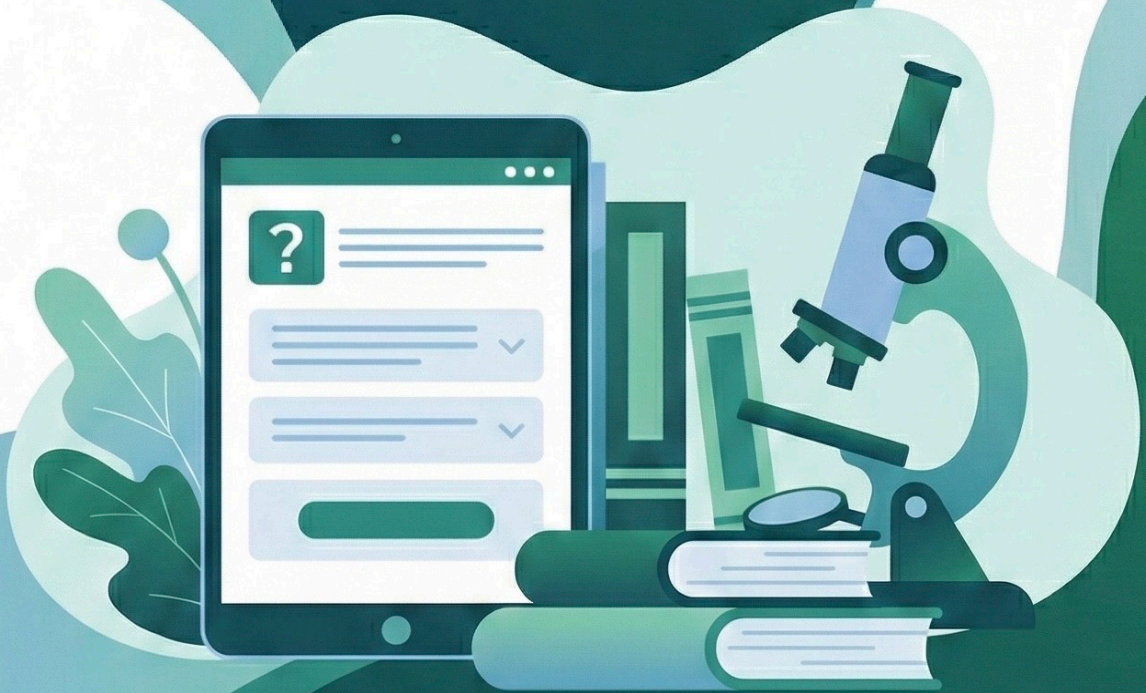




PSU

GABARITO | 2025 | GO | 100 Questões



Gabarito: PSU

2025 | GO

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Alternativa A: Incorreta. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), as variáveis que apresentam maior acurácia e valor preditivo para identificar a desidratação são o estado geral da criança (letargia ou inconsciência), a presença de olhos fundos, a lentidão no desaparecimento da prega cutânea (sinal da prega) e a avidez ou incapacidade de beber líquidos. Embora a avaliação do pulso, das lágrimas e da mucosa oral faça parte do exame físico, estas não são, isoladamente, as de maior sensibilidade e especificidade.

Alternativa B: Correta. Esta é uma recomendação fundamental na prática pediátrica. Em um quadro de diarreia aguda, se a criança apresentar febre elevada (39 graus Celsius ou mais), o médico não deve assumir que a causa é exclusivamente a gastroenterite. É necessário realizar uma investigação criteriosa para descartar outros focos infecciosos que podem simular ou acompanhar o quadro, como infecções do trato urinário, pneumonias, otites, meningites ou doenças sistêmicas como a dengue.

Alternativa C: Incorreta. O Plano A é destinado ao tratamento domiciliar de crianças que ainda não apresentam sinais de desidratação. Ele foca na oferta de líquidos adicionais e na manutenção da dieta habitual. O uso de antieméticos como a ondansetrona não é recomendado de rotina no Plano A, nem de forma prolongada por dois dias. A ondansetrona pode ser considerada no Plano B (reidratação oral supervisionada em unidade de saúde) quando houver vômitos persistentes que impeçam a ingestão do soro de reidratação oral.

Alternativa D: Incorreta. A presença de sangue nas fezes caracteriza a disenteria. Segundo o Ministério da Saúde, a presença de sangue nas fezes é uma indicação para o início de antibioticoterapia empírica, com foco principal na *Shigella*, que é a bactéria mais associada a complicações graves em crianças com disenteria. Atualmente, a ciprofloxacina é a droga de escolha para o tratamento inicial, visando reduzir a duração da doença e o risco de transmissão, independentemente do estado imunológico do paciente.

Questão 2

Alternativa A (Correta): Fraturas em ossos longos (como úmero e fêmur), especialmente as do tipo espiralado ou oblíquo, em crianças que ainda não possuem mobilidade própria (não andam ou não engatinham), são sinais clássicos de alerta para traumas não acidentais. O mecanismo de torção necessário para produzir tal lesão raramente ocorre de forma acidental nessa faixa etária, tornando a suspeita de maus-tratos mandatória, mesmo que a lesão seja isolada.

Alternativa B (Incorreta): Embora a Osteogênese Imperfeita seja um diagnóstico diferencial importante, a descrição de fraturas de costelas e múltiplas fraturas em diferentes estágios de consolidação é, na verdade, altamente sugestiva de maus-tratos (trauma não acidental). As fraturas de costela, especificamente as posteriores, possuem altíssima especificidade para violência física infantil, pois exigem compressão torácica vigorosa.

Alternativa C (Incorreta): A tríade composta por hemorragia retiniana, hematoma subdural e edema cerebral (muitas vezes com cuidadores negando trauma ou relatando traumas leves incompatíveis) é característica da Síndrome do Bebê Sacudido (Abusive Head Trauma). Embora distúrbios de coagulação devam ser descartados, a prioridade diagnóstica e de proteção à criança deve focar na suspeita de violência, e não apenas no encaminhamento hematológico isolado.

Alternativa D (Incorreta): A notificação de suspeita de violência contra crianças e adolescentes é compulsória e deve ser realizada imediatamente diante da simples suspeita, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e normas do Ministério da Saúde. Não se deve aguardar confirmação diagnóstica ou identificação do agressor para notificar, pois o objetivo da notificação é a proteção da vítima e a interrupção do ciclo de violência.

Questão 3

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de anafilaxia, que é uma reação alérgica sistêmica grave e potencialmente fatal, com início rápido após a exposição a um gatilho (provavelmente alimentar, dado o contexto da festa escolar). O diagnóstico é clínico e baseia-se no acometimento de múltiplos sistemas: cutâneo (urticária generalizada), respiratório (dispneia e sibilos), gastrointestinal (vômitos) e cardiovascular (hipotensão e taquicardia). Para uma criança de 9 anos, uma pressão arterial sistólica de 80 mmHg indica instabilidade hemodinâmica, caracterizando choque anafilático.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta: Anti-histamínicos são considerados medicações de segunda linha no manejo da anafilaxia. Eles são úteis apenas para o controle de sintomas cutâneos, como o prurido e a urticária. Eles não revertem a hipotensão, o edema de glote ou o broncoespasmo, portanto, não devem atrasar a administração da medicação principal.

Alternativa b) Incorreta: O salbutamol inalatório é um broncodilatador que atua nos receptores beta-2 pulmonares. Ele pode ser utilizado como terapia adjuvante para tratar os sibilos persistentes, mas não trata a reação alérgica sistêmica nem o colapso circulatório. O tratamento isolado do broncoespasmo é insuficiente na anafilaxia.

Alternativa c) Correta: A adrenalina (epinefrina) aplicada por via intramuscular é a primeira e mais importante medida no tratamento da anafilaxia. Ela é a única droga capaz de reverter os sintomas em todos os sistemas atingidos: promove vasoconstrição (revertendo a hipotensão e o edema de mucosas), broncodilatação (melhorando os sibilos e a dispneia) e estabiliza os mastócitos. A via intramuscular na face anterolateral da coxa (músculo vasto lateral) é a preferencial por garantir uma absorção rápida e segura.

Alternativa d) Incorreta: Os corticoides, como a metilprednisolona, possuem um início de ação lento, levando de 4 a 6 horas para produzir efeitos clínicos significativos. Sua função na anafilaxia é reduzir o risco de reações bifásicas (recorrência dos sintomas horas após o evento inicial). Eles não têm utilidade no manejo imediato da crise respiratória ou do choque.

Questão 4

A aspiração de corpo estranho (ACE) é uma emergência pediátrica comum, especialmente na faixa etária de 1 a 3 anos, devido à curiosidade natural da criança, à coordenação incompleta da deglutição e à ausência de molares para trituração adequada de alimentos. O diagnóstico exige alto índice de suspeição clínica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a anamnese seja fundamental e a história de engasgo esteja presente na maioria dos casos (cerca de 80% a 90%), a ausência de um relato confiável não exclui o diagnóstico. Muitas vezes, o evento não é presenciado por adultos. Além disso, exames de imagem e a broncoscopia são ferramentas diagnósticas e terapêuticas essenciais que, quando indicadas, trazem

benefícios que superam amplamente os riscos.

Alternativa b) Incorreta. Radiografias de tórax normais não excluem a presença de corpo estranho. Estima-se que até 15% a 25% das crianças com aspiração confirmada apresentem radiografias iniciais sem alterações, especialmente se o corpo estranho for radioluciente (como sementes e plásticos) ou se o exame for realizado logo após o evento, antes do desenvolvimento de sinais indiretos como atelectasia ou hiperinsuflação localizada.

Alternativa c) Correta. O estridor de início súbito é um sinal clássico de corpo estranho localizado na laringe ou na traqueia superior. Nesses casos, a radiografia cervical (pescoço) nas incidências posteroanterior e lateral é indicada. Mesmo que o objeto não seja radiopaco (não apareça nitidamente como metal), ele pode causar edema de partes moles, alteração na configuração da coluna de ar ou apresentar uma densidade anômala na região subglótica, sugerindo fortemente o diagnóstico.

Alternativa d) Incorreta. Esta conduta é perigosa. O quadro clínico da aspiração de corpo estranho geralmente passa por três fases: o evento agudo (engasgo/sufocação), um período assintomático (fase de latência, que pode durar horas ou dias) e a fase de complicações (inflamação, infecção). Se houver história positiva de "crise de sufocação", a investigação deve prosseguir com exames de imagem e, se a suspeita persistir, broncoscopia, mesmo que o exame físico inicial seja normal, para evitar diagnósticos tardios e sequelas pulmonares.

Questão 5

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um adolescente de 14 anos com aumento mamário bilateral de 3 cm de diâmetro, iniciado há um ano (aos 13 anos). O quadro é típico da ginecomastia puberal, uma condição extremamente comum que atinge até 65% dos meninos durante a puberdade, geralmente entre os 13 e 14 anos (estágios de Tanner G3 ou G4). O IMC elevado (o escore-Z entre +2 e +3 indica obesidade) pode sugerir um componente de gordura, mas a descrição de um diâmetro específico de 3 cm aponta para a presença de tecido glandular.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A ginecomastia fisiológica da puberdade ocorre devido a um desequilíbrio transitório na relação entre estrógenos e andrógenos. No início da puberdade, pode haver um aumento relativo dos níveis de estradiol em comparação à testosterona, ou uma maior sensibilidade do tecido mamário aos estrógenos circulantes. Como o quadro

tem apenas um ano de evolução e o paciente está no pico da adolescência, a conduta correta é a conduta expectante (observação), pois a maioria dos casos regride espontaneamente em um período de 6 meses a 2 anos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A pseudolipomastia (ou lipomastia) é o acúmulo de apenas gordura na região mamária, sem a presença de tecido glandular retroareolar, comum em pacientes obesos. Embora o paciente tenha um IMC elevado, a ginecomastia fisiológica é o achado esperado para a faixa etária do desenvolvimento puberal. Além disso, a conduta principal na ginecomastia puberal não é apenas o emagrecimento, mas o acompanhamento da maturação hormonal.

Alternativa C: A ginecomastia é considerada persistente quando dura mais de dois anos ou permanece após o término da puberdade (geralmente após os 17 anos). No caso relatado, a alteração existe há apenas um ano. Embora a investigação de drogas e medicamentos seja sempre importante na anamnese, o quadro é classicamente fisiológico pelo tempo de evolução e idade.

Alternativa D: A ginecomastia patológica é suspeitada quando ocorre fora da puberdade, é unilateral, severa, dolorosa, de crescimento muito rápido ou acompanhada de outros sinais (como massas testiculares ou sinais de hipertireoidismo). A cirurgia (mastectomia redutora) só é indicada em casos de ginecomastia persistente (mais de 2 anos), após o fechamento das cartilagens de crescimento, ou quando o dano psicológico é severo e não há regressão com o tempo, o que não se aplica como conduta inicial para um quadro fisiológico recente.

Questão 6

Para compreender o que é considerado comportamento normal na adolescência, devemos recorrer aos conceitos do desenvolvimento biopsicossocial. Nessa fase, ocorre o que a literatura pediátrica e psiquiátrica muitas vezes chama de Síndrome da Adolescência Normal, um período de transição necessário para a formação da identidade adulta.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a irritabilidade e as flutuações de humor sejam comuns, a violência e a agressividade patológica não são comportamentos esperados ou saudáveis. O adolescente pode apresentar comportamentos de oposição, mas a violência estruturada indica uma falha na regulação emocional ou transtornos de conduta, exigindo intervenção especializada.

Alternativa B: Incorreta. O isolamento social é um importante sinal de alerta (*red flag*) na adolescência. O desenvolvimento normal nesta fase é marcado pela migração do eixo afetivo da família para o grupo de pares (amigos). O jovem que se isola e não consegue se integrar a grupos da sua idade pode estar apresentando quadros de depressão, fobia social ou outros transtornos mentais.

Alternativa C: Incorreta. As autolesões (como o *cutting*) são sempre indicativas de sofrimento psíquico agudo e dificuldade em manejar emoções. Jamais devem ser naturalizadas ou consideradas normais, mesmo que ocorram por "contágio" ou identificação com o grupo. São comportamentos de risco que demandam avaliação de saúde mental imediata.

Alternativa D: Correta. O afastamento progressivo dos pais é um processo normativo chamado de individuação-separação. Para construir sua própria identidade, o adolescente precisa desidealizar as figuras parentais e questionar a autoridade. A desobediência e a rebeldia moderadas são manifestações dessa busca por autonomia e independência. É através desse distanciamento do núcleo familiar que o jovem fortalece seus vínculos com a sociedade e com seus próprios valores.

Portanto, o comportamento descrito na alternativa (D) é o que melhor representa o desenvolvimento esperado para essa etapa da vida, refletindo a transição da dependência infantil para a autonomia adulta.

Questão 7

Para compreender esta questão, devemos analisar os três pilares do quadro clínico da paciente: a ausência de caracteres sexuais secundários aos 14 anos (puberdade atrasada), a estatura baixa com idade óssea compatível com a idade cronológica e a prática de atividade física intensa.

Análise do caso:

A definição de puberdade atrasada no sexo feminino é a ausência de desenvolvimento mamário (telarca) após os 13 anos. A paciente tem 14 anos e nenhuma mudança puberal. O dado mais importante para o diagnóstico diferencial aqui é a idade óssea igual à idade cronológica.

Alternativa A: Incorreta.

No Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP), a principal característica é o atraso da idade óssea em relação à idade cronológica. O esqueleto "mais jovem" é o que permite que a criança continue crescendo por mais tempo e atinja uma estatura final adequada. Como a paciente tem idade óssea de 14 anos

(igual à real), ela não se encaixa no perfil de ACCP.

Alternativa B: Incorreta.

A Síndrome de Turner (45,X) é uma causa importante de hipogonadismo hipergonadotrófico (falência ovariana primária com FSH/LH elevados) e baixa estatura. Embora a idade óssea na Turner possa ser normal ou discretamente atrasada, a questão fornece um fator ambiental e comportamental muito específico: o treinamento de ginástica olímpica por 6 horas diárias. Em provas de residência, esse dado é o "marcador" para o diagnóstico de causa funcional.

Alternativa C: Incorreta.

A Síndrome de Kallmann é uma causa de hipogonadismo hipogonadotrófico (deficiência de GnRH) associada a distúrbios do olfato (anosmia ou hiposmia). É um erro conceitual classificá-la como "hipergonadotrófico", pois o problema é central (hipotálamo) e não nos ovários.

Alternativa D: Correta.

A atividade física excessiva e o baixo percentual de gordura corporal, comuns em ginastas, provocam um estresse metabólico que inibe o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Isso ocorre pela supressão da secreção pulsátil do GnRH, levando ao hipogonadismo funcional. É importante notar que, embora o gabarito oficial aponte esta alternativa, o termo correto para o hipogonadismo por exercício é "hipogonadotrófico" (gonadotrofinas baixas), e não "hipergonadotrófico". O erro na nomenclatura da alternativa é comum em algumas bancas examinadoras, mas a etiologia (atividade física excessiva) é, sem dúvida, o fator que a questão deseja destacar como causa do retardo puberal desta paciente, dada a normalidade da idade óssea e o histórico esportivo de alto rendimento.

Questão 8

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de colestase neonatal. Laboratorialmente, a colestase é definida quando a bilirrubina direta (BD) é maior que 1,0 mg/dL ou representa mais de 20% da bilirrubina total. No caso, a BD de 4,1 mg/dL (com BT de 7,1 mg/dL) confirma o diagnóstico. Clinicamente, a tríade de icterícia persistente (além de 14 dias de vida), acolia fecal (fezes esbranquiçadas) e colúria (urina amarela que mancha a fralda), somada à hepatomegalia, aponta fortemente para a Atresia de Vias Biliares (AVB).

A AVB é uma urgência diagnóstica e terapêutica, pois o sucesso do tratamento cirúrgico (Portoenterostomia de Kasai) depende da precocidade da intervenção,

idealmente realizada antes dos 60 dias de vida. Como o lactente já está com 65 dias, a investigação deve ser imediata.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A alternativa D descreve a conduta padrão diante de uma forte suspeita de Atresia de Vias Biliares. A internação imediata visa agilizar a propedêutica. A administração de Vitamina K é obrigatória, pois a falta de bile no intestino impede a absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), o que pode levar a distúrbios de coagulação graves. A ultrassonografia abdominal é o exame de imagem inicial para avaliar a presença da vesícula biliar e o sinal do cordão triangular (sugestivo de AVB), enquanto as enzimas hepáticas (AST, ALT) e canaliculares (FA, GGT) ajudam a avaliar o grau de lesão e obstrução biliar.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Embora a fibrose cística e infecções congênitas (sorologias) façam parte do diagnóstico diferencial das colestases neonatais, elas não são a primeira hipótese diante de um quadro de acolia fecal e hepatomegalia tão marcantes. A prioridade é descartar causas cirúrgicas obstrutivas.

Alternativa B: Erros inatos do metabolismo são causas importantes de colestase, mas costumam vir acompanhados de outros sintomas sistêmicos (como vômitos, baixo ganho ponderal e distúrbios hidroeletrolíticos) e não são a causa mais provável quando há sinais claros de obstrução biliar mecânica.

Alternativa C: A dosagem de G6PD e a tipagem sanguínea são utilizadas para investigar icterícia por bilirrubina indireta (causas hemolíticas). O hemograma e os reticulócitos normais do paciente já indicam que não há um processo hemolítico em curso. A colestase neonatal idiopática é um diagnóstico de exclusão e não deve ser a suspeita inicial em um paciente com sinais clínicos de AVB.

Questão 9

Análise do Tema:

A questão aborda a importância dos primeiros 1000 dias de vida, que compreendem o período da gestação até os dois anos de idade. Este é o intervalo de maior plasticidade cerebral, no qual o sistema nervoso central apresenta sua maior capacidade de moldar-se em resposta a estímulos externos, nutrição e cuidados de saúde. As intervenções nesse período visam otimizar o potencial biológico e funcional da criança.

Alternativa (a) Incorreta: Programas de saúde pública que melhoram a nutrição e o saneamento podem reduzir a mortalidade infantil por doenças infecciosas. No entanto, mortes por causas externas (como acidentes e violência) estão mais relacionadas a políticas de segurança e vigilância do que propriamente ao desenvolvimento neuropsicomotor e à plasticidade cerebral mencionados no enunciado.

Alternativa (b) Incorreta: O incremento na capacidade de aprendizagem é um dos principais benefícios da estimulação precoce. Entretanto, não existe correlação direta entre as intervenções de desenvolvimento na primeira infância e o aumento da capacidade reprodutiva. O desenvolvimento dos sistemas reprodutores segue uma cronologia hormonal distinta, menos dependente da estimulação sensorial precoce.

Alternativa (c) Incorreta: Embora o desenvolvimento cognitivo seja um benefício direto e esperado, o aumento na estatura final não é o foco direto da estimulação precoce e da plasticidade cerebral. A estatura final é multifatorial, dependendo fortemente da genética e de um suporte nutricional e hormonal contínuo ao longo de toda a infância e adolescência, não apenas dos primeiros 1000 dias.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa identifica os benefícios mais diretos e imediatos da estimulação neuropsicomotora. Durante os primeiros anos, o cérebro está em fase de intensa mielinização e formação de sinapses. Intervenções que priorizam saúde, nutrição e estímulos adequados facilitam a aquisição das habilidades motoras (como sentar, andar e manipular objetos) e sensoriais (processamento de visão, audição e tato), que servem de base para funções executivas mais complexas no futuro.

Conclusão: A letra (d) está correta, pois a aquisição de marcos motores e sensoriais é o reflexo clínico direto da plasticidade cerebral e da resposta do organismo aos estímulos recebidos na janela crítica do desenvolvimento.

Questão 10

Análise do caso clínico: O paciente tem 6 meses de idade. De acordo com os marcos do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM), espera-se que, nessa idade, a criança já emita sons (balbucio polissilábico) e responda a sons, virando a cabeça em direção à fonte sonora. A mãe relata ausência desses marcos, mas o exame físico mostra que a criança mantém contato visual e interage, o que constitui sinais favoráveis ao desenvolvimento social.

Alternativa a: Incorreta. O teste da orelhinha (Emissões Otoacústicas) normal ao nascimento é um forte indicador de integridade coclear. Embora existam perdas

auditivas de surgimento tardio ou retrococleares, a primeira conduta em uma Unidade Básica de Saúde, diante de um atraso isolado em um paciente que interage bem, é a vigilância e estimulação, reservando novos exames diagnósticos para casos de persistência do atraso ou presença de fatores de risco claros.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa segue as diretrizes de Vigilância do Desenvolvimento Infantil do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Se a criança não apresenta um marco para a sua faixa etária, o médico deve investigar o contexto (outros marcos e fatores de risco), orientar a família a realizar estímulos específicos (falar com a criança, cantar, usar brinquedos sonoros) e marcar um retorno em tempo breve para reavaliação. Como o contato visual e a interação estão presentes, a conduta conservadora inicial é a mais adequada.

Alternativa c: Incorreta. O encaminhamento imediato para fonoaudiologia é considerado precoce para este cenário. Na atenção primária, o pediatra deve assumir o papel de orientador da estimulação e monitorar a evolução do quadro antes de encaminhar o paciente para a especialidade, a menos que o atraso seja acentuado ou acompanhado de outros sinais de alerta.

Alternativa d: Incorreta. O erro desta alternativa é temporal e técnico. O M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) é uma ferramenta de triagem para o Transtorno do Espectro Autista (TEA), porém ele é validado para ser aplicado em crianças entre 16 e 30 meses de idade. Aplicá-lo em um bebê de 6 meses é incorreto. Além disso, a descrição de que o paciente faz contato visual e interage diminui, inicialmente, a suspeita de autismo.

Questão 11

A alimentação complementar é um marco fundamental no desenvolvimento infantil e na pediatria preventiva. Vamos analisar cada alternativa com base nas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde:

Alternativa a) Incorreta. Lactentes amamentados apresentam, na verdade, um mecanismo de autorregulação da saciedade muito bem estabelecido. O bebê amamentado no peito aprende a mamar de acordo com sua necessidade metabólica, o que é um fator protetor contra a obesidade futura. A má nutrição nesse período geralmente está associada à introdução inadequada de alimentos, e não a uma falha na autorregulação do bebê.

Alternativa b) Incorreta. A partir do momento em que se inicia a introdução de alimentos complementares (aos 6 meses), a oferta de água potável torna-se obrigatória. Embora o leite materno tenha água em sua composição, a introdução de

sólidos aumenta a carga de solutos renais e a necessidade hídrica da criança. A água deve ser oferecida nos intervalos das refeições.

Alternativa c) Incorreta. Evidências científicas atuais demonstram que postergar a introdução do glúten não previne o desenvolvimento da doença celíaca, mesmo em crianças com predisposição genética. A recomendação vigente é que o glúten seja introduzido junto aos demais alimentos da família a partir dos 6 meses de idade, sem atrasos desnecessários.

Alternativa d) Correta. Durante os dois primeiros anos de vida, o crescimento físico e o desenvolvimento do sistema nervoso central são acelerados. A gordura e o colesterol são componentes essenciais para a mielinização dos neurônios e para a formação das membranas celulares. Dietas restritivas em gordura nessa fase podem comprometer o desenvolvimento cerebral e o aporte calórico necessário para o crescimento, sendo, portanto, contraindicadas. O leite materno é naturalmente rico em gorduras e, ao iniciar a alimentação complementar, o aporte lipídico deve ser mantido de forma equilibrada.

Questão 12

A questão descreve um caso clássico de anemia ferropriva em um lactente, caracterizada por anemia hipocrômica e microcítica (VCM baixo), anisocitose e ferritina baixa (indicando esgotamento das reservas de ferro). Ao iniciar a reposição de ferro elementar, o corpo segue uma cronologia específica de recuperação laboratorial.

O parâmetro considerado o indicador mais precoce de resposta ao tratamento com ferro é a contagem de reticulócitos. Os reticulócitos são hemácias jovens recém-lançadas na circulação pela medula óssea. Assim que o ferro se torna disponível, a medula retoma a produção celular rapidamente. O aumento desses reticulócitos (conhecido como crise reticulocitária) ocorre entre 3 e 5 dias após o início do tratamento, atingindo seu pico entre o 7º e o 10º dia.

