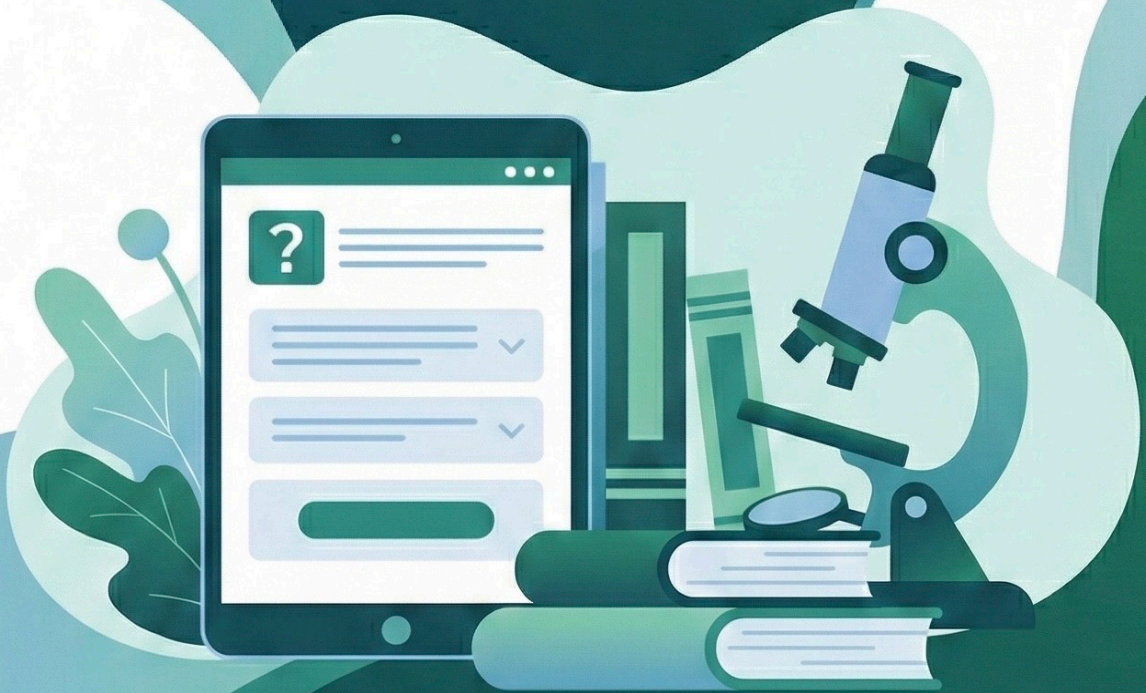




Dante

GABARITO | 2026 | SP | 80 Questões



Gabarito: Dante

2026 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma paciente de 41 anos com dor crônica no joelho (1 ano), de caráter mecânico (piora com esforço, melhora com repouso) e rigidez matinal de curta duração (20 minutos). A ausência de sinais inflamatórios exuberantes (calor, rubor e edema) no exame físico, associada aos achados radiográficos de redução do espaço articular e esclerose subcondral, confirma o diagnóstico de Osteoartrite (ou Osteoartrose) de joelho.

Os exames laboratoriais trazem "distratores": o Fator Antinuclear (FAN) de 1:80 com padrão pontilhado fino denso é comum em pessoas híidas e não indica doença autoimune sem clínica compatível. O ácido úrico levemente aumentado (7,1 mg/dL) caracteriza uma hiperuricemia assintomática, não preenchendo critérios para Gota, já que a dor é mecânica e crônica, e não em crises inflamatórias agudas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A prednisona é um corticoide sistêmico indicado para doenças inflamatórias sistêmicas (como Lúpus ou Artrite Reumatoide). Na osteoartrite, o uso de corticoides orais não é recomendado devido aos efeitos colaterais e à natureza mecânica da doença.

Alternativa b) Correta. Segundo as diretrizes atuais (como as do American College of Rheumatology - ACR), os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) tópicos, como o cetoprofeno, são recomendados como terapia farmacológica de primeira linha para a osteoartrite de joelho. Eles apresentam eficácia similar aos AINEs orais para essa articulação, porém com risco muito menor de efeitos adversos gastrointestinais e renais.

Alternativa c) Incorreta. O metotrexato é uma droga modificadora do curso da doença (DMARD) utilizada no tratamento de artrites autoimunes, como a artrite reumatoide e a artrite psoriásica. Não há indicação para seu uso na osteoartrite convencional.

Alternativa d) Incorreta. A colchicina é utilizada para o tratamento e profilaxia de crises de Gota ou na Artrite por Pirofosfato de Cálcio (Pseudogota). Embora a paciente tenha ácido úrico discretamente elevado, a história clínica e os achados radiográficos são soberanos para o diagnóstico de osteoartrite, e não de gota.

Questão 2

A conduta diante de um achado incidental de nódulo pulmonar solitário (NPS) é pautada pelo risco de malignidade do paciente e pelas características do nódulo (tamanho, densidade e morfologia). Para a análise deste caso, utilizamos as diretrizes da Fleischner Society (2017), amplamente adotadas em concursos médicos.

O paciente em questão apresenta alto risco para câncer de pulmão devido à idade (65 anos) e à carga tabágica significativa (40 maços-ano). O nódulo é sólido, pequeno (7 mm) e possui margens regulares.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Correta. De acordo com os critérios da Fleischner Society para nódulos sólidos em pacientes de alto risco, nódulos solitários com tamanho entre 6 e 8 mm devem ser acompanhados com uma nova tomografia computadorizada de tórax em 6 a 12 meses. Caso o nódulo permaneça estável, uma segunda reavaliação entre 18 e 24 meses pode ser indicada.

Alternativa (b): Incorreta. O PET-CT é uma ferramenta útil para avaliar a atividade metabólica de nódulos, mas sua acurácia é limitada em lesões menores que 8 a 10 mm. Por isso, as diretrizes sugerem o uso do PET-CT ou acompanhamento mais curto apenas para nódulos sólidos maiores que 8 mm.

