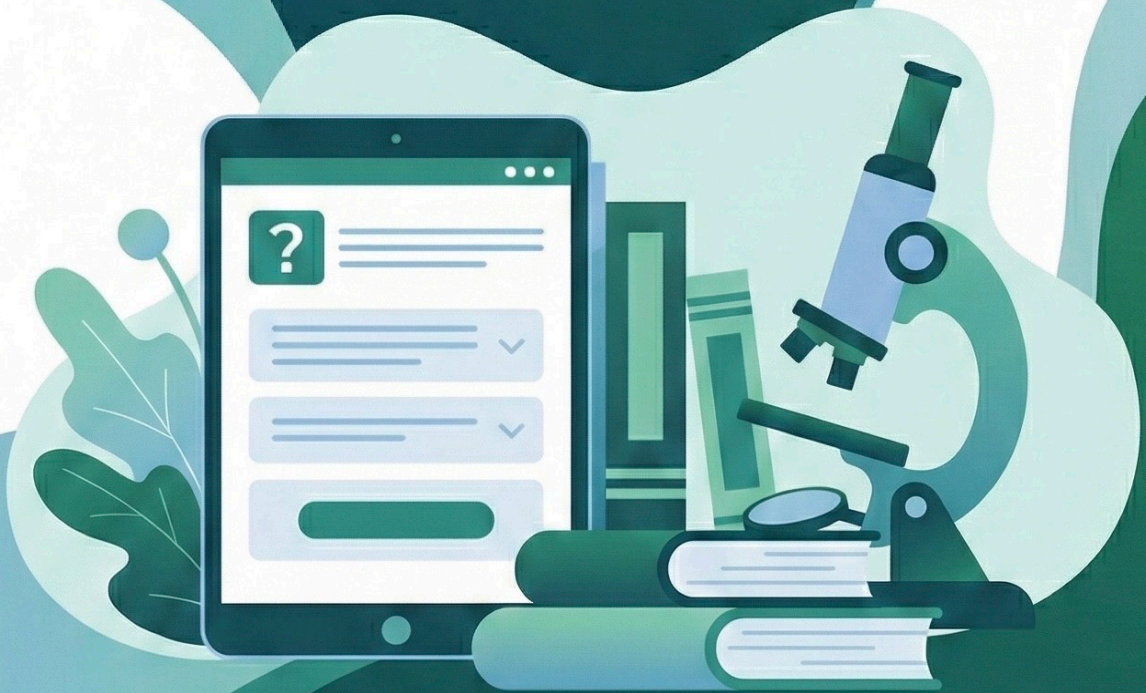




UNIFESP

GABARITO | 2025 | SP | 99 Questões



Gabarito: UNIFESP

2025 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O principal desafio clínico apresentado nesta questão é o manejo de uma paciente com alto risco para Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório (NVPO). A paciente apresenta múltiplos fatores de risco de acordo com o Escore de Apfel: é do sexo feminino, jovem e será submetida a uma cirurgia ginecológica (endometriose), que frequentemente envolve laparoscopia e uso de opioides no pós-operatório.

A estratégia mais eficaz para reduzir a incidência de NVPO, além da profilaxia farmacológica com antieméticos, é a modificação da técnica anestésica, especificamente evitando agentes emetogênicos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A anestesia balanceada utiliza agentes inalatórios (como o sevoflurano). Os halogenados são os principais responsáveis pelas náuseas e vômitos nas primeiras horas após a cirurgia. Mesmo com o uso de propofol na indução ou em baixas doses, a presença do componente inalatório mantém o risco elevado para esta paciente de alto risco.

b) Incorreta. Esta é a pior opção para uma paciente com alto risco de NVPO. Tanto o sevoflurano (halogenado) quanto o óxido nitroso são agentes fortemente associados ao aumento da incidência de vômitos. O óxido nitroso, especificamente, é conhecido por aumentar a pressão em cavidades gasosas e estimular o centro do vômito.

c) Incorreta. Assim como na alternativa A, o isoflurano é um agente inalatório halogenado que atua como gatilho para NVPO. A combinação com propofol não anula completamente o efeito emetogênico do vapor anestésico.

d) Correta. A Anestesia Venosa Total (TIVA) com propofol e remifentanil é a conduta de escolha para pacientes com alto risco de NVPO. O propofol possui propriedades antieméticas intrínsecas, agindo na modulação de receptores dopaminérgicos e serotoninérgicos. Ao optar pela TIVA, eliminamos totalmente o uso de gases anestésicos (halogenados e óxido nitroso), que são os maiores vilões para essa complicação, reduzindo drasticamente a incidência de náuseas e vômitos no período de recuperação.

Questão 2

A paciente idosa apresenta um quadro clínico típico de obstrução intestinal mecânica, evidenciado pela dor abdominal em cólica, náuseas, vômitos, distensão abdominal e parada de eliminação de fezes e gases. O diagnóstico diferencial para obstrução em idosos é amplo, mas os achados radiológicos descritos no enunciado são determinantes para a resolução da questão.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta: As hérnias internas ocorrem quando alças intestinais ficam presas em aberturas no mesentério ou outros espaços peritoneais (sejam eles congênitos ou adquiridos após cirurgias). Embora causem obstrução mecânica, não há mecanismo fisiopatológico que justifique a presença de ar nas vias biliares (pneumocolangiograma).

Alternativa b) Incorreta: A trombose mesentérica é uma emergência vascular. O quadro clínico clássico envolve dor abdominal intensa e súbita que não condiz com a leveza dos achados ao exame físico inicial (conhecida como dor desproporcional ao exame físico). No raio X de abdome, poderíamos observar íleo parálítico ou sinais de sofrimento de alça (como pneumatose), mas não a tríade característica de obstrução mecânica associada à pneumobilia.

Alternativa c) Correta: O íleo biliar é a causa mais provável e se encaixa perfeitamente na descrição. Trata-se de uma obstrução mecânica causada pela impactação de um cálculo biliar volumoso no trato gastrointestinal, geralmente no íleo terminal, após o cálculo migrar através de uma fístula colecistoentérica (comunicação entre a vesícula e o duodeno). O enunciado descreve os componentes da chamada Tríade de Rigler: 1. Sinais de obstrução de alças delgadas (dilatação e níveis hidroaéreos); 2. Pneumocolangiograma (também chamado de pneumobilia, que é a presença de ar na via biliar); 3. Cálculo biliar ectópico (que pode não ser visível em raios X simples, dependendo da sua calcificação). A presença de pneumobilia em um contexto de obstrução intestinal é o sinal patognomônico para esta condição.

Alternativa d) Incorreta: A neoplasia colorretal é uma causa frequente de obstrução intestinal baixa em idosos. No entanto, ela costuma ter um quadro de evolução mais insidioso (perda de peso, alteração do hábito intestinal) e, fundamentalmente, não justifica a presença de ar nas vias biliares. O pneumocolangiograma aponta especificamente para uma comunicação entre a árvore biliar e o trato digestivo, o que é característico do íleo biliar, não do câncer colorretal.

Conclusão: A associação de sinais clínicos e radiológicos de obstrução intestinal com

a presença de gás nas vias biliares em uma paciente idosa confirma o diagnóstico de íleo biliar.

Questão 3

Esta questão aborda o manejo inicial de um paciente politraumatizado com foco na monitorização e cuidados urológicos diante de um trauma raquimedular (TRM).

Alternativa A: Está correta. No atendimento inicial ao trauma (seguindo os preceitos do ATLS), a sondagem vesical de demora é a conduta indicada para monitorar o débito urinário horário. Essa medida é fundamental para avaliar a perfusão tecidual e guiar a reposição volêmica. Além disso, o paciente apresenta sinais de trauma raquimedular em L3-L4, o que geralmente resulta em uma bexiga neurogênica atônica durante a fase de choque medular, impedindo o esvaziamento espontâneo da bexiga. Como não há sinais de trauma de uretra (como sangue no meato urinário, hematoma perineal ou fraturas complexas de pelve), a sondagem transuretral é segura.

Alternativa B: Está incorreta. A cistostomia suprapúbica é uma alternativa mais invasiva, indicada apenas quando a sondagem vesical de demora é contraindicada (suspeita de lesão uretral) ou quando a passagem da sonda pela uretra é impossibilitada por estenoses ou outros traumas locais. No caso descrito, não há elementos que contraindiquem a via uretral.

Alternativa C: Está incorreta. O cateterismo intermitente é o padrão-ouro para o manejo crônico de pacientes com bexiga neurogênica após a estabilização do quadro. No entanto, no ambiente de pronto-socorro e na fase aguda do trauma, ele não é adequado porque não permite a monitorização contínua e precisa do débito urinário, essencial para o controle hemodinâmico.

Alternativa D: Está incorreta. A nefrostomia bilateral é um procedimento de exceção, utilizado para desviar o fluxo urinário diretamente dos rins em casos de obstrução ureteral bilateral ou outras patologias do trato urinário superior. O problema do paciente em questão está relacionado ao esvaziamento vesical (trato inferior) e à necessidade de monitorização clínica, não havendo indicação para um procedimento de radiointervenção renal.

Questão 4

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico e alarmante: dor torácica súbita e intensa com irradiação para o dorso, associada a níveis pressóricos elevados (190 x 100 mmHg) e a um sopro diastólico no foco aórtico, que sugere insuficiência aórtica aguda. Ao analisar o eletrocardiograma (ECG), observa-se um supradesnivelamento do segmento ST nas derivações inferiores (II, III e aVF), o que caracteriza um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra de ST de parede inferior.

O diagnóstico unificador para dor torácica excruciante, sopro de insuficiência aórtica e IAM inferior é a Dissecção Aguda de Aorta Ascendente (Stanford A). Nesse cenário, a dissecção progride retrogradamente ou atinge o óstio da artéria coronária direita, causando a oclusão coronariana secundária à dissecção, além de comprometer a valva aórtica.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (a), Cirurgia de emergência, é a conduta correta. A dissecção de aorta tipo A de Stanford é uma emergência cirúrgica absoluta. O tratamento visa corrigir a ruptura da íntima, reconstruir a aorta e, se necessário, tratar a valva aórtica e revascularizar a coronária acometida. Sem a intervenção cirúrgica imediata, a mortalidade é extremamente elevada.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

b) Angioplastia primária da artéria culpada: Embora o ECG mostre um IAM com supra de ST, a causa não é uma placa aterosclerótica rota, mas sim a dissecção da aorta que obstruiu a coronária. Realizar uma angioplastia ou administrar antiagregantes plaquetários potentes e anticoagulantes (necessários no procedimento) seria catastrófico em um paciente com dissecção de aorta, aumentando o risco de sangramento e progressão da dissecção.

c) Passagem de balão intra-aórtico: Esta conduta é absolutamente contraindicada em pacientes com dissecção de aorta e naqueles com insuficiência aórtica (presente no caso, conforme indicado pelo sopro diastólico). O balão intra-aórtico infla na diástole, o que aumentaria a pressão retrógrada na aorta, agravando a dissecção e a regurgitação aórtica, podendo levar ao edema agudo de pulmão e óbito.

d) Trombólise com alteplase: A trombólise é formalmente contraindicada na suspeita de dissecção de aorta. Administrar um fibrinolítico nesse paciente resultaria em hemorragia maciça e morte, pois impediria a formação de trombos necessários para

conter o sangramento no falso lúmen da aorta. Em qualquer paciente com dor torácica e supra de ST no ECG, deve-se descartar clinicamente a dissecação de aorta antes de trombolisar.

Questão 5

Essa paciente apresenta um quadro clínico clássico de pancreatite aguda de origem biliar (pelo antecedente de colelitíase e elevação significativa da amilase). Para definir a conduta nutricional, devemos primeiro classificar a gravidade do quadro. Como ela está hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite (DB negativa), trata-se, inicialmente, de uma pancreatite leve.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Antigamente, acreditava-se que era necessário aguardar a normalização das enzimas pancreáticas (amilase e lipase) e a resolução completa da dor para reiniciar a dieta. No entanto, as evidências atuais mostram que os níveis de amilase não têm correlação com a gravidade da doença ou com a tolerância à dieta. Esperar a normalização laboratorial prolonga desnecessariamente o jejum.

b) Correta. Em casos de pancreatite aguda leve, as diretrizes internacionais (como as da Associação Internacional de Pancreatologia e da American Gastroenterological Association) recomendam o reinício precoce da dieta oral, geralmente dentro das primeiras 24 a 48 horas, assim que o paciente apresentar melhora clínica da dor e do apetite. A nutrição precoce ajuda a manter a barreira intestinal, prevenindo a translocação bacteriana e reduzindo complicações infecciosas e o tempo de internação.

c) Incorreta. A dieta enteral por sonda (seja gástrica ou pós-pilórica) é reservada para casos de pancreatite grave, nos quais o paciente não tolera a via oral, ou quando a internação se prolonga além de 48-72 horas sem perspectiva de alimentação espontânea. Não há indicação inicial de sonda para uma paciente estável e com provável quadro leve.

d) Incorreta. A nutrição parenteral deve ser a última opção, utilizada apenas quando a via oral e a via enteral não são possíveis ou falharam. Ela está associada a um maior risco de complicações infecciosas (sepse por cateter) e à atrofia da mucosa intestinal, não sendo indicada no manejo inicial da pancreatite aguda.

Questão 6

Para compreender o diagnóstico correto, é necessário analisar os três pilares do caso: o tipo de vômito, a magnitude da distensão abdominal e o tempo de eliminação do mecônio.

O vômito bilioso indica que a obstrução está localizada obrigatoriamente abaixo da ampola de Vater (segunda porção do duodeno). A grande distensão abdominal e o achado radiológico de intensa distensão de alças apontam para uma obstrução situada no intestino delgado (jejuno ou íleo) ou no cólon. Se a obstrução fosse muito alta (estômago ou duodeno), a distensão seria mínima e localizada apenas na parte superior do abdome.

Alternativa a) Incorreta. No megacólon congênito (doença de Hirschsprung), o sinal clínico mais precoce e característico é o atraso na eliminação do mecônio, geralmente ocorrendo após 24 a 48 horas de vida. Como o paciente do enunciado eliminou mecônio com 16 horas (dentro do prazo fisiológico), essa hipótese perde força, apesar de a distensão abdominal ser comum na doença.

Alternativa b) Correta. A atresia jejunal é uma interrupção da luz intestinal que ocorre geralmente por um insulto vascular isquêmico durante o desenvolvimento fetal. Por estar localizada no jejuno, ela permite que o ar e os fluidos preencham várias alças de delgado antes do ponto de obstrução, o que explica a "grande distensão abdominal" e a "intensa distensão de alças" no raio X. Além disso, é possível que o recém-nascido elimine mecônio que já estava presente no intestino distal à atresia antes do nascimento.

Alternativa c) Incorreta. O íleo meconial está fortemente associado à fibrose cística. Nele, o mecônio é extremamente viscoso e obstrui o íleo terminal. O quadro típico envolve a falha total em eliminar mecônio nas primeiras horas de vida. Radiologicamente, além da distensão, é comum observar o sinal de Neuhauser (aspecto de bolhas de sabão ou vidro moído), que não foi descrito.

Alternativa d) Incorreta. Na obstrução duodenal, o sinal clássico no raio X é o da "dupla bolha" (distensão apenas do estômago e do duodeno proximal). Como a obstrução é muito alta, não há distensão de várias alças intestinais, e o abdome inferior costuma estar escavado ou sem gás, o que contradiz frontalmente a descrição de "intensa distensão de alças".

Questão 7

Para compreender essa questão, o primeiro passo é identificar a suspeita diagnóstica principal baseada no conjunto de malformações apresentadas pelo recém-nascido. O quadro clínico de escoliose (vertebral), ausência de orifício anal (anal), sopro cardíaco (cardíaco), desconforto respiratório (sugerindo fístula traqueoesofágica ou atresia de esôfago) e deformidade em membros (limb/membros) aponta diretamente para a Associação VACTERL.

A Associação VACTERL é um acrônimo para um grupo de anomalias congênitas que ocorrem juntas com frequência:

V - Vertebrais (escoliose, hemivértebras);

A - Anais (imperfuração anal);

C - Cardíacas (comunicação interventricular, sopros);

T-E - Traqueoesofágicas (fístula traqueoesofágica ou atresia de esôfago);

R - Renais;

L - Limb (membros, como rádio ou pés).

Diante de um recém-nascido com imperfuração anal e desconforto respiratório logo ao nascer, a prioridade absoluta é investigar a patência das vias aérea e digestiva superiores, especificamente a hipótese de atresia de esôfago, que faz parte do espectro VACTERL.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ultrassonografia de abdome será importante posteriormente para avaliar anomalias renais (o "R" do VACTERL) ou para auxiliar na avaliação da distância do fundo de saco retal na malformação anorretal, mas não é a conduta inicial prioritária para um paciente com desconforto respiratório e suspeita de malformações múltiplas.

b) Incorreta. O ecocardiograma é fundamental para detalhar o sopro sistólico e diagnosticar a cardiopatia congênita, mas, no manejo imediato do recém-nascido com desconforto respiratório e suspeita de atresia de esôfago, a estabilização e o diagnóstico da obstrução digestiva alta precedem o exame de imagem cardíaco.

c) Incorreta. A tomografia computadorizada de tórax não é um exame de rotina inicial para recém-nascidos. Além da alta carga de radiação, o diagnóstico de atresia de esôfago ou fístulas pode ser sugerido de forma muito mais simples e rápida à beira do leito.

d) Correta. A passagem de uma sonda nasogástrica (ou orogástrica) é o procedimento inicial, simples e rápido para triagem de atresia de esôfago. Se a sonda

encontrar resistência e não progredir até o estômago, confirma-se a suspeita clínica de atresia. Além disso, a sonda ajuda na descompressão gástrica ou na drenagem de secreções em bolsas esofágicas cegas, prevenindo a aspiração salivar e facilitando o manejo do desconforto respiratório. É a conduta padrão em casos de suspeita de VACTERL ou malformações anorretais, pois estas frequentemente coexistem com atresia de esôfago.

Questão 8

Análise do caso clínico:

Estamos diante de uma ferida traumática de grandes dimensões (25 x 7 cm) no antebraço, após 10 dias de evolução e preparo do leito (lavagem e desbridamento). O ponto crucial para a decisão cirúrgica é a viabilidade do leito receptor: há exposição de musculatura e gordura, que são tecidos bem vascularizados, e ausência de exposição de estruturas "nobres" (ossos, tendões sem paratendão, nervos ou vasos).

Para escolher a melhor técnica de cobertura, seguimos a "escada reconstrutiva" da Cirurgia Plástica, partindo do mais simples para o mais complexo.

a) Incorreta. O enxerto de pele total inclui a epiderme e toda a derme. Embora apresente melhor resultado estético e menor contração secundária, sua "pega" (integração) é mais difícil do que a do enxerto parcial. Além disso, é limitado a áreas pequenas, pois a zona doadora precisa ser fechada primariamente. Retirar um enxerto de pele total de 25 x 7 cm criaria um defeito gigantesco na área doadora, tornando a opção inviável neste caso.

b) Correta. O enxerto de pele parcial (epiderme e parte da derme) é a conduta de escolha para grandes perdas cutâneas onde o leito é vascularizado (músculo ou gordura) e não há exposição de estruturas "nobres". Ele apresenta maior facilidade de integração e permite a cobertura de grandes extensões, pois a área doadora (geralmente a coxa) regenera-se espontaneamente a partir dos anexos cutâneos remanescentes.

c) Incorreta. O retalho microcirúrgico é uma técnica complexa e de alta morbidade, reservada para casos em que não há leito vascularizado para receber enxerto (como osso ou tendão expostos) ou quando há necessidade de cobertura com volume e proteção especial. No caso descrito, o leito é favorável ao enxerto, tornando o retalho microcirúrgico desnecessário e excessivo.

d) Incorreta. O fechamento por segunda intenção (deixar a ferida fechar sozinha por

granulação e contração) em uma área de 25 x 7 cm levaria meses para cicatrizar. Isso aumentaria drasticamente o risco de infecções, resultaria em uma cicatriz de má qualidade, frágil e com grande potencial de gerar contraturas funcionais no membro do paciente. A cobertura cirúrgica é mandatória aqui.

Questão 9

O caso clínico apresenta um paciente masculino de 78 anos com Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) infrarrenal de 4,5 cm de diâmetro. A conduta para o AAA é baseada principalmente no diâmetro transversal do aneurisma, na velocidade de crescimento e na presença de sintomas.

Alternativa a: Correta. Para pacientes do sexo masculino e assintomáticos, o consenso atual indica que a intervenção (cirúrgica ou endovascular) deve ser realizada quando o diâmetro atinge 5,5 cm. Aneurismas com diâmetro entre 4,0 cm e 4,9 cm devem ser monitorados com exames de imagem seriados, geralmente ultrassonografia ou tomografia computadorizada, em intervalos de 6 a 12 meses. Portanto, o acompanhamento a cada 6 meses está perfeitamente adequado para o diâmetro de 4,5 cm.

Alternativa b: Incorreta. O tratamento invasivo não está indicado para este paciente, pois o diâmetro de 4,5 cm ainda oferece um risco de ruptura baixo em comparação ao risco do procedimento. Além disso, a prótese reta raramente é utilizada em aneurismas infrarrenais, pois a dilatação costuma se estender até próximo à bifurcação das ilíacas.

Alternativa c: Incorreta. A cirurgia convencional (aberta) é uma opção de tratamento, mas só deve ser indicada quando o limiar de 5,5 cm for atingido, se houver crescimento rápido (maior que 0,5 cm em 6 meses ou 1 cm em um ano) ou se o paciente se tornar sintomático.

Alternativa d: Incorreta. Embora o tratamento endovascular com prótese bifurcada seja a técnica de escolha em muitos centros para correção de AAA, ele segue o mesmo critério de indicação por diâmetro (5,5 cm para homens). Intervir precocemente em aneurismas pequenos não traz benefício de sobrevida e expõe o paciente a riscos desnecessários.

Questão 10

O objetivo principal do mascaramento ou cegamento em um ensaio clínico randomizado e controlado é reduzir a chance de ocorrência de vieses, especialmente o viés de aferição e o viés de performance. Quando falamos em cegamento, estamos tentando garantir que o conhecimento sobre qual intervenção o paciente está recebendo não influencie o comportamento das pessoas envolvidas ou a interpretação dos resultados.

Historicamente, os termos simples, duplo ou triplo-cego podem variar levemente entre autores, mas, para fins de provas de residência e concursos, a alternativa (b) é a correta pelas seguintes razões:

Alternativa (a) Incorreta: Embora o mascaramento dos participantes e da equipe seja fundamental, se os avaliadores que analisam especificamente o desfecho (como quem interpreta um exame de imagem ou avalia uma escala clínica de melhora) souberem quem recebeu o tratamento, eles podem ser influenciados subjetivamente, comprometendo a validade do estudo.

Alternativa (b) Correta: Esta é a definição mais completa e aceita pelas bancas examinadoras. O estudo duplo-cego ideal busca mascarar todos os envolvidos no processo clínico e avaliativo direto. Isso inclui quem recebe a intervenção (participantes), quem a administra e cuida do paciente (equipe) e quem mede se o desfecho ocorreu ou não (avaliadores de desfecho). Assim, evita-se que o efeito placebo influencie o paciente e que a expectativa do pesquisador influencie a coleta de dados. Em algumas literaturas, o cegamento do avaliador de desfecho é o que diferencia o duplo do triplo-cego, mas, na visão desta banca, todos esses atores compõem os dois polos que devem ser cegados para a classificação de duplo-cego.

Alternativa (c) Incorreta: Se os participantes não forem mascarados, o estudo é considerado aberto para eles. Isso pode alterar a percepção subjetiva de melhora e a adesão ao tratamento, o que anula a premissa do duplo-cegamento.

Alternativa (d) Incorreta: Se a equipe que presta assistência direta ao paciente souber o que está sendo administrado, ela pode, mesmo que inconscientemente, tratar os pacientes de grupos diferentes de forma distinta (viés de performance). Por exemplo, oferecendo mais cuidados ou exames adicionais para um grupo em relação ao outro.

Em resumo, para que um ensaio clínico minimize distorções nos resultados, o segredo sobre a alocação dos grupos deve ser mantido tanto para o sujeito da pesquisa quanto para todos aqueles que interagem com ele ou avaliam seus resultados durante a condução do estudo. Por isso, a alternativa (b) é a mais

adequada.

Questão 11

Para resolver esta questão, é fundamental aplicar a Classificação de Hinchey, utilizada para graduar a gravidade da diverticulite aguda e guiar o tratamento.

O paciente apresenta um abscesso pericólico de 5 cm e está hemodinamicamente estável. De acordo com os principais consensos mundiais, como os da Sociedade Americana de Cirurgiões de Cólon e Reto (ASCRS), a conduta varia conforme o tamanho da coleção:

1. Abscessos pequenos (geralmente menores que 3 a 4 cm), classificados como Hinchey I, podem ser tratados inicialmente apenas com antibioticoterapia intravenosa e observação.
2. Abscessos maiores que 3 a 4 cm, classificados como Hinchey II, em pacientes estáveis, devem ser submetidos à drenagem percutânea guiada por imagem (tomografia ou ultrassonografia) associada a antibióticos.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora os antibióticos façam parte do tratamento, o tamanho do abscesso (5 cm) é o ponto determinante. Coleções desse volume apresentam menor taxa de resolução apenas com medicamentos, exigindo a intervenção para controle do foco infeccioso.

Alternativa B: Incorreta. A colectomia segmentar de urgência (como a cirurgia de Hartmann) é indicada em casos de peritonite generalizada purulenta ou fecal (Hinchey III ou IV) ou quando o paciente apresenta instabilidade hemodinâmica e falha nas medidas conservadoras. Não é a conduta inicial para um paciente estável com abscesso localizado.

Alternativa C: Incorreta. A laparoscopia para lavagem e drenagem é uma alternativa cirúrgica que pode ser considerada em casos de peritonite purulenta, mas é mais invasiva que a drenagem percutânea. Para um abscesso pericólico acessível em paciente estável, a via percutânea é preferível por apresentar menor morbidade.

Alternativa D: Correta. A drenagem percutânea guiada por imagem é o padrão-ouro para abscessos diverticulares maiores que 3 a 4 cm em pacientes estáveis. Essa conduta permite o resfriamento do processo inflamatório, melhora rápida dos sintomas e possibilita que uma eventual cirurgia definitiva seja realizada de forma eletiva, com menor risco de complicações e maior chance de anastomose primária

(sem necessidade de colostomia).

Gabarito: Letra D.

Questão 12

O caso descreve uma falha terapêutica após a decorticação pulmonar, que é o tratamento cirúrgico invasivo indicado para empiemas em fase fibrinopurulenta ou organizada (estágios II e III). O paciente persiste com febre, secreção purulenta pelo dreno e uma coleção septada, o que caracteriza um empiema crônico ou recidivante de difícil resolução.

Alternativa (a) Incorreta: O tratamento do empiema baseia-se no tripé: antibioticoterapia, expansão pulmonar e drenagem do espaço pleural. Embora o antibiótico seja necessário, ele sozinho não consegue penetrar em coleções purulentas organizadas e septadas. A persistência dos sintomas após a cirurgia indica um problema mecânico de drenagem e não apenas uma falha na cobertura antimicrobiana.

Alternativa (b) Incorreta: A simples redrenagem com dreno de tórax tubular costuma ser ineficaz em coleções septadas e após a falha de uma decorticação. O dreno tende a obstruir devido à espessura do pus e da fibrina, além de não conseguir abordar as múltiplas loculações de uma coleção septada em um pulmão que não expandiu adequadamente.