Análise das alternativas:

a) Ferritina: Incorreta. A ferritina reflete os estoques de ferro do organismo. No tratamento da anemia ferropriva, o ferro é primeiramente utilizado para a síntese de hemoglobina. Somente após a normalização dos níveis de hemoglobina é que os estoques começam a ser repostos. Portanto, a ferritina é um dos últimos parâmetros a se normalizar, sendo o indicador utilizado para decidir o momento de interromper a suplementação (geralmente meses após o início).

b) RDW: Incorreta. O RDW (Red Cell Distribution Width) mede a variação de tamanho entre as hemácias (anisocitose). No início do tratamento, o RDW pode até aumentar temporariamente, pois uma nova população de hemácias de tamanho normal passa a conviver com as hemácias microcíticas antigas. Ele levará meses para diminuir, conforme as células velhas forem substituídas pelas novas.

c) Contagem de reticulócitos: Correta. Como explicado, é a primeira evidência laboratorial de que a medula óssea respondeu à oferta de ferro, ocorrendo já na primeira semana de tratamento.

d) Hemoglobina: Incorreta. Embora a hemoglobina comece a subir logo após a crise reticulocitária, um aumento significativo (geralmente de 1 g/dL) costuma ser observado apenas após 2 a 4 semanas de tratamento. É um marcador de resposta sustentada, mas não é o mais precoce.

Questão 13

A questão aborda uma importante ferramenta de triagem populacional inserida na Caderneta da Criança pelo Ministério da Saúde: a escala colorimétrica de fezes, conhecida como Alerta Amarelo.

O objetivo principal dessa iniciativa é a identificação precoce da colestase neonatal, condição caracterizada pelo acúmulo de bilirrubina direta devido à falha na excreção da bile para o trato digestivo.

Por que a alternativa (c) está correta:

A colestase neonatal manifesta-se clinicamente pela tríade: icterícia (pele amarelada), colúria (urina escura) e acolia ou hipocolia fecal (fezes claras, esbranquiçadas ou cor de massa de vidraceiro). Como a bilirrubina não chega ao intestino para ser convertida em estercobilina, as fezes perdem sua cor característica. O Alerta Amarelo utiliza fotografias para que os pais identifiquem fezes suspeitas precocemente, permitindo o diagnóstico de patologias graves, sendo a principal delas a atresia de vias biliares (AVB). O diagnóstico e a intervenção cirúrgica (cirurgia de Kasai) devem ocorrer preferencialmente antes dos 60 dias de vida para melhorar o prognóstico do lactente.

Análise das alternativas incorretas:

a) Encefalopatia induzida por bilirrubina: Também conhecida como kernicterus, ocorre devido ao depósito de bilirrubina indireta (não conjugada) no sistema nervoso central. Essa condição está associada a níveis séricos muito elevados de bilirrubina indireta, mas não altera a coloração das fezes, pois não há obstrução ao fluxo biliar.

b) Icterícia causada pelo leite materno: É uma forma comum de icterícia neonatal tardia, benigna, que ocorre por aumento da circulação entero-hepática de bilirrubina indireta. Diferentemente da colestase, as fezes mantêm a coloração normal (amarelada/alaranjada).

d) Intolerância à lactose: É uma condição relacionada à má absorção de carboidratos, manifestando-se clinicamente com diarreia explosiva, distensão abdominal, gases e dermatite perianal devido ao pH ácido das fezes. Não causa icterícia nem alteração na cor das fezes compatível com o Alerta Amarelo.

Questão 14

A nutrição enteral precoce, comumente chamada de nutrição trófica, consiste na administração de pequenos volumes de leite (idealmente leite materno) nos primeiros dias de vida do recém-nascido (RN) de muito baixo peso. O objetivo primordial não é o aporte calórico total, mas sim o estímulo ao desenvolvimento do trato gastrointestinal.

A alternativa (c) é a correta porque a presença de alimento no lúmen intestinal promove a maturação da mucosa, estimula a motilidade e a secreção de hormônios gastrointestinais, além de favorecer a colonização por uma microbiota saudável. Esses fatores mantêm a integridade da barreira intestinal, o que impede a translocação de bactérias do intestino para a corrente sanguínea, reduzindo significativamente o risco de sepse tardia (septicemia). Além disso, o avanço da dieta enteral permite a retirada mais rápida do cateter venoso central e da nutrição parenteral, que são importantes fatores de risco para infecções em unidades neonatais.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a): O desconforto respiratório no prematuro está primariamente ligado à deficiência de surfactante e à imaturidade estrutural dos pulmões. Embora a nutrição adequada seja essencial para a evolução clínica global, o início da dieta trófica não tem um impacto direto ou imediato na velocidade de resolução do desconforto respiratório agudo.

Alternativa (b): Recém-nascidos prematuros nascem com estoques baixíssimos de vitaminas e possuem uma demanda metabólica muito elevada devido ao crescimento acelerado. Portanto, mesmo com a introdução precoce da dieta, a suplementação vitamínica (como as vitaminas A e D) continua sendo necessária para prevenir deficiências e doenças como a osteopenia da prematuridade.

Alternativa (d): O ferro é transferido da mãe para o feto majoritariamente no terceiro trimestre de gestação. Como o prematuro nasce antes desse período, ele possui estoques de ferro insuficientes. A dieta enteral, mesmo precoce, não fornece quantidades bastantes para suprir essa lacuna, tornando a suplementação de ferro medicamentosa obrigatória para evitar a anemia da prematuridade.

Questão 15

Alternativa a) Incorreta. A hepatite B não contraindica o aleitamento materno. O risco de transmissão vertical ocorre principalmente durante o parto, e não pelo leite. Para prevenir a transmissão, o recém-nascido de mãe portadora do vírus deve receber a vacina contra hepatite B e a imunoglobulina específica (HBIG) ainda nas primeiras 12 horas de vida. Uma vez realizadas essas medidas profiláticas, a amamentação é segura.

Alternativa b) Correta. É considerado fisiológico que o recém-nascido a termo perca entre 5% e 10% do seu peso de nascimento nos primeiros dias de vida (geralmente até o 5º dia). Essa perda ocorre devido à eliminação de excesso de fluidos extracelulares, eliminação de mecônio e ao baixo volume inicial de colostro ingerido. A expectativa é que o bebê recupere o peso de nascimento por volta do 10º ao 15º dia de vida.

Alternativa c) Incorreta. A mastite materna não é contraindicação para a amamentação. Pelo contrário, o esvaziamento frequente e eficaz da mama é parte essencial do tratamento para evitar a progressão do quadro e a formação de abscessos. O aleitamento deve ser mantido, inclusive na mama afetada. A interrupção só seria considerada em casos raros de abscesso mamário com drenagem de pus diretamente pelo mamilo, mantendo-se a amamentação na mama sã.

Alternativa d) Incorreta. A fototerapia por si só não justifica o uso de fórmula láctea. O manejo da icterícia neonatal deve priorizar o aumento da frequência das mamadas ao seio materno (8 a 12 vezes ao dia) para garantir a hidratação e estimular a eliminação de bilirrubina pelas fezes. A suplementação com fórmula só é indicada se houver perda de peso excessiva (acima de 10%), sinais clínicos de desidratação ou baixa ingesta calórica comprovada.

Questão 16

O quadro clínico de uma criança de 10 anos com febre há três dias, tosse produtiva, prostração, taquidispneia e estertores finos é classicamente indicativo de pneumonia bacteriana adquirida na comunidade.

A análise da radiografia de tórax é o ponto central para a localização anatômica da infecção e depende do conceito radiológico conhecido como Sinal da Silhueta. Este sinal ocorre quando duas estruturas com a mesma densidade radiológica (como o coração e um infiltrado pulmonar) estão em contato físico no mesmo plano, resultando no desaparecimento da fronteira entre elas na imagem de raio-X.

Na imagem apresentada, observa-se que o bordo cardíaco direito (átrio direito) está borrado e indistinguível da opacidade pulmonar. Como o lobo médio é uma estrutura anterior que faz contato anatômico direto com o coração, sua consolidação apaga a silhueta cardíaca. Se a pneumonia estivesse localizada no lobo inferior direito, que é uma estrutura posterior, o bordo do coração permaneceria nítido e visível, enquanto a cúpula diafragmática é que poderia estar borrada.

Analise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A aspiração de corpo estranho costuma ter um início súbito e, em crianças maiores, pode cursar com sibilância localizada ou assimetria na expansibilidade. Radiologicamente, é mais comum encontrar sinais de aprisionamento de ar (hipertransparência) ou atelectasias segmentares, e não uma consolidação lobar típica associada a um quadro infeccioso de três dias.

Alternativa b: Incorreta. Crises de broncoespasmo, como na asma, manifestam-se clinicamente com sibilos e, no raio-X, apresentam sinais de hiperinsuflação generalizada (retificação do diafragma e aumento dos espaços intercostais). O quadro de febre, tosse produtiva e a presença de consolidação focal apontam para pneumonia.

Alternativa c: Correta. A consolidação visível na base do hemitórax direito, associada ao Sinal da Silhueta positivo com o bordo cardíaco direito, confirma que o acometimento está localizado no lobo médio. O quadro clínico de febre, tosse e alterações na ausculta corrobora o diagnóstico de pneumonia lobar.

Alternativa d: Incorreta. Embora a pneumonia no lobo inferior direito também ocorra na região inferior do hemitórax, ela situa-se em um plano posterior ao coração. Nesse caso, a silhueta cardíaca direita continuaria visível e bem definida na imagem, ocorrendo o sinal da silhueta apenas com o diafragma direito.

Questão 17

Análise do caso clínico:

O quadro descreve uma criança do sexo masculino com hematúria macroscópica, proteinúria leve e função renal preservada no momento. O ponto determinante para a resolução da questão é o histórico familiar: o pai do paciente também apresentou hematúria e evoluiu com falência renal. Essa combinação de hematúria persistente e história familiar de insuficiência renal progressiva é característica de uma nefropatia hereditária.

Alternativa (c): Correta. A Síndrome de Alport é uma doença genética causada por mutações nos genes que codificam as cadeias do colágeno tipo IV, um componente essencial das membranas basais (glomerular, coclear e ocular). A manifestação inicial mais comum é a hematúria glomerular na infância. Com o tempo, o dano à membrana basal leva ao desenvolvimento de proteinúria e perda progressiva da função renal, culminando em doença renal terminal, geralmente entre a segunda e quarta décadas de vida. O fato de o pai ter perdido a função renal reforça esse diagnóstico, sendo a forma ligada ao X a mais frequente.

Alternativa (a): Incorreta. A síndrome nefrótica é definida por proteinúria maciça (níveis nefróticos), edema, hipoalbuminemia e hiperlipidemia. O paciente em questão apresenta apenas proteinúria leve. Embora algumas doenças que causam síndrome nefrótica possam ter base genética, o quadro de hematúria macroscópica associado ao histórico familiar de perda de função renal direciona o diagnóstico para uma síndrome nefrítica hereditária, como Alport.

Alternativa (b): Incorreta. A Nefropatia por IgA (Doença de Berger) é a glomerulopatia primária mais comum no mundo e frequentemente se manifesta com hematúria macroscópica recorrente, muitas vezes desencadeada por infecções respiratórias. Embora existam casos familiares, a evolução clássica descrita em questões de prova que enfatizam o histórico familiar de cegueira, surdez ou, principalmente, perda de função renal em parentes próximos, visa ao diagnóstico de Síndrome de Alport.

Alternativa (d): Incorreta. A pielonefrite aguda é uma infecção bacteriana do parênquima renal. O quadro clínico típico envolve febre, calafrios, dor lombar e sintomas urinários irritativos (disúria, polaciúria). Não é uma condição que justifique um histórico familiar de perda de função renal crônica, sendo um evento agudo e infeccioso.

Questão 18

O caso clínico apresenta a tríade clássica da Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU), que é composta por: 1) Anemia hemolítica microangiopática (caracterizada pela presença de esquizócitos no sangue periférico); 2) Trombocitopenia (queda do número de plaquetas por consumo); e 3) Insuficiência renal aguda.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Correta. A Síndrome Hemolítico-Urêmica é a causa mais comum de insuficiência renal aguda em crianças pequenas, especialmente após um quadro de pródromo gastrointestinal (dor abdominal, vômitos e diarreia, muitas vezes sanguinolenta). A forma típica é causada pela toxina Shiga, produzida pela bactéria *Escherichia coli* (sorotipo O157:H7). O quadro clínico e laboratorial do paciente de 1 ano descrito na questão é patognomônico para esta síndrome.

Alternativa b) Incorreta. A Púrpura de Henoch-Schönlein (ou Vasculite por IgA) também se manifesta com dor abdominal e pode cursar com hematúria/nefrite. No entanto, sua marca registrada é a púrpura palpável, principalmente em membros inferiores e nádegas. Além disso, na Púrpura de Henoch-Schönlein, os níveis de plaquetas estão normais ou até elevados, diferindo da trombocitopenia observada na SHU.

Alternativa c) Incorreta. A Glomerulonefrite Pós-Estreptocócica (GNPE) manifesta-se tipicamente como uma síndrome nefrítica (hematúria, edema e hipertensão) após uma infecção de faringe ou pele por *Streptococcus pyogenes*. Embora cause insuficiência renal, ela não evolui com anemia hemolítica microangiopática nem com queda importante de plaquetas.

Alternativa d) Incorreta. O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune multissistêmica que pode causar anemia e nefrite, mas é extremamente raro em uma criança de apenas 1 ano de idade. O quadro agudo pós-diarreia direciona o diagnóstico especificamente para a SHU, e não para uma doença autoimune crônica como o LES.

Questão 19

O quadro clínico e radiológico apresentado é clássico de uma obstrução duodenal alta, muito provavelmente uma atresia duodenal.

Análise do caso:

A presença de polidrâmnio na gestação é um sinal importante de que o feto não estava conseguindo deglutir ou processar adequadamente o líquido amniótico, o que

aponta para obstruções digestivas altas. O início precoce de vômitos (6 horas de vida) em um recém-nascido sem distensão abdominal significativa reforça a hipótese de obstrução proximal ao jejuno.

Análise da imagem:

A radiografia de abdome revela o sinal patognomônico da "dupla bolha". Observamos uma bolha gasosa à esquerda, que corresponde ao estômago distendido, e uma segunda bolha à direita da linha média, que corresponde à porção proximal do duodeno dilatada. A ausência total de gás no restante do trato intestinal (abdome distal silencioso) confirma que a obstrução é completa.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O volvo de intestino médio, geralmente decorrente de malrotação intestinal, é uma emergência cirúrgica grave. Embora possa causar obstrução duodenal por bridas de Ladd ou pelo próprio giro do mesentério, o sinal de dupla bolha com ausência total de gás distal é muito mais característico da atresia duodenal congênita. No volvo, o bebê costuma apresentar sinais de sofrimento agudo e instabilidade clínica mais precocemente.

b) Incorreta. Na atresia de esôfago, o recém-nascido apresenta sialorreia (salivação excessiva), engasgos e impossibilidade de progressão de sonda nasogástrica logo após o nascimento. Se houver fístula traqueoesofágica distal, haverá gás no estômago, mas não o padrão de dupla bolha duodenal. Se não houver fístula, o abdome estará totalmente sem gás (opaco).

c) Incorreta. A duplicação gástrica é uma malformação rara que pode funcionar como uma massa compressiva, mas dificilmente causaria o quadro de obstrução completa e o sinal radiológico clássico de dupla bolha observado na imagem.

d) Correta. A obstrução duodenal (seja por atresia, membrana ou pâncreas anular) é a causa principal do sinal da dupla bolha no período neonatal. O polidrômio e os vômitos precoces sem distensão abdominal distal completam o diagnóstico clínico. A imagem é soberana ao mostrar a distensão gástrica e duodenal com bloqueio da passagem de ar para as alças intestinais distais.

Questão 20

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso descreve um cenário clássico de profilaxia pós-exposição à varicela (catapora). L. é um contato suscetível (não vacinado e sem história prévia da doença), saudável e com mais de 9 meses de idade. O contato com o primo ocorreu no período de transmissibilidade da doença, que se inicia de 24 a 48 horas antes do surgimento das lesões de pele.

A conduta correta baseia-se na avaliação do estado imunológico do paciente e no tempo decorrido após o contato.

Alternativa A: INCORRETA. A imunoglobulina humana específica antivaricela-zóster (VZIG) é indicada apenas para indivíduos suscetíveis com alto risco de complicações, nos quais a vacina é contraindicada. Isso inclui imunodeprimidos, gestantes, recém-nascidos de mães que tiveram a doença nos últimos dias de gestação ou logo após o parto, e prematuros. L. é uma criança saudável; portanto, não tem indicação de imunoglobulina.

Alternativa B: CORRETA. A vacina contra varicela é a conduta de escolha para bloqueio pós-exposição em indivíduos saudáveis, não vacinados e com idade superior a 9 meses (conforme o Ministério da Saúde) ou 12 meses (conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria). Para ser eficaz na prevenção ou na redução da gravidade da doença, ela deve ser administrada em até 5 dias (120 horas) após o contato, sendo o ideal sua aplicação nas primeiras 72 horas. Como L. tem 2 anos e é saudável, ele preenche todos os critérios.

Alternativa C: INCORRETA. O aciclovir não é recomendado como rotina para profilaxia pós-exposição em crianças saudáveis. Seu uso na profilaxia é excepcional, geralmente reservado para pacientes de alto risco quando a imunoglobulina não está disponível ou quando já se passou o prazo para sua administração, iniciando-se entre o 7º e o 10º dia após o contato.

Alternativa D: INCORRETA. O tempo de 60 minutos em ambiente fechado, brincando com uma pessoa na fase de transmissibilidade, configura, sim, um contato de alto risco. A varicela é extremamente contagiosa, transmitida tanto por aerossóis quanto por contato direto com o fluido das vesículas. Portanto, a profilaxia é necessária para evitar a infecção ou atenuar o quadro clínico.

GABARITO: LETRA B.

Questão 21

O cerne desta questão é a atualização do tratamento para infertilidade por anovulação na Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), fundamentada nos Consensos Internacionais de 2018 e 2023. Atualmente, a primeira linha de tratamento farmacológico para indução da ovulação mudou, priorizando a eficácia em taxas de nascidos vivos.

Análise das alternativas:

a) Citrato de clomifeno: Incorreta. Por décadas, o clomifeno foi a droga de primeira escolha para indução da ovulação na SOP. No entanto, os consensos mais recentes (2018 e 2023) demonstram que ele é menos eficaz que os inibidores da aromatase em termos de taxas de ovulação, gravidez clínica e, crucialmente, taxas de nascidos vivos. Ele permanece como uma alternativa caso o letrozol não esteja disponível ou seja contraindicado.

b) Inibidor de aromatase (Letrozol): Correta. De acordo com as diretrizes internacionais baseadas em evidências (Guidelines 2018 e 2023), o letrozol é agora recomendado como a terapia farmacológica de primeira linha para a infertilidade anovulatória na SOP. Ele promove um aumento do FSH endógeno sem o efeito antiestrogênico periférico no endométrio e no muco cervical que o clomifeno apresenta, resultando em melhores desfechos reprodutivos e menor risco de gestação múltipla em comparação com as gonadotrofinas.

c) Espironolactona: Incorreta. A espironolactona é um antagonista da aldosterona com efeito antiandrogênico, utilizada na SOP para tratar hirsutismo e acne. No entanto, ela é contraindicada para mulheres que desejam engravidar devido ao risco de feminilização de fetos masculinos (teratogenicidade). Ela deve ser suspensa antes de iniciar as tentativas de concepção.

d) Inositol: Incorreta. Embora o inositol (especialmente o mio-inositol) venha sendo estudado por seus efeitos na melhora da resistência insulínica e na qualidade oocitária, os consensos de 2018 e 2023 ainda o consideram uma terapia experimental/complementar. Ele não possui o mesmo nível de evidência ou recomendação de primeira linha para indução da ovulação que o letrozol.

Resumo: Para uma paciente com SOP e desejo de gestação, após otimização do estilo de vida e manejo metabólico (como o uso de metformina já iniciado), o inibidor da aromatase (letrozol) é a escolha terapêutica de excelência para induzir a ovulação.

Questão 22

O quadro clínico descreve uma paciente de 60 anos com sangramento uterino anormal na pós-menopausa. Diante desse cenário, a principal preocupação do médico deve ser a exclusão de câncer de endométrio, embora a causa mais comum seja a atrofia endometrial.

Alternativa (a): Correta. A ultrassonografia transvaginal é o exame inicial de escolha (rastreamento) para a investigação de sangramento na pós-menopausa. Ela é um método não invasivo que permite avaliar a espessura do eco endometrial. Se o endométrio estiver fino (geralmente menor ou igual a 4 mm), o risco de malignidade é muito baixo, sugerindo atrofia. Se estiver acima desse valor, a investigação deve prosseguir com métodos histológicos.

Alternativa (b): Incorreta. O colpocitológico (Papanicolau) é um exame de rastreamento para o câncer de colo do útero. Embora a paciente tenha um antecedente de conização por lesão de alto grau, o sangramento em uma mulher de 60 anos na pós-menopausa exige, prioritariamente, a avaliação da cavidade uterina e do endométrio.

Alternativa (c): Incorreta. A histeroscopia com biópsia é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de patologias endometriais, pois permite a visualização direta da cavidade. No entanto, por ser um exame invasivo e de maior custo, não é a conduta inicial. Ela é reservada para casos em que o ultrassom mostra espessamento endometrial ou quando o sangramento persiste mesmo com eco endometrial normal.

Alternativa (d): Incorreta. A biópsia endometrial (seja por curetagem, aspiração ou histeroscopia) é o passo seguinte caso o exame inicial (ultrassonografia) apresente alterações. Realizar a biópsia diretamente em todas as pacientes seria um procedimento invasivo desnecessário para aquelas que apresentam apenas atrofia endometrial visível ao ultrassom.

Questão 23

A profilaxia com imunoglobulina anti-D (anti-Rh) tem como objetivo evitar a aloimunização Rh em mulheres com potencial de desenvolver anticorpos contra o fator Rh do feto. Para que a medicação seja indicada no pós-parto, três critérios fundamentais devem ser preenchidos simultaneamente: a mãe deve ser Rh negativa, ela não deve estar previamente sensibilizada e o recém-nascido deve ser Rh positivo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Se o recém-nascido for Rh negativo, ele não possuirá o

antígeno D em suas hemácias. Portanto, não há risco de sensibilizar a mãe, tornando a aplicação da imunoglobulina desnecessária.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve a situação clássica de indicação. A puérpera é Rh negativa e o Coombs indireto negativo prova que ela ainda não possui anticorpos contra o fator Rh. O recém-nascido ser Rh positivo fornece o estímulo antigênico necessário para uma possível sensibilização durante o parto. A imunoglobulina agirá destruindo as hemácias fetais que cruzarem para a circulação materna antes que o sistema imunológico da mãe as reconheça e inicie a produção de anticorpos próprios.

Alternativa c) Incorreta. Se o Coombs indireto for positivo, a paciente já estará sensibilizada, o que torna a imunoglobulina ineficaz como medida preventiva. Além disso, se o recém-nascido for Rh negativo, não haverá exposição a antígenos estranhos ao organismo materno.

Alternativa d) Incorreta. Apesar de o recém-nascido ser Rh positivo, a presença de um Coombs indireto positivo na puérpera indica que o processo de sensibilização já ocorreu em gestações ou eventos anteriores. A imunoglobulina é uma medicação profilática e não tem utilidade em pacientes que já são portadoras de anticorpos anti-D (já aloimunizadas).

Questão 24

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um casal com dificuldade de concepção e um diagnóstico claro de infertilidade por fator tuboperitoneal. A paciente, de 32 anos, possui ciclos regulares (sugerindo função ovulatória preservada), mas apresenta obstrução tubária bilateral confirmada por histerossalpingografia. O antecedente de infecção por clamídia não tratada é o fator causal direto, pois a clamídia é um dos principais agentes da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), que resulta em fibrose, aderências e oclusão das tubas uterinas. O parceiro apresenta espermograma normal, o que exclui o fator masculino.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA

A Fertilização In Vitro (FIV) é o tratamento padrão-ouro para a infertilidade de causa tubária bilateral. Como as tubas são o local onde ocorre a fecundação e o transporte do embrião até o útero, sua obstrução impede a gravidez natural ou por métodos de baixa complexidade (como a inseminação intrauterina). A FIV contorna essa barreira física ao realizar a coleta dos óvulos diretamente dos ovários, promovendo a fecundação em laboratório e transferindo o embrião pronto diretamente para a

cavidade uterina.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa A: Em casais com menos de 35 anos e sem causas identificáveis de infertilidade, a conduta expectante (aguardar 12 meses) pode ser aceitável. No entanto, quando há um diagnóstico de patologia anatômica irreversível espontaneamente, como a obstrução tubária, não há justificativa para o adiamento do tratamento especializado, pois a gravidez espontânea é mecanicamente impossível.

Alternativa B: Os indutores de ovulação (como o citrato de clomifeno ou letrozol) são indicados para casos de anovulação ou oligoovulação (ex.: Síndrome dos Ovários Policísticos). No caso relatado, a paciente tem ciclos regulares, o que indica que ela provavelmente já ovula. Mesmo que a ovulação fosse estimulada, o óvulo não conseguiria encontrar o espermatozoide devido ao bloqueio nas tubas.

Alternativa D: Embora a cirurgia tubária (tuboplastia ou salpingoplastia) tenha sido muito utilizada no passado, hoje ela é raramente indicada como primeira linha. As taxas de sucesso são significativamente menores do que as da FIV, e há um risco elevado de gravidez ectópica (na tuba) após o procedimento, pois a infecção por clamídia costuma destruir não apenas a patência, mas também os cílios internos da tuba, comprometendo sua função motora. A cirurgia só costuma ser considerada em casos selecionados de obstruções distais leves ou para a retirada das tubas (salpingectomia), caso haja hidrossalpinge antes de uma FIV, para aumentar as taxas de implantação.

GABARITO: ALTERNATIVA C

Questão 25

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro clássico de dismenorreia primária. Trata-se de uma adolescente jovem, com menarca recente, apresentando dor pélvica cíclica relacionada ao período menstrual, sem evidências de alterações estruturais na ultrassonografia. A fisiopatologia dessa condição está ligada à produção de prostaglandinas (principalmente PGF₂-alfa) no endométrio durante a fase secretora. Quando o nível de progesterona cai, essas substâncias são liberadas, causando contrações uterinas intensas, isquemia miometrial e dor.

Alternativa (a) Correta: Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são a primeira

linha de tratamento para a dismenorreia primária. Eles atuam diretamente na causa do problema, inibindo a enzima ciclo-oxigenase e, conseqüentemente, reduzindo a síntese de prostaglandinas. Iniciar o medicamento pouco antes ou exatamente no início do fluxo menstrual ajuda a bloquear a cascata inflamatória de forma mais eficaz, controlando a dor de maneira rápida e segura.

Alternativa (b) Incorreta: A laparoscopia diagnóstica é um método invasivo e não deve ser a conduta inicial. Ela é reservada para casos de suspeita de dismenorreia secundária (como endometriose) que não apresentam melhora após o tratamento clínico adequado com AINEs e terapia hormonal por um período de 3 a 6 meses.