Alternativa (c): Incorreta. A biópsia transtorácica é um procedimento invasivo indicado para lesões com alta suspeição de malignidade ou quando é necessário diagnóstico histológico para planejamento terapêutico. Para um nódulo de 7 mm, o risco de complicações (como pneumotórax) e a chance de um resultado falso-negativo por erro de amostragem são altos, tornando o seguimento radiológico a opção preferencial.

Alternativa (d): Incorreta. A ressecção cirúrgica, geralmente por videotoracoscopia, é reservada para casos em que a probabilidade de malignidade é muito alta ou quando há crescimento documentado durante o acompanhamento radiológico. Indicar cirurgia imediata para um nódulo de 7 mm com margens regulares seria uma conduta excessivamente agressiva e fora dos protocolos atuais.

Questão 3

Para resolver essa questão, precisamos de dois passos fundamentais: classificar a Lesão Renal Aguda (LRA) pelos critérios do KDIGO e identificar a causa mais provável diante do quadro clínico.

1. Classificação KDIGO (Critério de Creatinina):

O estágio da LRA é definido pelo aumento da creatinina sérica em relação ao valor basal (inicial):

- Estágio 1: Aumento de 1,5 a 1,9 vez o valor basal OU aumento absoluto de 0,3 mg/dL em 48 horas.
- Estágio 2: Aumento de 2,0 a 2,9 vezes o valor basal.
- Estágio 3: Aumento de 3,0 vezes ou mais o valor basal OU creatinina maior ou igual a 4,0 mg/dL OU início de terapia renal substitutiva (diálise).

No caso da paciente:

A creatinina basal era de 0,7 mg/dL. O valor no segundo dia é de 2,0 mg/dL.

Cálculo: $2,0 \text{ dividido por } 0,7 = 2,85$.

Como o aumento foi de 2,85 vezes o valor inicial, a paciente se enquadra no Estágio 2 do KDIGO.

2. Etiologia:

A paciente foi admitida em choque séptico grave, necessitando de dois vasopressores (noradrenalina e vasopressina), o que indica um estado de hipoperfusão tecidual crítica e resposta inflamatória sistêmica intensa. A sepse é a causa mais comum de lesão renal aguda em pacientes graves na UTI. Embora a vancomicina seja uma droga nefrotóxica, a lesão renal por antibióticos geralmente leva mais tempo para se manifestar (em média de 3 a 5 dias de uso) e, no contexto de um choque séptico evidente, a causa hemodinâmica e inflamatória da própria sepse é a etiologia primária e mais provável.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Como o aumento da creatinina foi de 2,85 vezes o valor basal (e não 3,0 vezes ou mais), a classificação é o estágio 2, não o estágio 3. Além disso, a sepse é uma causa muito mais provável do que a vancomicina no segundo dia de internação após choque grave.

Alternativa b) Correta. A paciente apresenta LRA KDIGO estágio 2 (creatinina entre 2,0 e 2,9 vezes o valor basal) e a etiologia mais provável é o choque séptico, devido à hipoperfusão renal e agressão inflamatória.

Alternativa c) Incorreta. O cálculo do aumento da creatinina (2,85 vezes) não atinge o

critério para o estágio 3 (que exige aumento de 3,0 vezes o valor basal ou valor absoluto maior ou igual a 4,0 mg/dL).

Alternativa d) Incorreta. Embora a classificação do estágio 2 esteja correta nesta alternativa, a atribuição da causa à vancomicina é menos provável do que ao choque séptico, especialmente considerando a gravidade do quadro hemodinâmico inicial e o curto intervalo de tempo.

Questão 4

O caso clínico descreve uma paciente jovem que apresenta uma nova crise convulsiva tônico-clônica generalizada dentro da unidade de emergência. Diante de uma crise convulsiva em atividade, o protocolo de atendimento prioriza a estabilização da paciente e a interrupção imediata da atividade epiléptica para evitar o dano neuronal e complicações sistêmicas.

De acordo com as diretrizes nacionais e internacionais para o manejo de crises agudas e do estado de mal epiléptico, a primeira linha de tratamento consiste na administração de benzodiazepínicos por via intravenosa. Essas medicações possuem início de ação rápido e alta eficácia na cessação da crise.

Alternativa a: Incorreta. O fenobarbital é um barbitúrico que atua como medicação de segunda ou terceira linha. Ele é reservado para casos de estado de mal epiléptico refratário, quando as medicações iniciais falharam. Seu uso inicial é evitado devido ao risco importante de depressão respiratória, hipotensão e sedação prolongada.

Alternativa b: Incorreta. A fenitoína é uma medicação de segunda linha. Ela é indicada para a fase de controle, ou seja, para evitar que novas crises ocorram após a administração da primeira droga, ou se a crise não cessar com o benzodiazepínico. A fenitoína exige uma infusão lenta e possui um tempo de latência maior para atravessar a barreira hematoencefálica em comparação ao diazepam.

Alternativa c: Correta. O diazepam intravenoso é o fármaco de escolha para ser administrado prontamente em uma crise convulsiva em curso. Por ser altamente lipossolúvel, ele atinge o sistema nervoso central rapidamente, agindo nos receptores GABA-A e interrompendo a descarga elétrica anormal de forma quase imediata.

Alternativa d: Incorreta. O valproato de sódio, na sua forma intravenosa, é uma alternativa de segunda linha para o tratamento de crises que persistem após o uso de benzodiazepínicos, ou para a manutenção. Assim como a fenitoína, ele não é a droga de primeira escolha para a interrupção súbita de uma crise ativa na fase inicial

do atendimento.

Questão 5

Análise do caso clínico e do antibiograma:

O paciente apresenta uma infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central por *Escherichia coli*. Ao analisar a imagem do antibiograma, observa-se que a bactéria é resistente (R) a ceftriaxona, ceftazidima, cefuroxima e aztreonam. No entanto, ela permanece sensível (S) ao meropenem e ao ertapenem. Esse padrão de resistência a cefalosporinas de terceira geração e ao aztreonam, mantendo sensibilidade aos carbapenêmicos, define o microrganismo como produtor de ESBL (Beta-lactamase de Espectro Estendido).