Alternativa (c) Correta: A pleurostomia é a conduta de exceção indicada para casos de empiema crônico ou falha de decorticação pulmonar, especialmente quando o pulmão está "encarcerado" e não consegue expandir para preencher a cavidade torácica (espaço morto). O procedimento consiste na ressecção de pequenos segmentos de uma ou mais costelas e na abertura da pleura para o meio externo, criando uma janela na parede torácica. Isso permite a drenagem ampla e contínua do pus, além de possibilitar curativos e limpezas manuais da cavidade até que ela cicatrize por segunda intenção.

Alternativa (d) Incorreta: A aspiração contínua no sistema de drenagem tem como objetivo auxiliar a expansão pulmonar. No entanto, se a decorticação (que é a remoção cirúrgica da carapaça de fibrina) já foi realizada e não obteve sucesso em expandir o pulmão, a pressão negativa externa não será suficiente para resolver uma coleção septada e organizada.

Questão 13

Para compreender a conduta correta nesta questão, o ponto central é a análise do estadiamento linfonodal do câncer de pulmão de células não pequenas (adenocarcinoma).

Análise do Estadiamento:

O paciente apresenta um tumor no lobo superior esquerdo com comprometimento dos linfonodos das cadeias 4 (paratraqueal inferior) e 7 (subcarinal). No pulmão esquerdo, a cadeia 4 ipsilateral é a 4L. A cadeia 7, por ser subcarinal, é sempre considerada N2 quando o tumor é unilateral. Portanto, estamos diante de um estadiamento linfonodal N2. Mais do que isso, trata-se de um comprometimento multiestacional (mais de uma cadeia de linfonodos mediastinais acometida).

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Correta: O tratamento de escolha para pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas com comprometimento linfonodal mediastinal N2 multiestacional comprovado é o tratamento não cirúrgico inicial, geralmente baseado em quimiorradioterapia definitiva. A cirurgia de início não é recomendada nesses casos porque o prognóstico é reservado e a taxa de recorrência sistêmica é muito alta, não havendo benefício claro de sobrevida com o procedimento cirúrgico imediato em comparação ao tratamento clínico. Em alguns protocolos específicos, após a resposta à quimiorradioterapia, o caso poderia ser reavaliado, mas a conduta inicial padrão é a não cirúrgica.

Alternativa (b) Incorreta: A lobectomia é o tratamento padrão para estágios iniciais (N0 ou N1). Na presença de doença N2 multiestacional (cadeias 4 e 7), a cirurgia isolada ou como primeira escolha é contraindicada, pois a doença já ultrapassou os limites hilares e atingiu o mediastino, exigindo uma abordagem sistêmica e radioterápica.

Alternativa (c) Incorreta: A pneumonectomia (retirada de todo o pulmão) é uma cirurgia de grande porte e alta morbidade. Assim como a lobectomia, ela não está indicada como conduta inicial em pacientes com comprometimento linfonodal N2 multiestacional. Além disso, a extensão da ressecção pulmonar não resolve o problema do acometimento mediastinal difuso.

Alternativa (d) Incorreta: A segmentectomia é uma ressecção sublobar, indicada apenas para tumores muito pequenos, periféricos (T1aN0) ou para pacientes com função pulmonar muito limitada que não tolerariam uma lobectomia. No caso de um paciente com metástases linfonodais para o mediastino (N2), uma cirurgia conservadora como esta seria tecnicamente insuficiente e oncológicamente

inadequada.

Questão 14

O caso clínico descreve uma paciente jovem com estenose traqueal cervical alta (envolvendo o 1º e 2º anéis). O dado fundamental para a decisão terapêutica é o achado da broncoscopia: a estenose é fixa (cicatricial) e não apresenta processo inflamatório local. Isso sinaliza que a lesão está madura e o tecido está estável, o que é o cenário ideal para a intervenção cirúrgica definitiva.

Alternativa (a) Incorreta: A troca do tubo T (tubo de Montgomery) é uma medida de manutenção paliativa ou temporária. O tubo T serve para moldar a via aérea e garantir a patência enquanto se aguarda a estabilização do processo inflamatório. Como a paciente já utiliza a órtese há 7 meses e a estenose já está madura e sem inflamação, manter apenas a troca da prótese seria postergar desnecessariamente o tratamento curativo em uma paciente jovem e com boas condições locais.

Alternativa (b) Correta: A traqueoplastia (que pode envolver a ressecção do segmento estenosado e a anastomose término-terminal) é o tratamento de escolha para estenoses traqueais focais e maduras. A ausência de inflamação ativa é o critério técnico mais importante para programar a cirurgia, pois reduz o risco de deiscência da anastomose e de formação de novas granulações ou reestenose no pós-operatório.

Alternativa (c) Incorreta: A corticoterapia é indicada na fase aguda da lesão traqueal, quando há edema importante ou formação excessiva de tecido de granulação inflamatório, na tentativa de modular a cicatrização. Uma estenose "fixa" e "sem processo inflamatório" representa uma fibrose já consolidada, na qual os corticoides não possuem efeito terapêutico para reverter o estreitamento.

Alternativa (d) Incorreta: A cânula metálica é um dispositivo utilizado em traqueostomias de longa permanência ou definitivas. Ela não trata a estenose, apenas mantém uma via aérea abaixo do nível da obstrução, sendo geralmente reservada para pacientes que não possuem condições clínicas para cirurgia reconstrutora ou em casos de estenoses inoperáveis, o que não é o caso de uma paciente de 32 anos com estenose focal de anéis superiores.

Questão 15

O quadro clínico apresentado descreve um paciente masculino de 65 anos com hematúria indolor há 6 meses e achado ultrassonográfico de lesão polipoide na bexiga. Esse cenário é a apresentação clássica do câncer de bexiga, sendo a hematúria o sinal inicial em cerca de 80% a 90% dos casos.

Alternativa a) Carcinoma espinocelular.

Incorreta. Embora possa ocorrer na bexiga, o carcinoma espinocelular representa apenas cerca de 3% a 5% das neoplasias malignas vesicais. Geralmente está associado a processos de irritação crônica da mucosa, como infecção pelo *Schistosoma haematobium* (muito comum no Egito e partes da África), uso crônico de sondas vesicais de demora ou cálculos vesicais volumosos de longa data. O caso clínico não cita nenhum desses fatores de risco.

Alternativa b) Carcinoma urotelial.

Correta. O carcinoma urotelial, anteriormente chamado de carcinoma de células de transição, é o tipo histológico mais comum de câncer de bexiga, sendo responsável por mais de 90% a 95% dos casos diagnosticados. Epidemiologicamente, é mais frequente em homens, brancos, idosos e tem o tabagismo como principal fator de risco. Diante de uma lesão expansiva na bexiga em um paciente com hematúria, este é sempre o diagnóstico mais provável e a hipótese principal a ser considerada.

Alternativa c) Adenocarcinoma.

Incorreta. O adenocarcinoma primário da bexiga é raro, correspondendo a menos de 2% dos tumores vesicais. Pode estar relacionado a remanescentes do uraco (localizados geralmente na cúpula vesical) ou a casos de extrofia vesical. Não há elementos na questão que sugiram essa histologia específica.

Alternativa d) Carcinoma de pequenas células.

Incorreta. Trata-se de um tipo histológico extremamente raro na bexiga (menos de 1% dos casos). É um tumor de origem neuroendócrina, muito agressivo e com alta taxa de metástases precoces, não sendo a principal suspeita para um quadro clínico inicial e tipicamente arrastado como o descrito.

Resumo do diagnóstico: A tríade de idade avançada, hematúria macroscópica indolor e lesão polipoide na ultrassonografia aponta diretamente para o carcinoma urotelial, que é a neoplasia maligna predominante do trato urinário. A conduta de Ressecção Transuretral (RTU) serve tanto para o diagnóstico histológico quanto para o estadiamento inicial da doença.

Questão 16

O caso clínico descreve um paciente idoso com retenção urinária aguda (RUA), evidenciada pela dor suprapúbica intensa, incapacidade de micção há 16 horas e presença de globo vesical ao exame físico. O ponto crucial da questão é o volume drenado na sondagem de alívio: 1.300 mL.

Por que a alternativa (b) está correta?

Volumes urinários muito elevados (geralmente acima de 1.000 mL) causam um estiramento excessivo das fibras musculares da bexiga (músculo detrusor), resultando em uma atonia vesical temporária. Nesses casos, apenas a sondagem de alívio não é suficiente, pois a bexiga não conseguirá recuperar sua capacidade de contração imediatamente e o paciente voltará a reter urina em pouco tempo. A passagem da sonda vesical de demora é a conduta mais adequada para permitir o repouso vesical por alguns dias, favorecendo a recuperação do tônus muscular. Além disso, grandes drenagens agudas exigem vigilância para potenciais complicações, como a hematúria ex vacuo e a síndrome da diurese pós-obstrutiva.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

Alternativa (a): O cateterismo intermitente é uma técnica de escolha para pacientes com bexiga neurogênica ou disfunções crônicas de esvaziamento. No cenário de urgência com distensão vesical maciça (1,3 L), a prioridade é manter a bexiga descomprimida continuamente para recuperação do detrusor, o que torna a sonda de demora mais indicada.

Alternativa (c): Embora a terapia combinada (alfa-bloqueador para relaxar o colo vesical e inibidor de 5-alfa-redutase para reduzir o volume prostático) seja o tratamento padrão-ouro para a hiperplasia prostática benigna sintomática, ela não resolve o quadro agudo de atonia por distensão. O alfa-bloqueador é frequentemente iniciado enquanto o paciente está com a sonda para aumentar as chances de sucesso no teste de retirada do cateter após alguns dias, mas o tratamento medicamentoso isolado agora não substituiria a necessidade da sonda de demora.

Alternativa (d): O estudo urodinâmico é um exame invasivo utilizado para diagnosticar a causa de disfunções miccionais complexas ou para avaliação pré-operatória. Ele não tem papel na fase aguda da retenção urinária. Os resultados seriam imprecisos devido à distensão recente e o foco imediato deve ser o esvaziamento e repouso da bexiga.

Questão 17

O surgimento de bolhas de ar (identificadas na ultrassonografia como focos hiperecogênicos com artefatos de reverberação ou sombra acústica suja) entre a agulha e a veia durante uma tentativa de punção da jugular interna é um sinal de alerta crítico. Isso geralmente indica que houve a perfuração acidental de uma estrutura que contém ar, como a traqueia ou o ápice pulmonar (causando pneumotórax ou enfisema subcutâneo).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Aspirar o ar não resolve a lesão estrutural que causou o vazamento de gás para os tecidos moles. Além disso, a presença de ar no tecido subcutâneo gera artefatos que impedem a visualização adequada das estruturas nobres (veia e artéria) pelo ultrassom, tornando a progressão do cateter no mesmo local perigosa e tecnicamente difícil.

Alternativa b) Correta. Diante da suspeita de complicação (perfuração de traqueia ou pleura) e da perda de uma janela ultrassonográfica nítida devido aos artefatos de ar, a conduta correta é interromper o procedimento naquele ponto, realizar compressão local para evitar hematomas e buscar um novo sítio de punção (como a veia jugular contralateral ou as veias subclávias). A segurança do paciente e a manutenção da guia visual são prioridades.

Alternativa c) Incorreta. O uso de contraste não é a conduta padrão para confirmar posicionamento em punções venosas centrais à beira-leito. O problema principal aqui é o ar extraluminal, que já indica um trajeto de agulha inadequado ou uma complicação mecânica que não será resolvida com contraste.

Alternativa d) Incorreta. Embora o acesso femoral seja uma opção em casos de falha total nos acessos superiores, ele apresenta maiores taxas de infecção e trombose. Antes de migrar para o sítio femoral, o médico deve considerar a punção em outro local do segmento superior (como o lado oposto), garantindo que a monitorização hemodinâmica seja tecnicamente mais fidedigna.

Conclusão: A presença de ar nos tecidos durante a punção guiada por ultrassom compromete a segurança do procedimento e sugere lesão de via aérea ou pleura. A mudança para um novo sítio de punção é a medida mais prudente para garantir o sucesso do acesso e minimizar danos ao paciente.

Questão 18

O ponto central desta questão é o manejo de uma úlcera gástrica em um paciente de 60 anos. Diferentemente das úlceras duodenais, que raramente são malignas, toda úlcera gástrica carrega um risco potencial de representar um adenocarcinoma gástrico ulcerado.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Diante de uma úlcera gástrica, a conduta mandatória é a realização de uma nova endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsias após o tratamento farmacológico (geralmente em 8 a 12 semanas). Isso é necessário porque uma única sessão de biópsias pode apresentar falsos-negativos para neoplasia devido ao erro de amostragem. O objetivo da nova EDA é confirmar a cicatrização completa da lesão e realizar novas coletas de material caso a úlcera ainda esteja presente.

Alternativa b) Incorreta. A ecoendoscopia (ultrassonografia endoscópica) é um exame excelente para avaliar a profundidade de invasão de tumores já confirmados (estadiamento T) ou para investigar lesões subepiteliais. Não é o exame de escolha inicial para o seguimento de uma úlcera gástrica comum.

Alternativa c) Incorreta. A angiotomografia é utilizada principalmente em casos de hemorragia digestiva aguda e volumosa, onde a endoscopia não consegue identificar ou tratar o foco do sangramento, ou em suspeitas de isquemia mesentérica. O paciente está hemodinamicamente estável e já possui diagnóstico endoscópico, tornando o exame desnecessário neste momento.

Alternativa d) Incorreta. Embora o tratamento do *Helicobacter pylori* seja necessário, a alternativa apresenta falhas. Primeiro, o tempo de tratamento para erradicação do *H. pylori* atualmente recomendado é de 14 dias, e não 7 dias. Segundo, e mais importante, apenas tratar a bactéria sem garantir o acompanhamento da cicatrização da úlcera gástrica é um erro grave, pois pode retardar o diagnóstico de um câncer gástrico. A prioridade na conduta de seguimento é a reavaliação endoscópica.

Resumo: Em qualquer paciente com úlcera gástrica, especialmente na faixa etária acima dos 45-50 anos ou com sinais de alarme, é obrigatório realizar o controle de cura com nova endoscopia e biópsias para excluir definitivamente a presença de malignidade.

Questão 19

O caso clínico descreve uma Síndrome Vestibular Aguda (SVA), caracterizada por vertigem de início súbito, contínua, associada a náuseas, vômitos e intolerância à movimentação cefálica. Para diferenciar causas periféricas de causas centrais (como um AVC de circulação posterior), utilizamos o protocolo HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew).

Análise dos achados do exame físico:

1. Nistagmo: É espontâneo, horizontal e unidirecional para a direita. Ele segue a Lei de Alexander (fica mais intenso ao olhar para o lado da fase rápida, no caso, à direita). Nistagmos que não mudam de direção e são puramente horizontais ou horizonto-rotatórios sugerem fortemente uma etiologia periférica.
2. HIT (Head Impulse Test): Houve presença de sacada corretiva ao virar a cabeça para a esquerda. Isso indica um reflexo vestibulo-ocular (RVO) deficitário à esquerda. Em uma vertigem súbita, um HIT alterado aponta para uma causa periférica (lesão do nervo vestibular ou labirinto).
3. Sintomas Auditivos: Estão ausentes, o que ajuda a diferenciar a Neurite Vestibular da Labirintite (que apresenta perda auditiva).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A migrânea vestibular geralmente se apresenta com episódios recorrentes de vertigem associados a sintomas de enxaqueca (fotofobia, fonofobia ou aura). Embora a paciente tenha histórico de cefaleia, o quadro atual é de uma crise única, intensa e prolongada, com exame físico (HIT positivo) demonstrando uma lesão estrutural do nervo vestibular, o que não é o padrão típico da migrânea.
- b) Incorreta. O AVC de cerebelo ou tronco encefálico é o principal diagnóstico diferencial. No entanto, no AVC, o exame HINTS costuma mostrar um HIT normal (pois as vias periféricas estão íntegras) e um nistagmo que muda de direção conforme o olhar (bidirecional) ou nistagmo vertical. O fato de o HIT ser positivo e o nistagmo ser unidirecional aponta para causa periférica.
- c) Incorreta. A Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) manifesta-se com episódios de vertigem de curtíssima duração (segundos), desencadeados exclusivamente por mudanças de posição da cabeça. A paciente em questão apresenta vertigem contínua há 3 horas, o que define uma Síndrome Vestibular Aguda e não episódica.

d) Correta. A Neurite Vestibular é a causa mais comum de Síndrome Vestibular Aguda periférica. Ela se caracteriza por vertigem súbita e prolongada, frequentemente precedida por infecção viral, sem sintomas auditivos. Os achados de nistagmo horizontal unidirecional e HIT positivo para o lado da lesão (à esquerda, neste caso, já que o nistagmo bate para a direita) fecham o diagnóstico clínico.

Gabarito: Letra (d).

Questão 20

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O enunciado apresenta um paciente com um mecanismo de trauma clássico conhecido na ortopedia como "trauma no painel" (dashboard injury). Esse mecanismo ocorre quando o joelho, em flexão de 90 graus, sofre um impacto direto na região proximal da tíbia contra o painel do carro em uma colisão frontal, projetando a tíbia para trás em relação ao fêmur.

Os achados do exame físico corroboram essa suspeita:

1. Aumento da translação posterior: Indica falha na restrição primária ao deslocamento posterior da tíbia.
2. Deslizamento posterior da tíbia: Também conhecido como "sinal da queda posterior" ou "posterior sag sign", onde o relevo da tuberosidade anterior da tíbia desaparece devido ao deslocamento posterior causado pela gravidade.

O principal ligamento responsável por impedir esse movimento é o Ligamento Cruzado Posterior (LCP).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) CORRETA. O Ligamento Cruzado Posterior (LCP) é o principal estabilizador contra a translação posterior da tíbia. O mecanismo de trauma direto na tíbia proximal com o joelho flexionado é a causa mais comum de sua ruptura isolada. Os testes de gaveta posterior e o sinal da queda posterior (sag sign) são específicos para esta lesão.

b) INCORRETA. A lesão do Ligamento Cruzado Anterior (LCA) manifesta-se com instabilidade anterior. O mecanismo de trauma mais comum é entorse (rotação com pé fixo) ou hiperextensão, e o exame físico revelaria aumento da translação anterior (testes de Lachman e gaveta anterior positivos), e não posterior.

c) INCORRETA. Os ligamentos meniscofemorais (ligamentos de Humphrey e Wrisberg) são estruturas acessórias que ligam o corno posterior do menisco lateral ao

côndilo femoral medial, correndo junto ao LCP. Embora auxiliem na estabilidade posterior, uma lesão isolada dessas estruturas não explicaria o quadro clínico de translação posterior importante descrito na questão.

d) INCORRETA. O Ligamento Oblíquo Posterior (LOP) faz parte do complexo ligamentar posteromedial do joelho. Sua lesão está mais associada a instabilidades rotatórias e estresse em valgo, não sendo o responsável primário por impedir a translação posterior pura da tíbia descrita no exame físico.

Questão 21

A questão descreve um caso clássico de infarto agudo do miocárdio com supra de ST (IAMCSST) de parede inferior, que evoluiu com uma complicação mecânica grave após 48 horas.

Análise do quadro clínico e ECG:

O paciente apresenta sinais de infarto na parede inferior (D2, D3 e aVF), evidenciados pelas ondas Q patológicas e inversão de onda T nessas derivações, indicando um processo que já tem pelo menos algumas horas de evolução (atendimento iniciado 14 horas após a dor). O surgimento de um sopro holossistólico no ápice com irradiação para a axila, acompanhado de choque cardiogênico (hipotensão e má perfusão) no segundo dia de internação, é patognomônico de insuficiência mitral aguda grave.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Ruptura do músculo papilar posterior. O músculo papilar posteromedial é irrigado, na grande maioria das vezes, apenas pela artéria coronária direita (responsável pelo infarto inferior neste caso). Isso o torna muito mais vulnerável à ruptura por isquemia do que o músculo anterolateral, que possui irrigação dupla (DA e Cx). A ruptura gera falência súbita da valva mitral, causando regurgitação maciça (sopro holossistólico no ápice com irradiação axilar) e edema agudo de pulmão/choque cardiogênico.

Alternativa B (Incorreta): Ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo. Esta complicação geralmente se manifesta com dor torácica súbita, dissociação eletromecânica ou tamponamento cardíaco agudo devido ao hemopericárdio. Não costuma apresentar sopro holossistólico, mas sim abafamento de bulhas e turgência jugular.

Alternativa C (Incorreta): Comunicação interventricular (CIV). A CIV pós-infarto também causa um sopro holossistólico e choque cardiogênico. No entanto, o sopro

da CIV é mais audível na borda esternal esquerda inferior (mesocárdio) e frequentemente é acompanhado de um frêmito palpável, diferindo da localização apical com irradiação axilar descrita na questão, que é típica da valva mitral.

Alternativa D (Incorreta): Insuficiência aórtica. A insuficiência aórtica não é uma complicação mecânica comum do infarto do miocárdio. Além disso, o sopro da insuficiência aórtica é diastólico, aspirativo e melhor ouvido no foco aórtico ou aórtico acessório, o que não condiz com o sopro holossistólico (sistólico) descrito.

Questão 22

Para compreender a questão, devemos primeiro analisar os exames laboratoriais da paciente: ela apresenta hipercalcemia (cálcio de 10,7 mg/dL, acima do valor de referência) e um PTH suprimido (15 pg/mL, abaixo do valor de referência). Esse padrão de hipercalcemia com PTH baixo indica uma causa não dependente das glândulas paratireoides. Como a paciente é hipertensa, o foco deve se voltar para medicações comuns no tratamento da hipertensão arterial que afetam o metabolismo do cálcio.

Alternativa a) Denosumabe: Incorreta. O denosumabe é um anticorpo monoclonal que inibe o RANKL, bloqueando a maturação e a ação dos osteoclastos. Ao inibir a reabsorção óssea, ele tende a reduzir os níveis de cálcio no sangue. Portanto, o efeito esperado do denosumabe é a hipocalcemia, e não a hipercalcemia.

Alternativa b) Glicocorticoide: Incorreta. O uso crônico de glicocorticoides está associado à redução da absorção intestinal de cálcio e ao aumento da sua excreção renal. Embora sejam causas importantes de osteoporose, os corticoides geralmente não causam hipercalcemia; pelo contrário, são por vezes utilizados no tratamento de certas formas de hipercalcemia (como na sarcoidose).

Alternativa c) Diurético tiazídico: Correta. Os tiazídicos (como a hidroclorotiazida e a clortalidona), amplamente utilizados para tratar a hipertensão, agem no túbulo contorcido distal do rim aumentando a reabsorção de cálcio. Isso reduz a perda de cálcio na urina (hipocalciúria) e pode elevar os níveis de cálcio no sangue (hipercalcemia leve a moderada). Em resposta ao aumento do cálcio sérico, as glândulas paratireoides reduzem a produção de PTH por meio de feedback negativo, o que explica perfeitamente o quadro laboratorial da paciente.

Alternativa d) Cloroquina: Incorreta. A cloroquina e a hidroxicloroquina não são causas de hipercalcemia. Em doenças granulomatosas (como a sarcoidose), que causam hipercalcemia pela produção excessiva de vitamina D ativa, esses medicamentos podem inclusive ajudar a baixar os níveis de cálcio por inibirem a

enzima 1-alfa-hidroxilase.

Resumo: A combinação de hipertensão arterial e o padrão laboratorial de cálcio alto com PTH baixo aponta diretamente para o efeito dos diuréticos tiazídicos, que retêm cálcio no organismo.

Questão 23

A monitorização da qualidade da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) por meio de parâmetros fisiológicos é fundamental para aumentar as chances de Retorno à Circulação Espontânea (RCE). Nesta questão, o paciente apresenta dois marcadores de baixa qualidade de perfusão: o ETCO₂ de 8 mmHg (o ideal é que seja superior a 10-20 mmHg) e a Pressão Arterial Diastólica (PAD) de 15 mmHg (o ideal é que seja superior a 20 mmHg).

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. Aumentar a frequência da ventilação é prejudicial durante a RCP. A hiperventilação aumenta a pressão intratorácica, o que reduz o retorno venoso ao coração e, conseqüentemente, diminui o débito cardíaco e a pressão de perfusão coronariana. Além disso, não corrigiria os baixos valores de ETCO₂ e PAD, que são reflexos de uma circulação ineficaz.

b) Incorreta. Valores baixos de ETCO₂ e PAD não indicam velocidade excessiva, mas sim que as compressões não estão gerando fluxo sanguíneo suficiente. Reduzir o número de compressões pioraria ainda mais o débito cardíaco e a perfusão tecidual.

c) Correta. Esta é a conduta preconizada pelas diretrizes da American Heart Association (AHA). Quando os alvos fisiológicos não são atingidos (ETCO₂ > 10 mmHg e PAD > 20 mmHg), a primeira ação deve ser otimizar a mecânica das compressões torácicas. Isso inclui garantir a profundidade adequada (5 a 6 cm), a frequência correta (100 a 120 compressões por minuto), permitir o retorno total do tórax e minimizar interrupções. O ajuste desses parâmetros visa a melhorar o volume sistólico e a pressão de perfusão.

d) Incorreta. Embora a epinefrina faça parte do protocolo de Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP), a questão foca especificamente na "melhora da qualidade da RCP" diante de parâmetros hemodinâmicos e capnográficos abaixo do ideal. Administrar medicação adicional sem corrigir a falha técnica nas compressões não resolveria o problema da baixa perfusão gerada mecanicamente. O foco deve ser a entrega de compressões de alta qualidade antes de considerar alterações farmacológicas fora do protocolo padrão.

Questão 24

Análise clínica e laboratorial:

A paciente apresenta um macroadenoma hipofisário volumoso (3,5 cm), o que justifica a compressão do tecido glandular normal e da haste hipofisária, levando a falhas na produção hormonal.

Exame laboratorial detalhado:

1. Eixo tireotrófico: O T4 livre está baixo (0,3 ng/dL) com um TSH falsamente normal (1,97 mUI/mL). Em uma tireoide normal respondendo a uma falha periférica, o TSH deveria estar muito elevado. Esse padrão de T4 livre baixo com TSH normal ou baixo define o hipotireoidismo central.

2. Eixo gonadotrófico: Uma mulher de 60 anos, em amenorreia há quatro anos, deveria apresentar níveis de FSH e LH significativamente elevados (padrão de menopausa). Níveis de FSH e LH baixos ou "normais" nessa faixa etária indicam hipogonadismo hipogonadotrófico (central).

3. Eixo do GH: O IGF-1 está abaixo do valor de referência para a idade (64 ng/mL), o que aponta para a deficiência do hormônio do crescimento (GH).

4. Prolactina: O valor de 80 ng/dL é um aumento moderado. Em tumores grandes como este, esse aumento ocorre geralmente pelo "efeito haste" (compressão da haste hipofisária pelo tumor, impedindo que a dopamina, que é o fator inibidor da prolactina, chegue à hipófise).

5. Eixo adrenal: O cortisol de 6,6 mcg/dL está em uma zona limítrofe/baixa. Em conjunto com os outros achados e a presença de um volumoso tumor, sugere insuficiência adrenal secundária.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O hipotireoidismo central não pode ser excluído pelo TSH normal. Pelo contrário, a combinação de T4 livre baixo com TSH normal ou baixo é a característica fundamental dessa patologia de origem hipofisária.

b) Incorreta. O GH tem secreção pulsátil e meia-vida muito curta, por isso a dosagem de GH basal não serve para diagnosticar deficiência. O diagnóstico é feito pela dosagem de IGF-1 (que reflete a produção de GH nas últimas 24 h) ou por testes de estímulo dinâmico.

c) Correta. A paciente apresenta deficiência documentada de múltiplos eixos hormonais da adeno-hipófise (tireotrófico, gonadotrófico e somatotrófico), o que caracteriza o quadro de pan-hipopituitarismo.

d) Incorreta. A hiperprolactinemia é um achado comum no hipopituitarismo causado por tumores selares. O efeito haste bloqueia o aporte de dopamina, elevando a prolactina, enquanto a compressão da glândula pelo tumor destrói as células que produzem os demais hormônios. Portanto, uma prolactina elevada não descarta o hipopituitarismo.