Alternativa (c) Incorreta: Os anticoncepcionais orais são eficazes no tratamento da dismenorreia, pois suprimem a ovulação e afinam o endométrio, reduzindo a produção de prostaglandinas. No entanto, em uma paciente de 12 anos que iniciou os ciclos há pouco tempo e busca apenas o alívio da dor, os AINEs são preferíveis como abordagem inicial por serem usados apenas durante os dias de dor, enquanto o anticoncepcional exige uso diário e possui mais efeitos sistêmicos. O anticoncepcional seria a próxima etapa caso os AINEs falhassem.

Alternativa (d) Incorreta: A dismenorreia moderada impacta a qualidade de vida, podendo causar faltas escolares e limitação de atividades sociais. "Aguardar" não é uma conduta médica terapêutica para uma queixa de dor ativa. Embora os ciclos possam se tornar mais regulares com o tempo, a produção de prostaglandinas continuará ocorrendo nos ciclos ovulatórios, mantendo o sintoma doloroso se não houver intervenção.

Questão 26

Esta questão aborda o manejo inicial da amenorreia secundária. Define-se amenorreia secundária como a ausência de menstruação por 3 meses em mulheres com ciclos previamente regulares ou por 6 meses em mulheres com ciclos irregulares. No caso clínico, a paciente de 20 anos está há 6 meses sem menstruar, o que exige uma investigação sistematizada.

A propedêutica inicial deve sempre começar pela exclusão das causas mais frequentes e fisiológicas antes de avançar para exames de imagem complexos ou testes dinâmicos.

Alternativa A: Incorreta. Embora o Beta-HCG seja o primeiro passo, a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de hipófise é um exame de alto custo e complexidade, reservado para casos onde já se diagnosticou uma hiperprolactinemia importante ou quando há suspeita clínica de tumores hipofisários. Não faz parte da propedêutica

inicial básica. A ultrassonografia transvaginal pode auxiliar, mas não substitui a triagem hormonal inicial.

Alternativa B: Incorreta. O Beta-HCG é fundamental, mas a dosagem isolada de estrogênio não fornece informações diagnósticas precisas no início do quadro, pois seus níveis variam conforme a fase do ciclo (que no caso está ausente) e não indicam a causa base da amenorreia.

Alternativa C: Correta. Esta é a conduta preconizada pelos principais protocolos nacionais e internacionais. A triagem inicial da amenorreia secundária deve obrigatoriamente incluir:

1. Beta-HCG: Para excluir gravidez, que é a causa mais comum de amenorreia em mulheres em idade fértil.
2. TSH: Para avaliar disfunções tireoidianas (tanto o hipotireoidismo quanto o hipertireoidismo podem causar alterações menstruais).
3. Prolactina: Para diagnosticar hiperprolactinemia, que interfere no eixo hipotálamo-hipófise-gônada, impedindo a ovulação.

Alternativa D: Incorreta. Não inclui o Beta-HCG, que é o exame mais importante em qualquer mulher em idade fértil com atraso menstrual. Além disso, inclui a RNM de hipófise e a dosagem de estrogênio, que não são exames de primeira linha.

Em resumo, diante de uma paciente com amenorreia secundária, o primeiro passo laboratorial é o "tripé": afastar gestação, avaliar a tireoide e dosar a prolactina. Caso esses exames venham normais, o próximo passo habitual seria o teste do progestagênio.

Questão 27

As manobras de Leopold são técnicas de palpação abdominal realizadas para identificar a estática fetal (situação, posição, apresentação e insinuação). Para responder a essa questão, devemos correlacionar cada manobra ao seu objetivo específico.

Alternativa a: Incorreta. A determinação do fundo uterino é o objetivo da primeira manobra de Leopold. Nela, o examinador utiliza as duas mãos para delimitar a altura do fundo do útero e identificar qual polo fetal (cefálico ou pélvico) ocupa essa região, o que ajuda a definir a situação fetal (longitudinal ou transversa).

Alternativa b: Incorreta. Identificar a apresentação (qual parte do feto está em contato com o estreito superior da pelve) e a sua mobilidade ou altura em relação à bacia é o objetivo principal da terceira manobra, também conhecida como manobra

de Pawlik.

Alternativa c: Incorreta. Avaliar a insinuação, que é a passagem do maior diâmetro da apresentação através do estreito superior da bacia, é a finalidade da quarta manobra de Leopold. Nesta manobra, o examinador se posiciona de costas para a face da paciente e palpa a região das fossas ilíacas em direção à pelve.

Alternativa d: Correta. A segunda manobra (palpação umbilical ou lateral) é realizada deslizando as mãos das laterais do fundo uterino para baixo. O objetivo é identificar o dorso fetal, que é sentido como uma superfície lisa e resistente, e as pequenas partes, que são os membros fetais. Isso permite determinar a posição fetal (se o dorso está à direita ou à esquerda da mãe) e confirma a situação fetal. A localização do dorso é essencial para facilitar a ausculta dos batimentos cardíofetais, pois o sonar deve ser posicionado preferencialmente sobre essa região.

Questão 28

O diagnóstico do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) segue um fluxo bem estabelecido pelas diretrizes do Ministério da Saúde e da FEBRASGO. O rastreamento começa logo na primeira consulta de pré-natal com a glicemia de jejum. Se esse valor inicial for inferior a 92 mg/dL, a gestante deve ser reavaliada obrigatoriamente em um momento posterior da gestação, quando a resistência insulínica aumenta significativamente devido aos hormônios placentários.

O momento ideal para a realização do Teste Oral de Tolerância à Glicose com 75 g (TOTG-75 g) é entre a 24^a e a 28^a semana de gestação. Isso ocorre porque, a partir do segundo trimestre (especialmente após a 24^a semana), há um pico na produção de hormônios contrainsulínicos pela placenta, como o lactogênio placentário humano, o cortisol e a prolactina, o que torna esse período o mais sensível para detectar a falha do pâncreas materno em compensar essa resistência.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Entre a 18^a e a 24^a semana, os níveis dos hormônios diabetogênicos ainda não atingiram o platô necessário para que o teste tenha a sensibilidade diagnóstica padronizada pelos protocolos mundiais.
- b) Incorreta. Embora o limite superior (24 semanas) marque o início do período recomendado, o intervalo proposto na alternativa é muito curto e não abrange o período clássico de rastreamento universal.
- c) Correta. Este é o intervalo padrão (24 a 28 semanas) recomendado para o

rastreamento universal do DMG em gestantes com glicemia de jejum inicial normal (menor que 92 mg/dL). O diagnóstico de DMG no TOTG é feito se um ou mais dos seguintes valores forem atingidos ou ultrapassados: Jejum maior ou igual a 92 mg/dL; 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL; 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL.

d) Incorreta. O período entre a 28^a e a 32^a semana é considerado tardio para o diagnóstico inicial. O objetivo do rastreamento entre a 24^a e a 28^a semana é permitir intervenções precoces (dieta, exercícios e, se necessário, insulina) para evitar complicações como a macrossomia fetal e a pré-eclâmpsia.

Questão 29

O climatério representa a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, sendo marcado por importantes oscilações e declínios hormonais decorrentes da depleção da reserva folicular ovariana.

Alternativa (a) CORRETA: Esta é a alteração hormonal mais precoce e característica da transição menopausal. Com a diminuição da quantidade e da qualidade dos folículos ovarianos, há uma queda na produção de inibina B. Como a inibina B é responsável por realizar o feedback negativo sobre a hipófise para controlar a secreção de FSH, sua redução leva ao aumento dos níveis de FSH. Esse fenômeno ocorre anos antes da interrupção definitiva da menstruação, ou seja, a mulher continua tendo ciclos menstruais, embora eles possam começar a apresentar irregularidades na duração.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora tanto o FSH quanto o LH aumentem após a falência ovariana devido à ausência de feedback negativo dos estrogênios, o aumento do FSH é significativamente mais acentuado e ocorre mais cedo do que o do LH. Isso acontece porque o FSH possui uma meia-vida plasmática mais longa e sofre a influência direta da queda da inibina, um efeito que não se aplica da mesma forma ao LH.

Alternativa (c) INCORRETA: Durante a menacme, o estradiol, produzido pelos folículos ovarianos, é o estrogênio principal e mais potente. No climatério avançado e na pós-menopausa, com a falência folicular, os níveis de estradiol caem drasticamente. O principal estrogênio circulante passa a ser a estrona, que é derivada da conversão periférica de precursores androgênicos (como a androstenediona) no tecido adiposo.

Alternativa (d) INCORRETA: A queda dos níveis de testosterona não é abrupta. Enquanto o estradiol sofre uma redução drástica em um curto período de tempo durante a transição, a testosterona apresenta um declínio gradual e contínuo relacionado ao envelhecimento tanto ovariano quanto adrenal. Mesmo após a

menopausa, o estroma ovariano continua produzindo pequenas quantidades de androgênios sob estímulo do LH elevado.

Questão 30

Para compreender a anatomia do assoalho pélvico feminino, é fundamental distinguir dois sistemas complementares: o aparelho de sustentação e o aparelho de suspensão.

O aparelho de sustentação é a base muscular (dinâmica), composta principalmente pelos diafragmas pélvico e urogenital. Já o aparelho de suspensão é o conjunto de ligamentos e fâscias (estático), formado por tecido conjuntivo e fibras musculares lisas que ancoram os órgãos às paredes pélvicas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Tanto o diafragma pélvico quanto o diafragma urogenital são estruturas musculares. Eles formam o assoalho propriamente dito, sendo os principais componentes do aparelho de sustentação, e não de suspensão.

Alternativa b) Correta. Os ligamentos pubouretral e pubovesical são condensações da fâscia endopélvica. Conforme descrito no enunciado, eles são constituídos por tecido conjuntivo e musculatura lisa, exercendo o papel de suspender a uretra e a bexiga, conectando-as à face posterior do púbis. Outros exemplos clássicos deste aparelho seriam os ligamentos cardinais (Mackenrodt) e os ligamentos uterossacros.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa mistura os dois sistemas. Os ligamentos cardinais pertencem ao aparelho de suspensão, mas o diafragma pélvico (composto pelos músculos levantador do ânus e isquiococcígeo) pertence ao aparelho de sustentação.

Alternativa d) Incorreta. Há uma mistura de conceitos. Os ligamentos uterossacros são componentes importantes do aparelho de suspensão, porém o diafragma urogenital é uma estrutura muscular que compõe o aparelho de sustentação.

Portanto, a única alternativa que cita exclusivamente estruturas formadas por tecido conjuntivo e musculatura lisa destinadas à suspensão é a letra (b).

Questão 31

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente é uma gestante de 24 anos, hígida (sem comorbidades), em sua primeira consulta de pré-natal com 11 semanas de gestação. De acordo com o Manual de Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde do Brasil, a primeira consulta é o momento de solicitar uma bateria de exames para rastreamento de condições que podem afetar a saúde materna e fetal.

LISTA DE EXAMES DE ROTINA NO PRIMEIRO TRIMESTRE (MINISTÉRIO DA SAÚDE):

- Hemograma completo.
- Tipagem sanguínea e fator Rh.
- Glicemia de jejum.
- Teste rápido para sífilis e/ou VDRL.
- Teste rápido para HIV (Anti-HIV).
- HBsAg (Rastreio para Hepatite B).
- Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM).
- Urina tipo 1 (EAS) e Urocultura com antibiograma.
- Exame de fezes (Protoparasitológico, se indicado).
- Citopatológico de colo de útero (se houver indicação por idade e periodicidade).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: O Hemograma e a Urina I (EAS) estão corretos e fazem parte da rotina. No entanto, a TGP (Transaminase Glutâmico-Pirúvica ou ALT) é uma enzima hepática que não faz parte do rastreamento universal de gestantes de baixo risco. Ela é solicitada apenas em casos de suspeita de doenças hepáticas ou em protocolos específicos de investigação de síndrome de pré-eclâmpsia.

Alternativa (b) INCORRETA: O VDRL e a Tipagem Sanguínea estão corretos. Contudo, o FSH (Hormônio Folículo-Estimulante) não tem utilidade no acompanhamento pré-natal. O FSH é utilizado para avaliar a reserva ovariana ou diagnosticar a menopausa, e seus níveis ficam suprimidos durante a gestação.

Alternativa (c) CORRETA: Esta alternativa contempla três exames fundamentais e obrigatórios na primeira consulta: o HBsAg para detectar portadoras do vírus da Hepatite B (permitindo a profilaxia da transmissão vertical), a Glicemia de Jejum para rastrear diabetes (pré-gestacional ou gestacional precoce) e a Urina I para avaliar a presença de proteínas, hemácias ou sinais de infecção.

Alternativa (d) INCORRETA: O VDRL é obrigatório para o rastreio da sífilis. Já o FSH e o LH (Hormônio Luteinizante) são gonadotrofinas hipofisárias que não possuem indicação de dosagem na gravidez, uma vez que o eixo hormonal reprodutor está

fisiologicamente bloqueado pelos hormônios placentários.

GABARITO: Letra (c).

Questão 32

A questão aborda os sinais clínicos de presunção e probabilidade de gravidez, fundamentais para o diagnóstico clínico da gestação durante o exame físico.

Alternativa (a) Jacquemier - Chadwick: **ESTÁ CORRETA**. O sinal de Jacquemier-Chadwick é caracterizado pela coloração violácea ou azulada da vulva, do vestíbulo e da mucosa vaginal. Essa alteração ocorre devido ao aumento da vascularização e à congestão venosa na região pélvica, fenômenos resultantes da ação dos hormônios esteroides (estrogênio e progesterona) sobre os tecidos maternos. É classificado como um sinal de presunção de gravidez.

Alternativa (b) Hunter: **ESTÁ INCORRETA**. O sinal de Hunter, também conhecido como aréola secundária, refere-se ao surgimento de uma zona de pigmentação mais clara e com limites imprecisos ao redor da aréola primária das mamas. É um sinal de presunção relacionado às alterações mamárias da gestante.

Alternativa (c) Goodell: **ESTÁ INCORRETA**. O sinal de Goodell consiste no amolecimento do colo uterino, percebido pelo examinador durante o toque vaginal. Em mulheres não grávidas, o colo possui consistência firme, semelhante à ponta do nariz; na gestação, ele torna-se amolecido, com consistência semelhante à dos lábios. É considerado um sinal de probabilidade.

Alternativa (d) Piskacek: **ESTÁ INCORRETA**. O sinal de Piskacek refere-se à assimetria do corpo uterino à palpação. Esse fenômeno ocorre porque a implantação do ovo (nidação) geralmente acontece em um dos cornos uterinos, provocando um abaulamento localizado e uma consistência mais amolecida naquele ponto específico. É classificado como um sinal de probabilidade de gravidez.

Questão 33

Alternativa a: Incorreta. Na gestação, ocorre um aumento do volume sanguíneo total, porém o incremento do volume plasmático (cerca de 40 a 50 por cento) é significativamente maior do que o aumento da massa de eritrócitos (cerca de 20 a 30 por cento). Essa diferença proporcional causa uma hemodiluição, o que clinicamente conhecemos como anemia fisiológica da gravidez.

Alternativa b: Incorreta. A frequência respiratória praticamente não se altera durante

a gestação. O que ocorre é um aumento do volume corrente (quantidade de ar mobilizada em cada respiração), o que conseqüentemente aumenta a ventilação-minuto. Esse processo é estimulado pela progesterona, que sensibiliza o centro respiratório ao gás carbônico.

Alternativa c: Incorreta. Há uma redução acentuada da resistência vascular periférica. Isso se deve aos efeitos relaxantes da progesterona na musculatura lisa dos vasos e à maior produção de substâncias vasodilatadoras, como o óxido nítrico. Essa queda da resistência é fundamental para acomodar o aumento do débito cardíaco e explica a redução dos níveis de pressão arterial observada principalmente nos dois primeiros trimestres.

Alternativa d: Correta. No início da gestação, o organismo materno passa por um estado de anabolismo facilitado. O estrogênio e a progesterona estimulam a secreção de insulina e aumentam a sensibilidade periférica a esse hormônio. Como o feto consome glicose de forma contínua, a gestante tende a apresentar níveis glicêmicos menores em jejum. Além disso, a grávida atinge o estado de catabolismo mais rapidamente durante a privação alimentar (fenômeno do jejum acelerado), passando a oxidar lipídios precocemente, o que resulta na formação de corpos cetônicos e conseqüente cetonúria.

Questão 34

A rotura prematura das membranas amnióticas (RPM), ou amniorrexe prematura, é caracterizada pela rotura das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto. Para fins de classificação e conduta obstétrica, é necessário distinguir se esse evento ocorre em uma idade gestacional compatível com o período de parto ou se configura um quadro de abortamento.

Alternativa a: Incorreta. O termo prematura na RPM indica que a bolsa rompeu antes de a paciente entrar em trabalho de parto. A alternativa erra ao situar o evento no trabalho de parto e ao utilizar o marco de 28 semanas, que não é o divisor da definição clínica.

Alternativa b: Incorreta. Embora identifique corretamente que a rotura ocorre antes do trabalho de parto, o limite de 16 semanas é considerado muito precoce para a definição clássica de RPM. Rupturas nessa fase são habitualmente enquadradas como abortamento inevitável, que compreende o período até a 20ª ou 22ª semana de gestação.

Alternativa c: Incorreta. A rotura que ocorre durante o trabalho de parto é classificada como precoce (no início da dilatação) ou oportuna (no final da dilatação), mas nunca

como prematura. Além disso, o marco de 24 semanas não é o padrão utilizado para a definição básica da patologia.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa está correta, pois une o conceito temporal (antes do início do trabalho de parto) ao marco cronológico da gestação (acima da 20ª semana). Na prática obstétrica, adota-se que, a partir da 20ª semana, a perda de líquido amniótico por solução de continuidade das membranas deixa de ser classificada como abortamento e passa a ser tratada como amniorrexe prematura. Caso o evento ocorra entre a 20ª e a 37ª semana, recebe a denominação específica de rotura prematura das membranas pré-termo.

Questão 35

Para compreender quais vacinas são permitidas durante a gestação, o princípio fundamental é diferenciar as tecnologias de produção. Como regra geral, vacinas de vírus vivos atenuados ou bactérias vivas são contraindicadas pelo risco teórico de infecção fetal, enquanto vacinas inativadas, de subunidades ou toxoides são seguras e, em muitos casos, recomendadas.

Alternativa a: Incorreta. Embora a vacina contra a Covid-19 e a dupla adulto (dT) sejam seguras e recomendadas durante a gravidez, a vacina contra a varicela é composta por vírus vivos atenuados. Portanto, a varicela é contraindicada para gestantes.

Alternativa b: Incorreta. A vacina contra a rubéola (frequentemente administrada na forma de tríplice viral) utiliza vírus vivos atenuados, sendo formalmente contraindicada na gestação. A vacina Salk (VIP – pólio inativada) e o componente tétano são seguros, mas a rubéola invalida a opção.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa apresenta três vacinas seguras para o período gestacional. A vacina contra a hepatite B é recomendada para gestantes suscetíveis; a dupla adulto (dT) é essencial para a prevenção do tétano e da difteria (sendo complementada pela dTpa para proteção do recém-nascido contra a coqueluche); e a vacina contra a influenza (gripe) é altamente recomendada em qualquer idade gestacional por reduzir o risco de complicações respiratórias graves na mãe e conferir imunidade passiva ao feto.

Alternativa d: Incorreta. A vacina Sabin (VOP – pólio oral) é feita de vírus vivos atenuados e não deve ser utilizada em gestantes. A vacina da febre amarela também contém vírus vivo e, embora possa ser considerada em situações de surto e alto risco de exposição após análise rigorosa de risco-benefício, não é uma vacina de uso rotineiro ou livremente indicada na gestação como a hepatite B.

Questão 36

Para resolver esta questão, é necessário identificar o comportamento dos quatro principais hormônios do ciclo menstrual ao longo dos 28 dias representados no gráfico.

O número 1 representa o LH (Hormônio Luteinizante). Sua principal característica é o pico agudo e de grande magnitude que ocorre cerca de 10 a 12 horas antes da ovulação (dia 14). Esse surto de LH é o gatilho biológico indispensável para a ruptura do folículo e a liberação do óvulo.

O número 2 representa a Progesterona. No gráfico, nota-se que seus níveis são muito baixos na primeira metade do ciclo (fase folicular). Após a ovulação, com a formação do corpo lúteo, há uma produção maciça desse hormônio, gerando uma curva larga que atinge seu ponto máximo por volta do dia 21, decaindo caso não ocorra a fertilização.

O número 3 representa o FSH (Hormônio Folículo-Estimulante). Ele é responsável pelo recrutamento e pelo crescimento dos folículos ovarianos no início do ciclo. No gráfico, ele apresenta um pico de menor intensidade que ocorre simultaneamente ao pico de LH no meio do ciclo.

O número 4 representa o Estrógeno (Estradiol). Este hormônio apresenta um padrão bimodal. Ele aumenta progressivamente na fase folicular, atingindo um pico antes da ovulação (o que estimula o feedback positivo para o LH). Após a ovulação, ele apresenta um segundo pico, menos elevado que o primeiro, durante a fase lútea, também produzido pelo corpo lúteo.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A alternativa identifica o número 2 como estrógeno e o número 4 como FSH. No entanto, o hormônio que atinge seu ápice exclusivamente na fase lútea (número 2) é a progesterona, enquanto o hormônio com dois picos (número 4) é o estrógeno.

Alternativa b: Incorreta. Inverte a função dos hormônios ovarianos. O número 2 não pode ser estrógeno, pois não apresenta o pico característico da fase folicular tardia. O número 4 não pode ser progesterona, pois a progesterona não tem níveis elevados antes da ovulação.

Alternativa c: Incorreta. Identifica o número 1 como FSH e o 2 como LH. Fisiologicamente, o pico de LH é significativamente maior do que o de FSH durante a ovulação; logo, o número 1 deve ser obrigatoriamente o LH. Além disso, inverte os

hormônios ovarianos nos itens 3 e 4.

Alternativa d: Correta. Associa corretamente cada curva hormonal: o pico ovulatório principal (1 - LH), a elevação exclusiva da fase lútea (2 - Progesterona), o pico menor concomitante à ovulação (3 - FSH) e a curva de dois picos (4 - Estrógeno).

Questão 37

A mensuração da translucência nucal (TN) é o principal marcador ultrassonográfico utilizado no rastreamento de anomalias cromossômicas, sendo a Síndrome de Down (Trissomia do 21) a mais frequente. Para que essa medida seja considerada válida e possa ser inserida em algoritmos de cálculo de risco, ela deve seguir critérios técnicos rigorosos estabelecidos pela Fetal Medicine Foundation, o que inclui um período gestacional específico baseado no comprimento cabeça-nádega (CCN) do feto, que deve estar entre 45 mm e 84 mm.

Alternativa (a) Incorreta: Entre a 6ª e a 8ª semana de gestação, o embrião ainda é muito pequeno e a região da nuca não está suficientemente desenvolvida para uma medição precisa. Nessa fase, o ultrassom é indicado primordialmente para confirmar a viabilidade da gestação, determinar a idade gestacional e o número de embriões.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o feto já esteja mais desenvolvido do que na fase anterior, o período entre a 8ª e a 10ª semana e 6 dias ainda precede a janela ideal de rastreamento. Os valores de referência e as curvas de normalidade para a TN foram validados a partir da 11ª semana, quando o CCN atinge o tamanho mínimo de 45 mm.

Alternativa (c) Correta: O intervalo entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias é o período padronizado para a realização do rastreamento combinado do primeiro trimestre. É nesta janela que a TN atinge sua maior sensibilidade para detectar cromossomopatias. Após 13 semanas e 6 dias (ou CCN acima de 84 mm), o fluido linfático excessivo que caracteriza a TN aumentada pode ser reabsorvido, o que inviabiliza o teste de rastreio.

Alternativa (d) Incorreta: Na 20ª semana de gestação, o exame realizado é a ultrassonografia morfológica do segundo trimestre. Nesse estágio, a translucência nucal já não existe mais como marcador. O que se avalia na região posterior do pescoço fetal no segundo trimestre é a prega nucal (ou edema nucal), que possui critérios de medida e valores de referência totalmente diferentes da TN.

Questão 38

A medida do comprimento do colo uterino é o principal preditor de parto prematuro espontâneo, sendo fundamental em pacientes com antecedentes de prematuridade. A seguir, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta. A ultrassonografia abdominal não é a via recomendada para essa avaliação. Ela apresenta limitações técnicas significativas, como a interferência da obesidade materna e a necessidade de bexiga cheia, que pode alongar artificialmente o colo uterino por compressão, mascarando um colo curto. Além disso, a visualização do orifício interno e de possíveis funilamentos é muito inferior à via endovaginal.

Alternativa (b) Correta. A ultrassonografia transvaginal (endovaginal) é considerada o padrão-ouro para a avaliação do colo uterino. Ela permite uma visualização precisa do orifício interno, do canal cervical e do orifício externo, sem a interferência da bexiga. O período ideal para essa medida em pacientes de alto risco inicia-se no segundo trimestre (geralmente entre 16 e 24 semanas), pois antes desse período o segmento inferior do útero ainda não está bem formado, e após as 24 semanas o valor preditivo do exame diminui.

Alternativa (c) Incorreta. No primeiro trimestre de gestação, a transição entre o corpo uterino e o colo (istmo) ainda não está bem definida, o que torna a medida do comprimento cervical pouco acurada para a predição de parto prematuro. O rastreamento deve ser focado no segundo trimestre.

Alternativa (d) Incorreta. O toque vaginal é um exame subjetivo e avalia apenas a porção vaginal do colo (comprimento clínico). Ele não consegue mensurar o comprimento total do colo (que inclui a porção supravaginal) nem identificar precocemente a presença de funilamento (abertura do orifício interno), alterações que são facilmente detectadas pelo ultrassom transvaginal.

Questão 39

A questão aborda o rastreamento do câncer de mama, um tema central na medicina preventiva e na saúde da mulher. A discussão gira em torno de quando iniciar os exames e qual método utilizar para reduzir a mortalidade pela doença.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa reflete o posicionamento das principais sociedades de especialistas no Brasil, como a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR). Essas entidades recomendam que a mamografia seja realizada anualmente em mulheres a partir dos 40 anos de

idade. O fundamento técnico é que a mamografia é, até o momento, o único método de rastreamento que comprovou, através de ensaios clínicos randomizados, a capacidade de reduzir a mortalidade por câncer de mama, permitindo o diagnóstico de lesões em estágios iniciais e subclínicos (como as microcalcificações agrupadas). Vale ressaltar que, embora o Ministério da Saúde recomende o rastreamento bienal dos 50 aos 69 anos, as provas de residência frequentemente cobram o posicionamento das sociedades de especialistas.