Alternativa A - Incorreta. A ceftazidima-avibactam é uma combinação de alto custo e espectro muito ampliado, indicada principalmente para microrganismos produtores de carbapenemases (como a KPC). Como a bactéria em questão é sensível aos carbapenêmicos comuns (meropenem), utilizar esta droga viola o princípio do uso racional de antimicrobianos (stewardship), devendo ser poupada para casos de multirresistência extrema.

Alternativa B - Incorreta. Embora a piperacilina-tazobactam apareça como sensível no antibiograma (CIM menor ou igual a 4), o estudo clínico MERINO demonstrou que o uso dessa droga em bacteremias por germes produtores de ESBL está associado a uma maior mortalidade em 30 dias quando comparado ao uso de carbapenêmicos. Portanto, ela não é a escolha preferencial para o tratamento definitivo de uma bacteremia por ESBL.

Alternativa C - Correta. Os carbapenêmicos, como o meropenem, são o tratamento padrão-ouro para infecções graves (especialmente bacteremias) causadas por enterobactérias produtoras de ESBL. O meropenem apresenta excelente atividade contra esses germes e estabilidade frente à enzima. O tempo de tratamento de 7 dias é considerado adequado para bacteremias por gram-negativos em que o foco infeccioso (neste caso, o cateter venoso) foi removido precocemente.

Alternativa D - Incorreta. O cefepime possui um CIM de 8 microgramas por ml no antibiograma apresentado. Em cepas produtoras de ESBL, o cefepime frequentemente apresenta resultados clínicos desfavoráveis devido ao efeito inóculo (perda de eficácia quando há alta carga bacteriana) e à hidrólise parcial pela enzima, mesmo que o laudo indique sensibilidade laboratorial. Além disso, a duração do tratamento baseada apenas na negativação de hemoculturas não é a prática padrão para essa condição.

Questão 6

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma paciente jovem com sintomas neurológicos (sonolência), gastrointestinais (náuseas) e, crucialmente, alterações visuais (visão turva com pontos luminosos) após a ingestão de bebidas alcoólicas em um contexto de grupo (outros colegas com sintomas semelhantes). Essa apresentação é clássica da intoxicação por metanol, frequentemente encontrado em bebidas alcoólicas adulteradas ou de fabricação clandestina.

O metanol é metabolizado em formaldeído e, posteriormente, em ácido fórmico. O ácido fórmico é o principal responsável pela toxicidade ocular (lesão do nervo óptico e retina) e pela acidose metabólica.

POR QUE A ALTERNATIVA "A" ESTÁ CORRETA?

O metanol, assim como o etilenoglicol, é uma substância de baixo peso molecular que possui atividade osmótica. Quando presente no sangue, ele aumenta a osmolaridade medida pelo laboratório, mas não é contabilizado na fórmula da osmolaridade calculada (que leva em conta apenas sódio, glicose e ureia). A diferença entre a osmolaridade medida e a calculada é chamada de gap osmolar. Um gap osmolar elevado (geralmente > 10 mOsm/L) é um marcador laboratorial precoce e fundamental nas intoxicações por álcoois tóxicos. Além do gap osmolar, espera-se encontrar uma acidose metabólica com ânion gap elevado devido ao acúmulo de ácido fórmico.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

b) Alcalose metabólica: Incorreto. A intoxicação por metanol gera uma acidose metabólica grave com ânion gap elevado, devido ao acúmulo de metabólitos ácidos (ácido fórmico).

c) Hiponatremia: Incorreto. Embora a hiponatremia possa causar sonolência e náuseas, ela não explica as alterações visuais específicas descritas ("pontos luminosos") nem o contexto epidemiológico de ingestão de álcool com múltiplos indivíduos afetados de forma aguda.

d) Hipomagnesemia: Incorreto. O déficit de magnésio é comum em etilistas crônicos por desnutrição e perdas renais, mas não é a alteração esperada ou diagnóstica em um quadro de intoxicação aguda por metanol com sintomas visuais.

Questão 7

Para identificar a causa do choque neste paciente, o dado fundamental é o débito cardíaco estimado de 6 L/min. Um débito cardíaco elevado em um cenário de hipotensão grave (60 x 40 mmHg) é a marca registrada do choque distributivo. Nesse padrão, ocorre uma queda acentuada da resistência vascular sistêmica (vasodilatação periférica), e o coração tenta compensar aumentando o volume de sangue ejetado por minuto (estado hiperdinâmico).

a) Incorreta. O infarto agudo do miocárdio causaria um choque cardiogênico. Nesse caso, o problema seria a falha na bomba cardíaca, o que resultaria obrigatoriamente em um débito cardíaco baixo. A imagem de ultrassonografia à beira do leito (janela apical de 4 câmaras) mostra o ventrículo esquerdo (LV) com contratilidade preservada e dimensões normais, o que afasta essa hipótese.

b) Incorreta. O tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço causa um choque do tipo obstrutivo. Caracteriza-se por um débito cardíaco baixo devido à obstrução ao fluxo sanguíneo pulmonar. Além disso, no TEP grave, o ultrassom costuma mostrar sinais de sobrecarga do ventrículo direito (RV), como a sua dilatação em relação ao ventrículo esquerdo (LV), o que não é visualizado na imagem da questão.

c) Incorreta. No choque hipovolêmico, o coração tem pouco volume para bombear (baixa pré-carga). Consequentemente, o débito cardíaco estaria reduzido e as câmaras cardíacas apareceriam "vazias" ou hiperdinâmicas, porém com pouco volume ao ultrassom (*kissing papillary muscles*). O valor de 6 L/min é incompatível com hipovolemia não corrigida.

d) Correta. A anafilaxia é uma das principais causas de choque distributivo no ambiente cirúrgico e de terapia intensiva. A cefazolina, administrada ao final do procedimento, é um gatilho frequente para reações de hipersensibilidade mediadas por IgE. O quadro clínico de hipotensão súbita e taquicardia com débito cardíaco elevado confirma o padrão distributivo. Embora as "extremidades frias" possam confundir (já que o choque distributivo inicial costuma ser "quente"), em casos de choque profundo com grande perda de volume para o terceiro espaço (*capillary leak*), pode haver vasoconstrição periférica compensatória ou má perfusão tecidual, mas o débito cardíaco elevado é o fator que define a alternativa.