Questão 25

Análise Clínica do Caso:

O paciente apresenta sinais claros de dois estados fisiopatológicos distintos na Insuficiência Cardíaca Descompensada:

1. Congestão (Status Úmido): Evidenciada pela dispneia progressiva, ortopneia, dispneia paroxística noturna, ganho de peso, edema de membros inferiores até a região escrotal e achados na ausculta pulmonar (provável derrame pleural ou congestão grave).
2. Má Perfusão Tecidual (Status Frio): Caracterizada pela hipotensão arterial (PA 90/50 mmHg), tempo de enchimento capilar lentificado (4 segundos, sendo o normal até 2 segundos) e alteração do nível de consciência (sonolência).

Classificação Hemodinâmica:

A combinação de sinais de congestão (Úmido) com sinais de má perfusão (Frio) define o Perfil C (Frio e Úmido).

Estratégia Terapêutica:

O Perfil C é o mais crítico e requer intervenção para restaurar a perfusão dos órgãos e, simultaneamente ou sequencialmente, tratar a congestão.

- Dobutamina: É um agente inotrópico indicado para pacientes com baixo débito cardíaco e sinais de hipoperfusão. Sua função é aumentar a contratilidade miocárdica, melhorando o volume sistólico e a oferta de oxigênio aos tecidos.

- Furosemida: Diurético de alça essencial para remover o excesso de fluido. No Perfil C, deve-se ter cautela para não reduzir excessivamente a pré-carga antes de melhorar o débito com o inotrópico, mas ela faz parte da estratégia para aliviar os

sintomas congestivos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora identifique o perfil C, o uso de Captopril (um inibidor da ECA) é contraindicado na fase inicial de um paciente hipotenso e hipoperfundido. Vasodilatadores e bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona podem causar queda abrupta da pressão arterial e piorar o choque.

b) Incorreta. O perfil B refere-se ao paciente Úmido e Quente (com boa perfusão). O paciente do caso está claramente mal perfundido (Frio). O Captopril também não seria indicado na vigência de hipotensão arterial.

c) Incorreta. Além de errar o perfil (indica B em vez de C), esta alternativa sugere o Nitroprussiato de sódio. Este é um vasodilatador potente indicado para o Perfil B com hipertensão ou Perfil C com pressão arterial limite/elevada. Em um paciente com PA 90/50 mmHg, o nitroprussiato agravaria perigosamente a hipotensão.

d) Correta. Identifica adequadamente o Perfil C (Frio e Úmido) e propõe a terapêutica correta para estabilização: suporte inotrópico com dobutamina para reverter a má perfusão e furosemida para tratar a sobrecarga de volume.

Questão 26

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta um quadro clássico de Transtorno Neurocognitivo Maior (Demência), muito provavelmente Doença de Alzheimer, dado o início insidioso e a progressão gradual da perda de memória (4 anos), evoluindo para a perda de independência em atividades básicas da vida diária (1 ano) e sintomas comportamentais (perambulação, choro, agressividade). O enunciado solicita as escalas indicadas para o estadiamento, ou seja, para determinar em que fase (leve, moderada ou avançada) a doença se encontra.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

O Clinical Dementia Rating (CDR) e o Estágio de Avaliação Funcional (FAST – Functional Assessment Staging) são as ferramentas padrão-ouro para o estadiamento das demências, especialmente na Doença de Alzheimer.

1. CDR (Clinical Dementia Rating): Avalia seis domínios (memória, orientação, julgamento/solução de problemas, assuntos comunitários, lar/hobbies e cuidados pessoais). Classifica o paciente em 0 (normal), 0,5 (demência questionável), 1 (demência leve), 2 (moderada) e 3 (grave).

2. FAST (Functional Assessment Staging): É uma escala baseada estritamente na

funcionalidade, muito útil na Doença de Alzheimer porque a perda funcional costuma seguir uma ordem sequencial. O estágio 7, por exemplo, correlaciona-se com a perda da fala, da deambulação e da capacidade de sorrir, o que ajuda a monitorar a progressão em fases avançadas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

a) Avaliação Geriátrica Ampla e velocidade de marcha.

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um processo diagnóstico multidimensional utilizado para identificar precocemente problemas de saúde no idoso e elaborar um plano de cuidados, não sendo uma "escala de estadiamento" propriamente dita. A velocidade de marcha é um teste para avaliar a mobilidade e o risco de fragilidade/sarcopenia, mas não estagia a gravidade da demência.

b) Timed Up and Go Test e Clinical Dementia Rating.

Embora o CDR esteja correto para o estadiamento, o Timed Up and Go Test (TUG) é um teste de desempenho físico que avalia a mobilidade básica, o equilíbrio e o risco de quedas. Ele cronometra o tempo que o paciente leva para se levantar de uma cadeira, caminhar 3 metros, girar e sentar-se novamente. Não serve para classificar o estágio evolutivo da degeneração cognitiva.

d) Estágio de Avaliação Funcional e Short Physical Performance Battery.

O estágio de Avaliação Funcional (FAST) está correto. No entanto, o Short Physical Performance Battery (SPPB) é um instrumento utilizado para avaliar a função física de membros inferiores através de testes de equilíbrio, velocidade de marcha e força (sentar-se e levantar-se da cadeira). Assim como o TUG, foca na capacidade física e motora, e não no estadiamento da síndrome demencial.

Questão 27

O caso descreve uma bacteremia por *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (MRSA) em um paciente renal crônico em hemodiálise. A resistência à oxacilina significa que a bactéria produz uma proteína de ligação à penicilina alterada (PBP2a), o que confere resistência a praticamente todos os antibióticos da classe dos beta-lactâmicos (penicilinas, cefalosporinas e carbapenêmicos).

Alternativa (a) Correta: A vancomicina é um antibiótico da classe dos glicopeptídeos e é considerada a terapia de primeira linha para o tratamento de bacteremias causadas por MRSA. Em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, a vancomicina é amplamente utilizada devido à sua eficácia e à conveniência posológica, já que sua meia-vida é prolongada nesses pacientes, permitindo a administração logo após as sessões de diálise com monitoramento de níveis séricos.

Alternativa (b) Incorreta: A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração. Embora seja eficaz contra o *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina (MSSA) e diversos Gram-negativos, ela não possui atividade contra o MRSA. Nenhuma cefalosporina de primeira, segunda, terceira ou quarta geração é eficaz contra esse patógeno.

Alternativa (c) Incorreta: A cefuroxima é uma cefalosporina de segunda geração. Assim como a ceftriaxona, ela é ineficaz contra cepas de *Staphylococcus aureus* que possuem o mecanismo de resistência mediado pelo gene *mecA* (MRSA).

Alternativa (d) Incorreta: A ampicilina é uma aminopenicilina. O *Staphylococcus aureus* frequentemente produz enzimas que destroem penicilinas comuns (beta-lactamases). Além disso, por ser um MRSA, a bactéria possui resistência intrínseca à ampicilina devido à alteração estrutural em seu sítio de ligação (PBP).

Questão 28

ANÁLISE DO CASO

O paciente é um jovem, previamente hígido, vítima de trauma com sangramento (choque hemorrágico), que evoluiu com hipotensão (PA 94/52 mmHg) e queda do débito urinário (oligúria). Os exames laboratoriais confirmam uma Lesão Renal Aguda (LRA). O ponto central da questão é diferenciar se essa LRA é pré-renal (por falta de perfusão) ou intrínseca (por dano direto ao tecido renal, como a Necrose Tubular Aguda - NTA).

Os dados que apontam para uma etiologia PRÉ-RENAL são:

1. Densidade urinária elevada (1.036): Indica que o rim ainda consegue concentrar a urina para poupar água. Na NTA, a densidade costuma ser baixa (perto de 1.010).
2. Fração de Excreção de Ureia (FE Ureia) de 27%: Valores abaixo de 35% são fortemente sugestivos de causa pré-renal, sendo um marcador útil especialmente se o paciente tivesse usado diuréticos (o que não é o caso, mas reforça o diagnóstico).
3. Relação Ureia/Creatinina: O valor da ureia (96) é mais de 40 vezes o valor da creatinina (1,9). Relações maiores que 20-40 sugerem que a queda da filtração é por hipovolemia.
4. Cilindros hialinos: São formados apenas por proteínas e comumente encontrados em estados de desidratação e causas pré-renais.

Portanto, o rim está sofrendo por falta de sangue (perfusão), mas ainda mantém sua integridade funcional. O tratamento deve focar na restauração da hemodinâmica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A diálise de urgência é indicada em casos de emergências dialíticas refratárias ao tratamento clínico (o mnemônico AEIOU: Acidose, Eletrólitos como hipercalemia, Intoxicações, Overload/Congestão e Uremia grave). Embora o potássio ($K = 6,1$) esteja elevado, a conduta inicial em um paciente em choque hipovolêmico é a reposição de volume, o que costuma restabelecer o fluxo urinário e normalizar os eletrólitos.

b) CORRETA. Esta é a conduta prioritária. O paciente apresenta sinais claros de choque hipovolêmico induzido por trauma/sangramento e uma função renal que responde à melhora da perfusão. A reposição de volume (cristaloides e, se necessário, hemoderivados conforme o protocolo de trauma) irá restaurar a pressão arterial e a filtração glomerular, revertendo a injúria renal pré-renal.

c) INCORRETA. Drogas inotrópicas (como dobutamina) são indicadas quando há falência da bomba cardíaca (choque cardiogênico). No contexto de trauma com sangramento, o problema não é a força do coração, mas a falta de volume circulante. Usar inotrópicos sem volume adequado pode piorar o quadro.

d) INCORRETA. O uso de diuréticos de alça (furosemida) em um paciente hipotenso e em choque hipovolêmico é contraindicado. Isso agravaria a depleção de volume, reduziria ainda mais a perfusão renal e poderia transformar uma lesão pré-renal reversível em uma necrose tubular aguda (lesão renal intrínseca) permanente.

Questão 29

O ponto central desta questão é a distinção entre benefícios previdenciários e assistenciais. A Previdência Social no Brasil funciona sob um regime contributivo, ou seja, para ter acesso aos seus benefícios (como aposentadorias e auxílios), o cidadão deve obrigatoriamente contribuir para o sistema (INSS). Já a Assistência Social é não contributiva, destinada a quem dela necessitar, independentemente de contribuições prévias.

Alternativa a) Incorreta. A aposentadoria por idade exige que o segurado tenha atingido a idade mínima e cumprido um tempo mínimo de contribuição (carência). Como o enunciado afirma explicitamente que a paciente nunca contribuiu para a Previdência Social, ela não possui direito a este benefício previdenciário.

Alternativa b) Correta. O Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), é um benefício assistencial que garante o pagamento de um salário mínimo mensal a dois grupos: pessoas com deficiência de

qualquer idade ou idosos com 65 anos ou mais. O critério fundamental, além da idade ou deficiência, é a comprovação de que o indivíduo não possui meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (critério de hipossuficiência econômica). Como a paciente tem 65 anos, vive em situação de vulnerabilidade e nunca contribuiu para o INSS, o BPC é o benefício adequado ao seu perfil.

Alternativa c) Incorreta. A aposentadoria por invalidez (atualmente denominada aposentadoria por incapacidade permanente) exige que o trabalhador tenha qualidade de segurado, o que demanda contribuições ao INSS. Mesmo que a artrite reumatoide fosse considerada uma condição incapacitante, a ausência de histórico contributivo impede a concessão deste benefício.

Alternativa d) Incorreta. O auxílio-doença (atualmente auxílio por incapacidade temporária) também é um benefício de natureza previdenciária. Para solicitá-lo, é necessário estar inscrito no regime de previdência e ter cumprido o período de carência exigido por lei. A paciente, por nunca ter trabalhado formalmente ou contribuído, não preenche esses requisitos.

Questão 30

A sepse e o choque séptico são emergências médicas em que o tempo é o fator determinante para o desfecho clínico. De acordo com as diretrizes da Surviving Sepsis Campaign (Campanha Sobrevivendo à Sepse), o manejo deve ser sistematizado para reduzir a mortalidade.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a expansão volêmica precoce com cristaloides seja um pilar do tratamento, o uso de corticosteroides não é uma conduta universal para todos os pacientes. Os corticoides (geralmente hidrocortisona) são indicados apenas em casos de choque séptico refratário, ou seja, pacientes que não conseguem manter a estabilidade hemodinâmica mesmo após reposição volêmica adequada e uso de doses crescentes de vasopressores.

Alternativa (b) Correta: A administração precoce de antimicrobianos é a intervenção que apresenta a associação mais forte com a redução da mortalidade. O conceito da "Hora de Ouro" (Golden Hour) enfatiza que cada hora de atraso no início do antibiótico correto está diretamente relacionada ao aumento do risco de morte. A recomendação é que a terapia de amplo espectro seja iniciada o mais rápido possível, idealmente na primeira hora após o reconhecimento da sepse ou choque séptico, após a coleta de culturas.

Alternativa (c) Incorreta: As evidências atuais, baseadas em grandes ensaios clínicos,

defendem uma estratégia transfusional restritiva. Em pacientes com sepse, a transfusão de concentrado de hemácias está indicada apenas quando a hemoglobina está abaixo de 7,0 g/dL, visando manter o alvo entre 7,0 e 9,0 g/dL (exceto em casos específicos de isquemia miocárdica, hipoxemia grave ou hemorragia aguda). Manter a hemoglobina acima de 10 g/dL não aumenta a sobrevida e pode expor o paciente a riscos transfusionais desnecessários.

Alternativa (d) Incorreta: O uso rotineiro e obrigatório de monitorização invasiva para controle de metas fixas de Pressão Venosa Central (PVC) e Saturação Venosa Central (SvcO₂) caiu em desuso após os estudos ProCESS, ARISE e ProMISe. Esses estudos demonstraram que a terapia guiada por metas agressivas de monitorização invasiva não é superior aos cuidados clínicos padrão baseados em avaliação hemodinâmica cuidadosa e metas de perfusão, como o clareamento do lactato e o tempo de enchimento capilar. Portanto, a monitorização invasiva pode ser útil, mas não é o fator isolado que comprovadamente garante o aumento da sobrevida em relação ao manejo clínico convencional bem-feito.

Questão 31

A paciente em questão apresenta um quadro de doença renal crônica (DRC) estágio 4 (ritmo de filtração glomerular entre 15 e 29 mL/min), associada a diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e proteinúria significativa (1,9 g/24h). O objetivo do tratamento é o controle pressórico e a nefroproteção para retardar a progressão da perda de função renal.

Análise das alternativas:

Alternativa A (correta): Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) ou os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA) são as drogas de primeira escolha para pacientes diabéticos com proteinúria. Eles promovem a dilatação da arteríola eferente glomerular, reduzindo a pressão intraglomerular e, conseqüentemente, a excreção de proteínas na urina. Esse efeito antiproteinúrico é fundamental para reduzir a velocidade de progressão da doença renal, mesmo em estágios avançados como o desta paciente.

Alternativa B (incorreta): Ter uma taxa de filtração glomerular de 28 mL/min não é uma contraindicação absoluta para o uso de iECA ou BRA. Embora exijam monitoramento rigoroso do potássio sérico e da creatinina (aceita-se um aumento de até 30% na creatinina após o início), essas medicações são as que oferecem o maior benefício de proteção renal a longo prazo. A suspensão ou evitação só ocorre geralmente em casos de hipercalemia refratária ou queda abrupta e severa da função renal.

Alternativa C (incorreta): A pressão arterial de 140/96 mmHg não está controlada. Para pacientes com doença renal crônica e proteinúria, as metas são mais rigorosas, geralmente abaixo de 130/80 mmHg, segundo as principais diretrizes (KDIGO). Portanto, há indicação clara de ajuste ou início de terapia farmacológica.

Alternativa D (incorreta): Embora os bloqueadores de canal de cálcio (BCC) sejam excelentes anti-hipertensivos, eles não são a primeira linha para redução de proteinúria. Os BCC di-hidropiridínicos (como anlodipino) podem, inclusive, aumentar a pressão intraglomerular se usados isoladamente. Os iECA e BRA permanecem como o padrão-ouro para o manejo da proteinúria no diabetes.

Questão 32

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de choque cardiogênico após infarto agudo do miocárdio. Os achados de extremidades frias e pele úmida indicam baixa perfusão periférica (perfil frio), enquanto a distensão jugular e a baixa saturação de oxigênio (SpO₂ 90%) apontam para congestão sistêmica e pulmonar (perfil úmido). Esse é o perfil hemodinâmico C (frio e úmido), onde o objetivo principal é aumentar o débito cardíaco e reduzir as pressões de enchimento ventricular.

Alternativa a) Incorreta. A dopamina já foi muito utilizada, mas caiu em desuso no choque cardiogênico. O estudo SOAP II demonstrou que a dopamina está associada a uma maior incidência de arritmias e maior mortalidade em comparação à noradrenalina em pacientes com choque cardiogênico. Em um contexto de infarto agudo do miocárdio, o potencial arritmogênico e o aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio tornam a dopamina uma escolha menos segura.

Alternativa b) Incorreta. A noradrenalina é um vasopressor com ação predominante em receptores alfa-1, sendo a droga de escolha para restaurar a pressão arterial média em estados de choque com forte componente vasoplégico ou hipotensão grave (geralmente PAS abaixo de 80-90 mmHg). Embora possa ser associada no choque cardiogênico se a hipotensão for extrema, ela não resolve o problema primário de falência da bomba. Nesta paciente, com PA de 95/60 mmHg, o foco deve ser o inotropismo para melhorar o débito cardíaco.

Alternativa c) Correta. A dobutamina é um agente inotrópico sintético com ação predominante em receptores beta-1 adrenérgicos. Ela aumenta a contratilidade miocárdica (inotropismo) e o volume sistólico, sendo a droga de primeira escolha no choque cardiogênico para pacientes que mantêm uma pressão arterial sistólica mínima (acima de 80-90 mmHg). Além do efeito inotrópico, possui leve ação beta-2,

que pode promover vasodilatação periférica, auxiliando na redução da pós-carga e facilitando o esvaziamento ventricular.

Alternativa d) Incorreta. A adrenalina possui potente ação alfa e beta adrenérgica. Seu uso no choque cardiogênico está associado a um aumento marcante do consumo de oxigênio miocárdico, taquicardia e elevação dos níveis de lactato sérico. É reservada para casos de choque refratário a outras medidas ou em situações de parada cardiorrespiratória, não sendo a primeira escolha para o manejo inicial deste caso de infarto.

Questão 33

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente de 37 anos com quadro sugestivo de sepse/choque séptico de foco urinário (febre, disúria, lombalgia, hipotensão, tempo de enchimento capilar lentificado e alteração do nível de consciência).

Para identificar o distúrbio ácido-base, devemos seguir três passos fundamentais:

1. Avaliação do pH: O pH é 7,19, o que caracteriza uma acidemia ($\text{pH} < 7,35$).
2. Avaliação do componente metabólico: O bicarbonato (HCO_3) está em 10 mEq/L, o que é um valor baixo (normal entre 22-26 mEq/L). Como o pH e o HCO_3 variam na mesma direção (ambos baixos), o distúrbio primário é uma acidose metabólica.
3. Cálculo do ânion gap (AG): $\text{AG} = \text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3)$. $\text{AG} = 145 - (105 + 10) = 145 - 115 = 30$ mEq/L. O valor normal é de até 12 mEq/L. Portanto, trata-se de uma acidose metabólica com ânion gap elevado (provavelmente acidose láctica pelo choque séptico).
4. Avaliação da resposta respiratória compensatória: Em acidoses metabólicas, utilizamos a fórmula de Winter para calcular a pCO_2 esperada: $\text{pCO}_2 \text{ esperada} = (1,5 \times \text{HCO}_3) + 8 (\pm 2)$.
 $\text{pCO}_2 \text{ esperada} = (1,5 \times 10) + 8 = 15 + 8 = 23$ mmHg. O intervalo aceitável seria entre 21 e 25 mmHg.

A pCO_2 medida na gasometria é de 40 mmHg. Como a pCO_2 real (40) está muito acima da esperada (23), a paciente não está compensando adequadamente. Ela apresenta uma acidose respiratória associada (distúrbio misto de acidose metabólica e respiratória). Clinicamente, isso é explicado pelo torpor e pela baixa frequência respiratória ($\text{FR} = 10$ irpm), que impedem a eliminação necessária de CO_2 .

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O distúrbio primário não é uma acidose respiratória. Embora

a $p\text{CO}_2$ esteja elevada para o grau de acidose metabólica, o HCO_3^- muito baixo e a história clínica de choque apontam para a acidose metabólica como processo principal. Além disso, o termo "ânion gap elevado" é aplicado especificamente para caracterizar acidoses metabólicas, não respiratórias.

Alternativa B (Incorreta): O equilíbrio não está ajustado. O pH de 7,19 indica uma acidemia grave e, como calculado acima, a resposta compensatória respiratória falhou completamente, pois a $p\text{CO}_2$ deveria estar em torno de 23 mmHg e encontra-se em 40 mmHg.

Alternativa C (Correta): Conforme os cálculos realizados, a paciente apresenta uma acidose metabólica (pH e HCO_3^- baixos). O ânion gap é de 30 mEq/L (elevado). A resposta respiratória é inadequada porque a $p\text{CO}_2$ medida (40 mmHg) é superior à $p\text{CO}_2$ esperada pela fórmula de Winter (23 mmHg), configurando um distúrbio misto por falha ventilatória.

Alternativa D (Incorreta): O pH de 7,19 descarta qualquer possibilidade de alcalose. O ânion gap está francamente alterado (30 mEq/L), não sendo normal. Além disso, não há resposta metabólica adequada, pois o bicarbonato está consumido.

Questão 34

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro de poliartrite simétrica crônica (duração superior a 6 semanas), envolvendo pequenas articulações (metacarpofalângicas e punhos) em uma mulher jovem. Esse é o cenário clássico para a principal hipótese diagnóstica: Artrite Reumatoide (AR).

Análise das alternativas:

a) Fator reumatoide: O fator reumatoide (FR) é um anticorpo direcionado contra a porção Fc da IgG. Embora esteja presente em cerca de 70% a 80% dos pacientes com Artrite Reumatoide, ele apresenta baixa especificidade. O FR pode estar positivo em outras doenças autoimunes (como Síndrome de Sjögren e Lúpus), infecções crônicas (como Hepatite C, Tuberculose e Endocardite) e até em uma parcela da população idosa saudável. Por ser menos específico que o Anti-CCP, seu valor preditivo positivo é inferior.

b) FAN: O Fator Antinuclear (FAN) é o teste de triagem inicial para o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e outras collagenoses. Embora a paciente esteja na faixa etária epidemiológica para o lúpus, a queixa é puramente articular e sem outros sintomas sistêmicos. Além disso, o FAN é muito inespecífico, podendo ser positivo em

diversas condições e em pessoas saudáveis, não sendo o exame de escolha para confirmar Artrite Reumatoide.

c) Anti-CCP: O anticorpo contra peptídeos citrulinados cíclicos (Anti-CCP) é o marcador mais específico para a Artrite Reumatoide, com especificidade superior a 95%. Em um paciente com quadro clínico suspeito, a presença do Anti-CCP confirma o diagnóstico com grande segurança. Devido a essa alta especificidade, ele possui o melhor valor preditivo positivo entre as opções apresentadas, sendo fundamental também para o prognóstico, pois indica maior risco de doença erosiva e agressiva.

d) Proteína C reativa ultrasensível: A PCR é um marcador de fase aguda que indica inflamação sistêmica. Embora seja útil para avaliar a atividade da doença e faça parte dos critérios classificatórios da Artrite Reumatoide, ela é totalmente inespecífica. Qualquer processo inflamatório ou infeccioso pode elevar a PCR, o que lhe confere um baixo valor preditivo positivo para um diagnóstico específico.

Conclusão:

Para o diagnóstico de Artrite Reumatoide, o Anti-CCP supera o Fator Reumatoide em especificidade e valor preditivo positivo, sendo a resposta correta para a questão.

Questão 35

A questão descreve um paciente com hanseníase multibacilar (dimorfo-virchowiana) em curso de poliquimioterapia (PQT) que desenvolve um quadro agudo caracterizado por nódulos subcutâneos dolorosos (eritema nodoso), febre alta e comprometimento neural (neurite ulnar bilateral). Este quadro é diagnóstico de Reação Hansênica Tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH).

A conduta diante de estados reacionais baseia-se em dois pilares fundamentais: tratar a reação inflamatória e NUNCA interromper o tratamento específico para a hanseníase (PQT).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Jamais se deve suspender o tratamento específico (PQT) para a hanseníase durante um episódio reacional, pois a interrupção favorece a resistência bacteriana e a progressão da doença. Além disso, anti-inflamatórios não hormonais são insuficientes para controlar a gravidade de uma Reação Tipo 2 com neurite.

b) Incorreta. A claritromicina é um antibiótico alternativo para o tratamento da hanseníase em casos específicos, mas não é o tratamento para o estado reacional inflamatório. O tratamento antibiótico padrão (PQT) deve ser mantido conforme o

esquema já iniciado.

c) Incorreta. Conforme mencionado, a PQT não deve ser suspensa. O metotrexato pode ser utilizado como uma droga de terceira linha ou poupadora de corticoide em casos crônicos e recidivantes, mas não é a escolha inicial para um quadro agudo de ENH com neurite.

d) Correta. Esta é a conduta padrão. O tratamento para hanseníase (PQT) deve ser mantido. A talidomida é o fármaco de escolha para o Eritema Nodoso Hansênico (Reação Tipo 2), pois atua inibindo o TNF-alfa. No entanto, como o paciente apresenta sinais de comprometimento de troncos nervosos (dor no trajeto dos nervos ulnares e edema), o uso associado de corticosteroides (prednisona) é obrigatório para reduzir a inflamação neural e prevenir sequelas funcionais (incapacidades físicas).

Resumo do diagnóstico: Reação Hansênica Tipo 2 (Eritema Nodoso Hansênico) com Neurite.

Tratamento: Manter PQT + Talidomida (para os nódulos e febre) + Prednisona (para a neurite).

Questão 36

O quadro clínico descreve uma paciente com alta probabilidade clínica de Tromboembolismo Pulmonar (TEP), apresentando fatores de risco importantes (cirurgia plástica recente e uso de estrogênio injetável) e sintomas clássicos (síncope, dor torácica e dispneia). O ponto crucial para a resolução da questão é a estabilidade hemodinâmica: a paciente apresenta hipotensão (PA 90/50 mmHg), o que classifica o TEP como de Alto Risco (ou TEP Massivo).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a angiotomografia seja o padrão-ouro para o diagnóstico de TEP em pacientes estáveis, o tratamento proposto (apenas heparina não fracionada) é insuficiente para um caso de TEP de alto risco com instabilidade hemodinâmica. Pacientes com choque ou hipotensão necessitam de terapia de reperfusão (trombólise), a menos que haja contraindicação absoluta.

b) Incorreta. O Dímero-D é um exame com alto valor preditivo negativo, utilizado apenas para excluir TEP em pacientes com baixa ou moderada probabilidade clínica. Nesta paciente, a suspeita é alta e ela está instável, tornando o Dímero-D desnecessário e contraindicado, pois retardaria a conduta. Além disso, a dose profilática de heparina é usada para prevenção, não para tratamento de um evento

agudo já instalado.

c) Incorreta. Novamente, o Dímero-D não tem lugar em pacientes de alto risco. A anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular isolada é o tratamento de escolha para o TEP de baixo risco ou risco intermediário (pacientes hemodinamicamente estáveis). No TEP massivo (instável), a conduta prioritária é a trombólise química.

d) Correta. Diante de um paciente com suspeita de TEP e instabilidade hemodinâmica (PA sistólica < 90 mmHg ou queda > 40 mmHg por mais de 15 minutos), a diretriz recomenda a realização de um ecocardiograma à beira-leito. Se houver sinais de disfunção do ventrículo direito, o diagnóstico de TEP é corroborado e a terapia de reperfusão com trombolíticos (como o rt-PA) deve ser iniciada imediatamente para desobstruir a circulação pulmonar e reverter o choque. O ecocardiograma é preferível à angiotomografia em pacientes muito instáveis por poder ser feito sem transportar a paciente.