Alternativa B (Incorreta): Não se recomenda o rastreamento mamográfico de rotina para mulheres a partir dos 30 anos na população geral. Nessa idade, as mamas costumam ser muito densas (predomínio de tecido glandular sobre o adiposo), o que diminui drasticamente a sensibilidade da mamografia e aumenta a incidência de resultados falsos-positivos e biópsias desnecessárias. O rastreamento antes dos 40 anos é reservado apenas para mulheres com risco muito acima da média (como as que possuem mutações genéticas comprovadas ou histórico familiar muito forte).

Alternativa C (Incorreta): A ressonância magnética (RM) não é um método de rastreamento inicial para a população geral. Apesar de ter uma sensibilidade extremamente alta para detectar tumores, a RM possui menor especificidade e um custo muito elevado. Além disso, ela não é eficiente para detectar microcalcificações suspeitas, que são detectadas primariamente pela mamografia. A RM é utilizada de forma complementar em pacientes de alto risco ou em situações diagnósticas específicas, nunca antes da mamografia no rastreamento padrão.

Alternativa D (Incorreta): O exame clínico das mamas (ECM) isoladamente não é uma estratégia de rastreamento eficaz para redução de mortalidade. Quando uma lesão se torna palpável ao exame clínico, ela geralmente já possui dimensões maiores do que as lesões detectáveis apenas por imagem. Embora o ECM faça parte da avaliação física, ele não substitui a mamografia. Além disso, a faixa etária e a periodicidade citadas na alternativa estão incompletas ou em desacordo com as diretrizes de rastreamento por imagem, que é o padrão-ouro para a prevenção secundária eficaz.

Questão 40

A Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) refere-se a um grupo de doenças genéticas em que há um bloqueio em etapas da síntese do cortisol no córtex da adrenal. Para responder a essa questão, é fundamental identificar a deficiência enzimática mais prevalente e o marcador laboratorial que se acumula em decorrência desse bloqueio.

Análise das alternativas:

A) Incorreta. A deficiência da 17-alfa-hidroxiase é uma forma rara de HAC. Ela se caracteriza clinicamente por hipertensão arterial (devido ao excesso de mineralocorticoides) e hipogonadismo (ausência de puberdade), uma vez que essa enzima é necessária para a produção de androgênios e estrogênios. Não é a enzima recorrente (mais comum) na prática clínica.

B) Incorreta. Não existe a enzima "17-beta-hidroxiase" no contexto das formas clássicas de HAC. Existe a 17-beta-hidroxiesteroide desidrogenase, que atua na conversão periférica de hormônios sexuais, mas sua deficiência não causa o quadro clássico de hiperplasia adrenal congênita com alteração do cortisol. Além disso, embora a 17-OH-progesterona seja o hormônio dosado, a nomenclatura da enzima está errada.

C) Incorreta. Embora o termo "21-hidroxiase" esteja correto quanto à enzima, o hormônio utilizado para o diagnóstico não é a progesterona isolada. Na deficiência de 21-hidroxiase, ocorre um acúmulo específico de 17-hidroxiprogesterona (17-OHP). A progesterona pode até estar elevada, mas não é o marcador padrão-ouro e específico para o diagnóstico e rastreio neonatal.

D) Correta. A deficiência da enzima 21-hidroxiase (também denominada 21-alfa-hidroxiase) é a causa mais comum de HAC, sendo responsável por mais de 90% a 95% dos casos. Essa enzima é responsável por converter a 17-hidroxiprogesterona em 11-desoxicortisol. Quando há deficiência, a 17-hidroxiprogesterona não é convertida, acumulando-se na corrente sanguínea. Por isso, a dosagem da 17-OH-progesterona é o exame fundamental para o diagnóstico, sendo inclusive o marcador utilizado no Teste do Pezinho (triagem neonatal). O excesso desse precursor é desviado para a via de produção de androgênios, o que explica a virilização comum nesses quadros.

Questão 41

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente com Síndrome do Impacto Subacromial, a causa mais comum de dor no ombro em adultos. Os principais pontos para o diagnóstico são:

1. Identificação do Tendão Acometido:

- O teste de elevação do braço a 90° em abdução com o polegar para baixo e resistência (conhecido como Teste de Jobe ou Empty Can Test) é específico para avaliar o músculo supraespal. Quando positivo (dor ou perda de força), indica tendinopatia ou ruptura desse tendão.

- A dor na abdução ativa em torno de 80°-120° caracteriza o "arco doloroso", típico de compressão subacromial.
- Os testes de Neer (elevação passiva com rotação interna) e Hawkins-Kennedy (elevação com cotovelo flexionado e rotação interna) são testes de impacto que confirmam a irritação das estruturas sob o arco coracoacromial, afetando primordialmente o supraespinal.

2. Exclusão de outros tendões:

- O Teste de Gerber (Lift-off test), que consiste em afastar a mão das costas, avalia o músculo subescapular. Como o paciente não teve dificuldade nesse movimento, o subescapular está preservado.
- O músculo infraespinal é o principal rotador externo, e sua avaliação específica não foi o foco dos testes positivos relatados.

3. Achados de Imagem e Conduta:

- A ultrassonografia mostrou espessamento (tendinopatia/tendinose) sem ruptura completa. Nesses casos, o tratamento inicial é obrigatoriamente conservador.
- O tratamento padrão-ouro envolve o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) para controle da fase dolorosa e fisioterapia focada no fortalecimento dos músculos do manguito rotador e dos estabilizadores da escápula, além de alongamento da cápsula posterior.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O músculo subescapular foi descartado pelo teste de Gerber negativo. Além disso, a infiltração com corticoide não é a conduta inicial de primeira linha antes da tentativa de fisioterapia e AINEs orais, devendo ser reservada para casos refratários devido ao risco de degeneração tendínea.

b) INCORRETA. O quadro clínico aponta para o supraespinal, e não para o infraespinal. Além disso, a imobilização por 2 semanas é contraindicada em patologias do manguito rotador, pois aumenta significativamente o risco de capsulite adesiva (ombro congelado). O movimento orientado é fundamental para a recuperação.

c) CORRETA. Identifica corretamente o supraespinal como o músculo lesionado (confirmado pelo teste de Jobe positivo e sinais de impacto) e propõe a conduta adequada para uma lesão sem ruptura completa: fisioterapia para reequilíbrio muscular e AINEs para controle sintomático.

d) INCORRETA. O músculo levantador da escápula atua na elevação e rotação da escápula, e sua lesão não justificaria os testes de Jobe, Hawkins e Neer positivos. O

uso de opioides não é a primeira escolha para tendinopatias crônicas, priorizando-se o manejo com AINEs e reabilitação física.

Questão 42

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta um paciente com um quadro clássico de escabiose (sarna humana), causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. Os elementos que confirmam o diagnóstico são:

1. Prurido intenso com piora noturna (momento de maior atividade do ácaro).
2. Localização típica das lesões: regiões interdigitais, punhos, região periumbilical e genitália.
3. Presença de sulcos acarinos: descritos como linhas acinzentadas onduladas, que são o sinal patognomônico da doença (caminhos escavados pela fêmea do ácaro).
4. Epidemiologia positiva: a esposa também apresenta sintomas, indicando transmissão por contato direto.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): A permetrina 5% é o tratamento de primeira escolha para a escabiose devido à sua alta eficácia e segurança. A aplicação deve ser feita em todo o corpo, do pescoço para baixo, garantindo que as dobras e espaços interdigitais sejam cobertos. O produto deve agir por 8 a 14 horas (geralmente durante o sono) e ser removido no banho. Recomenda-se repetir o processo após 7 a 14 dias para eliminar ácaros provenientes de ovos que não foram destruídos na primeira aplicação.

Alternativa B (INCORRETA): Embora a ivermectina oral seja uma opção terapêutica válida para a escabiose, a dose padrão é de 200 microgramas por quilo de peso em dose única, com repetição após 7 a 14 dias, e não 6 mg por 2 dias seguidos. Além disso, a permetrina tópica ainda é preferencial como primeira linha em casos de escabiose clássica.

Alternativa C (INCORRETA): A terbinafina é um agente antifúngico, indicado para o tratamento de micoses (dermatofitoses). Não possui ação acaricida, portanto, não tem utilidade no tratamento da escabiose. O uso de hidrocortisona (corticoide) pode aliviar o prurido, mas não trata a causa e, se usada isoladamente, pode piorar a infestação.

Alternativa D (INCORRETA): O cetoconazol é um antifúngico da classe dos azóis, utilizado para tratar condições como dermatite seborreica e pitíriase versicolor. Não

apresenta atividade contra o *Sarcoptes scabiei*.

NOTAS ADICIONAIS PARA O MANEJO DO PACIENTE

No tratamento da escabiose, é fundamental orientar o tratamento simultâneo de todos os contatos próximos e familiares, mesmo que estejam assintomáticos no momento, para evitar o ciclo de reinfestação. Também se deve orientar a lavagem de roupas de cama e roupas pessoais utilizadas nos últimos dias com água quente.

Questão 43

CONTEXTO E CONCEITOS PRINCIPAIS

A questão aborda o Letramento em Saúde (Health Literacy) e a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC). O objetivo central é garantir que o paciente, independentemente de sua escolaridade ou capacidade cognitiva, compreenda as opções terapêuticas, riscos e benefícios para exercer sua autonomia de forma informada.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: Esta é a conduta padrão-ouro na comunicação clínica contemporânea. O uso de recursos visuais, como diagramas, infográficos ou aplicativos com interface simplificada, ajuda a materializar conceitos abstratos. Ao adaptar o conteúdo ao nível de letramento do paciente, o médico reduz a barreira de comunicação e permite que o indivíduo participe ativamente da escolha do seu plano de cuidado, aumentando a satisfação e a adesão ao tratamento.

Alternativa (b) INCORRETA: O uso de termos técnicos e a exposição de subsídios científicos complexos são barreiras de comunicação. Para um paciente com baixo letramento em saúde, essa abordagem gera confusão, ansiedade e distanciamento, impedindo qualquer possibilidade de tomada de decisão compartilhada. O médico deve "traduzir" a ciência para o cotidiano do paciente.

Alternativa (c) INCORRETA: O encaminhamento para um especialista apenas pela dificuldade de compreensão é uma medida inadequada. Além de sobrecarregar o sistema de saúde, essa atitude é paternalista ao assumir que o paciente é incapaz de decidir. O baixo letramento não retira do paciente o direito de decidir sobre sua saúde; cabe ao profissional ajustar a linguagem para que essa decisão seja possível.

Alternativa (d) INCORRETA: Incentivar a pesquisa independente na internet para pacientes com baixa escolaridade e dificuldades de compreensão é arriscado. Sem a curadoria do médico, o paciente pode encontrar informações falsas ou interpretar

incorretamente dados complexos, o que compromete a segurança do tratamento. A autonomia deve ser estimulada por meio de informações mediadas pelo profissional, e não pelo abandono do paciente à própria sorte na rede.

Questão 44

Análise do Quadro Clínico:

Para definir a conduta em casos de faringoamigdalite, a ferramenta mais utilizada na prática médica são os Critérios de Centor Modificados. Eles auxiliam o médico a estimar a probabilidade de a infecção ser causada pelo *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A) e a decidir sobre a necessidade de testes ou tratamento.

Aplicação dos Critérios de Centor na paciente:

1. Febre (maior que 38 graus): 0 pontos (a paciente apresenta febrícula de 37,7 graus).
2. Presença de exsudato ou edema nas tonsilas: +1 ponto (há exsudato purulento abundante).
3. Adenomegalia cervical anterior dolorosa: 0 pontos (ausente ao exame físico).
4. Ausência de tosse: 0 pontos (a paciente apresenta tosse seca, o que é um forte preditor de etiologia viral).
5. Idade (15 a 44 anos): 0 pontos.

A pontuação total da paciente é de apenas 1 ponto. Em adultos, quando a pontuação é 0 ou 1, a probabilidade de infecção estreptocócica é muito baixa (inferior a 10%). De acordo com as diretrizes da Sociedade Americana de Doenças Infecciosas (IDSA) e outros consensos mundiais, nesses casos não se recomenda o uso de antibióticos nem a realização de testes rápidos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O enunciado afirma que a paciente tem tosse seca. A presença de tosse é justamente um sintoma respiratório que sugere etiologia viral, e não bacteriana. Portanto, a justificativa da alternativa contradiz os dados do caso clínico.

Alternativa b) Incorreta. Embora o teste rápido (RADT) seja uma excelente ferramenta para confirmar o diagnóstico, ele não é indicado para pacientes com escore de Centor baixo (0 ou 1). Nesses casos, a probabilidade pré-teste é tão pequena que o rastreamento não se justifica economicamente e não altera a conduta de observação e tratamento sintomático.

Alternativa c) Incorreta. O exsudato purulento não é exclusivo de infecções bacterianas, podendo ocorrer em faringites por adenovírus, Epstein-Barr (mononucleose) e outros vírus. Além disso, o *Streptococcus pyogenes* é universalmente sensível à penicilina; o uso de amoxicilina-clavulanato seria desnecessário (espectro excessivo), pois o mecanismo de resistência por betalactamase não se aplica a esse patógeno na orofaringe.

Alternativa d) Correta. A presença de tosse seca, associada à febre baixa e à ausência de linfonodomegalias, aponta para uma etiologia viral. O tratamento correto para faringites virais é puramente sintomático (analgésicos, anti-inflamatórios e hidratação), uma vez que a doença é autolimitada e o uso de antibióticos não previne complicações nesses casos, além de expor a paciente a riscos desnecessários.

Questão 45

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB). Os elementos-chave para o diagnóstico são: vertigem de caráter objetivo (sensação de rotação), duração fugaz (segundos), desencadeada especificamente por mudanças de posição da cabeça ou do corpo (deitar-se ou levantar-se) e histórico de episódios semelhantes no passado.

Alternativa A: Incorreta. A labirintite é uma inflamação do ouvido interno que se manifesta com vertigem contínua e prolongada (dias), frequentemente acompanhada de perda auditiva ou zumbido, o que não condiz com os episódios de curta duração relatados. Além disso, a betaistina não é o tratamento de primeira linha para vertigens posicionais.

Alternativa B: Incorreta. A hipotensão postural manifesta-se tipicamente como tontura inespecífica, escurecimento visual ou pré-síncope ao assumir a posição ortostática, e não como vertigem rotatória objetiva. Clinicamente, os dados de pressão arterial do paciente (152 x 96 mmHg deitado e 140 x 92 mmHg em pé) mostram uma queda de apenas 12 mmHg na sistólica e 4 mmHg na diastólica, não atingindo os critérios diagnósticos de hipotensão ortostática (queda maior ou igual a 20 mmHg na sistólica ou 10 mmHg na diastólica).

Alternativa C: Incorreta. Embora o paciente apresente níveis pressóricos elevados que sugerem hipertensão arterial, a hipertensão por si só não é causa de vertigem episódica desencadeada por movimentação cefálica. Atribuir o sintoma à pressão alta e iniciar anti-hipertensivos não resolverá a queixa principal do paciente, que tem origem mecânica no sistema vestibular.

Alternativa D: Correta. A manobra de Dix-Hallpike é o padrão-ouro para o diagnóstico da VPPB (especificamente do canal semicircular posterior). Consiste em movimentar a cabeça do paciente para observar a presença de nistagmo característico e a reprodução dos sintomas de vertigem. Confirmado o diagnóstico, a conduta terapêutica envolve manobras de reposição canalítica, como a manobra de Epley, que visam reconduzir as otocônias (cristais) ao utrículo.

Questão 46

O caso clínico apresenta um paciente de 72 anos com múltiplas comorbidades graves e avançadas: Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida em estágio terminal (NYHA IV), DPOC avançada e Doença Renal Crônica estágio 4 (quase 5). O paciente apresenta marcadores de mau prognóstico e fragilidade, como perda de peso involuntária acentuada (caquexia cardíaca/pulmonar), hospitalizações recorrentes no último ano, hipotensão arterial e refratariedade ao tratamento otimizado. Além disso, há um claro esgotamento emocional e financeiro da família e do paciente em relação às intervenções agressivas.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A manutenção do tratamento atual com foco apenas em ajustes de doses e a introdução de diálise (terapia de substituição renal) não abordam a terminalidade do quadro. Em pacientes com insuficiência cardíaca terminal e múltiplas comorbidades, a diálise muitas vezes aumenta o sofrimento e a carga de intervenções sem proporcionalidade clínica, não garantindo melhora na qualidade de vida ou redução significativa de hospitalizações neste contexto de fragilidade extrema.
- b) Incorreta. O termo "abordagem curativa" é inadequado para doenças crônicas progressivas e terminais como as descritas. O encaminhamento para Centro de Terapia Intensiva (CTI) e o uso de inotrópicos para pacientes com esse perfil clínico configuram, muitas vezes, distanásia (prolongamento do processo de morte com sofrimento), sem perspectiva de reversão da doença de base ou melhora sustentável.
- c) Correta. O paciente preenche critérios claros para o início de cuidados paliativos exclusivos ou predominantes. A presença de doença de órgão terminal, sintomas em repouso apesar do tratamento máximo, múltiplas internações e declínio funcional/nutricional indicam que o foco deve ser o alívio do sofrimento (físico, psíquico e social). A conduta envolve o controle rigoroso da dispneia e da dor, suporte à família, planejamento avançado de cuidados e a desospitalização sempre que possível, priorizando o conforto e a dignidade do paciente.

d) Incorreta. O transplante cardíaco e pulmonar é formalmente contraindicado para este paciente. A idade avançada associada à falência multiorgânica (especialmente a doença renal estágio 4) e a fragilidade clínica impedem que ele seja um candidato a transplantes. Sugerir essa opção é tecnicamente incorreto e cria expectativas irreais para a família.

Conclusão: Diante de um quadro de múltiplas falências orgânicas terminais e sofrimento multidimensional, a boa prática médica indica a transição do foco terapêutico para os Cuidados Paliativos, conforme descrito na alternativa (c).

Questão 47

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de Insuficiência Venosa Crônica (IVC) com evolução de cinco anos. Para resolver essa questão, é fundamental aplicar a classificação CEAP, que é o padrão internacional para descrever as manifestações clínicas das doenças venosas crônicas. A classificação clínica (C) é hierárquica, o que significa que devemos classificar o paciente pelo achado mais grave presente no exame físico ou na história clínica.

Os achados descritos são:

- Veias varicosas calibrosas (C2)
- Edema maleolar (C3)
- Hiperpigmentação/Dermite ocre (C4a)
- Úlcera venosa cicatrizada (C5)

Como a paciente apresenta uma área de úlcera já cicatrizada na perna direita, ela se enquadra automaticamente na classe clínica C5. Se a úlcera estivesse aberta no momento do exame, seria C6.

TRATAMENTO SINTOMÁTICO E PREVENTIVO

Para pacientes em estágios avançados de IVC (C4, C5 e C6), o objetivo principal do tratamento sintomático é reduzir a hipertensão venosa e evitar a recidiva de feridas. O uso de meias de compressão elástica é a medida mais eficaz para controlar o edema e prevenir a reabertura de úlceras. Complementarmente, cuidados dermatológicos (como hidratação da pele e controle de eczemas) são fundamentais para manter a integridade cutânea.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A - INCORRETA: A classe C2 é reservada para casos onde o achado máximo são veias varicosas. O enunciado deixa claro que a paciente já teve uma úlcera venosa, o que a posiciona em uma categoria de maior gravidade. Além disso, a safenectomia é um tratamento cirúrgico para correção de refluxo, não sendo a classificação clínica solicitada.

Alternativa B - INCORRETA: A classe C3 refere-se apenas à presença de edema. O erro principal aqui reside na indicação de anticoagulante oral para prevenir novas úlceras. Anticoagulantes são indicados para prevenção e tratamento de eventos tromboembólicos (como trombose venosa profunda), não sendo o tratamento de rotina para prevenção de úlceras de estase venosa.

Alternativa C - INCORRETA: Embora a hiperpigmentação seja um sinal de classe C4, a classificação deve sempre considerar o sinal mais grave. A existência de uma úlcera cicatrizada eleva o caso para a classe C5. Flebotônicos podem auxiliar no alívio da dor e peso, mas a compressão elástica e o cuidado com a pele são prioridades no estágio C5.

Alternativa D - CORRETA: Identifica corretamente que a úlcera cicatrizada enquadra a paciente na classe clínica C5. O tratamento indicado foca no controle da pressão venosa com meias de compressão e na manutenção da saúde da pele por meio de cuidados dermatológicos, visando evitar novas lesões.

Questão 48

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é uma ferramenta fundamental na Atenção Primária à Saúde, proposta principalmente por Stewart e colaboradores. Ele desloca o foco do médico e da doença (modelo biomédico) para o paciente e sua experiência de vida (modelo biopsicossocial). O método é estruturado em quatro componentes principais: 1. Explorar a saúde, a doença e a experiência da doença; 2. Entender a pessoa como um todo; 3. Elaborar um plano conjunto de manejo; e 4. Intensificar a relação entre a pessoa e o médico.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Embora a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde materna sejam objetivos fundamentais da saúde pública e de políticas governamentais, eles não definem o Método Clínico Centrado na Pessoa. O MCCP é uma técnica de abordagem clínica individual, e não um conjunto de metas epidemiológicas macroestruturais.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o primeiro componente do MCCP: Explorar a saúde, a doença e a experiência da doença. O método propõe que o médico avalie tanto a "disease" (o processo patológico biológico) quanto a "illness" (a experiência subjetiva do paciente). Para isso, utiliza-se a mnemônica SIFE: Sentimentos (o que o paciente sente em relação ao problema), Ideias (o que ele acha que tem), Função (como o problema afeta sua vida) e Expectativas (o que ele espera da consulta/médico).

Alternativa (c) Incorreta. A visão de sustentabilidade, desenvolvimento social e ambiental está mais alinhada aos conceitos de Saúde Única (One Health) ou Determinantes Sociais de Saúde em uma perspectiva macro. O MCCP foca na subjetividade do indivíduo e no seu contexto pessoal e familiar imediato, e não em diretrizes de desenvolvimento ambiental.

Alternativa (d) Incorreta. O MCCP não estabelece uma periodicidade rígida para consultas (como "semestral") nem se limita a garantir pacotes de rastreamento e vacinação. O acompanhamento e a frequência são pactuados no terceiro componente do método (Elaborar um plano conjunto), respeitando a autonomia, os desejos e as necessidades específicas de cada paciente, fugindo de protocolos impositivos e padronizados.

Questão 49

Alternativa A: Incorreta. As diretrizes médicas atuais, incluindo as do Colégio Americano de Reumatologia, não recomendam o rastreamento laboratorial sistemático de familiares assintomáticos nem o tratamento da hiperuricemia assintomática apenas com base em níveis elevados de ácido úrico ou histórico familiar. O tratamento medicamentoso está indicado quando existem manifestações clínicas estabelecidas, como crises frequentes de artrite, tofos ou litíase renal.

Alternativa B: Correta. Esta é uma orientação fundamental no manejo não farmacológico da gota. A perda de peso deve ser gradual, pois reduções bruscas de peso ou jejum prolongado podem desencadear crises agudas devido a flutuações rápidas nos níveis de urato sérico e à produção de corpos cetônicos que competem com a excreção de ácido úrico. A dieta DASH é recomendada por ser rica em vegetais e laticínios com baixo teor de gordura, os quais possuem efeito uricosúrico (ajudam na eliminação do ácido úrico) e auxiliam no controle das comorbidades cardiovasculares.

Alternativa C: Incorreta. Embora a gota possa afetar diversas articulações, a apresentação clássica nas fases iniciais é a monoartrite de membros inferiores. O local mais frequentemente acometido em uma crise inicial é a primeira articulação

metatarsofalangeana (conhecida como podagra). O envolvimento de mãos, punhos e múltiplas articulações costuma ser uma característica da fase crônica tofácea da doença, e não das crises agudas iniciais.

Alternativa D: Incorreta. A colchicina é amplamente utilizada na profilaxia de crises agudas, especialmente durante os primeiros meses de introdução da terapia para redução de urato. No entanto, o seu mecanismo de ação é estritamente anti-inflamatório, atuando na inibição da polimerização da tubulina e na quimiotaxia de neutrófilos. Ela não possui efeito hipouricemiante, ou seja, não reduz os níveis de ácido úrico no sangue. O alopurinol, por outro lado, é um inibidor da xantina oxidase que reduz a produção de ácido úrico.

Questão 50

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

O quadro clínico descrito é clássico de paroníquia aguda bacteriana. Esta condição consiste na inflamação das dobras teciduais periungueais, geralmente desencadeada por pequenos traumas, como o hábito de roer unhas ou, como no caso da paciente, a remoção de cutículas durante a manicure. O trauma rompe a barreira protetora entre a prega ungueal e a placa ungueal, permitindo a entrada de patógenos, sendo o *Staphylococcus aureus* o agente mais comum.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) CORRETA. O diagnóstico é de paroníquia bacteriana. A presença de uma coleção purulenta (pus) é o ponto-chave para a conduta: quando há abscesso formado, a drenagem é obrigatória e representa o tratamento definitivo. A drenagem pode ser feita elevando-se a prega ungueal lateral com uma lâmina de bisturi ou agulha grossa. Em quadros localizados, sem sinais de gravidade (como febre ou linfadenopatia), o uso de antibióticos tópicos como o ácido fusídico ou a mupirocina é suficiente após a drenagem.

Alternativa b) INCORRETA. O termo celulite periungueal é menos preciso que paroníquia para descrever a infecção localizada na borda da unha. Além disso, a conduta está incompleta, pois a presença de uma coleção purulenta exige drenagem cirúrgica, não sendo resolvida apenas com compressas e pomadas.

Alternativa c) INCORRETA. Embora o diagnóstico de paroníquia esteja correto, a conduta falha em dois pontos. Primeiro, a compressa morna pode ajudar na fase inicial (inflamatória), mas não substitui a drenagem uma vez que o pus já está coletado. Segundo, o uso de cefalexina (antibiótico sistêmico) é geralmente

reservado para casos com celulite extensa associada, febre, ou em pacientes imunossuprimidos/diabéticos, o que não se aplica a esta paciente afebril e sem sinais sistêmicos.

Alternativa d) INCORRETA. O diagnóstico mais específico é paroníquia. Quanto à conduta, embora a drenagem esteja indicada para coleções, a prescrição de cefalexina (via oral) é considerada excessiva para uma paciente hígida com uma pequena coleção localizada e sem sinais de disseminação da infecção.

RESUMO PARA FIXAÇÃO

1. Paroníquia Aguda: Infecção da prega ungueal (geralmente por *S. aureus*).
2. Clínica: Dor, edema, eritema e, frequentemente, abscesso na borda da unha.
3. Tratamento sem abscesso: Compressas mornas, elevação e antibiótico tópico ou oral (se necessário).
4. Tratamento com abscesso (coleção): Drenagem (essencial) + cuidados locais/antibiótico tópico.
5. Antibiótico sistêmico: Reservado para casos com celulite extensa, linfangite, febre ou em pacientes de risco (ex: diabéticos).