Associação com a imagem: A ultrassonografia mostra uma janela apical de 4 câmaras na qual observamos o átrio direito (RA), ventrículo direito (RV), átrio esquerdo (LA) e ventrículo esquerdo (LV). A imagem demonstra câmaras com dimensões proporcionais e sugere uma função sistólica preservada, o que corrobora a medida de um débito cardíaco elevado e descarta causas cardiogênicas ou obstrutivas evidentes.

Questão 8

Análise do quadro clínico:

O paciente em questão apresenta uma descompensação aguda de insuficiência cardíaca (edema, estertores, congestão) associada a um provável quadro infeccioso respiratório (febre, tosse produtiva). Apesar de estar em acompanhamento paliativo e possuir diretivas antecipadas de vontade que limitam intervenções invasivas (como intubação orotraqueal ou reanimação), o objetivo principal é o controle impecável dos sintomas e a proporcionalidade terapêutica.

Alternativa a) Incorreta. Embora a morfina e a furosemida sejam essenciais para tratar a dispneia e a congestão, a alta hospitalar imediata é inadequada. O paciente apresenta insuficiência respiratória grave (frequência respiratória de 44 irpm e saturação de 85%), necessitando de monitorização e suporte em ambiente hospitalar para garantir que o conforto seja atingido e mantido de forma segura.

Alternativa b) Correta. Esta conduta respeita as diretivas do paciente ao mesmo tempo em que trata as causas reversíveis de sofrimento. A máscara não reinalante visa corrigir a hipoxemia grave. A morfina é o padrão-ouro para o alívio da dispneia em cuidados paliativos. A furosemida trata a sobrecarga volêmica da insuficiência cardíaca. A antibioticoterapia, neste contexto, é considerada uma medida de conforto, pois visa tratar a infecção que está causando febre e agravando o desconforto respiratório.

Alternativa c) Incorreta. O cateter nasal de oxigênio oferece um fluxo baixo, insuficiente para a gravidade da hipoxemia apresentada (85%). Além disso, o midazolam é um benzodiazepínico indicado para sedação ou ansiedade, mas não é a droga de escolha para tratar a dispneia. A morfina é muito mais eficaz para reduzir a sensação de falta de ar sem necessariamente induzir sedação profunda inicial.

Alternativa d) Incorreta. A ventilação não invasiva (VNI) poderia ser discutida como medida de conforto, mas a realização de toracocentese de alívio bilateral é um procedimento invasivo e agressivo para este momento inicial. Antes de procedimentos invasivos, deve-se priorizar o tratamento medicamentoso da congestão e da infecção, que são as causas prováveis dos ruídos abolidos e da piora clínica, conforme o histórico de insuficiência cardíaca avançada e o quadro atual.

Questão 9

Para resolver essa questão, devemos analisar o calendário de vacinação do idoso proposto pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil, cruzando-o com os dados fornecidos pela imagem da carteira de vacinação do paciente em 2025.

Análise das vacinas necessárias:

1. Dupla Bacteriana Adulto (dT): A proteção contra difteria e tétano exige um reforço a cada 10 anos. Conforme a imagem, a última dose do paciente foi em 2012. Como estamos em 2025, já se passaram 13 anos; portanto, o reforço está atrasado e deve ser aplicado.

2. Vacina Pneumocócica 23-valente (VPP23): O PNI indica esta vacina para idosos a partir de 60 anos que vivem em instituições fechadas (como a instituição de longa permanência citada no enunciado). O esquema consiste em uma dose inicial seguida de um único reforço após 5 anos. Como o paciente recebeu a primeira dose em 2018 e já estamos em 2025 (intervalo de 7 anos), ele deve receber a segunda dose agora.

3. Vacina Pneumocócica 13-valente (VPC13): Esta vacina não consta no calendário de rotina do PNI para idosos hígidos. Ela é disponibilizada apenas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) para pacientes com condições clínicas específicas de alto risco (como HIV, transplantados ou asplênicos), o que não é o caso relatado.

4. Hepatite B: A imagem informa que o paciente recebeu 3 doses na infância. Para o PNI, o esquema de 3 doses é considerado completo para a vida toda, não sendo necessários reforços para a população geral.

5. Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola): De acordo com o PNI, essa vacina é administrada apenas em pessoas de até 59 anos de idade. Para indivíduos com mais de 60 anos, ela não é indicada rotineiramente.

6. Varicela: Não faz parte do calendário vacinal do idoso no PNI.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A indicação da VPP23 está correta, porém a tríplice viral não é recomendada para pacientes de 77 anos na rotina do PNI.

Alternativa b: Incorreta. A dT está correta, mas a VPC13 não faz parte da rotina básica do PNI para idosos, e a vacinação contra Hepatite B já foi concluída na infância.

Alternativa c: Incorreta. A Hepatite B já está completa, e as vacinas VPC13 e Varicela não são indicações de rotina para idosos no programa nacional.

Alternativa d: Correta. Esta opção identifica corretamente as duas pendências do paciente baseadas nos intervalos de tempo: o reforço da dT (que deve ser feito a cada 10 anos, e o dele foi há 13 anos) e a segunda dose da VPP23 (indicada para institucionalizados 5 anos após a primeira dose, que ocorreu há 7 anos).

Questão 10

Essa questão aborda o manejo pós-operatório do carcinoma diferenciado de tireoide (CDT), especificamente o alvo terapêutico do TSH em pacientes de alto risco.

A paciente em questão apresenta um carcinoma papilífero classificado como de alto risco devido à invasão extratireoidiana e disseminação linfonodal (pT3bN1aM0). Na avaliação de seis meses após a tireoidectomia total e radioiodoterapia, ela apresenta ausência de doença estrutural e tireoglobulina (Tg) indetectável. No entanto, possui anticorpos antitireoglobulina (TgAb) detectáveis. A presença desses anticorpos impede que a resposta seja classificada como excelente, sendo considerada uma resposta indeterminada, uma vez que o anticorpo pode estar mascarando uma tireoglobulina elevada ou indicando a persistência de tecido tireoidiano (neoplásico ou não).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A manutenção do TSH em níveis fisiológicos (0,5 a 2 mUI/L) é reservada para pacientes de baixo risco que apresentam resposta excelente ao tratamento (Tg indetectável, TgAb negativo e exames de imagem limpos). Para uma paciente de alto risco com anticorpos ainda positivos, essa conduta aumentaria o risco de recidiva.