Resumo da conduta no TEP de Alto Risco:

1. Estabilização inicial (oxigênio e suporte hemodinâmico cauteloso).
2. Confirmação diagnóstica rápida (Ecocardiograma ou Angiotomografia, se disponível).
3. Trombólise sistêmica (ex.: Alteplase/rt-PA) como terapia definitiva, caso não haja contraindicações.

Questão 37

A paciente apresenta um quadro de sepse com provável foco pulmonar (dor torácica, febre, expectoração e hipoxemia), evoluindo com sinais de choque (hipotensão, taquicardia e hiperlactatemia).

Alternativa A: Incorreta. As diretrizes da Campanha de Sobrevivência à Sepse (Surviving Sepsis Campaign - SSC) recomendam a administração de pelo menos 30 mL/kg de cristaloides nas primeiras 3 horas de ressuscitação para pacientes com hipotensão induzida pela sepse ou lactato elevado (maior ou igual a 4 mmol/L). Embora a monitorização cuidadosa seja necessária em pacientes com hipoxemia, a recomendação do volume inicial padrão permanece para garantir a perfusão tecidual.

Alternativa B: Correta. De acordo com a atualização de 2021 da SSC, para evitar o atraso na reversão da hipotensão, é recomendado iniciar vasopressores (preferencialmente noradrenalina) via acesso venoso periférico se um acesso central não estiver prontamente disponível. O uso em veia periférica calibrosa e proximal é considerado seguro por períodos curtos até que se obtenha o acesso venoso

profundo.

Alternativa C: Incorreta. Na presença de choque séptico ou alta probabilidade de sepse, o início da antibioticoterapia deve ser imediato, idealmente na primeira hora após o reconhecimento. Aguardar resultados de exames para confirmar a infecção em um quadro clinicamente evidente posterga o tratamento e aumenta significativamente a mortalidade.

Alternativa D: Incorreta. A coleta de hemoculturas (pelo menos dois pares de sítios diferentes) é obrigatória no protocolo de sepse e deve ser realizada preferencialmente antes do início do antibiótico, desde que isso não atrase a medicação. Mesmo no foco pulmonar, a identificação do agente na corrente sanguínea é crucial para o ajuste da terapia e descalonamento (de-escalamento) do tratamento.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 38

Para resolver esta questão, devemos aplicar os critérios do escore CURB-65 ao quadro clínico apresentado. O CURB-65 é uma ferramenta de estratificação de risco para pacientes com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) que ajuda a definir o local de tratamento. Cada critério presente soma 1 ponto:

C (Confusão mental): O paciente está orientado, portanto recebe 0 pontos.

U (Ureia): O valor de 70 mg/dL está acima do ponto de corte (maior ou igual a 50 mg/dL), portanto recebe 1 ponto.

R (Respiração): A frequência respiratória de 32 irpm é maior ou igual a 30, portanto recebe 1 ponto.

B (Blood pressure / Pressão arterial): A pressão de 110/70 mmHg não atinge o critério de gravidade (que seria PAS menor que 90 ou PAD menor ou igual a 60 mmHg), portanto recebe 0 pontos.

65 (Idade): O paciente tem 67 anos, atingindo o critério de 65 anos ou mais, portanto recebe 1 ponto.

Somando os pontos: 0 (C) + 1 (U) + 1 (R) + 0 (B) + 1 (65) = 3 pontos.

Interpretação do Escore:

- 0 a 1 ponto: Baixo risco, tratamento ambulatorial.
- 2 pontos: Risco moderado, considerar tratamento hospitalar.
- 3 ou mais pontos: Alto risco, tratamento hospitalar obrigatório. Se a pontuação for 4 ou 5, deve-se avaliar a necessidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O cálculo do escore resultou em 3 pontos, e não 2. Os pontos foram atribuídos pela ureia elevada, taquipneia e idade.
- b) Incorreta. O cálculo do escore resultou em 3 pontos. Embora o paciente precise de internação, o escore 4 ou 5 é o que mais frequentemente indica a necessidade de UTI pelo CURB-65 (além dos critérios da ATS/IDSA).
- c) Correta. O escore é 3 (Ureia + FR + Idade), e a recomendação padrão para essa pontuação é o tratamento em ambiente hospitalar devido ao maior risco de mortalidade.
- d) Incorreta. O cálculo do escore está errado (é 3), e o tratamento ambulatorial seria inadequado e inseguro para um paciente com essa pontuação e comorbidades (glicemia muito elevada).

Questão 39

O quadro clínico descrito — mulher jovem, hígida, com poliartralgia migratória que evolui para uma tenossinovite localizada após período de viagem — é extremamente característico da Infecção Gonocócica Disseminada (IGD), causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae**. A IGD manifesta-se classicamente de duas formas: uma tríade de tenossinovite, dermatite (lesões cutâneas) e artralgias migratórias, ou como uma artrite séptica purulenta localizada.

Análise das alternativas:

- a) Ceftriaxona: Esta é a alternativa correta. O tratamento de escolha para a infecção gonocócica disseminada é a ceftriaxona, uma cefalosporina de terceira geração. Devido ao aumento da resistência do gonococo a outras classes de antibióticos, a ceftriaxona tornou-se o padrão-ouro para o tratamento inicial, geralmente por via parenteral.
- b) Oxacilina: Incorreta. A oxacilina é utilizada para tratar infecções por *Staphylococcus aureus** sensíveis à meticilina. Embora o *S. aureus** seja a causa mais comum de artrite séptica bacteriana em geral, ele costuma causar uma monoartrite aguda e destrutiva, sem o padrão de poliartralgia migratória ou a tenossinovite característica observada neste caso.
- c) Prednisona: Incorreta. A prednisona é um corticoide com ação anti-inflamatória e imunossupressora. Embora a paciente apresente sinais inflamatórios (dor, edema e eritema), a história clínica aponta fortemente para uma etiologia infecciosa. O uso de corticoides não trata a infecção bacteriana e pode mascarar ou agravar o quadro.

d) Metotrexato: Incorreta. O metotrexato é uma droga modificadora do curso da doença (DMARD) indicada para doenças reumatológicas crônicas, como a artrite reumatoide. Não há indicação para seu uso em quadros agudos de suspeita infecciosa, e sua ação demora semanas para se iniciar.

Questão 40

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente jovem com uma reação cutânea grave iniciada 10 dias após a introdução de carbamazepina, um fármaco classicamente associado a reações de hipersensibilidade tardia (tipo IV). Os achados principais são: lesões em alvo atípico, acometimento de múltiplas mucosas (oral, genital e conjuntival) e descolamento epidérmico de cerca de 10% da superfície corporal. Esse conjunto de sinais e sintomas é característico do espectro da Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e da Necrólise Epidérmica Tóxica (NET).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Pênfigo vulgar: Incorreta. O pênfigo vulgar é uma doença autoimune causada por anticorpos contra desmogleínas, resultando em bolhas flácidas e erosões. Embora ocorra acometimento mucoso importante, o início costuma ser mais insidioso (semanas a meses) e não apresenta relação temporal tão estreita com o uso de um fármaco específico nem lesões em alvo. Além disso, o quadro descrito é uma emergência dermatológica aguda.

b) Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ): Correta. A SSJ é definida clinicamente pelo acometimento de membranas mucosas (pelo menos duas) e descolamento da pele em menos de 10% da superfície corporal total. O uso de carbamazepina nos 10 dias anteriores é o gatilho perfeito para essa condição. As lesões em alvo atípico (planas, com dois anéis de cores diferentes e centro purpúrico ou bolhoso) são marcas registradas que ajudam a diferenciar de outras farmacodermias.

c) Eritema polimorfo menor: Incorreta. O eritema polimorfo menor é geralmente desencadeado por infecções, principalmente pelo vírus Herpes Simplex, e não por medicamentos. Caracteriza-se por lesões em alvo típicas (três zonas concêntricas bem definidas) e envolve pouco ou nenhum acometimento mucoso, sem descolamento epidérmico sistêmico significativo.

d) Necrólise epidérmica tóxica (NET): Incorreta. A NET faz parte do mesmo espectro fisiopatológico da SSJ, porém a diferença reside na extensão do descolamento

cutâneo. A NET é diagnosticada quando o descolamento da epiderme ultrapassa 30% da superfície corporal. Como o enunciado especifica que o descolamento é de cerca de 10%, o diagnóstico correto permanece como Síndrome de Stevens-Johnson (casos entre 10% e 30% são classificados como sobreposição SSJ/NET).

RESUMO PARA MEMORIZAÇÃO

A classificação baseia-se na porcentagem de superfície corporal descolada:

- Síndrome de Stevens-Johnson: menos de 10%.
- Sobreposição SSJ/NET: entre 10% e 30%.
- Necrólise Epidérmica Tóxica: mais de 30%.

Questão 41

Texto Original:

O quadro clínico e a tomografia computadorizada de crânio confirmam o diagnóstico de Hemorragia Intracerebral (HIC) espontânea, provavelmente secundária à hipertensão arterial crônica. O paciente encontra-se na fase hiperaguda (dentro de 3 horas do início dos sintomas), momento em que o risco de expansão do hematoma é maior.

Alternativa (a): Correta. O controle intensivo da pressão arterial (PA) é a intervenção mais importante na fase aguda do AVC hemorrágico para reduzir o risco de expansão do hematoma. As diretrizes atuais sugerem que, para pacientes com PAS entre 150 e 220 mmHg, a redução aguda para 140 mmHg é segura e pode melhorar o desfecho funcional. Além disso, o controle da temperatura é fundamental, pois a febre está associada a piores prognósticos e a uma maior lesão cerebral secundária.

Alternativa (b): Incorreta. O manitol é um agente osmótico utilizado para o tratamento da hipertensão intracraniana e do edema cerebral grave com efeito de massa. A descrição da tomografia especifica que não há sinais de herniação ou edema cerebral significativo no momento; portanto, não há indicação para o uso imediato de manitol como conduta prioritária.

Alternativa (c): Incorreta. Embora a elevação da cabeceira a 30 graus e o controle glicêmico façam parte dos cuidados gerais e de suporte de qualquer paciente com AVC, eles não representam a conduta mais robusta ou específica para o manejo inicial de um hematoma intracerebral de 40 mL na fase hiperaguda. O controle da PA (descrito na alternativa A) tem impacto clínico superior na prevenção da expansão da lesão.

Alternativa (d): Incorreta. A indicação cirúrgica (craniotomia) para hematomas

lobares é controversa e, segundo grandes estudos como o STICH e STICH II, a cirurgia precoce de rotina não demonstrou benefício superior ao tratamento clínico em pacientes sem sinais de herniação ou deterioração neurológica rápida. A cirurgia é geralmente reservada para hematomas cerebelares maiores que 3 cm ou casos com desvio de linha média e compressão de cisternas da base que não respondem ao tratamento clínico.

Em resumo, o manejo clínico agressivo, focado na estabilização hemodinâmica (controle da PA) e neuroproteção (controle de temperatura e glicemia), é a conduta padrão-ouro inicial para este paciente.

Questão 42

Alternativa (a) Correta: O Intervalo de Confiança (IC) de 95% é uma medida de precisão estatística. Como as pesquisas médicas são realizadas em amostras e não na população total, o resultado obtido é apenas uma estimativa. O IC quantifica essa imprecisão amostral, indicando a faixa de valores dentro da qual o verdadeiro parâmetro da população (neste caso, o Risco Relativo real) provavelmente se encontra.

Alternativa (b) Incorreta: Existe uma relação inversa entre o tamanho da amostra e a largura do intervalo de confiança. Quanto maior o número de pacientes incluídos no estudo, menor será o erro padrão e, conseqüentemente, mais estreito e preciso será o intervalo de confiança. Se aumentássemos a amostra, a largura do IC diminuiria.

Alternativa (c) Incorreta: Para aumentar o nível de confiança de que o valor real está contido no intervalo (passar de 95% para 99%), precisamos de uma margem de segurança maior. Portanto, um IC de 99% será sempre mais largo (mais abrangente) do que um IC de 95% calculado sobre os mesmos dados.

Alternativa (d) Incorreta: O intervalo de confiança não descreve a distribuição individual dos dados ou o que ocorre com 95% dos pacientes ou das amostras. Ele é uma inferência sobre o parâmetro populacional médio. Além disso, o Risco Relativo (RR) mede a probabilidade de um evento ocorrer (hemorragia sim ou não) e não a magnitude da perda sanguínea (volume em ml) de cada indivíduo.

Análise Adicional: O estudo citado mostrou um RR de 0,95 com IC 95% de 0,79 a 1,15. Como o intervalo cruza o valor 1,0 (que é o valor de nulidade para medidas de associação do tipo razão), conclui-se que o resultado não teve significância estatística, ou seja, não se pode afirmar que a intervenção reduziu o risco de hemorragia.

Questão 43

A questão apresenta uma criança de 10 anos, com histórico vacinal desconhecido, que manifesta febre e paralisia motora flácida aguda. Diante desse quadro em um paciente com menos de 15 anos, a principal suspeita clínica é a paralisia flácida aguda (PFA), cujo diagnóstico diferencial obrigatoriamente inclui a poliomielite, especialmente considerando o contexto de paciente refugiado (vulnerabilidade e risco epidemiológico).

A paralisia flácida aguda é uma síndrome de notificação compulsória imediata em todo o território nacional. O objetivo dessa vigilância rigorosa é manter a erradicação da poliomielite no Brasil, identificando precocemente qualquer caso suspeito para medidas de bloqueio e investigação.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A notificação de doenças sob vigilância epidemiológica rigorosa, como a PFA/poliomielite, deve ser feita com base na suspeita clínica, e não após confirmação laboratorial. Aguardar o resultado de exames para notificar atrasa as medidas de saúde pública necessárias. Além disso, a cultura de líquor não é o exame padrão para o diagnóstico de poliomielite.

Alternativa b) Incorreta. Embora a coleta de fezes seja o padrão-ouro para o diagnóstico viral na investigação de PFA (preferencialmente nos primeiros 14 dias do início do déficit motor), a notificação deve ocorrer no momento da suspeita clínica, sem aguardar o processamento e resultado laboratorial.

Alternativa c) Correta. Por se tratar de uma doença de notificação compulsória imediata, o prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde para comunicar o caso às autoridades sanitárias (municipais, estaduais ou federais) é de até 24 horas a partir do atendimento ou suspeita diagnóstica. Isso permite o início imediato da investigação de campo e a coleta oportuna de amostras.

Alternativa d) Incorreta. Assim como nas alternativas a e b, a notificação não deve ser condicionada a resultados laboratoriais. A vigilância epidemiológica trabalha com a definição de "caso suspeito" para disparar o gatilho da notificação, visando à rapidez na resposta do sistema de saúde.

Questão 44

A Lei Arouca (Lei nº 9.836/1999) instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SasiSUS), que é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo central é oferecer uma atenção diferenciada que respeite as especificidades culturais, geográficas e epidemiológicas dessas populações.

Alternativa A - INCORRETA: O SasiSUS não é um sistema à parte do SUS; ele é um subsistema que funciona de forma integrada e complementar à rede nacional de saúde. Além disso, a gestão do SasiSUS não cabe ao Ministério dos Povos Indígenas (MPI), mas sim ao Ministério da Saúde, por meio de uma secretaria específica.

Alternativa B - INCORRETA: Historicamente, a saúde indígena já esteve sob responsabilidade da FUNAI e, posteriormente, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). No entanto, desde 2010, essa atribuição foi transferida para o Ministério da Saúde. O modelo de atendimento não se resume a missões periódicas para retirar doentes de seus territórios, mas sim a uma estruturação permanente de atenção primária dentro das áreas indígenas.

Alternativa C - INCORRETA: Embora o indígena tenha direito ao atendimento em todos os níveis de complexidade do SUS (do primário ao quaternário), o SasiSUS possui uma estrutura organizacional própria e descentralizada para a atenção básica. Novamente, o erro reside em atribuir a gestão ao Ministério dos Povos Indígenas (MPI), quando o gestor federal da saúde indígena é o Ministério da Saúde.

Alternativa D - CORRETA: Esta alternativa define com precisão a estrutura atual. A gestão federal é exercida pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde. A base da organização territorial e administrativa são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Cada DSEI é uma unidade de gestão descentralizada que conta com Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) para executar ações de atenção primária, saneamento ambiental, gestão de insumos e promoção do controle social, respeitando as práticas tradicionais de cada povo.

Em resumo, para provas de residência, lembre-se: o SasiSUS é parte do SUS, é gerido pela SESAÍ (Ministério da Saúde) e sua unidade organizacional básica é o DSEI.

Questão 45

Para resolver essa questão, precisamos calcular a eficácia do novo medicamento, que, em epidemiologia e bioestatística, é sinônimo de Redução do Risco Relativo (RRR). A eficácia indica quanto o medicamento reduziu o risco de adoecimento no grupo tratado em comparação ao grupo que não recebeu o tratamento (placebo).

Passo 1: Calcular a incidência (risco) em cada grupo.

O estudo dividiu 1.000 pacientes igualmente, ou seja, 500 no grupo medicamento e 500 no grupo placebo.

- Risco no grupo controle (placebo): 250 doentes em 500 pacientes = $250/500 = 0,5$ ou 50%.

- Risco no grupo experimental (medicamento): 100 doentes em 500 pacientes = $100/500 = 0,2$ ou 20%.

Passo 2: Calcular a Redução do Risco Relativo (Eficácia).

A fórmula da eficácia é: $(\text{Risco do Controle} - \text{Risco do Experimento}) / \text{Risco do Controle}$.

- Eficácia = $(0,5 - 0,2) / 0,5$

- Eficácia = $0,3 / 0,5$

- Eficácia = 0,6 ou 60%.

Outra forma de pensar é calcular o Risco Relativo ($RR = 0,2 / 0,5 = 0,4$) e subtrair de 1 ($1 - 0,4 = 0,6$).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O valor de 30% corresponde à Redução Absoluta do Risco (RAR), que é a diferença simples entre as incidências ($50\% - 20\% = 30\%$). Embora seja um dado importante, a "eficácia" de um fármaco em estudos clínicos é classicamente expressa pela redução relativa.

b) Correta. Como demonstrado no cálculo, o medicamento reduziu em 60% a probabilidade de adoecimento em relação ao grupo que não utilizou a droga.

c) Incorreta. O valor de 20% representa a incidência (risco) da doença no grupo que recebeu o novo medicamento, e não a eficácia da intervenção.

d) Incorreta. O valor de 40% (ou 0,4) representa o Risco Relativo (RR). Ele indica que o risco do grupo tratado é 0,4 vezes o risco do grupo controle, mas não representa a redução (eficácia) em si.

Questão 46

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) representam um modelo de parceria entre o Estado e o setor privado não lucrativo para a prestação de serviços de saúde. Abaixo, analisamos cada alternativa para compreender o funcionamento desse modelo.

Alternativa (a) - Correta: Esta alternativa descreve com precisão o conceito de OSS

fundamentado na Lei Federal nº 9.637/1998 e legislações estaduais/municipais correlatas. As OSS são entidades privadas sem fins lucrativos (Terceiro Setor) que, após receberem a qualificação do Poder Público, celebram um Contrato de Gestão. Esse contrato permite que a entidade gerencie serviços públicos de saúde (como postos de saúde, AMAs ou hospitais), podendo receber fomento financeiro público, utilizar bens móveis e imóveis do Estado e contar com servidores públicos cedidos para a execução das atividades.

Alternativa (b) - Incorreta: O erro reside na afirmação de que as OSS possuem autonomia para definir o perfil assistencial e o volume de serviços. No modelo de contratualização, quem define as políticas de saúde, o perfil da unidade e as metas de produção (volume de atendimentos) é o Gestor Público (Secretaria de Saúde). A OSS tem autonomia administrativa e financeira para gerir os recursos e pessoal visando alcançar as metas estabelecidas, mas deve seguir rigorosamente o que foi pactuado no contrato de gestão.

Alternativa (c) - Incorreta: As OSS não integram a administração pública; elas são entidades paraestatais que colaboram com o Estado. Outro ponto crucial é que as OSS podem executar apenas serviços assistenciais e de apoio. Atividades que envolvem o Poder de Polícia, como a fiscalização e aplicação de multas pela Vigilância Sanitária, ou funções de autoridade como a Regulação e o Controle do sistema, são indelegáveis a entidades privadas, sendo exclusivas do Estado (administração direta).

Alternativa (d) - Incorreta: O erro está na menção a entidades com fins lucrativos. Por definição legal e doutrinária, apenas entidades privadas sem fins lucrativos podem ser qualificadas como Organizações Sociais. Além disso, a alternativa sugere a gestão do SUS como um todo, quando na verdade as OSS realizam a gestão de serviços ou unidades específicas dentro da rede do SUS, sob supervisão do ente público.

Em resumo, as OSS são parceiras privadas sem fins lucrativos que gerenciam unidades de saúde mediante metas contratuais, utilizando recursos e estrutura pública para oferecer assistência à população dentro das diretrizes do SUS.

Questão 47

Essa questão aborda um tema essencial da Saúde Pública e da Infectologia: a vigilância epidemiológica do HIV em gestantes. O objetivo principal da notificação compulsória é permitir que o sistema de saúde monitore cada caso individualmente, garantindo as intervenções necessárias para reduzir o risco de transmissão vertical para quase zero.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A notificação não deve ser postergada para o momento do parto. O ideal é que ela ocorra precocemente, ainda no pré-natal, para que as medidas profiláticas (como o início ou ajuste da terapia antirretroviral) sejam implementadas o quanto antes, reduzindo a carga viral materna e protegendo o feto durante toda a gestação.

Alternativa B: Correta. De acordo com as normas do Ministério da Saúde, a notificação de "Gestante Infectada pelo HIV" é compulsória e deve ser realizada imediatamente após o diagnóstico da infecção na gestação ou, no caso de mulheres que já sabiam ser soropositivas, assim que a gravidez for confirmada. Isso independe da idade gestacional, do uso prévio de medicamentos ou da situação imunológica da paciente.

Alternativa C: Incorreta. Não existe flexibilização da notificação baseada no status clínico ou laboratorial da paciente. Mesmo que a gestante tenha carga viral indetectável e esteja em tratamento regular, a notificação é obrigatória. Ela serve para o monitoramento de indicadores de saúde e para assegurar que o binômio mãe-filho receba o seguimento adequado, inclusive após o nascimento (profilaxia no recém-nascido e não amamentação).

Alternativa D: Incorreta. Cada gestação em uma mulher vivendo com HIV é considerada um novo evento para a vigilância epidemiológica. Portanto, se uma mulher foi notificada em uma gestação anterior, ela deve ser obrigatoriamente notificada novamente em cada nova gestação. Isso é necessário porque as condições clínicas, o esquema terapêutico e o desfecho de cada gravidez podem variar.

Resumo didático:

A notificação de gestante com HIV no SINAN deve ser feita:

1. No momento do diagnóstico da infecção durante o pré-natal;
2. Ou no primeiro atendimento de pré-natal, caso a mulher já tenha diagnóstico prévio de HIV;
3. Ou no momento do parto/puerpério, caso a gestante não tenha sido notificada anteriormente.

O objetivo é garantir a assistência integral e evitar a transmissão vertical. Cada gestação representa um novo registro obrigatório.

Questão 48

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o documento fundamental que norteia as diretrizes, metas e ações da gestão de saúde em nível local para um período de quatro anos. A aprovação desse plano é uma etapa essencial para garantir a legitimidade e o controle social dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

a) Incorreta. A Câmara Municipal de Vereadores atua na esfera legislativa, sendo responsável por votar leis orçamentárias gerais do município, como o Plano Plurianual (PPA) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Embora o orçamento da saúde esteja inserido nessas leis, o Plano Municipal de Saúde, enquanto instrumento técnico e setorial específico do SUS, não é submetido à aprovação direta dos vereadores, mas sim à instância de controle social da saúde.

b) Correta. O Conselho Municipal de Saúde é uma instância colegiada, permanente e deliberativa do SUS, composta por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Segundo a Lei nº 8.142/1990 e a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, cabe ao Conselho atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, o que inclui a aprovação obrigatória do Plano de Saúde. Sem o aval do Conselho, o plano não possui validade para o planejamento e financiamento do sistema local.

c) Incorreta. O Tribunal de Contas do Estado (TCE) exerce o controle externo da gestão pública, focando na legalidade, fiscalização contábil e aplicação financeira dos recursos. O TCE analisa se o dinheiro público foi gasto de acordo com a lei, mas não participa da aprovação do mérito técnico ou das diretrizes assistenciais contidas no Plano Municipal de Saúde antes de sua execução.

d) Incorreta. A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão do Poder Executivo responsável pela elaboração técnica, coordenação e execução das ações de saúde. Embora a secretaria seja quem redige e propõe o PMS, ela não pode aprovar o seu próprio planejamento de forma isolada. O princípio da participação da comunidade no SUS exige que o plano formulado pelo Executivo (Secretaria) seja validado pelo órgão de controle social (Conselho).

Questão 49

A questão aborda a organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, especificamente como os profissionais lidam com a complexidade dos casos clínicos por meio da interdisciplinaridade.

Alternativa a) Incorreta. O modelo biomédico é centrado na doença, na cura e no profissional médico, tendo uma visão fragmentada e biologicista do indivíduo. Ele não

prioriza a integração de diferentes saberes ou a discussão em equipe para compreender a complexidade subjetiva e social do paciente.

Alternativa b) Incorreta. Embora a discussão em equipe possa ajudar a alinhar condutas e reduzir atritos, o foco do enunciado não é a resolução de problemas interpessoais entre os funcionários (gestão de conflitos), mas sim a busca por uma abordagem assistencial mais completa e eficaz para o usuário.

Alternativa c) Correta. A Clínica Ampliada é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que propõe a articulação de diferentes saberes para além do diagnóstico puramente biológico. Ela reconhece que cada profissional tem um recorte de conhecimento (núcleo), mas que a soma desses olhares (campo) permite compreender o sujeito em sua totalidade. A discussão de casos em equipe e a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares são ferramentas fundamentais deste modelo para lidar com casos complexos.

Alternativa d) Incorreta. As ações de macrogestão referem-se a decisões políticas e estruturais em níveis mais amplos do sistema de saúde (municipal, estadual ou federal), como a criação de leis e o financiamento do SUS. O enunciado descreve uma atividade de microgestão e gestão do cuidado realizada dentro da própria unidade de saúde.

Questão 50

CONCEITO E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Regiões de Saúde é regida pelo Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Para que um território seja oficialmente reconhecido e instituído como uma Região de Saúde, ele deve dispor de um rol mínimo de ações e serviços que garantam a integralidade da atenção dentro daquele espaço geográfico.