Questão 51

COMENTÁRIO DO PROFESSOR

Esta questão aborda a atualização da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) de julho de 2024, que incorporou novas recomendações da Federação Internacional de Diabetes (IDF). A principal mudança é a valorização da glicemia de 1 hora no Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) de 75g como critério diagnóstico para pacientes que possuem glicemia de jejum e hemoglobina glicada normais, mas apresentam fatores de risco.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Segundo a nova diretriz, o perfil glicêmico é considerado normal quando a glicemia na 1ª hora do TOTG é inferior a 155 mg/dL. O valor de 209 mg/dL mencionado é o ponto de corte para o diagnóstico de diabetes, e não para a normalidade.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve precisamente o novo critério. Em indivíduos com alto risco metabólico (3 ou mais fatores de risco) que possuem exames convencionais (jejum e HbA1c) normais, uma glicemia entre 155 e 208 mg/dL na primeira hora do TOTG define o diagnóstico de pré-diabetes (ou

hiperglicemia intermediária).

Alternativa c: Incorreta. O valor de 155 mg/dL é o limite inferior para o diagnóstico de pré-diabetes na 1ª hora do TOTG. Para que o paciente seja diagnosticado com diabetes por esse método, o valor deve ser igual ou superior a 209 mg/dL.

Alternativa d: Incorreta. O valor de corte para o diagnóstico de diabetes na 1ª hora do TOTG, conforme a atualização de 2024, é de 209 mg/dL, e não 200 mg/dL.

Resumo dos novos critérios da SBD (Glicemia de 1 hora no TOTG):

- Normal: menor que 155 mg/dL.
- Pré-diabetes: 155 a 208 mg/dL.
- Diabetes: igual ou maior que 209 mg/dL.

Gabarito: Letra (b).

Questão 52

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito é patognomônico de Herpes-zoster. Os principais pontos que levam a esse diagnóstico são:

1. Dor neuropática (ardor e dor moderada) precedendo ou acompanhando as lesões cutâneas.
2. Presença de vesículas agrupadas sobre base eritematosa.
3. Distribuição dermatomal unilateral (topografia torácica à direita) que não cruza a linha média.
4. Faixa etária do paciente (63 anos), idade em que há um declínio natural da imunidade celular, facilitando a reativação do vírus Varicela-zoster.

O tratamento deve ser iniciado preferencialmente em até 72 horas após o surgimento das lesões para acelerar a cicatrização, reduzir a carga viral e, principalmente, diminuir o risco de neuralgia pós-herpética.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. O diagnóstico está errado, pois o Herpes simples costuma causar lesões localizadas (como labial ou genital) e não apresenta essa distribuição típica por dermatomo torácico. Além disso, a dose de aciclovir de 200 mg (5 vezes ao dia) é indicada para Herpes simples; para o tratamento de Herpes-zoster, a dose necessária de aciclovir é muito maior (800 mg, 5 vezes ao dia).

Alternativa B: INCORRETA. Embora o diagnóstico de Herpes-zoster esteja correto, a conduta terapêutica é inadequada. O tratamento do Herpes-zoster deve ser realizado com antivirais por via sistêmica (oral), uma vez que o uso tópico de aciclovir não apresenta eficácia clínica para esta condição. O uso de corticoide tópico (betametasona) também não é o tratamento de escolha para as lesões vesiculares agudas.

Alternativa C: CORRETA. O diagnóstico de Herpes-zoster está correto com base na clínica dermatomal. O plano terapêutico está adequado, utilizando o Valaciclovir na dose de 1000 mg (2 comprimidos de 500 mg) a cada 8 horas (3 vezes ao dia) por 7 dias. O Valaciclovir é uma pró-droga do aciclovir com melhor biodisponibilidade e posologia mais cômoda. O manejo da dor com lidocaína gel e paracetamol é fundamental para o conforto do paciente na fase aguda.

Alternativa D: INCORRETA. Erra no diagnóstico (Herpes simples) e propõe um tratamento tópico ineficaz para o caso, além de prescrever corticoide tópico, que não tem indicação no manejo inicial das vesículas de zoster.

RESUMO DO REGISTRO SOAP (A e P)

A (Avaliação): Herpes-zoster (CID 10: B02.9).

P (Plano): Antiviral sistêmico iniciado precocemente (menos de 72h de evolução) para controle da replicação viral e prevenção de complicações, associado à analgesia multimodal para controle da dor aguda.

Questão 53

Para compreender a questão, é fundamental analisar os conceitos bioestatísticos apresentados na tabela e integrá-los à prática clínica. O Ganho Terapêutico em relação ao placebo representa a eficácia do medicamento: quanto maior a porcentagem, mais eficaz é a droga em abortar a crise de enxaqueca. Já o NNH (Número Necessário para Dano) indica a frequência de efeitos adversos: quanto menor o valor do NNH, maior é a incidência de efeitos colaterais, pois são necessários menos pacientes tratados para que um apresente um evento adverso.

Análise dos dados da tabela:

A Sumatriptana subcutânea (SC) possui maior eficácia (51% contra 31% da oral), porém apresenta um NNH menor (3 contra 6), o que significa que é mais provável que o paciente sinta efeitos colaterais com a forma injetável.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a apresentação subcutânea tenha, de fato, maior benefício no abortamento da crise (51% de ganho terapêutico), ela possui uma incidência maior de efeitos colaterais, e não menor. O NNH de 3 da forma SC indica maior risco de dano do que o NNH de 6 da forma oral.

Alternativa b) Incorreta. Esta opção ignora o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Na Medicina Baseada em Evidências, a eficácia não é o único critério. O médico não deve prescrever prontamente sem considerar os riscos (NNH) e as preferências do paciente. O termo "sempre será desejável" é inadequado, pois a escolha terapêutica deve ser compartilhada.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa aplica corretamente os dados da tabela e os princípios do MCCP e da MBE. O médico reconhece a maior eficácia da Sumatriptana subcutânea (51%), mas cumpre seu papel ético ao ponderar o maior risco de efeitos adversos (NNH = 3). Ao informar o paciente sobre esses dois lados, permite-se uma decisão compartilhada, respeitando a autonomia e o contexto de quem sofre com a migrânea.

Alternativa d) Incorreta. A afirmação contém um erro técnico sobre os dados: a apresentação oral possui uma incidência de efeitos colaterais menor (NNH = 6) do que a subcutânea (NNH = 3), e não maior. Além disso, a premissa de que evitar o injetável sempre é desejável desconsidera a necessidade clínica de alguns pacientes que podem preferir a rapidez e maior eficácia da via SC, apesar dos riscos.

Em resumo, a conduta correta baseada em evidências e no centro da pessoa exige a transparência sobre o balanço entre maior eficácia e maior potencial de dano da via subcutânea em comparação à oral.

Questão 54

A Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM) é uma das causas mais comuns de dor regional no sistema musculoesquelético. Sua característica patognomônica é o ponto-gatilho (*trigger point*), um nódulo palpável situado em uma banda tensa de fibras musculares que, quando estimulado, gera dor local e, frequentemente, dor referida em áreas distantes. O diagnóstico é estritamente clínico, baseado em critérios de palpação manual.

Alternativa a: Incorreta. A SDM não apresenta hipotonia (fraqueza ou redução do tônus muscular). O achado característico é justamente o oposto: uma banda de tensão ou hipertonia localizada. Além disso, embora a contração possa ser dolorosa, o critério diagnóstico fundamental é a reprodução da dor através da palpação do ponto específico, e não apenas pela contração voluntária.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa elenca os três pilares diagnósticos clássicos da síndrome. Primeiro, a banda rígida (ou banda tensa), que é um grupo de fibras musculares com contração mantida. Segundo, a sensibilidade aumentada (ponto-gatilho propriamente dito) localizado sobre essa banda. Terceiro, a reprodução da dor reconhecida pelo paciente; ou seja, ao pressionar o ponto, o médico desencadeia exatamente a dor que levou o paciente à consulta, muitas vezes com o fenômeno de dor referida (dor à distância).

Alternativa c: Incorreta. O edema (inchaço) não é um componente da Síndrome Dolorosa Miofascial, sendo mais comum em processos inflamatórios agudos ou traumas. A sensibilidade na SDM é focal (em pontos específicos) e não difusa. A dor muscular difusa é uma característica da fibromialgia, que é o principal diagnóstico diferencial da SDM, mas que não apresenta as bandas tensas musculares localizadas.

Alternativa d: Incorreta. Embora sinais autonômicos como sudorese local, piloereção (arrepios) ou alterações de temperatura possam eventualmente ocorrer em casos de pontos-gatilho muito ativos e graves, eles não são considerados critérios fundamentais ou obrigatórios para a definição e o diagnóstico da síndrome. Os critérios fundamentais são mecânicos e sensoriais, focados na palpação da musculatura.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 55

Para responder a essa questão, devemos aplicar os critérios de estratificação de risco e as metas terapêuticas estabelecidas pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020). O enunciado define um paciente hipertenso de estágio 1 (pressão sistólica entre 140-159 mmHg e/ou diastólica entre 90-99 mmHg) que possui alto risco cardiovascular.

Sobre a Farmacoterapia Inicial:

A diretriz recomenda que a maioria dos hipertensos inicie o tratamento com a combinação de dois fármacos em doses baixas (terapia dupla). A monoterapia é reservada apenas para casos específicos: hipertensos de estágio 1 com baixo risco cardiovascular ou pacientes muito idosos e/ou frágeis. Como o paciente em questão é de estágio 1, mas de alto risco, a indicação inicial é a terapia dupla.

Sobre o Alvo Pressórico:

O alvo pressórico é determinado pelo risco cardiovascular. Para pacientes de alto risco cardiovascular (o que inclui hipertensos de estágio 1 com alto risco, estágio 2

ou estágio 3), a meta é mais rigorosa, devendo-se buscar valores menores que 130/80 mmHg. Pacientes de baixo ou moderado risco possuem um alvo menos agressivo, menor que 140/90 mmHg.

Análise das alternativas:

a) Correta. A combinação de dois fármacos (terapia dupla) é a escolha para pacientes de estágio 1 com alto risco, e o alvo pressórico para este perfil é inferior a 130/80 mmHg.

b) Incorreta. A monoterapia e o alvo $< 140/90$ mmHg seriam as escolhas adequadas se o paciente fosse de estágio 1 com baixo ou moderado risco cardiovascular.

c) Incorreta. Embora a terapia dupla esteja correta para o risco elevado, o alvo pressórico $< 140/90$ mmHg é considerado insuficiente para pacientes classificados como de alto risco.

d) Incorreta. A monoterapia não é a estratégia preferencial para pacientes de estágio 1 que já apresentam alto risco cardiovascular, sendo indicada a intervenção com dois fármacos para atingir o controle mais rapidamente.

Questão 56

Esta questão aborda a individualização das metas glicêmicas no tratamento do diabetes mellitus, conforme as diretrizes da American Diabetes Association (ADA) de 2024. A lógica principal da ADA é que a meta de hemoglobina glicada (HbA1c) deve ser personalizada com base em fatores como expectativa de vida, riscos de hipoglicemia, duração da doença e presença de comorbidades.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): O nível de 5,5% de hemoglobina glicada está dentro da faixa de normalidade para indivíduos não diabéticos. Para um paciente já diagnosticado com diabetes, tentar alcançar níveis tão baixos não oferece benefício clínico comprovado e aumenta significativamente o risco de hipoglicemia grave e iatrogenia, mesmo em pacientes jovens e saudáveis.

Alternativa B (Incorreta): A meta de HbA1c $< 7\%$ é o objetivo padrão para a maioria dos adultos não gestantes. No entanto, para o idoso frágil e com saúde complexa, essa meta é considerada muito rigorosa. Para esse perfil de paciente, a ADA recomenda flexibilizar os alvos (geralmente $< 8,0\%$ ou $< 8,5\%$) para priorizar a segurança e evitar a polifarmácia e episódios de hipoglicemia, que são mais

perigosos nessa faixa etária.

Alternativa C (Correta): A diretriz da ADA 2024 estabelece que metas mais rígidas de HbA1c, como níveis abaixo de 6,5%, podem ser apropriadas para pacientes selecionados. Os critérios para essa meta mais restrita incluem: curta duração do diabetes, longa expectativa de vida, ausência de doença cardiovascular significativa e, fundamentalmente, a capacidade de atingir esse alvo sem causar hipoglicemia significativa ou outros efeitos adversos do tratamento. Embora o texto clássico cite 6,5%, o valor de 6,4% apresentado na questão reflete a intenção de um controle intensivo abaixo do limiar diagnóstico.

Alternativa D (Incorreta): Embora as metas para idosos frágeis e com saúde muito complexa sejam relaxadas, o valor de $< 9\%$ é considerado muito elevado. O objetivo no paciente idoso frágil é evitar a hiperglicemia sintomática (que causa desidratação, descompensações agudas e risco de infecções) e a hipoglicemia. Para pacientes com saúde muito comprometida ou expectativa de vida limitada, a ADA geralmente sugere metas de HbA1c $< 8,0\%$ ou $< 8,5\%$.

RESUMO DAS METAS ADA 2024:

- Meta padrão para a maioria dos adultos: HbA1c $< 7\%$.
- Pacientes jovens, sem complicações e longa expectativa de vida: HbA1c $< 6,5\%$ (ou valores mais restritos, se seguros).
- Idosos saudáveis: HbA1c $< 7,0\%$ a $7,5\%$.
- Idosos frágeis, com comorbidades ou expectativa de vida limitada: HbA1c $< 8,0\%$ ou $< 8,5\%$.

Questão 57

A questão aborda a aplicação do raciocínio bayesiano na prática clínica, especificamente utilizando o nomograma de Fagan para determinar a probabilidade pós-teste de uma doença. O raciocínio bayesiano permite que o médico atualize a probabilidade de um diagnóstico à medida que novas informações (sintomas, sinais ou exames) são adicionadas.

Para resolver o problema, devemos seguir três passos no nomograma de Fagan apresentado na imagem:

1. Identificar a Probabilidade Pré-teste: A questão informa que a prevalência da candidíase na comunidade é de 26%. Portanto, marcamos o ponto 26 na coluna da esquerda (Probabilidade Pré-teste).

2. Identificar a Razão de Verossimilhança (Likelihood Ratio - LR): O enunciado fornece um LR positivo de 23,1 para os achados clínicos (corrimento grumoso, prurido e ausência de odor). Marcamos esse valor na coluna central (LR).

3. Encontrar a Probabilidade Pós-teste: Traçamos uma linha reta partindo do ponto 26 na primeira coluna, passando pelo ponto 23,1 na coluna central, até atingir a terceira coluna à direita (Probabilidade Pós-teste). Visualmente, essa linha cruzará a escala da direita aproximadamente no valor de 89%.

Matematicamente, o cálculo confirma o gráfico:

Probabilidade pré-teste de 26% equivale a uma chance (odds) de 0,35 (0,26 / 0,74).

Multiplicamos a chance pelo LR: $0,35 \times 23,1 = 8,08$ (chance pós-teste).

Convertendo de volta para probabilidade: $8,08 / (8,08 + 1) = 0,89$ ou 89%.

Análise das alternativas:

a) 56%. Incorreta. Este valor seria alcançado com um LR muito menor, em torno de 3,5. Um LR de 23,1 é considerado um teste muito forte, elevando significativamente a probabilidade.

b) 63%. Incorreta. Também é um valor baixo para um LR tão elevado partindo de uma prevalência de 26%.

c) 89%. Correta. É o valor exato resultante da interseção da linha no nomograma de Fagan e do cálculo matemático das chances pós-teste. Indica que, diante desses achados clínicos específicos, a chance da paciente realmente ter candidíase subiu de 26% para cerca de 89%.

d) 100%. Incorreta. Na medicina e na estatística bayesiana, raramente chegamos a 100% de certeza. Mesmo um LR alto como 23,1 ainda deixa uma margem de incerteza, não sendo um teste patognomônico ou perfeito.

Questão 58

Esta questão aborda os exames laboratoriais básicos que devem ser solicitados para todo paciente com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), conforme a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020). O objetivo desses exames é identificar lesões em órgãos-alvo, estimar o risco cardiovascular e detectar comorbidades ou causas secundárias de hipertensão.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O hemograma e o sódio não fazem parte da rotina básica de exames para o paciente hipertenso de acordo com a diretriz de 2020. Embora o hemograma seja um exame comum na prática clínica, ele não é obrigatório na avaliação inicial da HAS. O sódio, apesar de importante, não consta na lista de triagem básica obrigatória, ao contrário do potássio.

b) Correta. Esta alternativa lista exatamente os exames de análises clínicas preconizados pela Diretriz de 2020 para a rotina básica: potássio plasmático (fundamental pela relação com o sistema renina-angiotensina-aldosterona e uso de diuréticos), lipidograma (avaliação de risco cardiovascular), glicemia de jejum e hemoglobina glicada (rastreamento de diabetes mellitus), creatinina plasmática (para cálculo da taxa de filtração glomerular e avaliação de função renal), ácido úrico (marcador de risco e prognóstico) e urina tipo 1 / EAS (busca por proteinúria ou hematúria, sinais de lesão renal).

c) Incorreta. O erro desta alternativa está na inclusão do sódio e da ureia. A diretriz foca no potássio em detrimento do sódio para a rotina inicial. Quanto à função renal, a creatinina é o marcador de escolha para o cálculo da taxa de filtração glomerular, tornando a ureia desnecessária na triagem inicial básica do hipertenso.

d) Incorreta. Esta alternativa contém o hemograma e a ureia, que, como mencionado anteriormente, não compõem o rol de exames laboratoriais de rotina mínima para o paciente com hipertensão arterial, segundo o documento oficial da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Resumo dos exames de rotina (DBH 2020):

1. Urina (EAS/Sumário de urina).
2. Potássio plasmático.
3. Creatinina plasmática (com cálculo da taxa de filtração glomerular).
4. Glicemia de jejum e hemoglobina glicada (HbA1c).
5. Lipidograma (colesterol total, HDL e triglicerídeos; LDL calculado).
6. Ácido úrico plasmático.
7. Eletrocardiograma de repouso (exame de imagem/gráfico, não laboratorial).

Questão 59

Para resolver essa questão, precisamos analisar dois pontos principais: a classificação da dispepsia e os níveis de prevenção de Leavell e Clark.

1. Classificação da Dispepsia:

A dispepsia é um conjunto de sintomas centrados no abdome superior (dor, queimação, empachamento, saciedade precoce). Ela é classificada em dois grandes

grupos após a investigação:

- Dispepsia Funcional: Quando o paciente apresenta os sintomas, mas os exames de investigação (como a endoscopia digestiva alta) não revelam alterações estruturais ou orgânicas que justifiquem o quadro.
- Dispepsia Orgânica: Quando os sintomas são causados por uma lesão identificável. No caso clínico descrito, a endoscopia (EDA) revelou uma úlcera gástrica. A presença de uma lesão estrutural define o diagnóstico como dispepsia orgânica.

2. Níveis de Prevenção de Leavell e Clark (1976):

O modelo de Leavell e Clark divide a prevenção em três níveis principais:

- Prevenção Primária: Atua no período pré-patogênico (antes de a doença se instalar). Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: vacinação, uso de preservativos).
- Prevenção Secundária: Atua no período de patogênese (com a doença já presente, mesmo que inicial). O foco é o diagnóstico precoce e o tratamento imediato para evitar a evolução da doença ou sequelas. A realização de exames diagnósticos em pacientes sintomáticos, como a endoscopia solicitada para investigar a dor e a perda de peso, enquadra-se aqui.
- Prevenção Terciária: Atua na fase de defeito ou sequela, focando na reabilitação do paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O diagnóstico não é de dispepsia funcional, pois foi encontrada uma úlcera gástrica. Além disso, a prevenção terciária refere-se à reabilitação, e não ao diagnóstico por endoscopia.

Alternativa (b) Incorreta. Embora o diagnóstico de dispepsia orgânica esteja correto, a prevenção secundária (e não terciária) é a que se aplica à realização de exames para diagnóstico precoce e tratamento imediato.

Alternativa (c) Incorreta. O nível de prevenção secundária está correto para o ato de realizar a endoscopia diagnóstica, mas o diagnóstico é orgânico devido ao achado da úlcera, invalidando o termo funcional.

Alternativa (d) Correta. A presença da úlcera gástrica na endoscopia caracteriza a dispepsia como orgânica. O emprego da endoscopia digestiva alta para investigar sintomas e chegar a um diagnóstico rápido, permitindo o tratamento da lesão encontrada, configura a prevenção secundária de acordo com Leavell e Clark.

Questão 60

Texto Original:

A fibromialgia é uma síndrome de dor crônica caracterizada por sensibilização central. O tratamento farmacológico é direcionado para a modulação de neurotransmissores que participam das vias de dor e sono. A questão exige a identificação de três fármacos que pertençam, respectivamente, às classes dos anticonvulsivantes, antidepressivos e relaxantes musculares.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A carbamazepina é um anticonvulsivante, porém sua principal indicação em dor é para a neuralgia do trigêmeo, não sendo a droga de escolha para a fibromialgia. A duloxetina é um antidepressivo (correto), mas a amitriptilina também é classificada como antidepressivo tricíclico, o que quebra a sequência solicitada de relaxante muscular na terceira posição.

Alternativa b) Incorreta. A pregabalina é um anticonvulsivante de primeira linha e a venlafaxina é um antidepressivo dual, ambos corretos. No entanto, a amitriptilina é um antidepressivo tricíclico. Embora possua efeito sedativo que auxilie no sono, ela não ocupa a categoria de relaxante muscular conforme a nomenclatura farmacológica padrão exigida pela questão.

Alternativa c) Correta. A pregabalina atua na subunidade alfa-2-delta dos canais de cálcio voltagem-dependentes, sendo um anticonvulsivante padrão-ouro para a fibromialgia. A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico amplamente utilizado como terapia de primeira linha para modular a dor e melhorar a arquitetura do sono. A ciclobenzaprina é um relaxante muscular de ação central, estruturalmente semelhante aos antidepressivos tricíclicos, sendo a opção clássica desta classe para o manejo da doença.

Alternativa d) Incorreta. A gabapentina (anticonvulsivante) e a duloxetina (antidepressivo) são opções válidas. Contudo, o carisoprodol não é recomendado para o tratamento da fibromialgia. Trata-se de uma droga com alto potencial de dependência e metabolização em meprobamato, sem evidências de benefício clínico sustentado para pacientes fibromiálgicos.

Questão 61

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta uma paciente de 56 anos com carga tabágica expressiva (40 anos-maço) e sintomas respiratórios crônicos. O diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é confirmado pela espirometria, que demonstra um distúrbio ventilatório obstrutivo (relação VEF1/CVF menor que 0,70) com prova broncodilatadora negativa, indicando obstrução não totalmente reversível ao fluxo aéreo.

A paciente já está em tratamento farmacológico, fazendo uso de tiotrópio (um antagonista muscarínico de longa ação — LAMA) e formoterol (um beta-2-agonista de longa ação — LABA).

O quadro atual de piora da dispneia, sensação de abafamento torácico e aumento da tosse com expectoração nos últimos 8 a 30 dias caracteriza uma exacerbação da DPOC. A exacerbação é definida clinicamente como um agravamento dos sintomas respiratórios que resulta em necessidade de terapia adicional.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) DPOC em tratamento, exacerbação leve.

Alternativa correta. A paciente possui diagnóstico confirmado e já realiza tratamento medicamentoso com LAMA e LABA. A exacerbação é classificada como leve quando a paciente apresenta piora dos sintomas, mas mantém estabilidade hemodinâmica e respiratória relativa. No exame físico, a frequência respiratória de 22 ipm e a saturação de 94% em ar ambiente, associadas à ausência de febre ou sinais de insuficiência respiratória grave, corroboram a classificação de um quadro leve, que geralmente requer apenas o ajuste ou intensificação de broncodilatadores de curta ação.

b) DPOC sem tratamento, estável.

Alternativa incorreta. A paciente está em tratamento com tiotrópio e formoterol. Além disso, ela não está estável, pois relata piora aguda dos sintomas (dispneia e tosse) em relação ao seu padrão basal.

c) DPOC em tratamento, exacerbação moderada.

Alternativa incorreta. Embora a paciente esteja em tratamento e exacerbada, a classificação "moderada" costuma ser reservada para casos que exigem o uso de corticosteroides sistêmicos e/ou antibióticos, ou quando há uma alteração mais acentuada dos sinais vitais, o que não é o caso da paciente, que se mantém com boa saturação e frequência respiratória apenas discretamente aumentada.

d) DPOC em tratamento, estável.

Alternativa incorreta. Apesar de a paciente estar em tratamento, o termo "estável" não se aplica, pois há um relato claro de mudança no padrão basal de tosse e falta de ar nas últimas semanas, o que define o evento agudo (exacerbação).

RESUMO DO DIAGNÓSTICO

1. Doença: DPOC (Tabagismo + espirometria com obstrução fixa).
2. Status: Em tratamento (Uso regular de LAMA e LABA).
3. Evento atual: Exacerbação (Piora aguda da dispneia e tosse).
4. Gravidade: Leve (Sinais vitais estáveis, oximetria adequada e ausência de sinais de gravidade).

Questão 62

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), confirmado pela carga tabágica elevada (40 maços/ano), sintomas crônicos e espirometria com distúrbio obstrutivo não reversível após broncodilatador. No momento, ela apresenta uma exacerbação da doença, caracterizada pela piora da dispneia e da tosse produtiva.

Como a paciente está clinicamente estável (oximetria de 94%, sem febre, sem sinais de desconforto respiratório grave), o manejo é ambulatorial. O pilar do tratamento da exacerbação da DPOC envolve o uso de broncodilatadores de curta ação para alívio dos sintomas, além da manutenção do tratamento prévio e orientações gerais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não se deve suspender as medicações de manutenção (tiotrópio e formoterol) durante uma exacerbação, pois elas garantem o controle basal da função pulmonar. Além disso, o corticoide inalatório isolado não é o tratamento de escolha para o alívio agudo dos sintomas de exacerbação; se houvesse indicação de corticoide para o quadro agudo, este deveria ser sistêmico (oral ou venoso).

b) Incorreta. Suspender a medicação de uso contínuo é um erro clínico. Além disso, a cessação do tabagismo é uma medida de extrema urgência e deve ser orientada de imediato, não "posteriormente", pois é a única intervenção que comprovadamente altera o declínio da função pulmonar na DPOC.

c) Incorreta. Embora manter a medicação e orientar a cessação do tabagismo

estejam corretos, o acréscimo de corticoide inalatório por 7 dias não é a conduta padrão para o manejo da exacerbação. O corticoide inalatório é uma medicação de manutenção para pacientes com fenótipos específicos (como eosinofilia ou exacerbações frequentes) e não possui papel no resgate agudo dos sintomas.

d) Correta. Esta alternativa contempla todos os pilares do manejo da exacerbação leve a moderada: 1) manutenção da terapia de base (LAMA/LABA), que a paciente já utiliza; 2) cessação do tabagismo, que é fundamental em qualquer estágio da doença; 3) adição de um broncodilatador de curta ação (beta-2-agonista, como o salbutamol ou fenoterol) para uso intermitente durante o período de piora dos sintomas (geralmente por 7 a 10 dias), visando o alívio imediato da obstrução brônquica. Como a secreção é mucoide e não há febre, não há indicação imediata de antibioticoterapia.

