e pausas). O suporte em saúde mental é fundamental, pois o relato destaca que a tensão emocional e o sono irregular estão diretamente ligados à piora dos sintomas físicos.

Alternativa d: Incorreta. A fisioterapia isolada trata apenas o componente biológico do sintoma. Focar apenas nela e aguardar três meses para intervir no ambiente de trabalho ignora a natureza multifatorial da doença. Sem suporte emocional e sem mudanças na estação de trabalho e nas metas, a taxa de recidiva após o retorno é extremamente alta.