De acordo com o Artigo 5º do referido decreto, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, serviços de:

1. Atenção primária;
2. Urgência e emergência;
3. Atenção psicossocial;
4. Atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
5. Vigilância em saúde.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs ou UNACONs) são serviços de extrema importância para a rede, porém são classificados como de alta complexidade e não constam da lista de requisitos mínimos obrigatórios para a configuração de uma Região de Saúde.

Alternativa b) Incorreta. A Terapia Renal Substitutiva é um serviço especializado de alta complexidade. Embora as Regiões de Saúde devam buscar a autossuficiência em diversos níveis, este serviço específico não é um critério de definição legal para a existência da região.

Alternativa c) Incorreta. O requisito legal estabelecido pelo Decreto nº 7.508/2011 é a existência de "atenção hospitalar". Uma maternidade de alto risco é um serviço hospitalar muito específico. O decreto não exige especialidades específicas de alto risco, mas sim a presença da assistência hospitalar de forma geral.

Alternativa d) Correta. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a principal porta de entrada e a base da Atenção Primária no Brasil. Como a "Atenção Primária" é o primeiro item da lista de requisitos obrigatórios do Decreto nº 7.508/2011, a oferta desses serviços (representados pela UBS) é condição indispensável para que o território seja reconhecido como Região de Saúde. Sem a rede de atenção básica instalada, o território não cumpre o critério de regionalização do SUS.

Questão 51

Esta questão aborda um conceito fundamental da epidemiologia clínica aplicado ao rastreamento (screening): a diferenciação entre desfechos que sugerem eficácia e desfechos que comprovam benefício real na longevidade.

Alternativa (a): Correta. A mortalidade geral (ou por todas as causas) é o desfecho padrão-ouro para determinar se uma intervenção de fato prolonga a vida. No contexto do câncer de próstata, muitos diagnósticos ocorrem em homens idosos com múltiplas comorbidades. Para que um programa de rastreamento seja considerado benéfico para a longevidade, ele deve demonstrar que o grupo rastreado vive mais tempo do que o grupo não rastreado, independentemente da causa da morte. Isso é essencial porque o tratamento de um câncer detectado precocemente pode ter efeitos colaterais graves ou complicações fatais que anulariam o benefício de não morrer pela doença específica.

Alternativa (b): Incorreta. A redução na mortalidade específica avalia se menos pessoas morreram de câncer de próstata. Embora seja um dado importante, ele não é o mais adequado para medir o aumento da longevidade total ("prolongar vidas"). É possível que o rastreamento reduza as mortes pelo câncer (mortalidade específica),

mas aumente as mortes por outras causas relacionadas ao tratamento (como complicações cirúrgicas ou cardiovasculares), resultando em uma mortalidade geral inalterada. Nesse cenário, o paciente não viveu mais; ele apenas mudou a causa da sua morte.

Alternativa (c): Incorreta. A sobrevida em 5 anos é um indicador extremamente vulnerável a vieses, principalmente o viés de antecipação (lead-time bias). O rastreamento detecta o câncer mais cedo do que ele seria descoberto clinicamente. Se um paciente morreria aos 70 anos de qualquer maneira, mas o rastreamento detectou o câncer aos 60 (em vez de aos 68 pelos sintomas), ele terá uma sobrevida de 10 anos em vez de 2 anos, embora a data da morte tenha sido a mesma. Além disso, existe o viés de sobrediagnóstico (overdiagnosis), no qual o rastreamento detecta tumores indolentes que nunca matariam o paciente, inflando as estatísticas de sobrevida sem haver ganho real de tempo de vida.

Questão 52

Para resolver essa questão, é necessário compreender os conceitos de sensibilidade e especificidade aplicados à curva ROC. A curva ROC correlaciona a sensibilidade (eixo vertical Y) com a taxa de falsos-positivos, representada por 1 menos especificidade (eixo horizontal X).

Análise do cenário proposto:

O esfigmomanômetro está com um defeito que o faz marcar sempre 140/90 mmHg ou mais. Isso significa que, independentemente da pressão real do paciente, o resultado do teste será sempre positivo para hipertensão.

1. Sensibilidade: É a capacidade do teste de identificar corretamente os doentes. Como o aparelho sempre marca valores de hipertensão, ele identificará corretamente todos os indivíduos que realmente são hipertensos. Portanto, a sensibilidade é de 100% (valor 1 no topo do eixo Y).

2. Especificidade: É a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos saudáveis (normotensos). Como o aparelho marca 140/90 mmHg mesmo em quem tem pressão normal, ele classificará todos os saudáveis como doentes. Ou seja, ele não identifica nenhum resultado como negativo. A especificidade é de 0%.

3. Localização no gráfico: Se a especificidade é 0, o valor para o eixo X (1 menos especificidade) será 1 menos 0, que é igual a 1 (extrema direita do eixo X). O ponto que combina sensibilidade 1 (topo) e 1 menos especificidade 1 (direita) é o ponto IV.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O ponto I representa sensibilidade 0 e especificidade 100% (1 menos especificidade = 0). Nesse ponto, o instrumento classificaria todos os pacientes como saudáveis, não detectando nenhum hipertenso.
- b) Correta. O ponto IV representa sensibilidade de 100% e especificidade de 0%. Como o aparelho indica "positivo" para todas as pessoas, ele acerta todos os doentes (sensibilidade máxima), mas erra em todos os saudáveis (especificidade mínima), situando-se no canto superior direito do gráfico.
- c) Incorreta. O ponto III representa o "teste perfeito", com 100% de sensibilidade e 100% de especificidade (1 menos especificidade = 0). O instrumento da questão não é perfeito, pois gera falsos-positivos em todos os pacientes saudáveis.
- d) Incorreta. O ponto II indica uma sensibilidade intermediária (aproximadamente 50%) com uma especificidade de 100% (1 menos especificidade = 0). Isso não condiz com um aparelho que dá resultado positivo para todos os testados.

Questão 53

Para resolver esta questão, é fundamental identificar o desenho do estudo e a medida de associação epidemiológica adequada.

Análise do Estudo:

O estudo é descrito como observacional, prospectivo e analítico, acompanhando mulheres inicialmente saudáveis ao longo de 10 anos para observar a incidência de uma doença (AVC). Essas características definem um estudo de coorte.

Medida de Associação:

Em estudos de coorte, trabalhamos com a incidência de eventos ao longo do tempo, o que nos permite calcular o Risco Relativo (RR). O termo "chance" (*Odds Ratio*) é utilizado prioritariamente para estudos de caso-controle ou em análises de regressão logística. Portanto, o valor de 2,8 representa que o risco de fumantes desenvolverem AVC é 2,8 vezes o risco das não fumantes.

Significância Estatística:

O Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) fornecido é de 2,4 a 3,9. Em epidemiologia, quando o IC 95% de uma medida de associação (como Risco Relativo ou *Odds Ratio*) não inclui o valor 1,0 (valor de nulidade), o resultado é considerado estatisticamente significativo. Isso significa que o valor de p é obrigatoriamente menor que 0,05. Portanto, o Intervalo de Confiança já é suficiente para afirmar a associação, tornando o valor de p informativo, mas não indispensável para a

conclusão.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não falta o cálculo do valor de p para fazer a afirmação. O Intervalo de Confiança (2,4-3,9) já garante que o resultado tem significância estatística, pois ambos os limites estão acima de 1,0.

Alternativa b) Incorreta. Além do erro sobre a necessidade do valor de p , a alternativa utiliza o termo "chance". Em estudos de coorte prospectivos, nos quais se avalia a incidência, a medida correta é o "risco".

Alternativa c) Incorreta. O erro reside no uso da palavra "chance". "Chance" refere-se ao *Odds Ratio*. Como o estudo é de coorte e avaliou a incidência ao longo de 10 anos, a interpretação correta é baseada no "risco".

Alternativa d) Correta. Esta alternativa associa corretamente o desenho do estudo (coorte/prospectivo) com a medida de "risco". Como o limite inferior do intervalo de confiança (2,4) é maior que 1,0, podemos afirmar, com segurança estatística, que o risco é efetivamente 2,8 vezes maior no grupo exposto (fumantes).

Questão 54

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta três pontos principais que direcionam a conduta médica:

1. Edema de membros inferiores: Um efeito colateral clássico e dose-dependente do anlodipino (bloqueador dos canais de cálcio diidropiridínico), que ocorre por vasodilatação arteriolar proeminente.
2. Doença Renal Diabética (DRD): A relação albumina/creatinina de 210 mg/g (valor de referência < 30 mg/g) indica albuminúria aumentada (antigamente chamada de microalbuminúria). A paciente já usa losartana (BRA), que é padrão-ouro, mas necessita de otimização da renoproteção.
3. Prevenção Cardiovascular e Uso de AAS: Atualmente, as diretrizes (SBC, ADA, USPSTF) não recomendam o uso rotineiro de ácido acetilsalicílico para prevenção primária (pacientes sem doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida), especialmente em idosos, devido ao risco aumentado de sangramento gastrointestinal que supera os benefícios isquêmicos.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta):

- Substituir o bloqueador do canal de cálcio: A troca do anlodipino visa resolver o edema de membros inferiores relatado pela paciente.
- Iniciar iSGLT2 (inibidores do cotransportador sódio-glicose 2): Medicamentos como empagliflozina ou dapagliflozina são fundamentais na paciente com diabetes e albuminúria. Eles reduzem a pressão intraglomerular, diminuem a progressão da doença renal e reduzem eventos cardiovasculares, independentemente do controle glicêmico.
- Suspender o AAS: Como a paciente não tem histórico de infarto, AVC ou doença arterial periférica (prevenção primária) e tem 65 anos, a suspensão é indicada para reduzir o risco hemorrágico.

Alternativa B (Incorreta):

- Substituir a losartana seria um erro terapêutico. Os bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) ou inibidores da ECA são a base do tratamento para pacientes diabéticos com albuminúria devido ao seu efeito hemodinâmico renal protetor.

Alternativa C (Incorreta):

- Embora a semaglutida (análogo de GLP-1) tenha benefícios cardiovasculares e ajude no controle do diabetes, os iSGLT2 possuem evidência mais robusta e prioritária para a redução específica da progressão da albuminúria e doença renal crônica neste cenário. Além disso, a manutenção do AAS em prevenção primária para esta paciente está em desacordo com as diretrizes atuais.

Alternativa D (Incorreta):

- Novamente, a alternativa sugere a retirada da losartana, que é essencial para a renoproteção da paciente. A substituição do anlodipino seria a conduta correta para o manejo do edema, e não a retirada do anti-hipertensivo que protege o rim.

Questão 55

Análise do Caso Clínico:

O paciente é um idoso com diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica (DRC) avançada, apresentando uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) de 28 mL/min/1,73 m² (Estágio 4). Ele apresenta sintomas de balanopostite (prurido, hiperemia e esmegma), uma complicação comum do uso de inibidores do SGLT2 (como a dapagliflozina) devido à glicosúria. No entanto, a questão foca na conduta mais adequada em relação ao tratamento do diabetes frente ao seu quadro clínico global.

Alternativa (a) Incorreta: Embora os inibidores do SGLT2 (dapagliflozina) aumentem o risco de infecções fúngicas urogenitais, a conduta inicial para uma infecção leve/moderada como a balanopostite é o tratamento tópico com antifúngicos e medidas de higiene, sem necessidade obrigatória de suspensão da droga,

especialmente considerando os benefícios de proteção renal e cardiovascular que essa classe oferece até TFGs próximas de 20-25 mL/min. A prioridade de intervenção neste caso é outra medicação.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta prioritária. A metformina é excretada pelos rins, e seu acúmulo em pacientes com disfunção renal grave aumenta significativamente o risco de acidose láctica associada à metformina, uma condição com alta taxa de mortalidade. Segundo as diretrizes nacionais e internacionais (ADA, SBD, KDIGO), a metformina deve ter sua dose reduzida pela metade quando a TFG está entre 30 e 45 mL/min e deve ser formalmente suspensa ou contraindicada quando a TFG é inferior a 30 mL/min. Como o paciente apresenta TFG de 28 mL/min e está usando dose máxima (2550 mg/dia), a suspensão é urgente.

Alternativa (c) Incorreta: A metformina deve ser suspensa, e não mantida, devido à insuficiência renal em estágio 4 (TFG < 30). Além disso, o mecanismo de ação descrito está incorreto; a metformina inibe a gliconeogênese hepática (via ativação da AMPK) e aumenta a sensibilidade periférica à insulina, não tendo como foco o aumento da atividade da piruvato carboxilase (que, na verdade, é uma enzima que promove a gliconeogênese).

Alternativa (d) Incorreta: A cetoacidose euglicêmica é um efeito adverso raro e grave dos inibidores do SGLT2, geralmente desencadeado por situações de estresse intenso (cirurgias, infecções graves, jejum prolongado). O quadro de prurido e hiperemia na glândula sugere uma infecção fúngica local simples, e não uma condição de estresse sistêmico que justifique a suspensão imediata da droga pelo risco de cetoacidose, especialmente quando comparado ao risco iminente de acidose láctica pela metformina em um paciente com TFG < 30.

Questão 56

O ponto central desta questão é a relação entre a prevalência de uma doença em uma população e os indicadores de desempenho de um teste diagnóstico. Ao reduzir a idade de início do rastreamento de 50 para 40 anos, estamos incluindo uma população com menor prevalência de câncer de mama.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A sensibilidade representa a capacidade do teste de detectar a doença em quem realmente a possui. Ela é uma característica intrínseca do teste diagnóstico (no caso, a mamografia) e não varia conforme a prevalência da doença na população testada.

Alternativa b) Incorreta. A especificidade representa a capacidade do teste de descartar a doença em quem é saudável. Assim como a sensibilidade, a especificidade é uma propriedade intrínseca do teste e não é afetada pela prevalência da doença.

Alternativa c) Correta. O Valor Preditivo Positivo (VPP) é a probabilidade de um paciente com teste positivo realmente ter a doença. O VPP é diretamente influenciado pela prevalência: quanto menor a prevalência da doença na população, menor será o VPP do teste. Como a prevalência de câncer de mama é menor na faixa etária dos 40 anos em comparação à da faixa dos 50 anos, a probabilidade de um resultado positivo ser um verdadeiro-positivo diminui, aumentando proporcionalmente a taxa de falsos-positivos.

Alternativa d) Incorreta. A Razão de Verossimilhança Positiva (RV+) é uma medida que relaciona a sensibilidade e a especificidade [$\text{Sensibilidade} / (1 - \text{Especificidade})$]. Como essas duas propriedades são intrínsecas ao teste e não dependem da prevalência, a RV+ também permanece inalterada quando se muda a população rastreada.

Resumo dos conceitos:

1. Sensibilidade, Especificidade e Razões de Verossimilhança: são propriedades intrínsecas do teste e não mudam com a prevalência.
2. Valor Preditivo Positivo (VPP): é diretamente proporcional à prevalência (prevalência baixa = VPP baixo).
3. Valor Preditivo Negativo (VPN): é inversamente proporcional à prevalência (prevalência baixa = VPN alto).

Questão 57

A compreensão desta questão exige o conhecimento da Portaria SVS/MS número 344/1998, que regulamenta as substâncias sujeitas a controle especial no Brasil. A codeína e o tramadol são opioides que figuram originalmente na Lista A2 (substâncias entorpecentes de uso permitido em concentrações especiais). No entanto, o enquadramento dessas substâncias depende da dose por unidade posológica, conforme descrito nos adendos das listas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Notificação de Receita B (cor azul) é utilizada para substâncias psicotrópicas (Lista B1) ou psicotrópicas anorexígenas (Lista B2), como benzodiazepínicos e sibutramina. A codeína e o tramadol, sendo opioides, seguem as regras das Listas A ou C1, nunca a Lista B.

b) Incorreta. Novamente, cita-se a Notificação de Receita B, que não se aplica a esses opioides. O erro permanece na indicação do formulário azul para substâncias que pertencem aos grupos de entorpecentes ou controle especial simples.

c) Incorreta. A Notificação de Receita C2 é o formulário de cor branca destinado exclusivamente a substâncias retinoides de uso sistêmico (como a isotretinoína), que exigem termo de consentimento devido ao risco de teratogenia. Não há aplicação da C2 para codeína ou tramadol. Além disso, repete o erro sobre a Notificação de Receita B.

d) Correta. Esta alternativa está em total conformidade com os adendos da Lista A2 da Portaria 344/98. O texto legal estabelece que:

1. Se a concentração da unidade posológica (ex: por comprimido ou ampola) for superior a 100 mg, a prescrição deve ser feita obrigatoriamente em Notificação de Receita A (cor amarela), seguindo o rigor das substâncias entorpecentes.

2. Se a concentração da unidade posológica for de até 100 mg, a substância é "rebaixada" para a Lista C1, permitindo a prescrição em Receituário Sujeito a Controle Especial (formulário branco em duas vias). É por este motivo que a maioria das apresentações comerciais comuns desses fármacos (como tramadol 50 mg ou codeína 30 mg/60 mg) utiliza a receita branca em duas vias na prática clínica.

Questão 58

A apresentação clínica do paciente — homem de 63 anos, com dor intensa, encurtamento do membro e rotação externa após trauma no quadril — é clássica de uma fratura do colo do fêmur ou de uma fratura transtrocanteriana. O fato de haver encurtamento e rotação externa evidentes sugere que a fratura é desviada.

Em pacientes acima de 60-65 anos com fraturas desviadas do colo do fêmur, o tratamento de escolha visa à mobilização precoce e à redução do risco de reoperações.

Alternativa a) Incorreta. A osteossíntese com placa e parafusos (como o parafuso dinâmico de quadril — DHS) é o tratamento padrão para fraturas extracapsulares (transtrocanterianas) estáveis. No entanto, para fraturas do colo do fêmur em idosos ou pacientes maduros com desvio, essa técnica apresenta altos índices de falha, como a pseudartrose (não consolidação) e a necrose avascular da cabeça femoral.

Alternativa b) Incorreta. A haste intramedular retrógrada é inserida através do joelho em direção ao fêmur proximal. Ela é indicada para fraturas da diáfise do fêmur ou fraturas supracondilíneas (distais). Para fraturas do quadril (proximais), utiliza-se a

haste anterógrada (inserida pelo trocanter). Além disso, a haste não é o tratamento de escolha para fraturas do colo do fêmur.

Alternativa c) Incorreta. A fixação in situ com parafusos canulados é reservada para fraturas do colo do fêmur sem desvio (Garden I e II) ou para pacientes jovens, na tentativa de preservar a cabeça femoral. Em um paciente de 63 anos com sinais clínicos de desvio (encurtamento e rotação externa), o risco de a cabeça femoral sofrer necrose por interrupção da vascularização é muito alto, tornando a fixação interna pouco recomendada.

Alternativa d) Correta. A artroplastia total do quadril é a conduta mais adequada para pacientes ativos (como sugere o perfil de 63 anos com diabetes controlado) que apresentam fratura desviada do colo do fêmur. Essa cirurgia permite que o paciente caminhe com carga total imediatamente após o procedimento, evita as complicações de necrose e não consolidação da fratura e oferece melhores resultados funcionais a longo prazo em comparação com a artroplastia parcial ou a osteossíntese nessa faixa etária.

Questão 59

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda o rastreamento (*screening*) de doenças em adultos assintomáticos acima de 40 anos, um tema recorrente em provas de Medicina Preventiva e Clínica Médica. O rastreamento populacional deve ser aplicado a condições com alta prevalência, fase latente identificável e cujo tratamento precoce reduza a morbimortalidade.

Alternativa A: Correta. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) são os pilares do rastreamento em adultos na atenção primária. O rastreamento da hipertensão é recomendado para todos os adultos a partir dos 18 anos em todas as consultas clínicas. Para o Diabetes Mellitus, embora existam variações entre diretrizes (a Sociedade Brasileira de Diabetes sugere a partir dos 45 anos para a população geral, enquanto a USPSTF americana reduziu para 35 anos), a presença de idade acima de 40 anos é um marco clássico para o início da busca ativa dessas patologias metabólicas e vasculares, especialmente no contexto das políticas de saúde pública no Brasil.

Alternativa B: Incorreta. O rastreamento populacional do câncer de próstata é um tema controverso. A maioria das organizações de saúde, incluindo o Ministério da Saúde do Brasil e a USPSTF, não recomenda o rastreamento universal (em massa), mas sim a decisão compartilhada entre médico e paciente, geralmente a partir dos

50 anos, devido ao risco de sobrediagnóstico e sobretratamento. Quanto ao câncer de mama, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento mamográfico bienal apenas para mulheres entre 50 e 69 anos.

Alternativa C: Incorreta. O rastreamento do câncer colorretal é fortemente recomendado, porém as diretrizes do Ministério da Saúde no Brasil tradicionalmente focam na faixa etária a partir dos 50 anos. Embora sociedades especializadas e diretrizes internacionais tenham reduzido essa idade para 45 anos recentemente, a alternativa A descreve condições (HAS e DM2) que são rastreadas de forma mais universal e precoce na rotina da atenção básica para qualquer adulto acima de 40 anos.

Alternativa D: Incorreta. Como mencionado anteriormente, a hipertensão arterial é, de fato, objeto de rastreamento populacional. No entanto, o rastreamento do câncer de mama pelo Ministério da Saúde é indicado para a faixa dos 50 aos 69 anos. Embora a Sociedade Brasileira de Mastologia recomende o início aos 40 anos, a questão pede o que é recomendado como padrão de rastreamento populacional (política de saúde pública), no qual o câncer de mama aos 40 anos para mulheres assintomáticas sem fatores de risco não é o consenso do sistema público.

Em resumo, a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são as condições que possuem recomendação mais sólida e abrangente para rastreamento em adultos assintomáticos na faixa etária citada, visando à prevenção de eventos cardiovasculares e complicações microvasculares.

Questão 60

Para resolver essa questão, precisamos identificar a lógica do desenho de pesquisa utilizado pelos investigadores. O ponto de partida e o sentido da análise são fundamentais na epidemiologia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O estudo de coorte parte da exposição para o desfecho. Nele, os pesquisadores selecionariam um grupo de gestantes com Zika e outro grupo de gestantes sem Zika, acompanhando-as até o nascimento para observar quem teria filhos com microcefalia. Na questão, o processo foi o inverso: selecionou-se quem já tinha o desfecho (microcefalia) para investigar o passado.

b) Incorreta. O ensaio clínico é um estudo experimental e intervencionista. Nele, o pesquisador introduz uma intervenção (como um medicamento ou vacina) e observa os resultados de forma prospectiva. Seria impossível e antiético realizar um ensaio

clínico expando gestantes propositalmente ao vírus Zika.

c) Correta. O estudo de caso-controle é o desenho ideal para investigar associações quando se parte do desfecho já ocorrido. Os pesquisadores selecionaram os "casos" (neonatos com microcefalia) e os "controles" (neonatos sem microcefalia) e, a partir daí, olharam para trás (retrospectivamente) para verificar se houve exposição materna ao vírus Zika. É um estudo rápido, mais barato e eficiente para investigar surtos e doenças com longos períodos de latência ou eventos raros.

d) Incorreta. O estudo transversal (ou de prevalência) realiza uma fotografia momentânea da situação. Nele, a exposição e o desfecho são avaliados simultaneamente em uma população em um único ponto no tempo. A questão descreve claramente uma seleção baseada na doença já existente e uma busca por dados pretéritos, o que caracteriza a direcionalidade retrospectiva do caso-controle.

Resumo: Sempre que a questão descrever a formação de grupos baseada na presença ou ausência de uma doença (casos e controles) para depois investigar o histórico de exposição, estamos diante de um Estudo de Caso-Controle.

Questão 61

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Miastenia Gravis, uma doença autoimune da junção neuromuscular. Os pontos-chave para o diagnóstico são a fraqueza muscular com padrão de fatigabilidade (sintomas que pioram ao final do dia ou após esforço) e o acometimento de musculatura ocular (ptose palpebral e diplopia) e bulbar (voz anasalada e engasgos). Em uma mulher jovem com esses sintomas, a Miastenia Gravis deve ser a primeira hipótese.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A biópsia muscular com imuno-histoquímica é utilizada para o diagnóstico de miopatias (doenças primárias do músculo), como as miopatias inflamatórias ou distrofias. Na Miastenia Gravis, a estrutura do músculo está preservada; o problema reside na comunicação entre o nervo e o músculo.

Alternativa b) Incorreta. A Ressonância Magnética (RM) de crânio e coluna cervical poderia ser solicitada para excluir diagnósticos diferenciais, como tumores de tronco cerebral ou esclerose múltipla. No entanto, ela não é o exame adequado para diagnosticar uma doença da junção neuromuscular. A RM de tórax seria útil após o diagnóstico para pesquisar timoma, mas não a RM de crânio/coluna para o diagnóstico da fraqueza em si.

Alternativa c) Correta. Estes são os exames fundamentais para a confirmação diagnóstica. A eletroneuromiografia, especificamente com o teste de estimulação nervosa repetitiva, busca demonstrar o "decremento" da resposta muscular, que comprova a fadiga da junção neuromuscular. Já a pesquisa de anticorpos antirreceptor de acetilcolina (anti-AChR) é o teste sorológico mais específico, estando presente em cerca de 80% a 90% dos casos de Miastenia Gravis generalizada.

Alternativa d) Incorreta. A análise do líquido e a pesquisa de bandas oligoclonais são importantes no diagnóstico de doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, como a Esclerose Múltipla. Embora a Esclerose Múltipla possa causar diplopia, ela não explica a flutuação diurna típica (piora ao final do dia) e a fadigabilidade observada neste caso.

Questão 62

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome de Marfan, uma desordem sistêmica do tecido conjuntivo causada por mutações no gene *FBN1*, localizado no cromossomo 15, que codifica a proteína fibrilina-1. O diagnóstico é baseado nos Critérios de Ghent, que consideram achados esqueléticos (aracnodactilia, pectus excavatum, escoliose), oculares (luxação do cristalino ou ectopia lentis) e cardiovasculares (dilatação da raiz da aorta e prolapso da valva mitral), além da história familiar.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A herança autossômica recessiva exige que o indivíduo herde duas cópias do gene mutado (uma de cada progenitor) para manifestar a doença. Geralmente, os pais são portadores assintomáticos e a doença aparece em apenas uma geração (padrão horizontal). No caso relatado, observamos um padrão de transmissão vertical, com a mãe e seus dois filhos apresentando manifestações da síndrome.

b) Correta. A Síndrome de Marfan possui padrão de herança autossômica dominante. Isso significa que a presença de apenas um alelo mutado é suficiente para a expressão do fenótipo. Na história familiar apresentada, a mãe é afetada e transmitiu a condição para o filho e para a filha. Em doenças autossômicas dominantes, cada filho de um progenitor afetado tem 50% de probabilidade de herdar a mutação, independentemente do sexo.

c) Incorreta. A herança mitocondrial é caracterizada pela transmissão do DNA mitocondrial exclusivamente pela linhagem materna para todos os seus descendentes. No entanto, as doenças mitocondriais tipicamente afetam órgãos com alta demanda energética, como o sistema nervoso, músculos esqueléticos e coração

(miocardiopatias), o que não corresponde ao fenótipo de fragilidade do tecido conjuntivo e alterações esqueléticas da Síndrome de Marfan.

d) Incorreta. Na herança ligada ao X, o gene mutado localiza-se no cromossomo X. Se fosse uma herança recessiva ligada ao X, esperaríamos que apenas homens manifestassem a forma plena da doença, enquanto mulheres seriam portadoras. Se fosse dominante ligada ao X, um pai afetado transmitiria a doença para todas as suas filhas e para nenhum de seus filhos. O relato de uma mãe afetando filhos de ambos os sexos de forma similar é o padrão típico da herança autossômica.