Questão 63

O diagnóstico desta paciente baseia-se na integração de achados clínicos sistêmicos, exames laboratoriais imunológicos e no padrão histopatológico. A paciente apresenta um quadro de manifestações extraglandulares graves, que podem ocorrer em cerca de 30 a 50 por cento dos casos de Síndrome de Sjögren.

Análise dos pontos principais da questão:

1. Manifestações Extraglandulares: A púrpura (vasculite de pequenos vasos), a mononeurite múltipla (comprometimento neurológico periférico) e a pneumopatia intersticial não específica (PINE) são complicações sistêmicas reconhecidas da Síndrome de Sjögren.

2. Marcadores Sorológicos: O Anti-Ro (SSA) é um dos pilares para o diagnóstico da doença. O fator reumatoide elevado e a hipergamaglobulinemia policlonal refletem a hiperatividade das células B, comum nesta patologia.

3. Biópsia de Glândula Salivar: A presença de sialoadenite linfocítica focal com Focus Score igual ou maior que 1 (no caso, focus score = 2) é o achado histopatológico clássico e critério diagnóstico essencial segundo os critérios do ACR/EULAR de 2016.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A doença relacionada ao IgG4 costuma cursar com aumento volumétrico de glândulas (como as lacrimais e parótidas) e a biópsia revelaria fibrose estoriforme e flebite obliterativa, achados diferentes da sialoadenite focal descrita. Além disso, o Anti-Ro positivo é característico de Sjögren, não da doença por IgG4.

b) Incorreta. Embora a artrite reumatoide (AR) possa apresentar fator reumatoide positivo e doença pulmonar intersticial, a questão não descreve sinovite em pequenas articulações. Além disso, o focus score de 2 na biópsia salivar e o Anti-Ro positivo direcionam o diagnóstico especificamente para Sjögren.

c) Correta. A paciente preenche critérios classificatórios definitivos: biópsia de glândula salivar menor positiva (focus score maior ou igual a 1) e presença de anticorpo Anti-Ro. As queixas de púrpura, mononeurite e PINE confirmam o acometimento sistêmico da Síndrome de Sjögren.

d) Incorreta. A crioglobulinemia mista pode causar púrpura, mononeurite e fator reumatoide positivo. Entretanto, ela não explica o achado histopatológico de sialoadenite linfocítica focal nem é tipicamente associada ao Anti-Ro em altos títulos como causa primária, sendo mais associada à hepatite C. Embora o Sjögren possa causar crioglobulinemia secundária, o diagnóstico principal diante da biópsia e do Anti-Ro é a Síndrome de Sjögren.

Questão 64

O quadro clínico apresentado descreve uma paciente com esclerose sistêmica (esclerodermia). Os achados de fenômeno de Raynaud, edema difuso nas mãos (mãos em bota ou fase edematosa), telangiectasias e, principalmente, as microcicatrizes em polpas digitais (*pitting scars*) são sinais patognomônicos dessa doença. A queixa de tosse seca e dispneia progressiva, associada à presença de estertores crepitantes na ausculta pulmonar, indica o desenvolvimento de doença intersticial pulmonar (fibrose), que é a principal causa de mortalidade nesses pacientes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O anticorpo anti-Ro (ou SS-A) está associado principalmente à síndrome de Sjögren e ao lúpus eritematoso sistêmico (especialmente em casos de lúpus neonatal e fotossensibilidade). Ele não é o marcador típico para o quadro de esclerodermia com fibrose pulmonar descrito.

b) Incorreta. O anticorpo anticentrômero está associado à forma cutânea limitada da esclerose sistêmica (antigamente conhecida como síndrome CREST). Embora esses pacientes apresentem Raynaud e telangiectasias, a forma limitada costuma cursar mais com hipertensão arterial pulmonar do que com fibrose intersticial pulmonar grave, que é sugerida pelos estertores crepitantes no exame físico.

c) Correta. O anti-Scl70 (anti-topoisomerase I) é o anticorpo marcador da forma cutânea difusa da esclerose sistêmica. Existe uma correlação direta e muito forte entre a presença deste anticorpo e o desenvolvimento de doença intersticial pulmonar (fibrose), o que justifica perfeitamente o quadro clínico de dispneia e estertores pulmonares da paciente.

d) Incorreta. O anti-Sm é um anticorpo altamente específico para o lúpus eritematoso sistêmico (LES). O quadro de microcicatrices digitais e a evolução pulmonar descrita são típicos da esclerodermia, não se enquadrando nos critérios diagnósticos habituais do lúpus.

Questão 65

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de osteoporose estabelecida, evidenciada na Tabela 2 pelo T-score de -3,0 na coluna lombar (valores menores ou iguais a -2,5 definem osteoporose). Além disso, ela possui fatores de risco importantes: é tabagista, sedentária e faz uso crônico de corticoide (prednisona) há 40 anos, o que configura osteoporose induzida por glicocorticoide.

O ponto crucial para a resolução da questão está na Tabela 1: a paciente apresenta creatinina de 1,8 mg/dL e uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) de 28 mL/min. Isso a classifica como portadora de Doença Renal Crônica estágio 4. Essa informação limita drasticamente a escolha da terapia medicamentosa.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora a reposição de cálcio e vitamina D seja fundamental (especialmente considerando que a Tabela 1 mostra uma vitamina D limítrofe de 20 ng/mL), ela isoladamente é insuficiente para uma paciente com T-score de -3,0 e uso crônico de corticoide. É necessário associar um agente antirreabsortivo para reduzir o risco de fraturas.

Alternativa b) Incorreta. O alendronato de sódio é um bisfosfonato oral. Os bisfosfonatos são excretados pelos rins e seu uso é contraindicado em pacientes com insuficiência renal significativa, geralmente com TFG abaixo de 35 mL/min. Como a paciente tem TFG de 28 mL/min, o alendronato não deve ser prescrito pelo risco de toxicidade e falta de estudos de segurança nessa faixa.

Alternativa c) Incorreta. O ácido zoledrônico é um bisfosfonato intravenoso potente. Assim como os bisfosfonatos orais, ele é contraindicado para pacientes com TFG

abaixo de 35 mL/min devido ao risco de lesão renal aguda e acúmulo da droga. Portanto, a TFG de 28 mL/min contraindica esta opção.

Alternativa d) Correta. O denosumabe é um anticorpo monoclonal humano (anti-RANKL) que inibe a reabsorção óssea. Diferente dos bisfosfonatos, o denosumabe não tem excreção renal, sendo metabolizado pelo sistema reticuloendotelial. Por essa razão, é o medicamento de escolha para o tratamento da osteoporose em pacientes com disfunção renal grave (TFG abaixo de 30 mL/min). A associação com cálcio e vitamina D é obrigatória para prevenir a hipocalcemia, um efeito colateral possível do denosumabe em pacientes renais crônicos.

Questão 66

No diagnóstico da Doença de Alzheimer (DA), o termo "red flag" (bandeira vermelha) refere-se a sinais ou sintomas que são atípicos para a apresentação clássica da doença, sugerindo que o médico deve considerar outros diagnósticos diferenciais, como a Demência por Corpos de Lewy ou a Demência Frontotemporal.

Alternativa a) Incorreta. A logopenia (dificuldade em encontrar palavras, com pausas na fala, mas mantendo a compreensão) é a característica principal da variante logopênica da Afasia Progressiva Primária. Atualmente, sabe-se que a grande maioria dos pacientes com essa variante apresenta a patologia da Doença de Alzheimer no cérebro. Portanto, é um achado compatível com o espectro da doença, não uma "red flag".

Alternativa b) Incorreta. A agnosia é a incapacidade de reconhecer objetos, sons ou estímulos apesar de a função sensorial estar preservada. Ela faz parte dos "quatro As" clássicos da Doença de Alzheimer (Amnésia, Afasia, Apraxia e Agnosia) e reflete o comprometimento das áreas corticais associativas.

Alternativa c) Incorreta. A prosopagnosia (incapacidade de reconhecer faces familiares) é uma forma específica de agnosia visual. Pode ocorrer na Doença de Alzheimer, especialmente na variante de Atrofia Cortical Posterior ou conforme a doença progride para os lobos temporal e occipital. Não é considerada um sinal de alerta para exclusão de DA.

Alternativa d) Correta. Alucinações visuais precoces são consideradas uma importante "red flag" no diagnóstico da Doença de Alzheimer. Embora pacientes com Alzheimer em estágio avançado possam apresentar sintomas psicóticos, a presença de alucinações logo no início do quadro clínico é um critério central para o diagnóstico de Demência por Corpos de Lewy. Outras bandeiras vermelhas importantes incluem parkinsonismo de início precoce, flutuações cognitivas

marcantes, alterações de comportamento precoces (sugestivas de Demência Frontotemporal) e evolução rápida (sugestiva de doenças priônicas).

Questão 67

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença autoimune, inflamatória e desmielinizante do Sistema Nervoso Central. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo uma interação entre predisposição genética e fatores ambientais, como baixos níveis de vitamina D, tabagismo, obesidade na adolescência e, crucialmente, infecções virais.

Alternativa (a): Correta. O vírus Epstein-Barr (EBV), membro da família Herpesviridae (HHV-4) e agente causador da mononucleose infecciosa, é atualmente reconhecido como o principal gatilho ambiental para o desenvolvimento da Esclerose Múltipla. Estudos epidemiológicos de larga escala demonstraram que a infecção pelo EBV precede o início da doença e que o risco de desenvolver EM aumenta em mais de 30 vezes após a soroconversão para este vírus. O mecanismo proposto envolve o mimetismo molecular, em que o sistema imunológico, ao tentar combater proteínas virais (como a EBNA1), acaba atacando proteínas da mielina ou do sistema nervoso central devido a semelhanças estruturais.

Alternativa (b): Incorreta. Embora o Citomegalovírus pertença à mesma família do EBV, ele não possui a mesma associação patogênica com a EM. Na verdade, algumas pesquisas sugerem uma correlação inversa, na qual a infecção pelo CMV poderia estar associada a um menor risco ou a um início mais tardio da doença em certas populações, embora essa relação ainda seja objeto de estudo.

Alternativa (c): Incorreta. O vírus Herpes Simplex (HSV) é um patógeno comum que causa lesões mucocutâneas e pode provocar encefalite viral aguda, mas não há evidências científicas que o sustentem como um agente causador ou gatilho primário na gênese da Esclerose Múltipla.

Alternativa (d): Incorreta. O vírus Varicela-Zóster (responsável pela catapora e pelo herpes-zóster) pode causar complicações neurológicas como vasculopatias e neuralgia pós-herpética, mas não é o vírus reconhecidamente envolvido na fisiopatologia inicial que leva ao processo de desmielinização crônica característico da Esclerose Múltipla.

Questão 68

GABARITO: B

A questão descreve um quadro clínico multissistêmico clássico do Complexo de Esclerose Tuberosa (CET). Esta é uma doença genética de herança autossômica dominante, causada por mutações nos genes TSC1 (que codifica a proteína hamartina) ou TSC2 (que codifica a tuberina). Essas mutações levam à perda do controle da proliferação celular, resultando na formação de hamartomas (tumores benignos) em diversos órgãos.

Alternativa B (Correta): O Complexo de Esclerose Tuberosa preenche todos os critérios citados no enunciado. No sistema renal, a presença de angiomiolipomas (tumores compostos por vasos sanguíneos, músculo liso e tecido adiposo) é um achado muito frequente, assim como a presença de cistos renais múltiplos. As manifestações cutâneas são marcos da doença, destacando-se os angiofibromas de fronte e face, as lesões hipopigmentadas em confete e as manchas hipocrômicas (em folha de freixo). O rabdomioma cardíaco é o tumor cardíaco mais comum em crianças com CET, muitas vezes detectado ainda no útero. A linfangioleiomiomatose (LAM) é a principal manifestação pulmonar, ocorrendo predominantemente em mulheres adultas com a doença.

Alternativa A (Incorreta): A Doença de Fabry é uma doença de depósito lisossômico ligada ao cromossomo X, causada pela deficiência da enzima alfa-galactosidase A. Suas manifestações principais incluem angioqueratomas (pequenas pápulas vasculares), dor neuropática (acroparestesias), hipoidrose, opacidade corneana e cardiomiopatia hipertrófica. No rim, a doença causa proteinúria e perda progressiva da função renal por depósito de glicoesfingolipídeos, mas não se associa à formação de cistos múltiplos ou angiomiolipomas.

Alternativa C (Incorreta): A Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD) é caracterizada pela formação de múltiplos cistos bilaterais que aumentam o volume dos rins e reduzem a função renal ao longo do tempo. Embora apresente manifestações extrarrenais como cistos hepáticos, aneurismas intracranianos e prolapso de válvula mitral, a DRPAD não apresenta os achados dermatológicos específicos (angiofibromas e lesões em confete), os angiomiolipomas ou o rabdomioma cardíaco.

Alternativa D (Incorreta): O Rim Esponja Medular é uma malformação congênita benigna caracterizada pela dilatação ectásica dos ductos coletores terminais (pirâmides renais). As complicações mais comuns são a formação de cálculos renais de repetição, nefrocalcinose e infecções urinárias. Trata-se de uma condição restrita ao parênquima renal, sem componentes sistêmicos, dermatológicos ou tumores

hamartomatosos em outros órgãos.

Questão 69

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clássico de progressão de uma infecção do trato urinário inferior (cistite) para uma infecção do trato urinário superior (pielonefrite aguda), caracterizada pelo surgimento de febre alta (39 °C) e dor lombar (sinal de Giordano positivo). O uso prévio de nitrofurantoína não impediu a progressão da doença porque este antibiótico, embora eficaz para cistite, possui baixa penetração no parênquima renal e não atinge níveis terapêuticos sistêmicos, sendo contraindicado para o tratamento de pielonefrite.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Não se deve aguardar o resultado da urocultura (que leva de 48 a 72 horas) para iniciar o tratamento em um paciente com febre e dor lombar, devido ao risco de sepse. Além disso, a manutenção da nitrofurantoína é um erro terapêutico grave, pois a droga não trata infecções no parênquima renal.

Alternativa b) Incorreta. O uso de amoxicilina com clavulanato é considerado uma opção de segunda linha para pielonefrite. Sua eficácia é inferior à das quinolonas e, quando utilizada, as diretrizes costumam recomendar um tempo de tratamento mais prolongado (10 a 14 dias) em vez de 7 dias, além de apresentar maiores taxas de resistência bacteriana e recorrência.

Alternativa c) Correta. As fluoroquinolonas, como o ciprofloxacino, são o tratamento de primeira escolha para a pielonefrite aguda não complicada em regime ambulatorial. Elas possuem excelente penetração no tecido renal e cobertura eficaz contra a *Escherichia coli*, o principal patógeno urinário. O esquema de 500 mg de 12/12 h por 7 dias é o padrão recomendado pelas principais diretrizes (IDSA e guias nacionais).

Alternativa d) Incorreta. Embora a ceftriaxona seja um excelente antibiótico para pielonefrite, ela é administrada por via parenteral (EV ou IM). Reservamos o uso endovenoso por 7 dias ou mais para pacientes hospitalizados, com sinais de gravidade, instabilidade hemodinâmica ou que não toleram a via oral (vômitos). Para uma paciente jovem, sem comorbidades e com condições de tratamento ambulatorial, a via oral com quinolona é a conduta mais adequada. Além disso, o uso de ceftriaxona pode ser feito em dose única inicial (1 g) antes de migrar para o tratamento oral, mas não obrigatoriamente por 7 dias endovenosos neste contexto.

Questão 70

Análise da questão:

O paciente apresenta doença renal crônica (DRC) no estágio G3bA2. Isso indica uma taxa de filtração glomerular entre 30 e 44 mL/min/1,73 m² (estágio intermediário) e albuminúria moderada. É crucial observar que este paciente está em tratamento conservador e ainda não necessita de terapia renal substitutiva (hemodiálise).

Alternativa a) Incorreta. Embora a perda de sangue no circuito extracorpóreo e as coletas frequentes de exames sejam causas principais de deficiência de ferro em pacientes renais, isso ocorre especificamente nos pacientes em estágio G5D (em diálise). O paciente do enunciado está no estágio G3b, o que exclui a hemodiálise como causa atual da perda de ferro.

Alternativa b) Correta. A doença renal crônica é uma condição inflamatória sistêmica. A inflamação crônica eleva os níveis de citocinas (como a interleucina-6), que estimulam o fígado a produzir hepcidina. A hepcidina é o principal regulador negativo do ferro no organismo: ela se liga à ferroportina (canal de saída de ferro nas células), promovendo sua degradação. Isso resulta em dois mecanismos que levam à deficiência funcional e absoluta de ferro: a redução da absorção intestinal de ferro (bloqueio nos enterócitos) e o sequestro do ferro dentro das células de estoque (macrófagos e hepatócitos).

Alternativa c) Incorreta. O ferro no plasma viaja ligado à transferrina, uma proteína que não é filtrada pelo glomérulo em condições normais devido ao seu tamanho. Mesmo em doenças com proteinúria, a perda renal de ferro não é quantitativamente significativa para explicar a deficiência de ferro na DRC. O problema principal na DRC é a absorção e a mobilização dos estoques, não a excreção urinária.

Alternativa d) Incorreta. O paratormônio (PTH) está frequentemente elevado na DRC devido ao hiperparatireoidismo secundário. Embora níveis muito elevados de PTH possam contribuir para a anemia ao induzir fibrose na medula óssea (osteíte fibrosa cística), não existe um mecanismo de depósito de ferro nos tecidos mediado pela ligação direta ao PTH. O ferro se deposita nos tecidos na forma de ferritina ou hemossiderina, mas isso geralmente ocorre em estados de sobrecarga de ferro, e não como causa de deficiência.

Questão 71

Para resolver essa questão, devemos aplicar os critérios da Escala de Child-Pugh, que avalia o prognóstico da cirrose hepática através de cinco parâmetros: Bilirrubina Total, Albumina, INR (ou tempo de protrombina), Ascite e Encefalopatia Hepática.

ANÁLISE DOS DADOS DO PACIENTE:

1. BILIRRUBINA TOTAL: O valor é 3,5 mg/dL. Na escala, pontuamos 1 se menor que 2,0; 2 se entre 2,0 e 3,0; e 3 se maior que 3,0. Como o valor é 3,5, atribuímos 3 PONTOS.

2. ALBUMINA: O valor é 3,1 g/dL. Pontuamos 1 se maior que 3,5; 2 se entre 2,8 e 3,5; e 3 se menor que 2,8. Como o valor é 3,1, atribuímos 2 PONTOS.

3. INR: O valor é 1,4. Pontuamos 1 se menor que 1,7; 2 se entre 1,7 e 2,3; e 3 se maior que 2,3. Como o valor é 1,4, atribuímos 1 PONTO.

4. ASCITE: O exame físico revela macicez móvel, confirmando a presença de ascite, mas o sinal do piparote negativo indica que ela não é tensa. Pontuamos 1 para ausente; 2 para leve/moderada (detectável clinicamente); e 3 para acentuada/tensa. Portanto, atribuímos 2 PONTOS.

5. ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: O paciente apresenta insônia e lentificação dos pensamentos. Embora esteja orientado e sem flapping, esses são sinais precoces (Grau 1 da classificação de West Haven). Pontuamos 1 para ausente; 2 para graus 1 e 2; e 3 para graus 3 e 4. Portanto, atribuímos 2 PONTOS.

SOMA TOTAL: 3 (Bilirrubina) + 2 (Albumina) + 1 (INR) + 2 (Ascite) + 2 (Encefalopatia) = 10 PONTOS.

CLASSIFICAÇÃO:

Child-Pugh A: 5 a 6 pontos.

Child-Pugh B: 7 a 9 pontos.

Child-Pugh C: 10 a 15 pontos.

Com 10 pontos, o paciente é classificado como Child-Pugh C.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A pontuação mínima da escala é 5. Apenas as alterações da bilirrubina e da albumina somam 5 pontos, sem contar a ascite e a encefalopatia presentes no quadro clínico.

- b) Incorreta. O cálculo de 8 pontos ignora a gravidade da hiperbilirrubinemia (que atinge o teto de 3 pontos) ou os sinais clínicos de encefalopatia e ascite.
- c) Incorreta. Embora a classe B chegue a 9 pontos, a soma correta de todos os critérios laboratoriais e clínicos totaliza 10 pontos, o que muda a categoria para a classe C.
- d) Correta. A soma de 10 pontos enquadra perfeitamente o paciente no estágio inicial da classe C de Child-Pugh, indicando uma doença hepática avançada e com maior risco de mortalidade.

Questão 72

Para diagnosticar infecções do líquido ascítico, o parâmetro mais importante é a contagem absoluta de polimorfonucleares (PMN). O cálculo é feito multiplicando a celularidade total pelo percentual de segmentados/neutrófilos. Neste caso: $740 \text{ células} \times 81\% = 599,4 \text{ PMN/mm}^3$. Como o valor é superior a 250 células/mm^3 , estamos diante de uma ascite infectada.

Alternativa a) Peritonite bacteriana espontânea: Incorreta. Embora o quadro clínico seja clássico de uma infecção espontânea (dor abdominal e encefalopatia em cirrótico), para o diagnóstico formal de PBE, os critérios exigem PMN maior ou igual a $250/\text{mm}^3$ associado a uma cultura de líquido ascítico positiva (geralmente monomicrobiana). Como a cultura deste paciente foi negativa, ele não preenche todos os critérios para PBE clássica.

Alternativa b) Ascite neutrofílica: Correta. Também chamada de ascite neutrocítica cultura-negativa, esta condição é definida pela presença de mais de 250 PMN/mm^3 no líquido ascítico com o resultado da cultura negativo. Na prática clínica, o tratamento é idêntico ao da PBE, pois considera-se que a cultura foi negativa por limitações técnicas ou baixa densidade bacteriana, mas o diagnóstico laboratorial específico é o de ascite neutrofílica.

Alternativa c) Bacterioascite: Incorreta. A bacterioascite ocorre quando a cultura do líquido ascítico é positiva para o crescimento de bactérias, porém a contagem de polimorfonucleares é normal (menor que $250/\text{mm}^3$). É uma colonização que pode preceder a PBE ou ser uma resolução espontânea.

Alternativa d) Peritonite bacteriana secundária: Incorreta. A peritonite secundária decorre de uma fonte intra-abdominal perfurativa ou inflamatória (como apendicite ou perfuração de víscera oca). No exame físico, geralmente apresenta sinais de

irritação peritoneal franca (descompressão brusca positiva), o que está ausente no caso. Além disso, laboratorialmente, a peritonite secundária costuma apresentar pelo menos dois dos critérios de Runyon: proteína total > 1 g/dL, glicose < 50 mg/dL e LDH elevado. No caso, a albumina de 0,9 sugere proteína total baixa, o que reforça a natureza espontânea e não secundária da infecção.

Questão 73

O diagnóstico correto é Carcinoma Hepatocelular (CHC), alternativa d.

Em um paciente com cirrose hepática, qualquer nódulo detectado em exames de rastreio deve ser rigorosamente avaliado. A tomografia computadorizada descrita apresenta os critérios radiológicos clássicos que permitem o diagnóstico definitivo de CHC sem a necessidade de biópsia, conforme os critérios internacionais de imagem (LI-RADS).

Os três elementos fundamentais descritos na questão são:

1. Hipercaptação na fase arterial (*wash-in*): O tumor é suprido predominantemente pela artéria hepática, "brilhando" mais que o restante do fígado logo após a injeção do contraste.
2. Lavagem rápida (*wash-out*): Nas fases portal e tardia, o contraste sai rapidamente da lesão, tornando-a mais escura que o parênquima circundante.
3. Pseudocápsula: A visualização de um anel de realce ao redor da lesão nas fases mais lentas, um sinal altamente sugestivo de CHC.

Análise das alternativas:

a) Lesão metastática: Incorreta. Metástases hepáticas costumam ser múltiplas e, na maioria das vezes, são hipovasculares. Embora existam metástases hipervasculares (como de tumores neuroendócrinos), elas raramente apresentam a combinação exata de *wash-out* e pseudocápsula no contexto de um fígado cirrótico, onde o CHC é estatisticamente muito mais provável.

b) Hemangioma: Incorreta. O hemangioma, que é um tumor benigno, apresenta um padrão de realce periférico nodular e descontínuo (em globos), com preenchimento progressivo de fora para dentro (centrípeto) nas fases tardias. Ele não apresenta o fenômeno de lavagem rápida.

c) Nódulo de regeneração: Incorreta. Esses nódulos são comuns na cirrose, mas geralmente são isovasculares ou hipovasculares na fase arterial. Eles não possuem a vascularização arterial desproporcional nem a pseudocápsula característica das lesões malignas.

d) Carcinoma hepatocelular: Correta. A descrição da questão é a definição clássica do comportamento vascular do CHC em exames de imagem contrastados (TC ou ressonância). Em pacientes cirróticos, uma lesão maior que 1 cm com *wash-in* e *wash-out* é classificada como LI-RADS 5, o que confirma o diagnóstico de carcinoma hepatocelular.

Questão 74

Alternativa a: Esta alternativa está correta. Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, o diagnóstico de sífilis pode ser confirmado pela combinação de testes treponêmicos e não treponêmicos. Em um paciente sem histórico de tratamento prévio, a presença de dois testes treponêmicos reagentes de metodologias distintas (como teste rápido e FTA-Abs) associada a um teste não treponêmico reagente (VDRL), mesmo em títulos baixos como 1/2, confirma a infecção. Como não há registro de tratamento anterior, o paciente deve ser tratado para evitar a progressão da doença e a transmissão.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A investigação de neurosífilis não é indicada pela queda de apenas uma diluição no VDRL (por exemplo, de 1/16 para 1/8). A resposta imunológica adequada ao tratamento é definida pela queda de pelo menos duas diluições em 6 meses para sífilis recente, ou em 12 meses para sífilis tardia. No paciente vivendo com HIV, a punção lombar para investigação de neurosífilis é indicada principalmente na presença de sintomas neurológicos, oculares ou auditivos, ou em casos de falha do tratamento (ausência de queda dos títulos ou aumento dos mesmos).