Alternativa (b) Incorreta. Não há indicação de nova ablação com iodo radioativo neste momento. A radioiodoterapia adicional é indicada quando há evidência de doença persistente, progressão de metástases ou elevação significativa de marcadores tumorais em exames subsequentes. A simples presença de TgAb, seis meses após o tratamento inicial, não justifica nova dose de iodo sem evidência estrutural de doença.

Alternativa (c) Correta. De acordo com os consensos nacionais e internacionais (como o da American Thyroid Association - ATA), pacientes classificados inicialmente como de alto risco devem manter a terapia de supressão de TSH (TSH < 0,1 mUI/L) nos

primeiros anos de seguimento. O objetivo é reduzir o estímulo do TSH sobre possíveis células neoplásicas remanescentes, diminuindo assim a taxa de recorrência. Como a paciente ainda possui anticorpos positivos e teve um estadiamento inicial agressivo, a supressão rigorosa deve ser mantida.

Alternativa (d) Incorreta. O PET/TC com FDG-18 não é um exame de rotina para o rastreio inicial após seis meses. Ele é geralmente indicado em casos de suspeita de recorrência com tireoglobulina elevada (geralmente acima de 10 ng/dL) e pesquisa de corpo inteiro (PCI) negativa, ou em carcinomas de padrão histológico muito agressivo e desdiferenciado. Não há indicação para essa paciente no cenário atual.

Questão 11

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) com péssimo controle metabólico, evidenciado por glicemia de jejum de 314 mg/dL e hemoglobina glicada (HbA1c) de 11,2%. Ele está em programação de cirurgia eletiva (correção de hérnia inguinal). Em situações de cirurgia eletiva, o controle glicêmico pré-operatório é fundamental para reduzir o risco de complicações, como infecções de sítio cirúrgico, atraso na cicatrização e distúrbios hidroeletrólíticos.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes e da American Diabetes Association, o alvo de HbA1c para pacientes que se submeterão a procedimentos cirúrgicos eletivos é geralmente inferior a 8% (ou até < 7% em alguns contextos). Níveis de HbA1c acima de 9% ou glicemia de jejum acima de 200-250 mg/dL são indicativos de necessidade de adiamento do procedimento e intensificação do tratamento.

Análise das alternativas:

a) Correta. O adiamento da cirurgia é necessário porque o risco de complicações perioperatórias é muito alto com uma HbA1c de 11,2%. A introdução de insulina é a conduta de escolha para pacientes com glicemia de jejum > 300 mg/dL ou HbA1c > 10%, pois permite um controle glicêmico mais rápido e eficaz do que a simples associação de outros antidiabéticos orais nesta magnitude de descompensação.

b) Incorreta. Manter a conduta atual e prosseguir com a cirurgia expõe o paciente a riscos graves, como cetoacidose diabética no pós-operatório, além de alta taxa de infecção e falha na cicatrização da ferida operatória. A metformina isolada já se mostrou insuficiente para o controle do paciente.

c) Incorreta. Não se deve manter a data da cirurgia eletiva com o paciente

descompensado. Além disso, embora os análogos de GLP-1 sejam excelentes medicamentos, a insulina é mais indicada para a compensação rápida de quadros de glicotoxicidade severa (glicemia > 300 mg/dL). A glibenclamida (sulfonilureia) também apresenta maior risco de hipoglicemia no perioperatório.

d) Incorreta. Embora sugira o adiamento, a escolha medicamentosa é inadequada para o momento pré-operatório. Os inibidores da SGLT2, como a dapagliflozina, estão associados a um risco aumentado de cetoacidose diabética euglicêmica em períodos de estresse cirúrgico e jejum, devendo ser suspensos dias antes de qualquer procedimento. Novamente, a insulina é a terapia superior para níveis tão elevados de HbA1c.

Questão 12

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta cirrose hepática compensada (estádio de doença hepática crônica avançada compensada - cACLD). O ponto central da questão é identificar a presença de Hipertensão Portal Clinicamente Significativa (HPCS) através de métodos não invasivos e definir a conduta baseada nas recomendações mais recentes, especificamente o Consenso de Baveno VII.

O paciente possui rigidez hepática (elastografia) de 21 kPa e plaquetopenia (90.000/mm³). De acordo com os critérios de Baveno VII, a presença de rigidez hepática entre 20 e 25 kPa associada a plaquetas abaixo de 150.000/mm³, ou simplesmente uma rigidez hepática maior que 25 kPa, é altamente sugestiva de HPCS.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. A elastografia de 21 kPa já é suficiente, no contexto clínico de cirrose e plaquetopenia, para diagnosticar a hipertensão portal e indicar tratamento. Não há necessidade de repetição em curto prazo para confirmação antes de tomar uma conduta terapêutica.

Alternativa B: INCORRETA. Historicamente, a endoscopia digestiva alta (EDA) era o próximo passo obrigatório para rastrear varizes de esôfago. No entanto, o Consenso de Baveno VII mudou esse paradigma. Atualmente, em pacientes com sinais de HPCS identificados por métodos não invasivos (como neste caso), a introdução de betabloqueadores não seletivos (BBNS) pode ser feita independentemente da realização de EDA, visando prevenir não apenas o sangramento, mas a descompensação da cirrose como um todo (especialmente a ascite).

Alternativa C: INCORRETA. A trombocitopenia e a esplenomegalia em um paciente com cirrose confirmada e rigidez hepática elevada são explicadas pela hipertensão portal e pelo hiperesplenismo secundário. Não há justificativa clínica para buscar causas hematológicas primárias antes de considerar a hipertensão portal como a causa evidente.