Questão 63

O quadro clínico descrito é clássico de uma Hemorragia Subaracnoidea (HSA), e a chave para a resolução está na associação entre a cefaleia súbita e os achados no exame de fundo de olho.

A alternativa (b) está correta porque a paciente apresenta a tríade característica: cefaleia súbita de forte intensidade ("a pior dor da vida" ou cefaleia em trovoada), seguida por rebaixamento do nível de consciência. O achado oftalmológico de hemorragia vítrea ou sub-hialoidea em pacientes com HSA é denominado Síndrome de Terson. Essa síndrome ocorre devido ao aumento súbito da pressão intracraniana, que é transmitido para a bainha do nervo óptico, dificultando o retorno venoso retiniano e causando a ruptura de vasos capilares na retina. É um sinal de maior gravidade e altamente sugestivo de HSA em contextos de coma e cefaleia aguda.

A alternativa (a) está incorreta. Embora crises convulsivas possam ocorrer no momento do sangramento de uma HSA, o status epiléptico não explica a cefaleia súbita precedente nem a hemorragia sub-hialoidea vista no fundo de olho. O status epiléptico é uma emergência neurológica definida por crises prolongadas ou repetitivas sem recuperação de consciência, o que não é o foco principal desse quadro clínico.

A alternativa (c) está incorreta. Tumores do sistema nervoso central geralmente apresentam um quadro de evolução subaguda ou crônica, com cefaleia progressiva que piora ao longo de semanas ou meses, podendo vir acompanhada de déficits focais. Embora um tumor possa sofrer sangramento intratumoral (apoplexia), a associação com Síndrome de Terson é muito mais específica da hemorragia subaracnoidea aneurismática.

A alternativa (d) está incorreta. Apesar de a paciente ser diabética, o coma hiperglicêmico (seja cetoacidose ou estado hiperosmolar) evolui de forma mais lenta, geralmente precedido por poliúria, polidipsia e desidratação. Ele não causa cefaleia

súbita e intensa, nem está associado a hemorragias intraoculares no fundo de olho (exceto se houver uma retinopatia diabética prévia muito grave, mas que não teria relação direta com o rebaixamento agudo da consciência neste cenário).

Questão 64

Análise do Caso Clínico:

O caso apresenta uma paciente com adenocarcinoma endometrial do tipo seroso. Este é um tumor do Tipo II de Bokhman, caracterizado por ser mais agressivo, independente de estrogênio, geralmente associado à mutação do gene p53 e com alto risco de disseminação extrauterina, mesmo quando a doença parece estar restrita ao útero nos exames de imagem.

Por que a alternativa (d) está correta?

O carcinoma seroso de endométrio tem um comportamento biológico muito semelhante ao câncer de ovário de alto grau. Por isso, o estadiamento cirúrgico deve ser completo e sistemático, independentemente do grau de invasão do miométrio. A conduta padrão inclui a histerectomia total, salpingooforectomia bilateral, linfadenectomia pélvica e para-aórtica (devido ao alto risco de metástases linfonodais ocultas), omentectomia infracólica (pelo risco de disseminação peritoneal) e coleta de lavado peritoneal para citologia.

Análise das alternativas incorretas:

a) Histerectomia total com congelação intraoperatória e linfadenectomia pélvica e periaórtica apenas se invasão miometrial maior que 50%.

Esta conduta é aplicada para o adenocarcinoma endometriode (Tipo I) de baixo grau, seguindo critérios como os de Mayo. No carcinoma seroso, a linfadenectomia é mandatória e não depende da profundidade da invasão miometrial, pois o risco de metástase linfonodal é alto mesmo em doenças superficiais.

b) Quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes seguidas de histerectomia total e salpingooforectomia bilateral 4 a 6 semanas após.

O tratamento inicial padrão para o câncer de endométrio restrito ao útero é a cirurgia de estadiamento primário. A terapia neoadjuvante (quimioterapia ou radioterapia antes da cirurgia) é reservada para casos de doença localmente avançada e irressecável ou para pacientes sem condições clínicas para cirurgia imediata, o que não é o caso descrito.

c) Imunoterapia devido à mutação de p53 seguida de radioterapia e quimioterapia sistêmica.

A expressão anormal de p53 é um marcador imuno-histoquímico característico do

carcinoma seroso, mas não indica imunoterapia como primeira linha de tratamento. A imunoterapia tem indicações específicas em cenários de doença avançada ou recorrente, geralmente baseada na instabilidade de microssatélites (MSI-H) ou deficiência de proteínas de reparo (dMMR), e não substitui a cirurgia de estadiamento.

Resumo didático:

Adenocarcinoma Endometrióide (Tipo I): Frequentemente relacionado ao estrogênio, melhor prognóstico, cirurgia pode ser menos extensa em casos iniciais.

Adenocarcinoma Seroso/Células Claras (Tipo II): Agressivo, mutação p53, alto risco de metástases. Exige sempre estadiamento cirúrgico completo (incluindo omentectomia e linfadenectomia sistemática), semelhante ao protocolo de câncer de ovário.

Questão 65

Para resolver esta questão, é necessário realizar a análise clínica da paciente e a interpretação do sistema de quantificação de prolapso de órgãos pélvicos (POP-Q).

Análise Clínica e Diagnóstico:

A paciente apresenta queixa clássica de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), caracterizada pela perda de urina ao tossir e realizar atividade física, sem menção a sintomas de urgência ou polaciúria.

Interpretação do POP-Q:

O POP-Q avalia o suporte dos órgãos pélvicos. No caso:

- Pontos Aa e Ba (parede anterior) em -1: Indicam um leve descenso da parede anterior, mas como estão em valores negativos (acima do hímen), não caracterizam um prolapso acentuado.
- Ponto C (colo uterino) em -7 e CVT (comprimento vaginal total) de 10: O colo está bem posicionado, distante do hímen.
- Pontos Ap e Bp (parede posterior) em -1: Leve descenso da parede posterior, também acima do hímen.
- Estadiamento: Como o ponto mais avançado está em -1 (mais de 1 cm acima do hímen), a paciente é classificada como Estádio I. Clinicamente, o Estádio I é considerado um suporte normal ou uma alteração sem repercussão anatômica significativa que justifique cirurgia de prolapso.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O tratamento inicial para a Incontinência Urinária de Esforço, especialmente em casos sem prolapso graves associados, deve ser conservador. A fisioterapia pélvica (treinamento dos músculos do assoalho pélvico) é o padrão-ouro

inicial, apresentando altos índices de melhora e cura, além de ser um procedimento não invasivo.

b) INCORRETA. A Cirurgia de Burch (colpossuspensão retropúbica) é uma opção cirúrgica para IUE, mas não é a primeira escolha nos dias de hoje (sendo superada pelos slings) e, conforme as diretrizes, deve-se priorizar o tratamento conservador antes de propor intervenções cirúrgicas, a menos que haja falha do tratamento clínico ou desejo expresso da paciente por cirurgia imediata.

c) INCORRETA. A mirabegrona é um agonista beta-3 adrenérgico indicado para o tratamento da bexiga hiperativa (incontinência de urgência). A paciente da questão apresenta perda aos esforços (IUE), quadro no qual essa medicação não possui eficácia.

d) INCORRETA. O pessário vaginal é uma opção para o manejo de prolapso genitais sintomáticos em pacientes que não podem ou não desejam operar. Como a paciente apresenta apenas prolapso Estádio I (virtualmente sem prolapso relevante) e sua queixa principal é urinária, o pessário não é a conduta de primeira linha.

Portanto, diante de uma paciente com IUE e sem prolapso genital significativo, a conduta mais adequada e menos invasiva para iniciar o tratamento é a fisioterapia do assoalho pélvico.

Questão 66

Esta questão aborda as diretrizes de rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres submetidas à hysterectomia, um tema recorrente em provas de residência que exige atenção ao histórico patológico da paciente.

Análise da Questão:

A paciente tem 48 anos e realizou uma hysterectomia total (remoção do corpo e do colo uterino) por uma causa benigna (mioma). No entanto, ela possui um antecedente relevante: uma conização por NIC 3 (lesão precursora de alto grau) realizada há 8 anos, com margens livres.

Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA/Ministério da Saúde):

1. Mulheres submetidas à hysterectomia total por lesões benignas, sem história prévia de lesões precursoras de alto grau (NIC 2 ou 3) ou câncer, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais.
2. Mulheres com histórico de NIC 2 ou NIC 3 submetidas à hysterectomia total devem manter o rastreio citológico da cúpula vaginal, pois apresentam um risco aumentado

de desenvolver neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA) ou recidiva da doença na cúpula.

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. A descontinuação do exame citológico só é permitida em casos de histerectomia por patologia benigna em mulheres que nunca apresentaram lesões precursoras de alto grau (NIC 2 ou NIC 3) e que possuam exames de rastreamento prévios normais. Como a paciente teve NIC 3, ela deve continuar o rastreamento.

b) Incorreta. A pesquisa de HPV 16 não é a conduta de rastreamento de rotina preconizada pelas diretrizes brasileiras para o seguimento pós-histerectomia em pacientes com histórico de NIC 3. O método de escolha permanece a citologia (colpocitologia oncológica da cúpula vaginal).

c) Incorreta. A vaginoscopia (colposcopia da vagina) não é um exame de rastreamento, mas sim um exame diagnóstico indicado quando há alterações na citologia da cúpula vaginal. Além disso, a periodicidade anual não é a recomendação de rotina para pacientes que já completaram o seguimento inicial pós-tratamento de NIC 3 com margens livres.

d) Correta. Pacientes tratadas por NIC 2 ou 3 que foram submetidas à histerectomia total devem continuar o rastreamento citológico da cúpula vaginal. Como ela já realizou a conização há 8 anos com margens livres, ela já passou pelo período de seguimento mais rigoroso inicial. Portanto, deve manter o rastreamento citológico (agora da cúpula vaginal) a cada três anos, seguindo a periodicidade da rotina de rastreamento nacional, para monitorar o surgimento de lesões vaginais.

Questão 67

Para resolver esta questão, é fundamental entender o manejo inicial de achados mamográficos e a aplicação específica das incidências complementares conforme o sistema BI-RADS. A paciente apresenta calcificações heterogêneas, classificadas inicialmente como BI-RADS 0 (exame incompleto), o que exige manobras adicionais para melhor caracterização morfológica e de distribuição.

Alternativa (a) Incorreta. A compressão focal ou localizada é utilizada primariamente para afastar falsas imagens causadas pela superposição de tecidos glandulares (somatório de imagens) ou para melhor definir as margens e os contornos de um nódulo ou assimetria. Embora a técnica de ampliação frequentemente utilize um prato de compressão menor, o objetivo principal aqui não é apenas comprimir, mas sim aumentar a resolução espacial.

Alternativa (b) Incorreta. A incidência craniocaudal exagerada lateral (XCCL) é uma manobra de posicionamento usada para visualizar tecidos da porção lateral profunda da mama que podem ter ficado de fora das incidências básicas (CC e MLO). Ela não oferece o detalhamento necessário para analisar a morfologia de microcalcificações.

Alternativa (c) Correta. A ampliação (ou magnificação) é a manobra padrão-ouro para o estudo de calcificações mamárias. Ela é realizada utilizando um suporte que afasta a mama do receptor de imagem e um foco fino no tubo de raios X. Isso permite observar com maior nitidez o tamanho, a forma (morfologia) e a distribuição das calcificações. No caso de calcificações heterogêneas, a ampliação é essencial para decidir se a lesão é suspeita (BI-RADS 4) ou provavelmente benigna (BI-RADS 3).

Alternativa (d) Incorreta. A incidência em perfil absoluto (90 graus) é útil para a localização espacial exata de uma lesão ou para identificar o "sedimento" de cálcio (leite de cálcio) em cistos, o que indicaria benignidade. No entanto, ela não substitui a ampliação na avaliação morfológica inicial de calcificações heterogêneas detectadas no rastreamento.

Questão 68

Análise do caso clínico:

A paciente é uma mulher de 61 anos (pós-menopausa) com um quadro de hiperandrogenismo grave e de evolução rápida (6 meses). Os sinais de virilização (clitoromegalia, voz grave e alopecia importante) indicam níveis de testosterona muito elevados, geralmente acima de 200 ng/dL. Em mulheres na pós-menopausa com este quadro, os principais diagnósticos diferenciais são os tumores ovarianos virilizantes, tumores da suprarrenal e a hipertecose ovariana.

Alternativa (a) Incorreta: O tecoma ovariano é um tumor do estroma ovariano que, na grande maioria das vezes, é produtor de estrogênio. Ele costuma se manifestar com sangramento uterino anormal na pós-menopausa devido à hiperplasia endometrial. Embora raramente possa produzir androgênios, não é a causa clássica de virilização intensa.

Alternativa (b) Incorreta: Tumores da glândula suprarrenal (como adenomas ou carcinomas produtores de androgênios) podem causar virilização rápida. No entanto, esses tumores costumam elevar marcadamente o DHEAS (sulfato de deidroepiandrosterona). Na prática de provas de residência, diante de um quadro de virilização em mulher idosa, a hipertecose ovariana é frequentemente apontada como a hipótese principal para o acometimento ovariano funcional grave.

Alternativa (c) Correta: A hipertecose ovariana é uma condição não neoplásica caracterizada pela presença de ninhos de células da teca luteinizadas espalhados pelo estroma ovariano hiperplásico. É mais comum em mulheres após a menopausa. Diferentemente da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), a hipertecose promove uma produção de testosterona muito mais alta, levando a sinais claros de virilização (clitoromegalia e alteração do timbre da voz), exatamente como descrito no caso. É o diagnóstico funcional que mais mimetiza um tumor de ovário pelo grau de agressividade dos sintomas.

Alternativa (d) Incorreta: O tumor de células da granulosa é o tumor do cordão sexual mais comum, porém ele é tipicamente produtor de estradiol (estrogênico). Ele causa rejuvenescimento da mucosa vaginal e espessamento endometrial, podendo levar ao câncer de endométrio. Não é um tumor associado a quadros de virilização e masculinização.

Questão 69

Análise do Caso Clínico

A paciente apresenta um quadro de sangramento uterino anormal (fluxo abundante e duração de 10 dias) e dismenorreia secundária, sintomas clássicos de miomatose uterina. O dado mais relevante para a escolha do método contraceptivo está no resultado da ultrassonografia: útero de 180 mL com nódulo intramural de 35x30 mm que causa distorção do eco endometrial em 10 mm.

Alternativa A: Correta

Os anticoncepcionais hormonais combinados, como o injetável mensal (estradiol + medroxiprogesterona), são opções eficazes para o controle do ciclo menstrual e redução da dismenorreia. Diferentemente dos métodos intrauterinos, os métodos sistêmicos não têm sua eficácia ou segurança prejudicadas pela anatomia da cavidade uterina. A escolha do injetável é adequada para o controle do fluxo abundante e da dor em uma paciente sem contraindicações ao estrogênio.

Alternativa B: Incorreta

O DIU liberador de levonorgestrel é frequentemente a primeira linha para o tratamento de fluxo menstrual abundante. No entanto, os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) classificam o uso de DIU (tanto de cobre quanto de levonorgestrel) como Categoria 4 (risco inaceitável à saúde) quando existem distorções da cavidade uterina que impedem a sua correta inserção. Como o mioma da paciente distorce o eco endometrial, o risco de expulsão e mau posicionamento do dispositivo é muito alto, contraindicando o método.

Alternativa C: Incorreta

Embora seja um anticoncepcional hormonal combinado, a pílula de etinilestradiol com ciproterona possui um progestogênio com marcante ação antiandrogênica. Esse método é indicado preferencialmente para pacientes com sinais de hiperandrogenismo, como acne e hirsutismo (como na Síndrome dos Ovários Policísticos). Para o tratamento exclusivo de sangramento por miomatose, não é a combinação de primeira escolha quando comparada a outros progestogênios mais potentes no controle endometrial.

Alternativa D: Incorreta

A pílula de noretisterona, conhecida como minipílula, contém apenas progestogênio em dose muito baixa. É um método utilizado principalmente durante o período de amamentação. Em pacientes fora do puerpério e com fluxo menstrual muito abundante devido a miomas, a minipílula costuma apresentar taxas elevadas de sangramento de escape (spotting) e não é eficaz no controle do volume menstrual e da dor como os métodos combinados.

Resumo do raciocínio

O ponto fundamental da questão é identificar a contraindicação ao DIU. Sempre que houver menção de mioma que distorce a cavidade endometrial, o DIU deve ser descartado. Entre as opções restantes, o método hormonal combinado sistêmico (neste caso, o injetável) torna-se a melhor escolha para controle dos sintomas. O cisto simples no ovário esquerdo é um achado funcional comum e não altera a conduta.

Questão 70

O quadro clínico descreve uma paciente de 41 anos com amenorreia secundária há 8 meses e sintomas vasomotores (ondas de calor e sudorese). Os exames laboratoriais revelam níveis de FSH significativamente elevados (87 e 61 mIU/mL) e níveis de estradiol muito baixos (2 e 4 pg/mL) em duas coletas distintas. Esses achados, em uma mulher com menos de 45 anos, confirmam o diagnóstico de menopausa precoce (ou insuficiência ovariana prematura, caso fosse antes dos 40 anos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A suspensão da drospirenona para simples observação não é a conduta mais adequada. O diagnóstico de falência ovariana já está estabelecido tanto pela clínica quanto pelos exames laboratoriais repetidos. Deixar a paciente sem tratamento aos 41 anos aumenta significativamente o risco de osteoporose, doenças cardiovasculares e declínio cognitivo, além de não tratar os sintomas vasomotores que prejudicam sua qualidade de vida.

b) Correta. A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) é mandatória para mulheres que entram em menopausa precocemente. O estradiol é necessário para tratar os sintomas e proteger a saúde óssea e cardiovascular. Como a paciente possui útero, o estrogênio não deve ser administrado de forma isolada, sendo obrigatória a associação com a progesterona para proteger o endométrio contra hiperplasia e câncer. A drospirenona que ela já utiliza é um progestágeno, mas, no contexto de TRH, utilizam-se geralmente esquemas específicos de reposição de estradiol associado a um progestágeno.

c) Incorreta. As isoflavonas são fitoestrogênios utilizados por algumas pacientes que possuem contra-indicação absoluta à TRH convencional. No entanto, sua eficácia no controle dos sintomas vasomotores é muito inferior à do estradiol, e elas não oferecem a proteção sistêmica (óssea e cardiovascular) necessária para uma paciente jovem de 41 anos com hipoestrogenismo severo.

d) Incorreta. Níveis de FSH acima de 40 mIU/mL associados a estradiol muito baixo indicam que a reserva ovariana está praticamente exaurida. Tentativas de estímulo ovariano para coleta de óvulos próprios dificilmente teriam sucesso com esses parâmetros hormonais. Para pacientes com esse perfil que desejam gestar, a principal opção na medicina reprodutiva costuma ser a recepção de óvulos doados (ovodoação).

Em resumo, diante de uma falência ovariana precoce sintomática, o objetivo principal é a reposição hormonal para manutenção da saúde a longo prazo e alívio dos sintomas.

Questão 71

O rastreamento do Diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma rotina fundamental no pré-natal. Segundo as diretrizes atuais do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a conduta baseia-se nos valores da glicemia de jejum solicitada logo no início da gestação (primeiro trimestre).

Para interpretar o caso:

Valores de glicemia de jejum menores que 92 mg/dL são considerados normais no início da gravidez.

Valores entre 92 mg/dL e 125 mg/dL diagnosticam Diabetes mellitus gestacional (DMG).

Valores iguais ou superiores a 126 mg/dL diagnosticam Diabetes mellitus prévio (ou Overt Diabetes).

No caso em questão, a paciente apresenta uma glicemia de jejum de 90 mg/dL. Como o valor é inferior a 92 mg/dL, ela é considerada normoglicêmica no momento. No entanto, isso não exclui o risco de desenvolver DMG mais adiante, quando a resistência insulínica aumenta devido aos hormônios placentários. Portanto, ela deve seguir para o rastreamento universal definitivo no segundo trimestre.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O perfil glicêmico (várias medidas ao dia) e a hemoglobina glicada são utilizados para o acompanhamento de pacientes que já possuem o diagnóstico de diabetes ou para controle glicêmico rigoroso. A avaliação da vitalidade fetal com 12 semanas já foi feita de forma básica pelo sonar, e exames mais específicos de vitalidade são reservados para o terceiro trimestre em gestações de alto risco.

Alternativa b) Incorreta. Repetir apenas a glicemia de jejum com 28 e 34 semanas não é o protocolo padrão de rastreamento. A glicemia de jejum isolada tem baixa sensibilidade para detectar o DMG no segundo trimestre quando comparada ao teste de sobrecarga.

Alternativa c) Incorreta. Mudanças de estilo de vida e repetição imediata da glicemia seriam indicadas se o valor inicial fosse alterado (igual ou superior a 92 mg/dL). Como o resultado de 90 mg/dL é normal, não há necessidade de conduta terapêutica ou repetição em curto prazo.

Alternativa d) Correta. Este é o protocolo oficial: toda gestante que apresenta glicemia de jejum normal no primeiro trimestre (menor que 92 mg/dL) deve realizar o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g) entre a 24^a e a 28^a semana de gestação (segundo trimestre). O teste avalia a glicemia em jejum, 1 hora e 2 horas após a ingestão de glicose.

Questão 72

A investigação básica da infertilidade conjugal deve ser iniciada após um ano de tentativas sem sucesso (ou seis meses se a mulher tiver mais de 35 anos). O protocolo inicial busca avaliar os três pilares principais: o fator masculino, o fator ovulatório e o fator tuboperitoneal/uterino. No caso clínico apresentado, o fator masculino já foi avaliado pelo espermograma, que apresentou resultado normal. A regularidade dos ciclos menstruais da paciente sugere que o fator ovulatório está preservado. Portanto, o próximo passo lógico é a avaliação da integridade anatômica das tubas e do útero.

Alternativa a) Incorreta. A avaliação hormonal masculina (dosagem de testosterona, FSH e LH) só é indicada quando o espermograma apresenta alterações importantes, como uma concentração de espermatozoides muito baixa (oligozoospermia grave) ou ausência total (azoospermia). Como o espermograma do parceiro é normal, não há justificativa para este exame agora.

Alternativa b) Incorreta. A ressonância magnética da pelve não é um exame de primeira linha na propedêutica da infertilidade. Ela costuma ser solicitada como um exame complementar para detalhar achados já identificados em exames iniciais, como a suspeita de malformações uterinas complexas, adeniose ou mapeamento de endometriose profunda. Como a paciente tem exame físico normal e não apresenta sintomas como dismenorreia, a ressonância não é o próximo passo.

Alternativa c) Correta. A histerossalpingografia é o exame padrão-ouro inicial para a avaliação do fator tuboperitoneal. Ela permite verificar se as tubas uterinas estão pérvias (abertas) e se há alterações na cavidade endometrial que possam impedir a nidação. Dado que o fator masculino e o provável fator ovulatório já foram considerados, investigar a causa mecânica/anatômica é a prioridade diagnóstica. Vale ressaltar que o histórico de uretrite do parceiro, embora tratado, acende um alerta para infecções por clamídia ou gonococo, que podem ser transmitidas e causar doença inflamatória pélvica subclínica na mulher, levando à obstrução tubária.

Alternativa d) Incorreta. O estudo do cariótipo de banda G para o casal não faz parte da triagem inicial da infertilidade. Esse exame é reservado para contextos específicos, como casos de abortamento de repetição (perda de duas ou mais gestações) ou quando o homem apresenta alterações severas na produção de espermatozoides, o que não condiz com o quadro de um casal com ciclos regulares e espermograma normal.

Questão 73

A gestante em questão apresenta um quadro de isoimunização Rh, evidenciado pelo Coombs indireto positivo. O ponto fundamental para a resolução do caso é a interpretação da titulação de 1:128.

Na prática obstétrica, considera-se como título crítico valores iguais ou superiores a 1:16 (em alguns serviços 1:8). Quando a gestante atinge ou ultrapassa esse valor, o risco de anemia fetal torna-se relevante e a conduta deixa de ser o acompanhamento dos títulos maternos, passando a ser a avaliação direta do feto para detectar anemia.

Alternativa (a): Correta. A avaliação do pico sistólico da artéria cerebral média (ACM)

por meio do Doppler é, atualmente, o método de escolha para o rastreamento de anemia fetal. Ele é um exame não invasivo e baseia-se no princípio de que o feto anêmico possui sangue menos viscoso e um débito cardíaco aumentado, o que faz com que o sangue flua em maior velocidade. Se o valor estiver acima de 1,5 Múltiplos da Mediana (MoM), há forte suspeita de anemia fetal moderada a grave.

Alternativa (b): Incorreta. A repetição da pesquisa de anticorpos (Coombs indireto) é a conduta adequada apenas enquanto os títulos estão abaixo do nível crítico. Como a paciente já apresenta 1:128, a conduta laboratorial já cumpriu seu papel de sinalizar o risco, e agora deve-se avaliar o feto.

Alternativa (c): Incorreta. A cordocentese é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de anemia fetal, pois permite a dosagem direta da hemoglobina. Entretanto, por ser um método invasivo que traz riscos de perda gestacional, descolamento de placenta e aumento da sensibilização materna, ela só deve ser realizada se o Doppler da artéria cerebral média estiver alterado. Não é, portanto, a primeira conduta.

Alternativa (d): Incorreta. A transfusão intrauterina é o tratamento para a anemia fetal grave. Para que ela seja indicada, é necessário primeiro confirmar a anemia por meio da triagem com Doppler e posterior confirmação pela cordocentese. Pular etapas diretamente para a transfusão apenas com base no Coombs materno seria uma conduta intempestiva e perigosa.

Questão 74

O caso clínico descreve uma paciente com Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) após o esvaziamento de uma mola hidatiforme completa. O diagnóstico de malignização é confirmado por dois critérios principais presentes no quadro: o aumento progressivo dos níveis de hCG em três dosagens consecutivas (50.000, 70.000 e 85.000 UI/L) e a presença de uma lesão vaginal arroxeadada, que é um sinal clássico de metástase de doença trofoblástica.

Alternativa a) Incorreta. A biópsia de lesões vaginais suspeitas de metástase por NTG é formalmente contraindicada. Essas lesões são extremamente vascularizadas e o procedimento pode resultar em hemorragia profusa e de difícil controle. O diagnóstico de NTG baseia-se na curva de hCG e em exames de imagem, não necessitando de confirmação histopatológica da metástase.

Alternativa b) Incorreta. Uma nova curetagem uterina não é o tratamento para a neoplasia trofoblástica já estabelecida e não impediria a progressão da doença metastática. Além disso, a biópsia da lesão vaginal é contraindicada devido ao alto risco de sangramento grave, como explicado anteriormente.

Alternativa c) Incorreta. Não há necessidade de aguardar mais 7 dias. Os critérios da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) para o diagnóstico de NTG já foram preenchidos: houve elevação dos níveis de hCG em três dosagens semanais consecutivas (dias 7, 14 e 21). Postergar o manejo atrasa o tratamento de uma patologia potencialmente agressiva.

Alternativa d) Correta. Diante do diagnóstico de NTG (confirmado pela curva ascendente de hCG e pela presença de metástase vaginal), a conduta imediata é realizar o estadiamento da paciente. O estadiamento envolve exames de imagem (como radiografia ou tomografia de tórax e ultrassonografia pélvica) para avaliar a extensão da doença e calcular o escore de risco da FIGO/OMS. Esse escore determinará se a quimioterapia será realizada com apenas uma droga (baixo risco) ou com múltiplos agentes (alto risco). Portanto, o estadiamento seguido de quimioterapia é a conduta padrão.