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. O seguimento de gestantes infectadas deve ser muito mais rigoroso do que o da população geral devido ao risco de sífilis congênita. O recomendado é realizar o monitoramento com VDRL quantitativo mensalmente até o final da gestação, e não a cada três meses. O intervalo trimestral é o padrão para o acompanhamento de pacientes não gestantes no primeiro ano após o tratamento.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. O exame de escolha e padrão-ouro para o diagnóstico de neurosífilis no líquido é o VDRL, devido à sua altíssima especificidade. Embora o FTA-Abs no líquido seja muito sensível, ele possui baixa especificidade, pois pode ser reagente apenas pela passagem passiva de anticorpos do sangue para o líquido ou por contaminação sanguínea durante a punção. Por isso, o FTA-Abs é útil apenas para descartar o diagnóstico quando o resultado for negativo, mas não é o teste solicitado de rotina para confirmar a suspeita.

Questão 75

A Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) é uma neoplasia hematológica de curso indolente na maioria dos casos. Diferentemente de outras leucemias, o diagnóstico de LLC não é sinônimo de início imediato de tratamento. Muitos pacientes permanecem em observação (estratégia "watch and wait") por anos. O tratamento só é indicado quando há evidência de doença ativa ou progressiva, seguindo os critérios estabelecidos pelo International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL).

Análise das alternativas:

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa elenca três dos principais critérios de indicação terapêutica:

1. Evidência de falência medular progressiva: caracterizada pelo surgimento ou piora de anemia ($Hb < 10 \text{ g/dL}$) ou plaquetopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$), o que classifica o paciente como estágio C de Binet ou III/IV de Rai.
2. Esplenomegalia progressiva ou sintomática: geralmente definida como esplenomegalia massiva ($> 6 \text{ cm}$ abaixo do rebordo costal esquerdo).
3. Linfadenomegalia progressiva ou sintomática: especialmente linfonodos volumosos ($> 10 \text{ cm}$ no maior diâmetro).

Alternativa (b): INCORRETA. O erro reside na "Anemia hemolítica autoimune (AHAI) recém-diagnosticada". Complicações autoimunes, como AHAH ou Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI), só são critérios para iniciar o tratamento específico para LLC se elas forem refratárias ao tratamento convencional (como corticoides ou rituximabe). Uma AHAH recém-diagnosticada deve ser tratada primeiramente com pulsoterapia ou prednisona, e não necessariamente motiva o início da quimioterapia ou terapia-alvo para a leucemia.

Alternativa (c): INCORRETA. Além do erro sobre a anemia autoimune recém-diagnosticada mencionado anteriormente, a linfocitose isolada, mesmo que superior a $300.000 \text{ cél./mm}^3$, não é um critério absoluto e isolado para início de tratamento se o paciente estiver assintomático. Na LLC, valoriza-se mais o tempo de duplicação dos linfócitos (LDT < 6 meses ou aumento de 50% em 2 meses) do que um valor de corte arbitrário, uma vez que a síndrome de leucostase é extremamente rara nesta doença.

Alternativa (d): INCORRETA. Embora apresente a falência medular e a linfadenopatia progressiva, peca ao colocar a linfocitose isolada (> 300.000) como critério definitivo. Sem a presença de sintomas B (febre, perda de peso, sudorese noturna), falência medular ou massas tumorais volumosas, o número isolado de linfócitos não obriga a intervenção terapêutica imediata.

Resumo dos critérios iwCLL para início de tratamento:

- Falência medular progressiva (anemia Hb < 10 ou plaquetas < 100k).
- Esplenomegalia massiva (> 6 cm), progressiva ou sintomática.
- Linfadenopatia massiva (> 10 cm), progressiva ou sintomática.
- Linfocitose progressiva (aumento > 50% em 2 meses ou duplicação em menos de 6 meses).
- Sintomas constitucionais (sintomas B): perda de peso > 10% em 6 meses, fadiga intensa, febre > 38 °C por 2 semanas ou sudorese noturna.
- Citopenias autoimunes (AHA1 ou PTI) que respondem mal a corticoides.

Questão 76

O quadro clínico descrito aponta para uma Coagulopatia Intravascular Disseminada (CIVD) ou uma coagulopatia de consumo decorrente do quadro infeccioso grave (abdome agudo perfurativo). Os exames mostram plaquetopenia, alargamento dos tempos de coagulação (TP e TTPA) e, fundamentalmente, uma hipofibrinogenemia grave (fibrinogênio < 85 mg/dL).

A reposição de fibrinogênio é indicada quando os níveis estão abaixo de 100 mg/dL na presença de sangramento ou em pacientes que serão submetidos a procedimentos invasivos; frequentemente, o limiar de 100-150 mg/dL é utilizado em pacientes críticos. O crioprecipitado é o hemocomponente de escolha para repor especificamente o fibrinogênio, pois contém uma concentração muito maior dessa proteína em um volume reduzido quando comparado ao plasma.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Plasma Fresco Congelado (PFC) é utilizado para repor todos os fatores de coagulação, mas não é a forma mais eficiente de repor fibrinogênio isoladamente. A dose de 20 mL/kg é uma dose de ataque alta e, para atingir níveis seguros de fibrinogênio apenas com plasma, o volume necessário poderia causar sobrecarga volêmica no paciente.

Alternativa b) Incorreta. Além de o PFC não ser a primeira escolha para reposição específica de fibrinogênio neste nível crítico, a dose de plasma é habitualmente calculada em mL/kg (geralmente 10 a 15 mL/kg), e não em unidades por peso.

Alternativa c) Correta. O crioprecipitado é rico em fibrinogênio, fator VIII, fator XIII e fator de von Willebrand. A recomendação padrão para o tratamento da hipofibrinogenemia é a administração de 1 unidade de crioprecipitado para cada 10 kg de peso do paciente. Essa dose costuma elevar o fibrinogênio plasmático em aproximadamente 50 mg/dL.

Alternativa d) Incorreta. A dose do crioprecipitado é calculada em unidades (UI) por peso, e não em mL/kg. O volume de uma unidade de crioprecipitado é muito pequeno (cerca de 10 a 20 mL); portanto, 20 mL/kg seria uma dose volumétrica absurda e tecnicamente errada para este hemocomponente.

Resumo: Diante de um fibrinogênio abaixo de 100 mg/dL em um contexto de coagulopatia de consumo, a conduta mais assertiva é a reposição com crioprecipitado na dose de 1 UI para cada 10 kg de peso.

Questão 77

Alternativa (a) INCORRETA: A liraglutida é, de fato, um análogo do GLP-1 de uso diário. No entanto, o erro da alternativa reside na afirmação de que seu uso é permitido em gestantes e lactantes. Todas as medicações aprovadas para o tratamento da obesidade são contraindicadas durante a gestação e a amamentação. No caso de pacientes que planejam engravidar, a recomendação é a suspensão do fármaco meses antes da concepção.

Alternativa (b) INCORRETA: A semaglutida é um agonista seletivo do receptor de GLP-1. A medicação que atua como duplo agonista (nos receptores de GLP-1 e GIP - polipeptídeo insulínico dependente de glicose) é a tirzepatida. Embora a semaglutida apresente excelentes resultados de perda de peso, a descrição de "duplo agonismo" refere-se especificamente à tirzepatida, que em estudos recentes demonstrou percentuais de perda ponderal ainda superiores aos da semaglutida isolada.

Alternativa (c) INCORRETA: A sibutramina é um inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina. O estudo SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcomes Trial) demonstrou um aumento do risco de eventos cardiovasculares não fatais (como infarto e AVC) em pacientes que já apresentavam doença cardiovascular prévia ou diabetes com outro fator de risco. No entanto, a sibutramina não é a única exceção quanto aos benefícios lipídicos; o foco da contraindicação está no seu efeito simpaticomimético (aumento de pressão arterial e frequência cardíaca) em pacientes de alto risco, e não especificamente na dislipidemia isolada.

Alternativa (d) CORRETA: O orlistate atua inibindo as lipases gástrica e pancreática, reduzindo a absorção de gorduras no trato gastrointestinal em cerca de 30%. Essa gordura não absorvida permanece na luz intestinal e se liga ao cálcio dietético (processo de saponificação). Em condições normais, o cálcio se ligaria ao oxalato para impedir sua absorção. Com o cálcio "ocupado" pelas gorduras, o oxalato permanece livre e é absorvido em maior quantidade pelo cólon (hiperoxalúria).

entérica), o que aumenta significativamente o risco de formação de cálculos renais de oxalato de cálcio e, em casos raros, pode levar à nefropatia por oxalato.

Questão 78

O caso clínico descreve um paciente idoso com Tireotoxicose Induzida por Amiodarona (TIA). Para definir a conduta, é fundamental diferenciar os dois tipos principais dessa condição:

A Tireotoxicose Induzida por Amiodarona Tipo 1 ocorre em pacientes com patologia tireoidiana prévia (como Doença de Graves ou bócio multinodular). A amiodarona fornece uma sobrecarga de iodo que serve de substrato para a síntese excessiva de hormônios (fenômeno de Jod-Basedow). As características presentes no caso que confirmam o Tipo 1 são: presença de TRAb positivo (indicativo de Doença de Graves) e, principalmente, o Doppler de tireoide mostrando aumento da vascularização e pico sistólico elevado.

A Tireotoxicose Induzida por Amiodarona Tipo 2 é uma tireoidite destrutiva pelo efeito tóxico direto da droga, ocorrendo geralmente em glândulas previamente saudas. No Doppler, a vascularização estaria reduzida ou ausente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso de glicocorticoides (como a prednisona) é o tratamento de escolha para a TIA Tipo 2, pois seu mecanismo é inflamatório/destrutivo. Como o paciente apresenta critérios para o Tipo 1 (hipervascularização e TRAb positivo), o corticoide não é a conduta inicial recomendada.

Alternativa b) Correta. Por se tratar de uma TIA Tipo 1, o mecanismo é o excesso de produção hormonal. O tratamento inicial deve ser feito com tionamidas (como o Tapazol/metimazol) em doses elevadas para bloquear a síntese de novos hormônios. Vale lembrar que, devido ao excesso de iodo acumulado na glândula pela amiodarona, a resposta às tionamidas pode ser mais lenta do que no hipertireoidismo convencional.

Alternativa c) Incorreta. A radioiodoterapia não é recomendada como conduta inicial na TIA. Primeiramente, a glândula está saturada de iodo proveniente da amiodarona, o que impede a captação do iodo radioativo (I-131). Além disso, o paciente está em estado de tireotoxicose aguda, o que exige compensação clínica antes de tratamentos definitivos.

Alternativa d) Incorreta. O paciente apresenta sintomas clínicos evidentes (taquicardia e tremores) e níveis de T4 livre significativamente elevados. A conduta expectante (observação) é perigosa, especialmente em um paciente idoso com fibrilação atrial, devido ao risco de complicações cardiovasculares graves e tempestade tireoidiana.

Questão 79

A troponina I cardíaca (TnIc) é atualmente considerada o biomarcador padrão-ouro para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM) devido à sua excelente acurácia diagnóstica, superando marcadores mais antigos como a CK-MB.

Alternativa a) Incorreta. Valores de 80% de sensibilidade e 90% de especificidade são considerados baixos para a troponina I. Esses parâmetros seriam mais próximos de marcadores menos específicos ou utilizados em janelas temporais inadequadas.

Alternativa b) Incorreta. Embora a sensibilidade de 85% possa ocorrer em fases muito iniciais do quadro clínico, a especificidade de 90% ainda está abaixo do que a troponina I oferece na prática clínica e na literatura médica.

Alternativa c) Incorreta. O valor de 90% para sensibilidade está correto e é amplamente aceito. No entanto, a especificidade de 90% é subestimada. A grande vantagem da troponina I é justamente sua alta especificidade para o músculo cardíaco, sendo raramente encontrada em outras situações que não envolvam lesão miocárdica.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa apresenta os valores que melhor definem o perfil da troponina I cardíaca. A sensibilidade de 90% demonstra que o teste identifica a vasta maioria dos pacientes com infarto. A especificidade de 97% é o grande diferencial: como a isoforma I é exclusiva do coração (ao contrário da troponina T, que pode apresentar pequenas expressões em músculos esqueléticos em doenças crônicas), ela garante que um resultado positivo seja altamente indicativo de necrose miocárdica, minimizando erros diagnósticos causados por lesões em outros tecidos musculares.

Questão 80

O tratamento de primeira linha para o Transtorno Depressivo Maior (TDM) baseia-se na busca por medicamentos que apresentem alta eficácia, boa tolerabilidade e um perfil de segurança favorável. Segundo as principais diretrizes clínicas nacionais e internacionais, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) são a classe de escolha inicial para pacientes sem comorbidades clínicas.

Análise das alternativas:

a) Lítio. Incorreta. O lítio é um estabilizador de humor considerado o padrão-ouro no tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). No contexto do Transtorno Depressivo Maior, o lítio não é utilizado como primeira linha, mas sim como uma estratégia de potencialização em casos de depressão resistente ao tratamento convencional.

b) Fluoxetina. Correta. A fluoxetina é um representante clássico dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). É considerada medicamento de primeira linha para o TDM devido ao seu perfil de segurança, facilidade de administração (posologia uma vez ao dia) e menor taxa de efeitos colaterais graves em comparação aos antidepressivos de gerações mais antigas, como os tricíclicos. Outros fármacos da mesma classe com indicação semelhante incluem a sertralina, o escitalopram e a paroxetina.

c) Haloperidol. Incorreta. O haloperidol é um antipsicótico de primeira geração (típico), cujo mecanismo de ação principal é o bloqueio de receptores dopaminérgicos D2. Ele é indicado para o tratamento de surtos psicóticos, agitação psicomotora e esquizofrenia. Não possui propriedades antidepressivas e, portanto, não tem papel no tratamento inicial do TDM.

d) Clonazepam. Incorreta. Trata-se de um benzodiazepínico com ação ansiolítica, sedativa e anticonvulsivante. Embora pacientes com depressão frequentemente apresentem sintomas de ansiedade ou insônia, o clonazepam atua apenas no alívio sintomático desses pontos e não trata a causa-base do transtorno depressivo. O uso isolado de benzodiazepínicos não é recomendado para o tratamento da depressão e pode, em alguns casos, agravar o quadro.

Gabarito: Letra B.

Questão 81

A alternativa correta é a letra (c) Diosmina.

A insuficiência venosa crônica (IVC) decorre da incapacidade das veias de retornar o sangue adequadamente para o coração, geralmente devido à disfunção valvar ou fraqueza da parede venosa, levando à hipertensão venosa. O tratamento farmacológico baseia-se no uso de drogas venoativas (ou flebotônicos).

Explicação das alternativas:

a) Ácido acetilsalicílico: Trata-se de um antiagregante plaquetário que inibe a enzima ciclo-oxigenase. Sua principal aplicação é na prevenção de doenças arteriais, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. Ele não possui ação sobre o tônus ou a distensibilidade da parede venosa.

b) Cilostazol: É um inibidor da fosfodiesterase III que promove vasodilatação arterial e inibição da agregação plaquetária. É o medicamento de escolha para o tratamento da claudicação intermitente na doença arterial obstrutiva periférica (DAOP). Por ser um vasodilatador, ele não reduz a distensibilidade venosa; pelo contrário, sua ação é oposta ao que se busca no manejo da estase venosa.

c) Diosmina: Correto. A diosmina, frequentemente utilizada em associação com a hesperidina (fração flavonoica purificada micronizada), é o protótipo dos fármacos flebotônicos. Ela atua prolongando a atividade da noradrenalina sobre as fibras musculares lisas da parede venosa, o que aumenta o tônus venoso (venoconstrição). Esse efeito diminui a distensibilidade da veia, melhora a função valvular e reduz a estase sanguínea, além de melhorar a drenagem linfática e reduzir a permeabilidade capilar.

d) Rivaroxabana: É um anticoagulante oral direto que inibe o fator Xa da cascata de coagulação. Sua indicação principal é a prevenção e o tratamento de eventos tromboembólicos, como a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar. Embora trate complicações da doença venosa, ela não altera as propriedades mecânicas da parede da veia ou o tônus venoso.

Questão 82

A síndrome de May-Thurner, também conhecida como síndrome de Cockett ou síndrome de compressão da veia íliaca, é uma condição anatômica em que a veia íliaca comum esquerda é comprimida pela artéria íliaca comum direita contra a quinta vértebra lombar. Essa compressão mecânica crônica, associada à pulsação da artéria sobre a veia, causa lesões na camada íntima do vaso venoso, levando à formação de trabéculas ou esporões intraluminais. O resultado é a obstrução do fluxo venoso, o que predispõe o paciente ao desenvolvimento de trombose venosa profunda (TVP) e edema persistente, tipicamente no membro inferior esquerdo.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A síndrome de May-Thurner ocorre no nível da pelve, envolvendo os vasos ilíacos, e não os vasos femorais localizados na região da coxa. Além disso, devido à diferença de pressão e estrutura de parede, são as artérias que

costumam comprimir as veias, e não o contrário.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve precisamente a base anatômica da síndrome. A artéria ilíaca comum direita cruza anteriormente à veia ilíaca comum esquerda, pressionando-a contra o corpo vertebral e gerando a zona de estenose e turbulência sanguínea.

Alternativa c: Incorreta. O vaso que sofre a compressão é a veia, que possui uma parede mais fina e menor pressão interna. A compressão de uma artéria por uma veia é um fenômeno extremamente raro e não define esta síndrome.

Alternativa d: Incorreta. Novamente, o erro está na localização anatômica dos vasos citados. Embora a compressão da veia femoral por uma artéria pudesse causar edema no membro inferior, essa topografia não corresponde à definição da síndrome de May-Thurner.

Questão 83

Os anticoagulantes orais diretos (DOACs) representam uma classe de medicamentos que revolucionou o tratamento da trombose venosa profunda (TVP) e da embolia pulmonar. Eles são chamados de "diretos" porque, ao contrário dos anticoagulantes antigos, bloqueiam especificamente uma única enzima da cascata de coagulação de forma imediata.

Alternativa a) Incorreta. A interferência na vitamina K (através da inibição da enzima vitamina K-epóxido-redutase) é o mecanismo de ação dos antagonistas da vitamina K, como a varfarina. Esses fármacos impedem a produção de fatores de coagulação funcionais (II, VII, IX e X) no fígado, agindo de forma indireta e lenta.

Alternativa b) Correta. O principal mecanismo de ação da maioria dos DOACs disponíveis no mercado (como rivaroxabana, apixabana e edoxabana) é a inibição direta do Fator Xa. Este fator é um ponto crucial na cascata de coagulação, onde as vias intrínseca e extrínseca convergem para a via comum. Ao inibir o Fator Xa, impede-se a conversão da protrombina em trombina, bloqueando a formação do coágulo. Vale notar que a dabigatrana também é um DOAC, mas atua inibindo diretamente o Fator IIa (trombina).

Alternativa c) Incorreta. O Fator VII faz parte da via extrínseca da coagulação. Ele não é o alvo direto dos DOACs. A redução da atividade do Fator VII é observada principalmente no uso de varfarina, sendo o primeiro fator a cair devido à sua meia-vida curta.

Alternativa d) Incorreta. A inibição da agregação plaquetária é o mecanismo de ação dos fármacos antiagregantes, como o ácido acetilsalicílico (Aspirina), clopidogrel e ticagrelor. Estes medicamentos atuam na hemostasia primária (plaquetas), enquanto os DOACs são anticoagulantes que atuam na hemostasia secundária (fatores de coagulação/formação de fibrina).

Questão 84

A classificação das vasculites sistematizada pelo Consenso de Chapel Hill (2012) é fundamental para a prática clínica, pois organiza essas patologias de acordo com o calibre predominante dos vasos inflamados: grandes, médios ou pequenos vasos.

De acordo com esse consenso, as vasculites de grandes vasos são aquelas que acometem a aorta e seus ramos principais de forma predominante. Os dois exemplos principais dessa categoria são a Arterite de Takayasu e a Arterite de Células Gigantes. Portanto, a alternativa (d) está correta.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: A granulomatose de Wegener (atualmente denominada Granulomatose com Poliangiite - GPA) é classificada como uma vasculite de pequenos vasos. Ela faz parte do grupo das vasculites associadas ao ANCA (especificamente o c-ANCA/anti-PR3) e caracteriza-se pelo envolvimento de vias aéreas superiores, pulmões e rins (glomerulonefrite).

Alternativa (b) INCORRETA: A púrpura de Henoch-Schönlein (atualmente denominada Vasculite por IgA) é uma vasculite de pequenos vasos mediada por depósitos de imunocomplexos de IgA. É muito comum na pediatria e manifesta-se tipicamente com púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal, artrite e comprometimento renal.

Alternativa (c) INCORRETA: A poliarterite nodosa (PAN) é o exemplo clássico de vasculite de médios vasos. Ela acomete artérias de médio calibre e não costuma envolver vasos menores como capilares, vênulas ou arteríolas, o que a distingue das vasculites de pequenos vasos. Frequentemente poupa o pulmão e pode estar associada à infecção pelo vírus da Hepatite B.

Alternativa (d) CORRETA: A arterite de Takayasu é uma vasculite de grandes vasos que atinge primordialmente a aorta e seus ramos principais (como as artérias subclávia, carótida e renais). É mais prevalente em mulheres jovens, abaixo dos 50 anos, e pode levar à claudicação de membros, ausência de pulsos e sopros arteriais.

Questão 85

A Classificação de Rutherford é uma ferramenta fundamental na propedêutica vascular para estratificar a gravidade da Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) crônica. Ela organiza a apresentação clínica do paciente em categorias que progridem conforme a gravidade da insuficiência arterial. É importante notar que, embora a questão mencione a Isquemia Crônica Ameaçadora de Membro (ICAM), os estágios de 0 a 3 referem-se à claudicação, enquanto os estágios de 4 a 6 definem propriamente a ICAM (antigamente chamada de isquemia crítica).

Abaixo, a divisão detalhada da classificação de Rutherford para DAOP crônica:

Categoria 0: Assintomático.

Categoria 1: Claudicação leve.

Categoria 2: Claudicação moderada.

Categoria 3: Claudicação severa/grave.

Categoria 4: Dor isquêmica de repouso.

Categoria 5: Perda tecidual mínima (úlceras isquêmicas ou gangrena focal, geralmente limitada aos artelhos).

Categoria 6: Perda tecidual maior (gangrena ou úlceras extensas que ultrapassam o nível transmetatarsal, com pé funcionalmente não salvável).

Análise das alternativas:

a) Claudicação severa: **CORRETA**. Conforme a escala de Rutherford, a categoria 3 é definida pela claudicação intermitente limitante ou severa. O paciente apresenta uma distância de caminhada muito curta e grande impacto na qualidade de vida, mas ainda mantém perfusão suficiente para não apresentar dor em repouso.

b) Dor de repouso: **INCORRETA**. A dor isquêmica de repouso, que tipicamente piora à noite e melhora com o membro pendente, caracteriza a categoria 4 de Rutherford. Este é o marco inicial clínico da Isquemia Crônica Ameaçadora de Membro (ICAM).

c) Lesão trófica pequena: **INCORRETA**. Pequenas perdas teciduais, como úlceras que não cicatrizam ou gangrenas digitais restritas, são classificadas como categoria 5 de Rutherford.

d) Necrose extensa: **INCORRETA**. A necrose extensa ou perda tecidual maior, que compromete a viabilidade funcional do pé e frequentemente demanda amputações maiores, corresponde à categoria 6 de Rutherford, o estágio mais avançado da doença.

Questão 86

A dexmedetomidina é um agonista alfa-2 adrenérgico altamente seletivo, com uma afinidade de cerca de 8 a 10 vezes maior por esses receptores do que a clonidina. Para responder corretamente a essa questão, é fundamental correlacionar cada subtipo de receptor (alfa-2A, alfa-2B e alfa-2C) com suas respectivas funções clínicas:

Subtipo alfa-2A: É o mais abundante no sistema nervoso central, localizado principalmente no locus coeruleus e na medula espinal. É responsável pelos efeitos de sedação, hipnose, analgesia e simpátólise (bradicardia e hipotensão).

Subtipo alfa-2B: Localizado predominantemente nos vasos sanguíneos periféricos e na medula espinal. Sua ativação é responsável pela vasoconstrição periférica e pelo efeito antitremor (supressão do calafrio).

Subtipo alfa-2C: Localizado no estriado e no hipocampo, está relacionado ao processamento sensorial e à termorregulação.

Análise das alternativas:

a) Analgesia: Incorreta. Embora a dexmedetomidina possua potente efeito analgésico e poupador de opioides, essa ação ocorre predominantemente através do receptor alfa-2A, localizado no corno dorsal da medula espinal e em centros supraespinais.

b) Vasodilatação: Incorreta. A estimulação dos receptores alfa-2B na musculatura lisa vascular causa vasoconstrição periférica. Clinicamente, isso pode ser observado como uma hipertensão arterial transitória quando o fármaco é administrado rapidamente em bolus.

c) Antitremor: Correta. O efeito de suprimir o tremor (shivering), muito útil no período pós-anestésico ou em pacientes sob resfriamento terapêutico na UTI, é mediado especificamente pela ação do fármaco nos receptores do subtipo alfa-2B.

d) Sedação: Incorreta. A sedação, que é a principal característica clínica da dexmedetomidina, é mediada pelos receptores alfa-2A localizados no locus coeruleus. Esta sedação é peculiar, pois permite que o paciente seja facilmente despertado para interagir (sedação consciente).

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 87

O quadro clínico descrito é clássico e aponta diretamente para uma emergência biliar. A paciente apresenta dor abdominal em hipocôndrio direito, febre e icterícia, o que compõe a chamada Tríade de Charcot. Além disso, a presença de confusão mental (e possivelmente hipotensão; embora não citada explicitamente, a confusão sugere má perfusão cerebral ou sepse grave) completa a Pêntade de Reynolds.

A Pêntade de Reynolds é um sinal patognomônico de colangite aguda grave (supurativa), uma infecção bacteriana das vias biliares geralmente secundária a uma obstrução (como a coledocolitíase).

Análise das alternativas:

a) Correta. O diagnóstico de colangite aguda é fundamentado na Tríade de Charcot presente na paciente. O tratamento exige a estabilização clínica com antibioticoterapia parenteral precoce para cobrir germes gram-negativos e anaeróbios, seguida obrigatoriamente da decompressão das vias biliares. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) é o método de escolha por ser minimamente invasivo e permitir tanto o diagnóstico quanto o tratamento definitivo da obstrução.

b) Incorreta. A colecistite aguda cursa com dor em hipocôndrio direito e febre (Sinal de Murphy positivo ao exame físico), mas a icterícia não é um achado comum, a menos que haja compressão do ducto hepático comum pelo cálculo no cístico (Síndrome de Mirizzi). Além disso, a confusão mental não faz parte do quadro típico de colecistite.

c) Incorreta. A pancreatite aguda manifesta-se tipicamente com dor em faixa no abdome superior e vômitos. Embora possa haver icterícia se a causa for biliar, a combinação específica de febre, icterícia e confusão mental direciona o diagnóstico para a colangite. O tratamento da pancreatite envolve reposição volêmica e analgesia, mas a antibioticoterapia não é de rotina.

d) Incorreta. Embora a CPRE possa ser utilizada na pancreatite de origem biliar quando há colangite associada ou obstrução persistente da via biliar, o quadro clínico da paciente — especialmente pela presença da Tríade de Charcot e evolução para Pêntade de Reynolds — define a colangite aguda como o diagnóstico primário e mais urgente a ser tratado. Além disso, a antibioticoterapia na pancreatite é reservada apenas para casos de necrose infectada confirmada.