Alternativa D: CORRETA. Esta alternativa reflete a conduta preconizada pelo Consenso de Baveno VII. Pacientes com cirrose compensada e HPCS definida por critérios não invasivos (Rigidez hepática > 20-25 kPa e plaquetas < 150.000) devem iniciar o uso de betabloqueadores não seletivos para reduzir o risco de descompensação clínica (ascite, hemorragia varicosa e encefalopatia). O carvedilol é o BBNS preferencial por ser mais eficaz na redução do gradiente de pressão venosa hepática e ser melhor tolerado que o propranolol.

CONCLUSÃO

A questão avalia o conhecimento sobre a mudança de conduta na hipertensão portal. A identificação de HPCS por elastografia e plaquetopenia autoriza e indica o início de carvedilol para prevenção de descompensação, tornando a alternativa D a correta.

Questão 13

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta Hipertensão Arterial Estágio 2, definida por níveis de pressão arterial sistólica maiores ou iguais a 160 mmHg ou diastólica maiores ou iguais a 100 mmHg no consultório. No caso, as médias foram de 162 x 98 mmHg, confirmadas pela MRPA (158 x 96 mmHg). Além disso, a paciente possui Diabetes Mellitus tipo 2 e Doença Renal Crônica (TFG de 35 mL/min/1,73 m²) com albuminúria significativa (180 mg/g), o que a classifica em um grupo de alto risco cardiovascular.

De acordo com as diretrizes atuais de hipertensão, o tratamento inicial para pacientes em Estágio 2 ou de alto risco deve ser feito com a combinação de dois fármacos em doses baixas. Para pacientes diabéticos e com doença renal crônica associada à albuminúria (relação albumina/creatinina > 30 mg/g), é obrigatório o uso de medicamentos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina-aldosterona, como os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou os Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA), devido ao seu efeito nefroprotetor.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A monoterapia não é a estratégia preferencial para o estágio 2 de hipertensão. Além disso, o uso isolado de hidroclorotiazida não oferece a proteção renal necessária para uma paciente com albuminúria e diabetes. Vale ressaltar que diuréticos tiazídicos perdem eficácia quando a taxa de filtração glomerular é inferior a 30-40 mL/min.

Alternativa b) Correta. A associação de um IECA (enalapril) com um Bloqueador dos Canais de Cálcio (anlodipino) é uma das combinações de primeira linha. O enalapril é essencial para reduzir a pressão intraglomerular e a albuminúria, retardando a progressão da doença renal. O anlodipino é um anti-hipertensivo potente e seguro para uso em pacientes com função renal reduzida, agindo de forma complementar ao enalapril.

Alternativa c) Incorreta. A terapia tripla (uso de três classes de medicamentos simultaneamente) é geralmente reservada para pacientes que não alcançam as metas pressóricas com a terapia dupla otimizada ou em casos de hipertensão resistente. Não é a recomendação de estratégia inicial para este caso.

Alternativa d) Incorreta. Embora utilize terapia combinada, esta opção omite o uso de IECA ou BRA. Em pacientes com diabetes e lesão de órgão-alvo (albuminúria), a ausência de um bloqueador do sistema renina-angiotensina prejudica o prognóstico renal da paciente, tornando a escolha clinicamente inadequada quando comparada à alternativa B.

Resumo da conduta:

O tratamento de escolha baseia-se na necessidade de terapia dupla para o estágio da hipertensão e na obrigatoriedade do bloqueio do sistema renina-angiotensina para proteção renal em face da albuminúria e do diabetes.

Questão 14

Para resolver esta questão, devemos aplicar os Critérios de Light para diferenciar transudatos de exsudatos e analisar o contexto clínico do paciente.

****Análise dos Critérios de Light:****

Um derrame pleural é classificado como exsudato se apresentar pelo menos um dos seguintes critérios:

1. Relação Proteína Pleural / Proteína Sérica $> 0,5$.
- Cálculo: $2,1 / 6,5 = 0,32$ (menor que 0,5).
2. Relação LDH Pleural / LDH Sérico $> 0,6$.
- Cálculo: $85 / 180 = 0,47$ (menor que 0,6).
3. LDH Pleural $> 2/3$ do limite superior do valor de referência (LSN) do LDH sérico.

- Cálculo: $2/3$ de 250 = 166. O valor encontrado foi 85 (menor que 166).

Como o líquido não preenche nenhum dos critérios, ele é categoricamente um **transudato**.

Análise Clínica e Conduta:

O paciente possui um diagnóstico de base (insuficiência cardíaca descompensada) que justifica perfeitamente o derrame transudativo. Apesar do balanço hídrico negativo, o exame físico ainda revela sinais de congestão (turgência jugular, B3 e crepitanes), o que indica que a compensação volêmica ainda não é plena, justificando a otimização da terapia diurética.

A presença de febre baixa (37,8 °C) e leucocitose discreta pode levantar suspeita de infecção, mas o estudo do líquido pleural descarta essa hipótese no pulmão: a glicose está normal (98 mg/dL), o pH está fisiológico (7,38) e a celularidade é baixa (320/mm³), sem predomínio de neutrófilos. Além disso, a procalcitonina negativa reforça a baixa probabilidade de um quadro bacteriano sistêmico ou pulmonar grave.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O líquido é um transudato, não um exsudato. Para ser um derrame parapneumônico complicado, o pH deveria ser $< 7,2$, a glicose < 60 mg/dL ou haver presença de pus/bactérias, o que não ocorre. Não há indicação de drenagem torácica.

b) Incorreta. Novamente, a análise bioquímica descarta exsudato. A clínica e os exames laboratoriais (procalcitonina e análise do líquido) não sustentam o diagnóstico de pneumonia hospitalar.

c) Incorreta. O derrame não é indeterminado; ele é nitidamente transudativo pelos critérios de Light. O termo "pseudoexsudato" é usado quando o uso de diuréticos concentra as proteínas no líquido pleural, fazendo um transudato parecer exsudato pelos critérios de Light. Nesses casos, o Gradiente de Albumina (Soro - Líquido) $> 1,2$ g/dL confirma a origem hidrostática (IC). No caso em questão, o gradiente é de 2,2 g/dL (3,4 - 1,2), o que confirma a origem pela insuficiência cardíaca, mas nem foi necessário recorrer a isso, pois os critérios de Light já apontavam transudato.

d) Correta. A análise bioquímica confirma tratar-se de um transudato. O contexto de insuficiência cardíaca com sinais persistentes de hipervolemia (B3, turgência jugular) indica que a conduta correta é otimizar a diurese. A febre deve ser investigada (outros focos como acessos venosos, infecção urinária — embora o tipo 1

esteja normal — ou atelectasias), mas o derrame em si é de origem cardíaca.