Questão 75

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta uma gestação de 26 semanas com exames laboratoriais que revelam hemoglobina (Hb) de 10,9 g/dL. De acordo com o Ministério da Saúde e a FEBRASGO, a anemia na gestação é definida como Hb menor que 11 g/dL.

Os índices hematimétricos mostram microcitose (VCM 78 fL) e hipocromia (HCM 25 pg), o que, somado à ferritina baixa (10 ng/mL), confirma o diagnóstico de anemia ferropriva. A eletroforese de hemoglobina normal afasta hemoglobinopatias (como a talassemia, que também cursa com microcitose). Portanto, o desafio da questão é definir o tratamento correto para uma anemia ferropriva leve a moderada na gestante.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A dose de 30 a 60 mg/dia de ferro elementar é indicada para a suplementação profilática (prevenção) em gestantes com níveis de hemoglobina normais (Hb maior ou igual a 11 g/dL). Para o tratamento de anemia instalada, essa dose é insuficiente. Além disso, o intervalo de 8 semanas para reavaliação é muito longo para um acompanhamento pré-natal de anemia.

b) Correta. Esta é a conduta preconizada pelos protocolos assistenciais (Ministério da Saúde e FEBRASGO). Uma vez diagnosticada a anemia (Hb entre 8 e 11 g/dL), a dose terapêutica de ferro elementar deve ser de 120 a 200 mg por dia. O sulfato ferroso,

por exemplo, contém cerca de 20% de ferro elementar; portanto, são necessários de 3 a 5 comprimidos de 200 mg para atingir essa meta. A reavaliação em 4 semanas (cerca de 30 dias) é o tempo ideal para verificar a subida dos níveis de hemoglobina e a adesão ao tratamento.

c) Incorreta. O uso de ferro parenteral (intravenoso) é reservado para situações específicas, como anemia grave (geralmente Hb menor que 8 g/dL), intolerância gastrointestinal severa ao ferro oral, má absorção intestinal ou falha comprovada no tratamento por via oral. A paciente do caso tem anemia leve e deve iniciar o tratamento pela via oral, que é mais segura e barata. A reavaliação em uma semana também é precoce para observar o aumento expressivo da hemoglobina.

d) Incorreta. Embora a orientação dietética seja um suporte importante, ela é incapaz de tratar uma anemia ferropriva já estabelecida durante a gravidez. A demanda de ferro no segundo e terceiro trimestres é muito alta devido à expansão da volemia materna e às necessidades do feto e da placenta, exigindo suplementação medicamentosa obrigatória. O prazo de 8 semanas para reavaliação também está incorreto.

Questão 76

Para resolver essa questão, devemos analisar o perfil da gestante e as recomendações atuais sobre o momento do parto no Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

A paciente é uma primigesta com DMG bem controlado (80% a 85% dos valores dentro da meta) em uso de insulina. O feto apresenta crescimento adequado para a idade gestacional (peso estimado de 2.890 g com 36 semanas) e volume de líquido amniótico normal (maior bolsão de 5 cm). Não há sinais de macrosomia fetal ou complicações placentárias.

As diretrizes da FEBRASGO e do ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) recomendam que:

1. Gestantes com DMG controlado apenas com dieta e exercícios podem aguardar o início espontâneo do trabalho de parto até 40 semanas e 6 dias.
2. Gestantes com DMG bem controlado com medicação (insulina ou hipoglicemiantes orais) devem ter o parto programado entre 39 semanas e 0 dias e 39 semanas e 6 dias.
3. O parto antecipado (antes de 39 semanas) só é indicado em casos de controle glicêmico inadequado ou outras complicações materno-fetais (como pré-eclâmpsia ou vasculopatia).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não há indicação de cesárea eletiva apenas pelo diagnóstico de diabetes. A via de parto deve ser baseada em indicações obstétricas. Além disso, o período de 38 semanas é precoce para uma paciente com bom controle glicêmico e feto sem macrossomia.

b) Correta. Esta é a conduta padrão para gestantes diabéticas em uso de medicação com bom controle metabólico e sem complicações associadas. A indução do parto entre 39 0/7 e 39 6/7 semanas visa reduzir o risco de morte fetal tardia sem aumentar desnecessariamente as taxas de prematuridade iatrogênica ou complicações neonatais.

c) Incorreta. A antecipação do parto para a faixa de 37 a 38 semanas e 6 dias é reservada para casos de diabetes mal controlado, conforme mencionado anteriormente. Como a paciente mantém mais de 80% dos controles normais, ela é considerada bem controlada.

d) Incorreta. Além de indicar erroneamente uma cesárea eletiva sem justificativa clínica (como macrossomia com peso estimado > 4.500 g), o período sugerido é muito precoce para uma gestação sem complicações agudas.

Portanto, a conduta mais adequada é aguardar e programar a resolução (preferencialmente por indução do parto, se não houver contra-indicação) na 39ª semana.

Questão 77

Esta questão aborda as causas de abortamento de repetição e o manejo de uma gestante de 40 anos com achados laboratoriais específicos. Para chegar à resposta correta, é necessário analisar criticamente os critérios diagnósticos e os fatores de risco predominantes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Para o diagnóstico da Síndrome Antifosfolípide (SAF), os critérios laboratoriais exigem a presença de anticoagulante lúpico, anticardiolipina (IgG ou IgM em títulos moderados a altos > 40) ou anti-beta-2-glicoproteína I (IgG ou IgM). O anticorpo anticardiolipina isolado da classe IgA não faz parte dos critérios internacionais de Sydney para o diagnóstico de SAF. Além disso, a mutação G20210A da protrombina em heterozigose, sem histórico de trombose venosa prévia, não é indicação absoluta de anticoagulação com enoxaparina para prevenir perdas

gestacionais, segundo os principais consensos de trombofilia e gestação.

b) Incorreta. Uma paciente de 40 anos com histórico de dois abortamentos prévios e portadora de uma mutação de trombofilia hereditária (mesmo que de baixo risco) não deve seguir um pré-natal estritamente rotineiro. Ela demanda vigilância mais rigorosa, embora as condutas de intervenção farmacológica sejam discutíveis neste caso específico.

c) Incorreta. A heparinização terapêutica ou profilática estendida até 42 dias após o parto é indicada para pacientes com diagnóstico confirmado de SAF com eventos trombóticos ou trombofilias de alto risco. A presença apenas da mutação da protrombina em heterozigose, sem histórico pessoal de tromboembolismo, não justifica essa conduta de forma rotineira para a prevenção de perdas de primeiro trimestre.

d) Correta. Este é o ponto fundamental da questão. A paciente tem 40 anos, idade em que o risco de aneuploidias (alterações cromossômicas numéricas) aumenta significativamente. As perdas gestacionais de primeiro trimestre (como as ocorridas entre 7 e 8 semanas nesta paciente) são causadas, em mais de 50% a 60% dos casos, por alterações cromossômicas esporádicas do próprio embrião, independentemente de o cariótipo dos pais ser normal. Portanto, dada a idade materna avançada e o histórico de perdas precoces, a conduta mais adequada é priorizar a pesquisa de aneuploidias na gestação atual (seja por testes de rastreio, como o NIPT, ou ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre com medida de translucência nugal).

Resumo: O fator de risco "idade materna" sobrepõe-se aos achados laboratoriais de IgA (não critério para SAF) e à heterozigose para protrombina (baixo risco trombótico) no que diz respeito à causa mais provável de novos abortamentos precoces. Por isso, a orientação sobre a pesquisa de aneuploidias é a alternativa mais correta.

Questão 78

ANÁLISE DA QUESTÃO

A paciente é uma gestante de 36 anos com gravidez gemelar dicoriônica e diamniótica de 38 semanas e 3 dias, associada a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) bem controlado apenas com dieta (DMG tipo A1). O ponto central da questão é definir o momento ideal para o parto e a via de nascimento mais adequada.

1. MOMENTO DO PARTO: Em gestações gemelares dicoriônicas, o consenso das

principais diretrizes internacionais e nacionais (como o ACOG e a FEBRASGO) recomenda que o parto ocorra entre 37 semanas e 38 semanas e 6 dias. Prolongar a gestação além desse período aumenta significativamente o risco de insuficiência placentária e óbito fetal intrauterino. Como a paciente está com 38 semanas e 3 dias e ainda possui o fator adicional do diabetes, a interrupção da gestação está indicada.

2. VIA DE PARTO: A via de parto na gestação gemelar é determinada primordialmente pela apresentação do primeiro feto (Feto I). Se o Feto I estiver em apresentação cefálica, o parto vaginal é considerado seguro e pode ser tentado, independentemente da apresentação do segundo feto (Feto II). No caso descrito, o Feto I está cefálico, o que autoriza a indução do parto. O fato de o Feto II estar em apresentação pélvica não obriga a realização de uma cesariana, pois, após o nascimento do primeiro feto, o segundo pode ser manobrado ou nascer em apresentação pélvica por mãos experientes.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: CORRETA. A idade gestacional já está no limite recomendado para gestações gemelares dicoriônicas (entre 37 e 38 semanas e 6 dias). Como o Feto I está cefálico, a indução do trabalho de parto é a conduta preferencial, permitindo a tentativa de parto vaginal.

Alternativa B: INCORRETA. Aguardar mais 7 dias faria com que a gestação ultrapassasse as 39 semanas. Em gestações gemelares, o risco de morte fetal aumenta após a 38ª semana, não havendo benefício em postergar o parto, especialmente em uma paciente com diabetes gestacional.

Alternativa C: INCORRETA. A cesariana eletiva não é a conduta de primeira linha quando o primeiro feto está em apresentação cefálica. O parto vaginal em gemelares nessas condições apresenta desfechos neonatais semelhantes aos da cesariana, com as vantagens de evitar os riscos cirúrgicos maternos.

Alternativa D: INCORRETA. O perfil biofísico fetal é um exame de vigilância do bem-estar, mas não substitui a indicação de interrupção da gravidez por idade gestacional em gemelares. Além disso, não se deve aguardar até 40 semanas em gestações múltiplas devido ao risco elevado de complicações placentárias.

Conclusão: Diante da idade gestacional avançada para uma gravidez gemelar e da apresentação favorável do primeiro feto, a indução do parto é a conduta mais adequada.

Questão 79

Análise do Cenário Clínico:

A paciente é uma primigesta em trabalho de parto, apresentando um período expulsivo prolongado (4 horas de fase ativa). O feto está em boas condições de vitalidade, pois a frequência cardíaca basal está normal (136 bpm) e as desacelerações precoces (DIP I) são fisiológicas, indicando apenas compressão do polo cefálico no canal de parto, sem sofrimento fetal. O ponto crucial é que o feto está no plano +3 de DeLee (plano baixo/saída) e a mãe apresenta exaustão materna, não conseguindo mais realizar os esforços expulsivos (puxos).

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A hiperoxigenação materna é uma medida de ressuscitação intrauterina indicada em casos de sofrimento fetal agudo (desacelerações tardias ou variáveis graves), o que não ocorre aqui (as desacelerações são precoces). Além disso, apenas continuar o período expulsivo é contraindicado, pois a paciente já atingiu o limite de tempo recomendado para essa fase e está clinicamente exausta, sendo incapaz de progredir o parto sozinha.

Alternativa B (Incorreta): Embora a operação cesariana seja uma via de parto, ela não é a conduta de escolha quando o feto já se encontra no plano +3 de DeLee. Realizar uma cesariana com a cabeça fetal tão baixa na pelve aumenta significativamente o risco de trauma materno (lacerações do segmento uterino) e dificuldade na extração fetal (cabeça impactada). Quando os critérios para o parto operatório vaginal são preenchidos e a cabeça está baixa, ele é preferível por ser mais rápido e evitar tais riscos.

Alternativa C (Correta): Esta é a conduta mais adequada. As indicações para o parto operatório (fórcipe ou vácuo-extrator) incluem o período expulsivo prolongado e a exaustão materna, exatamente o que o quadro descreve. Como a apresentação está no plano +3 de DeLee (abaixo das espinhas isquiáticas), estão presentes as condições técnicas para uma aplicação segura do instrumento, auxiliando a saída do feto diante da impossibilidade de puxos maternos efetivos.

Conclusão: Diante de um feto baixo na pelve (+3 de DeLee), vitalidade preservada e exaustão materna no período expulsivo, a assistência mecânica ao parto via vaginal é a conduta padrão-ouro.

Questão 80

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um carcinoma epidermoide de colo uterino em estágio inicial. De acordo com a classificação da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia), um foco de invasão de 4 milímetros de profundidade caracteriza o estágio IA2 (invasão entre 3 mm e menos de 5 mm). O fato de haver invasão de vasos linfáticos (êmbolos carcinomatosos) aumenta consideravelmente o risco de metástases para os linfonodos pélvicos, mesmo em estágios iniciais. Como a paciente tem 33 anos, é nulípara e deseja engravidar, a conduta deve buscar a cura oncológica preservando a fertilidade.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Uma nova cirurgia de alta frequência (CAF) seria apenas uma nova conização. No estágio IA2, especialmente com a presença de invasão linfovascular, o tratamento local isolado é insuficiente. É necessário realizar a avaliação dos linfonodos pélvicos e uma ressecção mais ampliada (radicalidade), devido ao risco de disseminação parametrial e linfonodal.

Alternativa B: Incorreta. Não se pode liberar uma paciente para gestação com a presença de um câncer invasivo de 4 mm e invasão linfovascular sem o tratamento cirúrgico radical adequado. A cerclagem é um procedimento complementar que será necessário no futuro, caso ela realize a traquelectomia, mas não substitui o tratamento oncológico necessário agora.

Alternativa C: Correta. Esta é a conduta de escolha para pacientes no estágio IA2 que desejam preservar a fertilidade. A traquelectomia radical consiste na retirada do colo uterino e de parte do paramétrio, preservando o corpo do útero (e, portanto, a capacidade de gestar). A linfadenectomia pélvica bilateral é obrigatória devido ao risco de metástases linfonodais, que é potencializado pela presença de invasão de vasos linfáticos descrita na anatomia patológica.

Alternativa D: Incorreta. Liberar para gestação imediatamente diante de um diagnóstico de carcinoma invasor com 4 mm de profundidade e êmbolos linfáticos representaria uma grave falha terapêutica, permitindo a progressão da doença maligna. O tratamento do câncer deve preceder qualquer tentativa de gestação.

RESUMO DA CONDUTA

Para o estágio IA2 com desejo de prole, o tratamento padrão é a traquelectomia radical associada à linfadenectomia pélvica. Se a paciente não tivesse desejo

reprodutivo, a conduta seria a histerectomia radical (Tipo B) com linfadenectomia. A presença de invasão linfovascular é o divisor de águas que reforça a necessidade imperativa de avaliar os linfonodos pélvicos.

Questão 81

Esta questão aborda o manejo de crianças que tiveram contato com adultos bacilíferos (com tuberculose pulmonar). O objetivo principal é diferenciar a tuberculose-doença da infecção latente por tuberculose (ILTB) e aplicar o protocolo correto do Ministério da Saúde.

Análise do caso:

1. A criança tem 4 anos e é contato de um caso-índice (mãe).
2. Ela está assintomática e o RX de tórax é normal, o que descarta, no momento, a tuberculose-doença.
3. O teste tuberculínico (PT) é de 6 mm. Para contatos de pacientes com tuberculose, considera-se o teste positivo quando o resultado é igual ou superior a 5 mm.

Portanto, o diagnóstico é de infecção latente por tuberculose (ILTB).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A repetição do teste tuberculínico após 8 a 12 semanas (aproximadamente 3 meses) é indicada apenas para contatos que apresentaram um primeiro teste não reator (menor que 5 mm), com o objetivo de verificar se houve a conversão tuberculínica. Como a criança já é reatora (6 mm), o diagnóstico de infecção latente já está confirmado, não havendo necessidade de repetir o exame.

Alternativa b) Incorreta. Crianças pequenas (especialmente menores de 5 anos) que são contatos domiciliares e possuem teste tuberculínico positivo apresentam um risco muito elevado de progressão para formas graves de tuberculose (como a meningoencefalite e a forma miliar). O tratamento da ILTB é obrigatório nessas circunstâncias para prevenir o adoecimento.

Alternativa c) Incorreta. O esquema terapêutico completo (geralmente o esquema básico RIPE: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) é reservado para casos de tuberculose ativa. Como a criança está totalmente assintomática e o RX é normal, ela não tem critérios para tuberculose-doença, e o uso de múltiplas drogas seria um tratamento excessivo e desnecessário.

Alternativa d) Correta. O tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTB) no Brasil é realizado preferencialmente com isoniazida (por 6 ou 9 meses) ou rifampicina

(por 4 meses). A rifampicina é frequentemente uma excelente escolha para crianças menores de 10 anos devido ao menor tempo de tratamento e boa tolerância. O acompanhamento clínico mensal é necessário para monitorar a adesão e possíveis efeitos adversos.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 82

O caso apresenta um lactente de 7 meses com atraso vacinal importante, tendo recebido apenas a vacina contra hepatite B ao nascimento. Para resolver a questão, devemos aplicar as normas do Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde (PNI), observando as indicações por faixa etária e, fundamentalmente, os prazos-limite para doses atrasadas.

Alternativa A: CORRETA.

Esta alternativa lista corretamente as vacinas que devem ser aplicadas ou iniciadas para atualização:

1. BCG: Deve ser dada ao nascimento, mas crianças que não a receberam podem ser vacinadas até os 4 anos, 11 meses e 29 dias.
2. Pentavalente (DTP/HB/Hib) e Pneumocócica 10V: O esquema dessas vacinas inicia-se aos 2 meses de idade. Como o paciente está com 7 meses e não as recebeu, devem ser iniciadas imediatamente.
3. Meningocócica C: O esquema inicia-se aos 3 meses de idade, devendo ser iniciado agora por estar em atraso.
4. COVID-19: Atualmente, faz parte do calendário de rotina para crianças a partir dos 6 meses de idade.
5. Influenza: A vacinação anual contra gripe é indicada para crianças a partir dos 6 meses de idade, conforme a sazonalidade das campanhas.

Alternativa B: INCORRETA.

A vacina contra febre amarela, no calendário de rotina, é administrada apenas aos 9 meses de idade. Já a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) é administrada aos 12 meses. Como o lactente tem apenas 7 meses, ele ainda não tem indicação para essas vacinas.

Alternativa C: INCORRETA.

Além do erro sobre a tríplice viral (indicada aos 12 meses), esta alternativa inclui a vacina contra rotavírus. A vacina oral de rotavírus humano (VORH) possui limites de idade extremamente rigorosos para evitar o risco de invaginação intestinal: a primeira dose só pode ser aplicada até os 3 meses e 15 dias de vida. Como o paciente já tem 7 meses, ele perdeu a oportunidade de iniciar esse esquema vacinal.

Alternativa D: INCORRETA.

O erro desta alternativa está exclusivamente na inclusão da vacina contra rotavírus. Embora as demais vacinas citadas (BCG, Pentavalente, Pneumocócica 10V, Meningocócica C, COVID-19 e Influenza) estejam corretas para a idade de 7 meses em atraso, a vacina contra rotavírus não pode mais ser administrada por ultrapassar o prazo máximo para a primeira dose (3 meses e 15 dias).

Resumo de prazos importantes para o PNI:

- Rotavírus: o limite para a 1ª dose é de 3 meses e 15 dias. Se não tomou a primeira até essa data, não pode mais receber nenhuma dose.
- Febre Amarela: primeira dose aos 9 meses.
- Tríplice Viral: primeira dose aos 12 meses.
- COVID-19 e Influenza: iniciam-se aos 6 meses de vida.

Questão 83

COMENTÁRIO DO PROFESSOR

O quadro clínico descrito é clássico de um lactente jovem (45 dias) que apresenta sangue vivo nas fezes (hematoquezia) sem comprometer o seu estado geral, mantendo a frequência evacuatória normal e bom ganho de peso. Esse cenário, especialmente após a introdução de fórmula infantil, aponta diretamente para o diagnóstico de Proctocolite Alérgica, que é uma das manifestações da Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV).

Alternativa a) Incorreta. As reações mediadas por IgE são reações de hipersensibilidade imediata. Elas ocorrem geralmente em até duas horas após o contato com o alérgeno e se manifestam clinicamente através de urticária, angioedema (inchaço de lábios e olhos), vômitos a jato imediatos ou anafilaxia. O sangramento intestinal isolado e subagudo não é característico desse mecanismo.

Alternativa b) Correta. A proctocolite alérgica é a causa mais comum de sangramento retal em lactentes que estão em bom estado geral. Ela é classificada fisiopatologicamente como uma reação não mediada por IgE. Nesse mecanismo, ocorre uma resposta imune tardia baseada em células (linfócitos T) que causa uma inflamação eosinofílica na porção final do intestino grosso (cólon e reto), tornando a mucosa frágil e sujeita a sangramentos ao contato com a proteína irritante.

Alternativa c) Incorreta. A deficiência de lactase causa intolerância à lactose, que é o carboidrato (açúcar) do leite, e não a proteína. O quadro clínico da intolerância à lactose no lactente envolve diarreia osmótica (fezes líquidas e ácidas), flatulência

excessiva, distensão abdominal e dermatite perianal (assadura) importante. A presença de sangue vivo nas fezes não faz parte deste quadro.

Alternativa d) Incorreta. As reações mistas são aquelas que envolvem tanto anticorpos IgE quanto resposta celular. Os exemplos mais conhecidos na pediatria são a esofagite eosinofílica, a gastroenterite eosinofílica e a dermatite atópica. A proctocolite alérgica isolada do lactente é estritamente não mediada por IgE.

Questão 84

O quadro clínico descrito — um escolar com sintomas típicos de refluxo gastroesofágico (pirose e dor epigástrica) que não apresenta melhora com o tratamento convencional com inibidores da bomba de prótons (IBP) e que possui histórico de atopia (alergia à proteína do leite de vaca) — é altamente sugestivo de Esofagite Eosinofílica (EoE).

A Esofagite Eosinofílica é uma doença inflamatória crônica do esôfago, mediada por antígenos (geralmente alimentares), caracterizada clinicamente por sintomas de disfunção esofágica e, histologicamente, por uma inflamação predominantemente eosinofílica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A cintilografia gastroesofágica é utilizada principalmente para avaliar o esvaziamento gástrico e pesquisar refluxo gastroesofágico com microaspiração pulmonar em casos específicos de doenças respiratórias crônicas. Ela não tem papel no diagnóstico da esofagite eosinofílica ou na avaliação de refratariedade ao IBP.

b) Incorreta. A dosagem de IgE específica (RAST) pode indicar sensibilização a determinados alimentos, mas não serve para o diagnóstico da esofagite eosinofílica. A EoE é uma doença de mecanismo imune misto (mediada por IgE e não mediada por IgE), e o diagnóstico é tecidual, não sorológico.

c) Incorreta. A manometria esofágica avalia a motilidade do corpo esofágico e o relaxamento dos esfíncteres. Embora pacientes com esofagite eosinofílica possam apresentar distúrbios motores secundários à inflamação e ao remodelamento esofágico, este não é o exame padrão para o diagnóstico da patologia.

d) Correta. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com biópsias seriadas é o padrão-ouro para o diagnóstico da Esofagite Eosinofílica. Durante o exame, podem ser observados sinais endoscópicos como anéis circulares (traquealização), sulcos longitudinais, exsudatos esbranquiçados ou estenoses. No entanto, o diagnóstico definitivo

depende da análise histopatológica, que deve demonstrar a presença de, pelo menos, 15 eosinófilos por campo de grande aumento (CGA) em biópsias do esôfago. Recomenda-se a coleta de múltiplas amostras (geralmente 6 a 8 biópsias) de diferentes segmentos do esôfago (distal e proximal) para aumentar a sensibilidade do exame, já que o acometimento pode ser em "patch" (descontínuo).

Questão 85

Análise do caso:

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de complicação por *Ascaris lumbricoides*. A história de eliminação prévia de vermes seguida por parada de eliminação de fezes e gases, associada a vômitos, dor e distensão abdominal, aponta para uma obstrução ou suboclusão intestinal mecânica causada pelo chamado novelo de áscaris. A oligúria (urinar pouco) e a recusa alimentar indicam um estado de desidratação e gravidade clínica que exige intervenção imediata.

Alternativa A (Correta):

Esta é a conduta adequada. A criança apresenta sinais de alerta que indicam uma emergência pediátrica. A suboclusão intestinal por *Ascaris* é uma complicação grave que exige manejo hospitalar imediato. O tratamento inicial envolve internação, jejum, hidratação venosa para correção da desidratação, sondagem nasogástrica se houver vômitos persistentes e medidas para desobstrução (como uso de óleo mineral e, posteriormente, piperazina). O encaminhamento é obrigatório devido ao risco de evolução para abdome agudo cirúrgico.

Alternativa B (Incorreta):

Embora a criança esteja desidratada, o diagnóstico de gastroenterocolite aguda (GECA) é incompatível com a parada de evacuação e a distensão abdominal súbita após a eliminação de vermes. Na GECA, espera-se aumento do número de evacuações (diarreia), e não a interrupção. O quadro de obstrução mecânica por helmintos é a hipótese principal e mais perigosa neste cenário.

Alternativa C (Incorreta):

O tratamento com anti-helmínticos como o mebendazol é formalmente contraindicado na fase aguda da obstrução intestinal. Medicamentos que aumentam a motilidade ou causam a morte/paralisia do verme dentro do lúmen intestinal podem agravar o novelo de áscaris, levando à perfuração intestinal ou piora da obstrução. Além disso, o tratamento na UBS é inadequado para uma criança com sinais de desidratação e sofrimento abdominal.

Alternativa D (Incorreta):

Assim como na alternativa anterior, o uso de nitazoxanida em vigência de obstrução intestinal é incorreto e perigoso. O foco imediato deve ser a estabilização clínica da criança e a resolução da emergência obstrutiva em ambiente hospitalar. O tratamento de familiares e o acompanhamento ambulatorial só devem ocorrer após a resolução do quadro agudo.

Questão 86

O quadro clínico apresentado — menino de 10 anos com tosse seca e falta de ar desencadeadas por esforço físico (exercício), piora noturna e matinal, exacerbação por quadros virais e histórico de rinite alérgica — aponta diretamente para a hipótese diagnóstica de asma.

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por hiperresponsividade brônquica e obstrução variável ao fluxo aéreo. Para confirmar o diagnóstico, é necessário demonstrar essa limitação variável ao fluxo de ar.

Análise das alternativas:

a) pH-metria: Este exame é utilizado para o diagnóstico de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Embora o refluxo possa ser um gatilho para crises de asma ou causar tosse crônica, ele não confirma o diagnóstico de asma. O quadro do paciente é fortemente sugestivo de asma induzida pelo exercício e atopia, tornando a investigação de refluxo uma etapa secundária ou desnecessária no momento inicial.

b) Rx de tórax: Na asma, a radiografia de tórax costuma ser normal ou apresentar sinais inespecíficos de hiperinsuflação pulmonar durante as crises. Sua principal utilidade é excluir diagnósticos diferenciais (como pneumonia, corpos estranhos ou malformações) e avaliar complicações, mas não serve para confirmar a asma.

c) Prova de função pulmonar: É a alternativa correta. A espirometria (prova de função pulmonar) é o exame padrão-ouro para confirmar o diagnóstico de asma em crianças capazes de realizar a manobra (geralmente acima de 5 a 6 anos). Ela permite identificar o distúrbio ventilatório obstrutivo e, principalmente, a reversibilidade dessa obstrução após o uso de broncodilatador, o que sela o diagnóstico. Em casos onde a espirometria em repouso é normal, mas há sintomas ao esforço, pode-se realizar também o teste de broncoprovocação com exercício.

d) IgE específicos para aeroalérgenos: Estes exames (como o RAST ou ImmunoCAP) identificam a sensibilização do paciente a alérgenos específicos (poeira, ácaros, polens). Embora ajudem a caracterizar o fenótipo alérgico do paciente e a identificar gatilhos, eles não confirmam a presença da doença pulmonar (asma), apenas a

condição de atopia.