Questão 88

Para resolver essa questão, é necessário correlacionar a composição eletrolítica fornecida com a fisiologia das secreções do trato gastrointestinal. Os valores apresentados são: Sódio (Na^+) 140 mEq/L, Potássio (K^+) 8 mEq/L, Cloro (Cl^-) 95 mEq/L e Bicarbonato (HCO_3^-) 30 mEq/L.

Análise das alternativas:

a) Cólon: Incorreta. O fluido originário do cólon é caracterizado por uma concentração de potássio significativamente mais alta, frequentemente entre 30 e 40 mEq/L, e uma concentração de sódio geralmente menor do que a plasmática. Os dados da questão mostram um sódio de 140 mEq/L, o que é típico de secreções mais proximais do trato digestivo.

b) Delgado: Incorreta. Embora a secreção do intestino delgado seja isotônica, ela geralmente apresenta uma concentração de cloro mais próxima da plasmática (cerca de 100 a 105 mEq/L) e níveis de bicarbonato menores do que os encontrados na bile ou no suco pancreático.

c) Estômago: Incorreta. O suco gástrico é marcado por uma alta concentração de cloro (100 a 130 mEq/L) e baixo pH. Por ser uma secreção ácida, o bicarbonato é praticamente inexistente no conteúdo gástrico puro, o que contradiz os 30 mEq/L de bicarbonato relatados na questão. Além disso, o sódio gástrico costuma ser bem mais baixo do que o plasmático.

d) Trato biliar: Correta. A composição da bile é muito semelhante à do plasma em relação ao sódio (cerca de 140 mEq/L) e ao potássio (5 a 10 mEq/L). Sua principal característica distintiva é ser uma secreção alcalina, contendo uma concentração de bicarbonato entre 30 e 40 mEq/L. Para manter a neutralidade elétrica (equilíbrio de cargas), a concentração de cloro na bile é proporcionalmente menor do que a do plasma, situando-se geralmente entre 85 e 100 mEq/L. Todos esses parâmetros coincidem exatamente com o fluido analisado no caso clínico.

Em resumo, a combinação de sódio normal (140), bicarbonato elevado (30) e cloro levemente reduzido (95) é a assinatura bioquímica clássica da secreção biliar. Se a fístula fosse pancreática, o bicarbonato costumaria ser ainda mais elevado (podendo ultrapassar 70-100 mEq/L), com cloro ainda mais baixo.

Questão 89

O bloqueio do plexo celíaco, realizado frequentemente pela via transcrural para o tratamento da dor no câncer de pâncreas, consiste na interrupção da transmissão nervosa simpática dos órgãos do abdome superior. A compreensão da anatomia e da fisiologia desse bloqueio é fundamental para identificar suas complicações.

Alternativa (a): Correta. Dentre as opções apresentadas, o bloqueio peridural é uma complicação técnica reconhecida. Durante a introdução das agulhas pela via posterior (transcrural), existe o risco de a solução anestésica ou o agente neurolítico se difundir para o espaço peridural ou mesmo para o espaço subaracnoideo através dos forames intervertebrais. Isso ocorre devido à proximidade da agulha com o eixo neuraxial, podendo resultar em bloqueio motor ou sensitivo indesejado nos membros inferiores.

Alternativa (b): Incorreta. O bloqueio do plexo celíaco promove a interrupção das fibras simpáticas, o que leva a uma predominância do tônus parassimpático (vagal) no trato gastrointestinal. O efeito esperado, portanto, é o aumento da motilidade intestinal e a ocorrência de diarreia transitória, e não constipação. A diarreia é, inclusive, um dos efeitos colaterais mais comuns do procedimento.

Alternativa (c): Incorreta. A denervação simpática decorrente do bloqueio causa uma importante vasodilatação na circulação esplâncnica. Isso reduz a resistência vascular periférica e o retorno venoso, levando à hipotensão arterial ortostática, e não à hipertensão. A queda da pressão arterial é um efeito fisiológico esperado e frequentemente manejado com reposição volêmica vigorosa antes do procedimento.

Alternativa (d): Incorreta. Trata-se de uma alternativa sem fundamento anatômico. O plexo celíaco está localizado no abdome superior, anteriormente à aorta e ao nível das vértebras T12 e L1. O útero é um órgão pélvico, situado muito distante do local de punção e do alvo do bloqueio transcrural, tornando a perfuração uterina impossível durante essa técnica.

Questão 90

CONTEXTO FISIOPATOLÓGICO:

A obesidade é reconhecida como uma condição inflamatória sistêmica de baixo grau. O tecido adiposo não funciona apenas como reserva de energia, mas como um órgão endócrino metabolicamente ativo. No paciente obeso, esse tecido produz uma série de substâncias inflamatórias e pró-trombóticas, sendo a principal delas o PAI-1 (Inibidor do Ativador do Plasminogênio-1).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) Intestinal: Incorreta. O intestino possui funções endócrinas importantes, como a secreção de incretinas, mas não é a fonte do PAI-1 responsável pelo estado de hipofibrinólise sistêmica na obesidade.

Alternativa (b) Adiposo: Correta. O tecido adiposo, especialmente a gordura visceral, é o principal produtor de PAI-1 no obeso. O PAI-1 é o principal inibidor do tPA (ativador do plasminogênio tecidual). Quando o PAI-1 está elevado, ele impede a conversão do plasminogênio em plasmina, a enzima responsável por degradar a fibrina. Esse processo resulta em hipofibrinólise (dificuldade em dissolver coágulos), o que explica o estado pró-trombótico e o elevado risco cardiovascular desses pacientes.

Alternativa (c) Hepático: Incorreta. O fígado é o sítio de síntese da maioria dos fatores de coagulação e também pode produzir PAI-1. No entanto, o aumento patológico característico observado na obesidade é proveniente da expressão excessiva deste inibidor pelas células do tecido adiposo (adipócitos e macrófagos locais).

Alternativa (d) Hematopoético: Incorreta. Embora as plaquetas contenham estoques de PAI-1 que são liberados durante a ativação plaquetária, o excesso crônico circulante que gera o desequilíbrio fibrinolítico no obeso é derivado do tecido adiposo expandido, e não do sistema hematopoético.

GABARITO: Letra (b).

Questão 91

O suxametônio (succinilcolina) é um bloqueador neuromuscular despolarizante que atua mimetizando a acetilcolina na junção neuromuscular. O bloqueio de fase II, também conhecido como bloqueio dual, ocorre quando a fibra muscular deixa de responder à despolarização contínua e passa a apresentar um comportamento semelhante ao dos bloqueadores adespolarizantes.

Alternativa (a): Correta. Esta é a característica marcante do bloqueio de fase II. Diferentemente do bloqueio de fase I (onde a resposta aos estímulos é constante e não há facilitação), na fase II a membrana torna-se dessensibilizada. Isso faz com que o monitor de transmissão neuromuscular apresente "fade" (fadiga ou decaimento da resposta) durante estímulos de sequência de quatro (TOF) ou tetânicos, além de apresentar facilitação pós-tetânica.

Alternativa (b): Incorreta. No bloqueio de fase I, o uso de anticolinesterásicos (como a neostigmina) é contraindicado porque potencializa o bloqueio. Entretanto, uma vez

estabelecido o bloqueio de fase II, os anticolinesterásicos podem ser utilizados para tentar a reversão, agindo de forma semelhante à reversão dos bloqueadores adespolarizantes, embora a resposta possa ser imprevisível.

Alternativa (c): Incorreta. O desenvolvimento do bloqueio de fase II está associado a um prolongamento do tempo de bloqueio neuromuscular e a um atraso na recuperação espontânea do paciente, e não a uma aceleração do processo.

Alternativa (d): Incorreta. O bloqueio de fase II raramente ocorre com doses únicas padrão de 1 mg/kg em pacientes com atividade normal da pseudocolinesterase. Ele é tipicamente observado após doses cumulativas elevadas (geralmente acima de 4 a 5 mg/kg), infusões contínuas prolongadas ou em pacientes com variantes genéticas da pseudocolinesterase plasmática que impedem a metabolização rápida da droga.

Questão 92

As fístulas anorretais são, em sua grande maioria (cerca de 90%), decorrentes de infecções inespecíficas das glândulas anais localizadas nas criptas de Morgagni (teoria criptoglandular). A classificação mais utilizada mundialmente para descrever o trajeto dessas fístulas em relação ao aparelho esfinteriano é a Classificação de Parks.

Para responder a essa questão, devemos analisar a prevalência de cada tipo:

a) Incorreta. A fístula supraesfincteriana tem seu trajeto passando acima do músculo puborretal, saindo para a pele através da fossa isquiorretal. É um tipo menos comum, correspondendo a aproximadamente 5% dos casos.

b) Incorreta. A fístula transesfincteriana é aquela que atravessa tanto o esfíncter anal interno quanto o externo. Embora seja frequente na prática clínica, ela é a segunda mais comum, representando cerca de 25% a 30% das fístulas anorretais.

c) Correta. A fístula interesfincteriana é o tipo mais frequente de fístula anorretal de origem criptoglandular. O seu trajeto percorre o espaço entre os esfíncteres anal interno e externo, não atravessando o esfíncter externo. Estima-se que ela ocorra em cerca de 45% a 70% dos casos, dependendo da literatura estatística consultada.

d) Incorreta. A fístula extraesfincteriana é a mais rara de todas, ocorrendo em cerca de 1% dos casos. Seu trajeto vai do reto até a pele perianal, passando totalmente por fora do complexo esfinteriano (por fora do músculo elevador do ânus). Geralmente está associada a doenças inflamatórias intestinais, traumas ou complicações de procedimentos cirúrgicos.

Portanto, seguindo a Classificação de Parks e as estatísticas epidemiológicas clássicas da coloproctologia, a fístula interesfincteriana é a que apresenta maior incidência.

Questão 93

O diagnóstico do megacólon chagásico baseia-se na história clínica de constipação crônica, sorologia positiva para *Trypanosoma cruzi* e exames complementares que avaliam a anatomia e a fisiologia colorretal.

A questão foca no reflexo inibitório anorretal (RIAR), que é uma resposta fisiológica na qual ocorre o relaxamento do esfíncter anal interno em resposta à distensão da ampola retal. No megacólon chagásico, ocorre a destruição dos plexos nervosos mioentéricos (plexo de Auerbach), o que resulta na ausência desse reflexo.

Abaixo, a análise das alternativas:

a) Incorreta. O enema opaco é um exame radiológico contrastado fundamental para avaliar a morfologia do cólon. Ele permite identificar a dilatação (megacólon), o alongamento (dolicocólon) e sinais como o sinal do "bico de pássaro" no reto distal. No entanto, ele é um exame anatômico e não possui a capacidade de mensurar pressões ou avaliar reflexos fisiológicos como o RIAR.

b) Correta. A manometria anorretal é o exame padrão-ouro para o estudo funcional da região anorretal. Por meio de sensores de pressão e da insuflação de um balão no reto, o exame avalia a sensibilidade retal, a complacência e, especificamente, a presença ou ausência do reflexo inibitório anorretal. No paciente com megacólon chagásico, a manometria demonstrará a ausência desse reflexo devido à denervação do plexo mioentérico.

c) Incorreta. A ultrassonografia (seja abdominal ou endorretal) tem papel limitado no diagnóstico do megacólon chagásico. A ultrassonografia endorretal é mais utilizada para o estadiamento de tumores retais ou avaliação de fístulas e abscessos, não sendo capaz de avaliar o reflexo inibitório anorretal.

d) Incorreta. A radiografia simples de abdome é útil em quadros agudos para identificar distensão de alças, níveis hidroaéreos ou a presença de um fecaloma (sinal do miolo de pão). Contudo, é um exame de baixa especificidade que não fornece informações sobre a integridade do sistema nervoso entérico ou sobre reflexos esfínterianos.

Questão 94

A bacteriúria assintomática (BA) consiste no isolamento de bactérias em amostra de urina de pacientes que não apresentam sintomas de infecção do trato urinário (ITU). Na maioria absoluta dos casos, a conduta correta é não tratar, visando evitar o surgimento de bactérias multirresistentes e efeitos colaterais desnecessários. As exceções a essa regra são muito específicas e frequentemente cobradas em provas de residência.

Alternativa A: Está incorreta. Mulheres saudáveis sem fatores de risco não devem ser rastreadas ou tratadas para BA. Da mesma forma, pacientes diabéticos, mesmo que bem controlados, apresentam maior prevalência de colonização urinária, porém o tratamento da bacteriúria assintomática nesse grupo não previne episódios futuros de ITU sintomática nem protege a função renal.

Alternativa B: Está incorreta. Tanto mulheres na pós-menopausa quanto idosos institucionalizados apresentam taxas elevadas de bacteriúria assintomática. Estudos robustos demonstram que o tratamento nesses pacientes não traz benefícios clínicos, não melhora a sobrevida e pode aumentar o risco de reinfecção por germes mais resistentes.

Alternativa C: Está incorreta. Pacientes com trato urinário inferior disfuncional (como bexiga neurogênica) ou reconstruído costumam ter colonização crônica, e o tratamento só deve ser instituído se houver sintomas. Em relação ao transplante renal, as diretrizes internacionais mais recentes (como as da IDSA) recomendam contra o rastreio e tratamento da bacteriúria assintomática na maioria dos casos, especialmente após os primeiros dois meses do transplante.

Alternativa D: Está correta. Atualmente, existem apenas duas recomendações universais e consensuais para a triagem e o tratamento da bacteriúria assintomática: 1) Gestantes: o tratamento é fundamental em qualquer fase da gravidez, pois reduz significativamente o risco de evolução para pielonefrite (que pode chegar a 30% dos casos não tratados) e diminuir riscos obstétricos como parto prematuro e baixo peso ao nascer. 2) Pacientes que serão submetidos a procedimentos urológicos invasivos nos quais se prevê a ruptura da mucosa (como ressecção transuretral de próstata ou biópsia de próstata): o tratamento preventivo nesses casos evita a translocação bacteriana para a corrente sanguínea e o desenvolvimento de urosepse no perioperatório.

Questão 95

Análise das alternativas sobre Infecção do Trato Urinário (ITU) Recorrente:

Alternativa (a) Incorreta: A reposição vaginal de estrogênio é uma estratégia eficaz e recomendada especificamente para mulheres na PÓS-MENOPAUSA. Com a queda hormonal do climatério, há uma redução de *Lactobacillus* vaginais e aumento do pH, o que favorece a colonização por patógenos urinários. Em mulheres na pré-menopausa, os níveis de estrogênio já são fisiologicamente adequados, portanto essa reposição não traz os mesmos benefícios profiláticos.

Alternativa (b) Incorreta: A profilaxia imunoativa (como o OM-89, derivado da *E. coli*) possui boa evidência de eficácia justamente em mulheres jovens e na pré-menopausa. Não há recomendação para evitar seu uso nessa faixa etária; pelo contrário, as diretrizes costumam indicá-la como uma opção para reduzir as taxas de recorrência antes de se optar por antibióticos profiláticos.

Alternativa (c) Incorreta: O uso de cranberry (em sucos ou cápsulas) é um tema controverso. Embora seja amplamente divulgado, grandes revisões sistemáticas e as principais diretrizes urológicas (como a da Associação Europeia de Urologia - EAU) concluem que as evidências atuais são conflitantes e insuficientes para uma recomendação ampla e robusta de sua eficácia na prevenção de ITUs recorrentes.

Alternativa (d) Correta: O hipurato de metenamina é um agente antisséptico que atua de forma não antibiótica. No ambiente ácido da urina, a metenamina é convertida em formaldeído, que possui ação bactericida. Ele é indicado como profilaxia para mulheres sem anormalidades anatômicas ou funcionais do trato urinário, sendo uma ferramenta valiosa para evitar o uso prolongado de antibióticos e minimizar o desenvolvimento de resistência bacteriana.

Questão 96

A questão aborda a infecção do trato urinário associada a cateter (ITU-AC), uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde. A gestão correta envolve medidas para reduzir o biofilme bacteriano e garantir a eficácia do tratamento.

Alternativa (a) Incorreta: A ITU associada a cateter é, por definição, considerada uma ITU complicada. O manejo de ITUs complicadas difere das não complicadas (como a cistite esporádica em mulheres jovens e saudáveis) tanto na escolha dos antibióticos quanto na duração da terapia e na necessidade de abordar o fator complicador (neste caso, o cateter).

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta recomendada pelas diretrizes internacionais

(como as da IDSA). Se um cateter estiver em uso por mais de duas semanas no início da ITU-AC e sua permanência ainda for necessária, ele deve ser substituído. A remoção ou substituição é fundamental porque as bactérias formam um biofilme na superfície do dispositivo, o que as protege da ação dos antibióticos e do sistema imune. Coletar a urina para cultura através de um novo cateter também garante um resultado mais fidedigno da condição da bexiga, evitando contaminantes do biofilme antigo.

Alternativa (c) Incorreta: O uso de antimicrobianos profiláticos (seja sistêmico ou via irrigação vesical) não é recomendado para a prevenção de ITU-AC. Essa prática não reduz a incidência de infecções sintomáticas de forma sustentável e contribui significativamente para o aumento da resistência bacteriana e o risco de infecção por *Clostridioides difficile*.

Alternativa (d) Incorreta: A aplicação de antissépticos tópicos (como povidona-iodo ou clorexidina) no meato uretral ou no próprio cateter não demonstrou eficácia na prevenção de ITU-AC em estudos clínicos. A recomendação atual para a higiene do meato é a limpeza rotineira com água e sabão durante o banho, sem necessidade de produtos específicos que podem causar irritação local e não alteram a taxa de colonização.

Questão 97

O carcinoma de células renais (CCR) metastático passou por grandes mudanças terapêuticas nos últimos anos, especialmente após os estudos CARMENA e SURTIME. A indicação de nefrectomia citorrredutora (NC) deixou de ser universal para ser selecionada conforme o perfil de risco do paciente e a carga da doença.

Alternativa (a): CORRETA. Em pacientes com doença oligometastática (poucas metástases) e de fácil acesso, a nefrectomia citorrredutora associada ao tratamento local das metástases (seja por cirurgia, radiocirurgia ou ablação) é uma conduta recomendada. O objetivo nesses casos é atingir o estado de "livre de doença" ou retardar significativamente o início da terapia sistêmica, melhorando o prognóstico.

Alternativa (b): INCORRETA. Pacientes classificados como de alto risco (ou risco desfavorável/poor risk) pelos critérios de Motzer (MSKCC) ou Heng (IMDC) não se beneficiam da nefrectomia citorrredutora inicial. Nesses casos, a doença é biologicamente muito agressiva, e o paciente deve iniciar a terapia sistêmica precocemente, pois a cirurgia traria morbidade sem ganho de sobrevida.

Alternativa (c): INCORRETA. O estudo CARMENA demonstrou que, para pacientes de risco intermediário ou alto com grande volume metastático que necessitam de

terapia sistêmica imediata, a realização da NC upfront (antes do tratamento sistêmico) não é superior ao tratamento isolado com terapia-alvo. Portanto, para tumores primários assintomáticos que exigem terapia sistêmica, a tendência atual é não realizar a NC de imediato.

Alternativa (d): INCORRETA. Embora ter um bom performance status (ECOG 0 ou 1) seja um pré-requisito técnico para realizar qualquer cirurgia de grande porte, ele isoladamente não indica a NC. Se o paciente tem um bom performance status, mas possui múltiplos fatores de risco (risco intermediário ou alto) e alta carga metastática, o início da terapia sistêmica (geralmente imunoterapia combinada) é priorizado em relação à cirurgia local.

Em resumo, a nefrectomia citorrredutora deve ser reservada hoje para pacientes de risco favorável, com baixa carga metastática ou oligometástases passíveis de tratamento local, ou para controle de sintomas incontroláveis no rim (como hemorragia).

Questão 98

O angiomiolipoma (AML) renal é o tumor mesenquimal benigno mais comum do rim, composto por proporções variáveis de vasos sanguíneos dismórficos, músculo liso e tecido adiposo maduro. A principal característica diagnóstica na tomografia computadorizada é a presença de gordura macroscópica (densidade menor que -20 Unidades Hounsfield). O manejo clínico baseia-se no risco de complicações, principalmente a hemorragia retroperitoneal (Síndrome de Wunderlich).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O ponto de corte clássico na literatura para considerar intervenção em pacientes assintomáticos é de 4 cm de diâmetro, e não 3 cm. Atualmente, as diretrizes tendem a ser ainda mais conservadoras, priorizando o acompanhamento radiológico se o tumor for estável e assintomático, reservando a intervenção para casos de crescimento rápido ou risco iminente de ruptura.

Alternativa (b) Incorreta. Embora o crescimento do angiomiolipoma possa ser estimulado por hormônios (estrogênio e progesterona) e o risco de ruptura seja maior durante a gestação, o simples fato de a paciente ser mulher em idade fértil não é uma indicação absoluta de intervenção. O tratamento profilático em mulheres que desejam engravidar é discutido caso a caso, geralmente quando o tumor já apresenta dimensões próximas ao limite de segurança (4 cm).

Alternativa (c) Incorreta. A presença de hipertensão arterial ou o fato de o paciente

ser um jovem do sexo masculino não são critérios para indicação de tratamento cirúrgico ou embolização. O angiomiolipoma esporádico é mais comum em mulheres; quando ocorre em homens jovens de forma múltipla ou bilateral, deve-se suspeitar de Esclerose Tuberosa, mas a conduta continua dependendo do tamanho e dos sintomas.

Alternativa (d) Correta. As principais indicações para o tratamento ativo do angiomiolipoma (seja por embolização arterial seletiva, nefrectomia parcial ou ablação) são a presença de sintomas e as complicações. Dor lombar crônica ou intermitente, episódios de sangramento (hematúria) ou hemorragia retroperitoneal aguda são indicações clássicas de intervenção para controle de sintomas e prevenção de choque hipovolêmico.

Resumo do Manejo:

1. Assintomáticos e menores que 4 cm: Acompanhamento com exames de imagem.
2. Assintomáticos e maiores que 4 cm: Considerar intervenção se houver risco de seguimento difícil, crescimento rápido ou em mulheres com desejo gestacional.
3. Sintomáticos ou com complicações (sangramento/dor): Intervenção indicada, preferencialmente com técnicas que preservem o parênquima renal (néfron-poupadoras), como a embolização ou a cirurgia parcial.

Questão 99

Comentário da Questão:

A biópsia percutânea de massa renal não é realizada de rotina porque a maioria dos tumores sólidos renais com realce ao contraste nos exames de imagem (tomografia ou ressonância) tem alta probabilidade de ser carcinoma de células renais (CCR). No entanto, em cenários específicos, a histologia prévia torna-se necessária para guiar a conduta.

Alternativa A (Correta): Esta é a indicação clássica. Quando os exames de imagem são inconclusivos (massas indeterminadas), não permitindo diferenciar entre uma lesão benigna (como um oncocitoma ou angiomiolipoma com pouco conteúdo gorduroso) e uma lesão maligna, a biópsia é indicada para evitar cirurgias desnecessárias ou para confirmar a necessidade de tratamento.

Alternativa B (Incorreta): Existe uma distinção técnica entre Espera Vigilante (Watchful Waiting) e Vigilância Ativa (Active Surveillance). A espera vigilante é geralmente adotada para pacientes idosos ou com muitas comorbidades, situação em que o foco é o tratamento paliativo se os sintomas surgirem, tornando a biópsia frequentemente dispensável. Na Vigilância Ativa (para pequenas massas renais), a

biópsia pode até ser usada para estratificar o risco, mas a alternativa A descreve uma indicação diagnóstica mais fundamental e universalmente aceita.

Alternativa C (Incorreta): A biópsia é obrigatória antes de tratamentos ablativos térmicos (como crioablação ou radiofrequência), pois o tecido será destruído e não haverá peça cirúrgica para análise. No entanto, a alternativa está incorreta ao classificar a nefrectomia parcial como um "tratamento ablativo". A nefrectomia parcial é uma técnica cirúrgica de ressecção, na qual o tumor é retirado e enviado para patologia, tornando a biópsia prévia ou simultânea geralmente desnecessária.

Alternativa D (Incorreta): Embora a biópsia possa auxiliar na decisão em pacientes frágeis, a estratégia médica e cirúrgica nesses casos é definida primariamente pelo estado clínico do paciente, expectativa de vida e riscos operatórios. A biópsia é um complemento, mas o objetivo principal do procedimento percutâneo listado na literatura é o esclarecimento de lesões cujo diagnóstico por imagem não foi definitivo.

Questão 100

Alternativa a: Esta alternativa está incorreta. A principal vantagem da abordagem transperineal em relação à transretal é o risco significativamente menor de complicações infecciosas graves, como prostatite e sepse, visto que a agulha não atravessa o reto para atingir a próstata. Em relação às complicações hemorrágicas, a via transperineal pode apresentar maior incidência de hematoma perineal, embora apresente menor taxa de hematoquezia (sangue nas fezes) do que a via transretal.

Alternativa b: Esta alternativa está correta. Na biópsia transperineal, a agulha é introduzida através da pele do períneo. Seguindo os princípios básicos de qualquer procedimento cirúrgico que envolva a quebra da barreira cutânea, a desinfecção cirúrgica da pele local com antissépticos é obrigatória e deve ser feita de rotina para prevenir a contaminação dos tecidos profundos por microrganismos da flora da pele.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Embora o uso de iodopovidona retal seja uma estratégia eficaz para reduzir o risco de infecção na biópsia transretal, essa medida deve ser considerada para todos os pacientes submetidos a essa via, e não apenas para aqueles com histórico de prostatite pós-biópsia. Atualmente, a diretriz da Associação Europeia de Urologia recomenda fortemente a migração para a via transperineal para evitar os riscos inerentes à via transretal.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A profilaxia antibiótica-alvo (baseada em swab retal ou cultura de fezes) e a profilaxia aumentada (uso de duas ou mais classes de antibióticos) são estratégias específicas para mitigar o risco de sepse na

biópsia transretal, devido ao aumento global da resistência bacteriana às quinolonas. Na biópsia transperineal, o risco infeccioso é intrinsecamente muito baixo, dispensando protocolos de profilaxia tão agressivos ou baseados em swab retal.