Questão 15

O quadro clínico descrito é um exemplo clássico de Granulomatose com Poliangiite (GPA), anteriormente conhecida como Granulomatose de Wegener. Trata-se de uma vasculite de pequenos e médios vasos caracterizada pelo acometimento da tríade: trato respiratório superior, trato respiratório inferior e rins.

O paciente apresenta sinais claros de envolvimento das vias aéreas superiores (sinusite crônica refratária, epistaxe e a destruição tecidual evidenciada pela perfuração de palato), acometimento pulmonar (dispneia, tosse e crepitações) e renal (elevação aguda da creatinina, hematúria e proteinúria, sugerindo uma glomerulonefrite).

Associação com a Imagem:

A tomografia de tórax apresentada mostra múltiplos nódulos pulmonares, com destaque para uma grande lesão escavada (cavitária) de paredes espessas no lobo inferior direito. Esse achado radiológico é altamente sugestivo de GPA e ajuda a diferenciar esta patologia de outras vasculites que não costumam formar cavitações, como a poliangiite microscópica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O padrão p-ANCA (perinuclear) e o anticorpo antimieloperoxidase (anti-MPO) estão mais frequentemente associados à Poliangiite Microscópica (PAM) e à Granulomatose Eosinofílica com Poliangiite (Síndrome de Churg-Strauss). Embora possam ocorrer raramente na GPA, não são o achado esperado para o quadro típico descrito.

b) Incorreta. O Fator Antinuclear (FAN) e o anti-DNA de dupla hélice (anti-dsDNA) são marcadores sorológicos do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Embora o lúpus possa cursar com nefrite e acometimento pulmonar, ele não costuma causar lesões destrutivas em vias aéreas superiores (como perfuração de palato) ou nódulos pulmonares cavitados.

c) Correta. O anticorpo anticitoplasma de neutrófilos com padrão de imunofluorescência citoplasmático (c-ANCA) e especificidade para a enzima proteinase 3 (anti-PR3) é o marcador sorológico de escolha e mais específico para a Granulomatose com Poliangiite (GPA), estando presente em cerca de 90% dos pacientes com a forma sistêmica ativa da doença.

d) Incorreta. A presença de crioglobulinas séricas e o consumo de complemento (C3 e C4 baixos) direcionam o diagnóstico para a Vasculite Crioglobulinêmica, que geralmente está associada à Hepatite C e manifesta-se tipicamente com púrpura palpável, artralgia e glomerulonefrite, mas sem o acometimento granulomatoso de vias aéreas e pulmões visto neste caso.

Questão 16

Esta questão aborda o manejo da fibrilação atrial (FA) crônica ou de início indeterminado, focando especificamente na avaliação do risco tromboembólico e na escolha da terapia anticoagulante.

Análise do caso clínico:

A paciente é uma mulher de 72 anos com hipertensão e diabetes. Para decidir sobre a anticoagulação, devemos calcular o escore CHA2DS2-VASc:

1. Idade entre 65-74 anos: 1 ponto.
2. Sexo feminino: 1 ponto.
3. Hipertensão Arterial: 1 ponto.
4. Diabetes Mellitus: 1 ponto.

Total: 4 pontos.

De acordo com as diretrizes atuais (SBC, ESC e AHA), pacientes do sexo feminino com escore CHA2DS2-VASc maior ou igual a 3 têm indicação formal (Classe I) de anticoagulação oral de longo prazo para prevenção de AVC. Como a paciente está hemodinamicamente estável, com frequência cardíaca controlada (84 bpm) e sem sinais de insuficiência cardíaca aguda, o manejo pode ser ambulatorial.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Iniciar rivaroxabana 20mg/dia e manter seguimento ambulatorial. Os Novos Anticoagulantes Orais (DOACs), como a rivaroxabana, são atualmente a primeira escolha para anticoagulação na FA não valvular (aquela que não envolve estenose mitral moderada/grave ou prótese metálica), superando a varfarina em segurança e conveniência. A dose de 20mg é a correta para pacientes com função renal preservada (taxa de filtração glomerular maior que 50 mL/min).

Alternativa B (Incorreta): Não iniciar anticoagulação, pois o escore indica baixo risco. Como calculado, o escore é 4, o que representa um alto risco anual de eventos tromboembólicos, sendo a anticoagulação mandatória.

Alternativa C (Incorreta): Iniciar enoxaparina e varfarina, suspendendo a heparina quando RNI 2,0-3,0. Esta estratégia (ponte de heparina) é utilizada em situações

específicas ou quando se opta pela varfarina em pacientes de altíssimo risco. No entanto, os DOACs são preferíveis e não exigem o uso concomitante de heparina no início, pois já possuem efeito imediato.

Alternativa D (Incorreta): Iniciar varfarina com alvo de RNI 2,0-3,0 e seguimento ambulatorial. Embora a varfarina seja uma opção terapêutica, as diretrizes modernas recomendam os DOACs (como a rivaroxabana) como prioridade devido à menor taxa de sangramento intracraniano e dispensa da monitorização constante do RNI. Portanto, entre as opções disponíveis, a alternativa A reflete a melhor prática médica atual.

Questão 17

A paciente descrita apresenta um quadro de apendicite aguda, que é a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico não obstétrico durante a gestação. Um ponto fundamental para a resolução desta questão é identificar a "pegadinha" da disúria e da leucocitúria (45.000 leucócitos/mm³). Na gestante, a proximidade do apêndice inflamado com o ureter direito ou com a bexiga pode causar sintomas urinários e alterações no sedimento urinário, o que frequentemente leva ao erro diagnóstico de infecção do trato urinário (ITU). No entanto, a dor localizada em flanco e fossa ilíaca direita, associada a marcadores inflamatórios elevados (leucocitose e PCR de 25 mg/dL), aponta para uma causa inflamatória intra-abdominal.