Questão 87

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico apresenta um lactente de 8 meses com constipação intestinal iniciada aos 6 meses, coincidindo com a introdução da alimentação complementar. A presença de fezes calibrosas, esforço evacuatório e dor, associada a um exame físico normal e ausência de atraso na eliminação de mecônio, direciona o diagnóstico para Constipação Intestinal Funcional. Nesta faixa etária, quando as medidas dietéticas (como aumento de fibras e oferta hídrica) não são suficientes, o tratamento medicamentoso com laxantes osmóticos está indicado.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. O uso de óleo mineral é contraindicado em lactentes e crianças menores de 1 a 2 anos. Isso ocorre pelo risco de aspiração acidental, que pode levar à pneumonia lipóide, uma complicação grave. Como os lactentes possuem maior risco de refluxo e regurgitação, o óleo mineral deve ser evitado.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. O uso de probióticos não apresenta evidência científica consolidada que justifique sua indicação como tratamento de primeira linha para a constipação intestinal funcional na infância, segundo os consensos internacionais (como o NASPGHAN/ESPGHAN).

ALTERNATIVA C: INCORRETA. A exclusão da proteína do leite de vaca seria o tratamento para a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Embora a constipação possa ser um sintoma de APLV, o caso clínico é típico de constipação funcional desencadeada pela mudança na consistência e composição da dieta (introdução de sólidos), sem outros sinais sugestivos de atopia ou alergia alimentar.

ALTERNATIVA D: CORRETA. A lactulose é um laxante osmótico seguro e amplamente recomendado para lactentes menores de 1 ano. Ela promove a retenção de água na luz intestinal, aumentando o volume e diminuindo a consistência das fezes, o que facilita a evacuação e interrompe o ciclo de dor e retenção fecal. É a terapia medicamentosa de escolha para manutenção nessa faixa etária quando o polietilenoglicol (PEG) não está disponível ou conforme a preferência clínica para lactentes pequenos.

Questão 88

A questão descreve um cenário clássico de reanimação neonatal em um recém-nascido a termo. O ponto fundamental aqui é seguir a sequência lógica do algoritmo de reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR).

O paciente apresenta apneia e bradicardia (frequência cardíaca < 100 bpm). A conduta inicial foi a ventilação por pressão positiva (VPP) com balão e máscara. Como não houve melhora, foram feitos os passos corretivos da ventilação (ajuste de técnica) e o aumento da oferta de oxigênio. Quando a VPP com máscara facial não é efetiva em reverter a bradicardia ou a apneia, o próximo passo essencial é garantir uma via aérea avançada antes de qualquer outra intervenção invasiva.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Correta. Este é o próximo passo oficial do protocolo. Se a ventilação com máscara e balão, mesmo após correções de técnica e aumento de oxigênio, não resulta em melhora clínica, deve-se proceder à intubação traqueal. A intubação assegura que a ventilação seja efetiva, eliminando problemas de vedação da máscara ou obstrução de via aérea superior. Somente após 30 segundos de ventilação efetiva pela cânula traqueal (com oxigênio a 100%) é que se avalia a necessidade de massagem cardíaca.

Alternativa b) Incorreta. A massagem cardíaca não deve ser iniciada enquanto a via aérea não estiver garantida e a ventilação não tiver sido considerada efetiva. Além disso, manter a ventilação por máscara facial, quando ela já se mostrou ineficaz, retarda o tratamento adequado. A massagem só é indicada se a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 bpm após ventilação adequada.

Alternativa c) Incorreta. O uso de adrenalina (seja por via intravenosa ou intraóssea) é uma medida de última instância na reanimação neonatal. Ela só é considerada se, após intubação, ventilação com oxigênio a 100% e massagem cardíaca coordenada, a frequência cardíaca ainda permanecer abaixo de 60 bpm.

Alternativa d) Incorreta. Embora a intubação esteja correta, a massagem cardíaca é precoce neste momento. O protocolo exige que o médico primeiro intube e ventile o paciente por 30 segundos para observar a resposta da frequência cardíaca. A grande maioria dos neonatos recupera a frequência cardíaca apenas com a ventilação adequada, sem necessidade de compressões torácicas. Iniciar a massagem simultaneamente à intubação, sem testar a eficácia da ventilação, vai contra a fisiologia da transição neonatal, que é centrada na expansão pulmonar.

Questão 89

O conceito fundamental desta questão envolve o manejo adequado de um resultado alterado na triagem neonatal (teste do pezinho) para a deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase). A deficiência de G6PD é uma condição genética ligada ao cromossomo X que torna as hemácias suscetíveis ao estresse oxidativo, podendo levar à hemólise aguda.

Alternativa (a) - Correta: Todo exame de triagem neonatal que apresenta alteração necessita de uma coleta de confirmação (contraprova), pois o teste inicial é sensível, mas pode apresentar falsos-positivos. No caso específico da G6PD, o risco de uma crise hemolítica grave existe desde o nascimento. Portanto, enquanto se aguarda a confirmação diagnóstica pela nova coleta (geralmente por métodos quantitativos), é fundamental orientar a família sobre a prevenção, afastando a criança de substâncias oxidantes que desencadeiam crises, como naftalina, fava e determinados medicamentos (como alguns antitérmicos e antibióticos).

Alternativa (b) - Incorreta: A análise molecular não é o primeiro passo após uma triagem positiva. O diagnóstico confirmatório padrão-ouro é realizado por meio da dosagem quantitativa da atividade enzimática da G6PD. Além disso, o hemograma, em um paciente assintomático e sem crise hemolítica no momento, não auxilia no diagnóstico da deficiência enzimática propriamente dita.

Alternativa (c) - Incorreta: Os testes de triagem neonatal são ferramentas de rastreio populacional e não devem ser considerados diagnósticos definitivos. Existem variáveis técnicas e biológicas que podem interferir no resultado inicial. É obrigatório realizar o teste confirmatório antes de selar o diagnóstico, embora as medidas preventivas devam ser iniciadas imediatamente por cautela.

Alternativa (d) - Incorreta: Jamais se deve considerar um resultado de triagem alterado como falso-positivo sem a devida investigação e repetição do exame. A deficiência de G6PD é a enzimopatia mais comum do mundo e a omissão na investigação pode expor o recém-nascido a riscos de anemia hemolítica grave e icterícia neonatal acentuada.

Questão 90

O hipotireoidismo congênito é uma das causas mais comuns de retardo mental evitável. O objetivo principal do tratamento é manter os níveis de hormônios tireoidianos normais durante o período crítico de desenvolvimento do sistema nervoso central.

Alternativa A: Incorreta. A cintilografia é o padrão-ouro para o diagnóstico etiológico

(identificar se há ectopia, agenesia ou glândula tópica). No entanto, para ser realizada, o paciente precisaria estar com o TSH elevado (acima de 30-50 mUI/L), o que exigiria a suspensão da levotiroxina. Como a criança tem apenas 1 ano de idade, suspender a medicação para realizar esse exame agora colocaria em risco o desenvolvimento cerebral.

Alternativa B: Incorreta. A suspensão da reposição hormonal aos 12 meses é contraindicada. A mielinização do sistema nervoso central e a formação de sinapses dependem diretamente dos hormônios tireoidianos de forma intensa até, pelo menos, os 2 a 3 anos de idade. Suspender o tratamento precocemente sem saber se o hipotireoidismo é permanente pode causar sequelas cognitivas irreversíveis.

Alternativa C: Incorreta. Não existe recomendação para redução parcial da dose em 50% com o objetivo de repetir exames de imagem em curto prazo (30 dias). Se a glândula já foi identificada como tópica e de dimensões normais pelo ultrassom, a morfologia não mudará em 30 dias. A investigação de uma possível disormonogênese ou hipotireoidismo transitório deve ser feita apenas após o período crítico de maturação neurológica.

Alternativa D: Correta. Conforme o Manual Técnico da Triage Neonatal Biológica do Ministério da Saúde, em casos de dúvida diagnóstica ou quando a glândula é tópica (está no lugar correto), o tratamento deve ser mantido obrigatoriamente até que a fase de maior vulnerabilidade neurológica seja superada. Embora diretrizes mais recentes e o próprio manual citem frequentemente a idade de 3 anos para a reavaliação (teste terapêutico de suspensão), a alternativa D é a única que preconiza a manutenção do tratamento, que é a conduta clínica correta para proteger o desenvolvimento neuropsicomotor da criança frente à possibilidade de um hipotireoidismo permanente por disormonogênese. Somente após esse período de segurança é que se recomenda suspender a medicação por 30 dias para avaliar se o TSH subirá (confirmando doença permanente) ou se permanecerá normal (confirmando quadro transitório).

Questão 91

O quadro clínico descrito é clássico de Febre Reumática (FR). A paciente de 7 anos apresenta uma poliartrite migratória de grandes articulações (joelho, tornozelo e cotovelo), com caráter autolimitado em cada articulação, o que representa um dos critérios maiores de Jones para o diagnóstico da doença.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Incorreta. A endocardite bacteriana costuma cursar com febre prolongada, novos

sopros cardíacos ou fenômenos embólicos. Embora a endocardite possa causar manifestações articulares, o padrão de artrite migratória em uma criança de idade escolar é muito mais sugestivo de Febre Reumática.

b) Incorreta. O aneurisma de artéria coronária é a complicação cardiovascular característica da Doença de Kawasaki. A Doença de Kawasaki manifesta-se com febre alta por 5 dias ou mais, associada a alterações na cavidade oral, conjuntivite não purulenta, exantema e linfadenopatia cervical, o que não corresponde ao caso relatado.

c) Incorreta. A hipertensão pulmonar não é um achado agudo utilizado para o diagnóstico de Febre Reumática. Ela pode surgir tardiamente como consequência de sequelas valvulares crônicas (como estenose mitral grave), mas não é o objetivo da investigação inicial de uma artrite aguda.

d) Correta. De acordo com a revisão dos Critérios de Jones em 2015, o ecocardiograma com Doppler é obrigatório em todos os casos de suspeita de Febre Reumática. Isso ocorre porque o exame pode detectar a cardite subclínica, ou seja, uma inflamação valvar (valvulite) visível no exame de imagem, mas que ainda não produz sopro audível no exame físico. A identificação da cardite subclínica é considerada um critério maior para o diagnóstico, permitindo o tratamento precoce e a definição adequada do tempo de profilaxia secundária com penicilina benzatina. No caso em questão, mesmo com a ausculta torácica normal, o eco é necessário para descartar esse envolvimento cardíaco oculto.

Questão 92

O quadro clínico e radiológico apresentado é clássico da Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), também conhecida como Doença da Membrana Hialina. Os principais fatores de risco presentes são a prematuridade extrema (28 semanas) e o muito baixo peso ao nascer (1000 g). O infiltrado reticulogranular difuso no raio X de tórax, com aspecto de vidro fosco, é o achado radiológico típico desta patologia, decorrente da deficiência de surfactante e do colapso alveolar.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Atualmente, a tendência da neonatologia moderna é evitar a ventilação mecânica invasiva sempre que possível. A intubação imediata aumenta o risco de lesão pulmonar induzida pelo ventilador e de displasia broncopulmonar. Ela deve ser reservada para casos de falha do suporte não invasivo ou instabilidade grave.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a pneumonia neonatal seja um diagnóstico diferencial e possa apresentar imagem radiológica semelhante, a história de prematuridade e o início muito precoce dos sintomas (3 minutos de vida) apontam fortemente para a SDR. O foco inicial do tratamento deve ser o suporte ventilatório e a estabilização pulmonar, e não a antibioticoterapia isolada.

Alternativa (c) Correta: O suporte ventilatório com CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas) nasal é a conduta inicial de escolha para prematuros com SDR que apresentam esforço respiratório espontâneo, mesmo que em vigência de desconforto. O CPAP recruta alvéolos colapsados, aumenta a capacidade residual funcional e melhora a oxigenação, reduzindo significativamente a necessidade de intubação e ventilação mecânica.

Alternativa (d) Incorreta: O surfactante exógeno é um tratamento fundamental para a SDR, mas a afirmação de que ele deve ser administrado "apenas se o RN for intubado" está desatualizada. Atualmente, existem técnicas de administração minimamente invasiva de surfactante (LISA ou MIST), nas quais o medicamento é infundido através de um cateter fino enquanto o recém-nascido permanece em CPAP nasal, sem a necessidade de ventilação mecânica invasiva. Além disso, o suporte com CPAP precede a decisão de usar surfactante, que será indicado se houver necessidade de concentrações elevadas de oxigênio (FiO₂) no CPAP.

Questão 93

A questão aborda o manejo da icterícia neonatal em um recém-nascido pré-termo tardio (36 semanas de idade gestacional). O ponto fundamental para a resolução é entender que a avaliação visual da icterícia é subjetiva e insuficiente para definir condutas terapêuticas em pacientes com fatores de risco.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não se deve iniciar fototerapia baseando-se apenas na avaliação visual (Zonas de Kramer), exceto em situações de extrema escassez de recursos ou icterícia nitidamente grave (Zona V) enquanto se aguarda o exame. A fototerapia possui indicações precisas baseadas em curvas de níveis de bilirrubina para a idade cronológica e a idade gestacional. Iniciar o tratamento sem a dosagem prévia levaria a tratamentos desnecessários e ao prolongamento da internação.

Alternativa b) Incorreta. Embora a reavaliação clínica seja necessária para todo recém-nascido, dar alta a um prematuro tardio (36 semanas) com icterícia visível às 48 horas de vida sem uma dosagem objetiva de bilirrubinas é arriscado. Recém-nascidos entre 35 e 37 semanas têm maior risco de desenvolver

hiperbilirrubinemia grave e neurotoxicidade do que os bebês a termo, exigindo uma avaliação mais rigorosa antes da alta.

Alternativa c) Incorreta. Todo recém-nascido que recebe alta antes de 72 horas de vida deve ser reavaliado em até 48 horas. No caso de um prematuro tardio com icterícia presente, a alta sem reavaliação precoce contraria todas as diretrizes de segurança neonatal, aumentando o risco de complicações como o kernicterus (encefalopatia bilirrubínica).

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta padrão. Segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria, todo recém-nascido com icterícia visível nas primeiras 24-48 horas ou que pertença a grupos de risco (como os prematuros tardios) deve ter a bilirrubina total dosada (seja por coleta sanguínea ou por bilirrubinometria transcutânea). O valor obtido deve ser plotado em gráficos específicos (nomograma de Bhutani ou curvas de indicação de fototerapia) que levam em conta a idade em horas e os fatores de risco do paciente para determinar se ele precisa de tratamento ou se pode ser acompanhado ambulatorialmente.

Em resumo, a icterícia no prematuro tardio exige objetividade. A Zona II de Kramer às 48 horas pode representar níveis de bilirrubina que já atingiram o limiar para fototerapia nesse grupo de idade gestacional, tornando a dosagem laboratorial obrigatória antes de qualquer decisão de alta ou tratamento.

Questão 94

O Protocolo SPIKES é uma técnica estruturada em seis etapas para a comunicação de más notícias, amplamente utilizada na prática médica para garantir empatia e clareza. A questão pede as atitudes sequenciais após a preparação do ambiente (primeiro passo).

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa descreve com precisão as etapas subsequentes do protocolo:

1. P (Perception/Percepção): Investigar o conhecimento e as angústias dos pais sobre a situação atual da criança.
2. I (Invitation/Convite): Identificar o quanto os pais desejam saber sobre detalhes do diagnóstico.
3. K (Knowledge/Conhecimento): Compartilhar as informações de forma técnica, mas compreensível, sem jargões, respeitando o tempo da família.
4. E (Emotions/Empatia): Identificar e acolher as reações emocionais, demonstrando empatia.
5. S (Strategy and Summary/Estratégia e Resumo): Resumir os pontos discutidos e

estabelecer um plano terapêutico conjunto.

Alternativa (b): INCORRETA. Perguntar sobre a história clínica da criança é uma etapa da anamnese e do raciocínio diagnóstico, e não faz parte do protocolo de comunicação de más notícias em si. Além disso, o protocolo orienta a "acolher" ou "responder" às emoções, e não a "conter" as emoções, o que poderia soar como repressão ao sofrimento da família.

Alternativa (c): INCORRETA. Esta alternativa pula a etapa de "Percepção" (investigar o que os pais já sabem) e utiliza o termo "conter as emoções", que é tecnicamente inadequado para uma abordagem empática no contexto do SPIKES. O objetivo é validar o sentimento, não interrompê-lo ou limitá-lo.

Alternativa (d): INCORRETA. Assim como a alternativa (b), foca em "história clínica", que é prévia ao diagnóstico de LMA já estabelecido na questão. Também falha ao usar o termo "conter as emoções", negligenciando o componente de acolhimento e validação emocional exigido na etapa E (Empathy) do protocolo.

Em resumo, a alternativa (a) é a única que segue fielmente a tradução das etapas Perception, Invitation, Knowledge, Emotions e Strategy/Summary.

Questão 95

Esta questão aborda a investigação inicial de uma criança com déficit de crescimento global. O paciente de 15 meses apresenta peso, estatura e IMC abaixo de -2 desvios-padrão (DP), o que caracteriza não apenas baixa estatura, mas um quadro de déficit pômbero-estatural (*failure to thrive*).

A chave para a questão é observar que o IMC está baixo. Quando tanto o peso quanto a altura são afetados e o IMC é baixo, a causa costuma ser nutricional ou decorrente de doenças sistêmicas (causas orgânicas), e não necessariamente uma deficiência hormonal isolada. Além disso, a queixa de baixa aceitação alimentar reforça a hipótese de uma causa não endócrina inicial.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A dosagem do hormônio do crescimento (GH) e de seus fatores (IGF-1 e IGFBP-3) é indicada na suspeita de deficiência de GH. Nesses casos, geralmente a criança apresenta baixa estatura, mas o peso e o IMC costumam estar preservados ou até elevados (criança com aspecto "rechonchudo" e velocidade de crescimento baixa). Não é o primeiro passo para uma criança com baixo IMC e déficit global.

Alternativa (b) Incorreta: O RX de mãos e punhos para avaliar a idade óssea é uma ferramenta importante na avaliação da baixa estatura para entender o potencial de crescimento, mas ele não fornece o diagnóstico etiológico (a causa da doença). Em uma criança de 15 meses com baixo peso e baixa estatura, a prioridade é afastar doenças sistêmicas.

Alternativa (c) Incorreta: O hipotireoidismo é uma causa importante de baixa estatura (com atraso da idade óssea), mas, assim como na deficiência de GH, o IMC costuma estar normal ou aumentado (tendência ao sobrepeso). Embora o histórico materno seja citado, o quadro clínico de baixo IMC direciona a investigação para outras causas antes da tireoide.

Alternativa (d) Correta: Diante de um lactente com déficit pômbero-estatural (baixo peso, baixa estatura e baixo IMC), a conduta inicial deve focar na triagem de doenças sistêmicas "silenciosas". O exame de urina e a avaliação da função renal e de eletrólitos são fundamentais para descartar, por exemplo, a acidose tubular renal (ATR) e a doença renal crônica, que são causas comuns de interrupção do ganho de peso e crescimento em crianças pequenas sem outros achados óbvios no exame físico. Esta investigação faz parte do "screening" básico para causas orgânicas de déficit de crescimento.

Questão 96

A questão aborda o manejo de casos de suspeita ou confirmação de violência contra a criança e o adolescente, um tema recorrente em provas de residência e de extrema importância na prática da Atenção Primária à Saúde. O cenário descreve uma criança com sinais físicos de agressão (equimoses) e relato direto de violência física punitiva por parte do pai.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e as diretrizes do Ministério da Saúde, a gravidade das lesões físicas não é o critério para a notificação. Havendo suspeita ou confirmação de maus-tratos, a comunicação aos órgãos competentes é obrigatória. Além disso, a violência doméstica gera impactos psicológicos e no desenvolvimento que exigem acompanhamento, independentemente de as marcas físicas serem leves.

Alternativa b: Incorreta. Embora casos graves de violência possam chegar à esfera policial e judicial, a primeira instância de proteção e a medida administrativa prioritária no Brasil é a comunicação ao Conselho Tutelar. A destituição do poder

familiar é uma medida extrema e excepcional, decidida apenas pelo Poder Judiciário após esgotadas outras possibilidades de intervenção e proteção à criança.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve a conduta padrão recomendada. Diante de um caso de violência, o médico deve: 1) Aprofundar a anamnese para entender o contexto familiar; 2) Realizar a notificação obrigatória ao Conselho Tutelar da localidade (conforme o artigo 13 do ECA); 3) Articular uma rede de apoio que inclua assistentes sociais e psicólogos para avaliar a vulnerabilidade da criança e a dinâmica da família. O objetivo não é apenas punir, mas proteger a criança e oferecer suporte para interromper o ciclo de violência.

Alternativa d: Incorreta. O sigilo médico não é absoluto e deve ser quebrado em situações de suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes, conforme previsto no Código de Ética Médica e no ECA. Orientar apenas a criança sobre seu comportamento agressivo é uma conduta inadequada, pois transfere a culpa da violência para a vítima e ignora a responsabilidade do agressor e o dever de proteção do Estado e dos profissionais de saúde.

Resumo: Em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos infantis, a conduta médica envolve a notificação compulsória (notificação epidemiológica e comunicação ao Conselho Tutelar) e a abordagem multiprofissional para garantir a segurança e o suporte biopsicossocial do menor.

Questão 97

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma criança com sinais clássicos da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), que faz parte do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF). Os achados incluem:

1. Dismorfia facial: fendas palpebrais curtas, filtro nasolabial apagado (liso) e lábio superior fino.
2. Deficiência de crescimento: baixa estatura.
3. Disfunção do Sistema Nervoso Central: dificuldade de aprendizagem e hiperatividade.
4. História de exposição pré-natal ao álcool.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: INCORRETA. Não existe período seguro para o consumo de álcool. Embora o primeiro trimestre seja crítico para a organogênese e definição dos traços faciais, o álcool exerce efeitos neurotóxicos e prejudica o crescimento fetal durante

todo o segundo e o terceiro trimestres. No final da gestação, o cérebro continua em intenso desenvolvimento e o consumo de álcool pode causar danos funcionais graves.

Alternativa b: INCORRETA. O etanol é uma substância de baixo peso molecular e altamente lipossolúvel, o que permite que ele atravesse com extrema facilidade tanto a barreira placentária quanto a barreira hematoencefálica do feto. Uma vez na circulação fetal, o álcool atinge concentrações semelhantes às do sangue materno, mas o feto tem menor capacidade de metabolização, prolongando a exposição. Não há dose segura (como os 10 gramas sugeridos).

Alternativa c: CORRETA. Esta é a recomendação oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Febrasgo e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Como a sensibilidade fetal ao álcool varia de acordo com a genética materna e fetal, estado nutricional e padrão de consumo, é impossível estabelecer um limite mínimo de segurança. Portanto, a orientação deve ser de abstinência absoluta desde o planejamento da gravidez até o final da gestação.

Alternativa d: INCORRETA. O TEAF é causado pela exposição direta do feto ao álcool durante a gestação. Se uma mulher com histórico de etilismo interrompe completamente o uso antes de engravidar e mantém a abstinência durante toda a gravidez, o feto não estará em risco para este transtorno específico, pois não haverá etanol circulante para exercer efeito teratogênico no desenvolvimento embrionário ou fetal.

GABARITO: Alternativa (c).

Questão 98

Texto Original:

A questão descreve um caso de toxoplasmose congênita confirmada por achados de imagem. O fato de a paciente apresentar calcificações intracranianas no ultrassom fetal e neonatal, somado à história de infecção aguda materna no terceiro trimestre, estabelece o diagnóstico de infecção congênita, independentemente de o resultado da sorologia IgM do recém-nascido ser negativo. É comum que recém-nascidos infectados no final da gestação ou cujas mães receberam tratamento não apresentem IgM ou IgA reagentes ao nascimento.

Alternativa a: Incorreta. A espiramicina é uma medicação que não atravessa a barreira placentária de forma eficiente e não alcança o sistema nervoso central em níveis terapêuticos. Ela é usada na gestante para reduzir o risco de transmissão vertical quando o feto ainda não foi infectado. Para o recém-nascido com infecção

confirmada, ela não possui eficácia. Além disso, não se deve aguardar a positivação da IgM para tratar.

Alternativa b: Incorreta. O acompanhamento sem tratamento é contraindicado. A toxoplasmose congênita é uma doença de caráter progressivo. Mesmo que o exame físico inicial seja normal, a presença de calcificações indica que o parasita atingiu o sistema nervoso central. A falta de tratamento adequado resultaria em maior risco de lesões oculares (coriorretinite) e sequelas neurológicas futuras.

Alternativa c: Correta. O tratamento de escolha para a toxoplasmose congênita, conforme o protocolo do Ministério da Saúde, consiste na associação de sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico (esquema tríplice). Esse tratamento deve ser mantido por 12 meses para garantir a erradicação das formas replicativas do parasita e minimizar danos. No caso apresentado, a evidência de lesão em órgão-alvo (calcificações cerebrais) torna o início da terapia obrigatório, mesmo com IgM negativo.

Alternativa d: Incorreta. Não há justificativa para o adiamento do tratamento. A repetição de exames em 15 dias apenas retardaria a intervenção terapêutica em um paciente que já possui diagnóstico firmado por meio de exames de imagem associados à epidemiologia materna. O tempo é um fator crucial para prevenir a progressão das lesões.

Questão 99

Diagnóstico e Análise da Questão:

O quadro clínico descreve um recém-nascido com a tríade clássica do citomegalovírus (CMV) congênito: icterícia colestática com hepatoesplenomegalia (sinais de acometimento sistêmico), deficiência auditiva (identificada pela ausência de resposta na emissão otoacústica) e achados radiológicos específicos (calcificações periventriculares, atrofia cortical e ventriculomegalia). As calcificações periventriculares são o sinal radiológico mais característico para diferenciar o CMV de outras infecções congênitas, como a toxoplasmose, que geralmente apresenta calcificações difusas pelo parênquima.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A cultura do líquido cefalorraquidiano (LCR) é utilizada principalmente para o diagnóstico de meningites bacterianas ou fúngicas. Embora o CMV possa ser detectado no LCR por PCR em casos de acometimento do sistema nervoso central, a urina é um sítio de coleta muito mais sensível, menos invasivo e com maior carga

viral.

b) Incorreta. Hemoculturas são o padrão-ouro para o diagnóstico de sepse bacteriana neonatal. O CMV é um vírus e não cresce em meios de cultura de rotina para bactérias e fungos.

c) Incorreta. A dosagem de IgM específica para CMV no recém-nascido apresenta baixa sensibilidade (cerca de 70%). Além disso, resultados falsos-positivos podem ocorrer. O diagnóstico de infecção congênita por CMV deve ser feito preferencialmente pela detecção direta do vírus (DNA viral).

d) Correta. O PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) na urina ou na saliva é o método de escolha para o diagnóstico de CMV congênito. O vírus é excretado em grandes quantidades na urina dos recém-nascidos infectados. Para confirmar que a infecção é congênita (e não adquirida durante ou após o parto), a coleta deve ser realizada obrigatoriamente nas primeiras 3 semanas de vida. O PCR substituiu a cultura viral (método shell-vial) devido à sua alta sensibilidade, especificidade e rapidez.

Gabarito: Letra (d).