A ultrassonografia apresentada na questão é clássica. Na imagem da esquerda, em corte longitudinal, observa-se uma estrutura tubular de fundo cego e não compressível. Na imagem da direita, em corte transversal, identifica-se o chamado sinal do alvo, caracterizado pelo aumento do diâmetro do apêndice (acima de 6 mm) e espessamento de suas paredes.

Alternativa (a) Incorreta: O tratamento padrão-ouro para apendicite aguda é cirúrgico. O uso isolado de antibióticos por via oral, com reavaliação ambulatorial, é inadequado e perigoso, pois a evolução para perfuração apendicular na gestante é rápida e está associada a altas taxas de perda fetal e parto prematuro.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a antibioticoterapia endovenosa seja iniciada imediatamente após o diagnóstico para controle da translocação bacteriana e profilaxia cirúrgica, ela não substitui o tratamento definitivo, que é a remoção cirúrgica do apêndice. O tratamento conservador (apenas antibióticos) não é a conduta de escolha na gestação.

Alternativa (c) Correta: A apendicectomia de urgência é o tratamento indicado. Na idade gestacional de 13 semanas, o procedimento pode ser realizado de forma

segura tanto por via laparoscópica (preferencialmente, se houver equipe treinada) quanto por via aberta. A prioridade é a intervenção precoce para evitar complicações supurativas que coloquem em risco a vida da mãe e do feto.

Alternativa (d) Incorreta: A conduta expectante com sintomáticos é contraindicada diante de um diagnóstico confirmado de apendicite. O atraso cirúrgico superior a 24 horas em gestantes aumenta significativamente o risco de perfuração e peritonite.

Gabarito: Letra (c).

Questão 18

COMENTÁRIO TÉCNICO

A questão aborda o manejo de pólipos da vesícula biliar, um achado incidental comum em exames de imagem. A decisão entre a observação clínica e a intervenção cirúrgica baseia-se, primordialmente, no risco de malignização da lesão, sendo o tamanho do pólipo o principal preditor de câncer de vesícula.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é um procedimento invasivo utilizado para o diagnóstico e tratamento de doenças dos ductos biliares (como cálculos no colédoco) e do pâncreas. Ela não possui indicação para a avaliação de lesões da parede da vesícula biliar, como os pólipos.

Alternativa B: Incorreta. A colecistectomia (remoção da vesícula) é indicada quando o pólipo tem 10 mm ou mais, quando o paciente apresenta sintomas (cólica biliar) ou quando o pólipo tem entre 6 e 9 mm associado a fatores de risco (como idade superior a 50 anos ou colangite esclerosante primária). Como a paciente é assintomática e a lesão tem apenas 4 mm (0,4 cm), o risco de malignidade é extremamente baixo, não justificando os riscos de um procedimento cirúrgico.

Alternativa C: Incorreta. A biópsia de pólipos de vesícula biliar por via endoscópica ou percutânea não é recomendada. Além da dificuldade técnica em puncionar uma lesão de 4 mm, há o risco de disseminação de células neoplásicas (*seeding*), caso a lesão seja maligna. O manejo é guiado pelo tamanho da lesão na ultrassonografia.

Alternativa D: Correta. Segundo as diretrizes da Sociedade Europeia de Radiologia Gastrointestinal e Abdominal (ESGAR) e outras sociedades cirúrgicas, pólipos menores que 6 mm em pacientes assintomáticos devem ser monitorados com ultrassonografia periódica para avaliar se há crescimento. A conduta padrão é repetir

o exame em 6 meses ou 1 ano. Se a lesão permanecer estável, o intervalo de acompanhamento pode ser ampliado.

RESUMO PARA FIXAÇÃO

- Pólipos menores que 6 mm: Acompanhamento com ultrassonografia (exame de controle em 6 meses ou 1 ano).
- Pólipos entre 6 e 9 mm: Colectomia se houver fatores de risco (idade acima de 50 anos, pólipos sessil ou colangite esclerosante); caso contrário, acompanhamento.
- Pólipos maiores ou iguais a 10 mm: Colectomia (alto risco de câncer).
- Pólipos de qualquer tamanho com sintomas: Colectomia.

Questão 19

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DA IMAGEM

O quadro clínico de dor em fossa ilíaca esquerda associado a leucocitose (17.300/mm) e elevação de PCR sugere fortemente diverticulite aguda. A presença de um plastrão ao exame físico e a ausência de sinais de irritação peritoneal indicam uma complicação bloqueada/localizada. A tomografia de abdome apresentada confirma essa suspeita, demonstrando um espessamento das paredes do cólon sigmoide e a presença de uma coleção líquida com focos de gás no seu interior (abscesso) na região da fossa ilíaca esquerda. De acordo com a classificação de Hinchey modificada, este caso é classificado como Hinchey II (abscesso pélvico, retroperitoneal ou a distância).

ALTERNATIVA A (CORRETA)

Para pacientes com diverticulite aguda complicada por abscesso volumoso (geralmente acima de 3 a 4 cm) ou abscessos distantes do foco original, como no Hinchey II, a conduta de escolha é a internação para antibioticoterapia endovenosa e realização de drenagem percutânea guiada por imagem (tomografia ou ultrassom). Essa estratégia visa controlar a infecção de forma minimamente invasiva, estabilizar a paciente e evitar uma cirurgia de urgência com necessidade de ostomia. A drenagem percutânea permite que, se uma cirurgia eletiva for necessária no futuro, ela possa ser feita em tempo único (com anastomose primária).

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

O tratamento ambulatorial com antibióticos via oral é reservado apenas para casos de diverticulite não complicada (Hinchey 0 ou Ia), em pacientes que toleram a via oral, estão hemodinamicamente estáveis e não possuem complicações na tomografia. A presença de um abscesso e leucocitose importante contraindica essa abordagem inicial.

ALTERNATIVA C (INCORRETA)

A cirurgia de Hartmann (retossigmoidectomia com colostomia terminal e sepultamento do coto retal) é um procedimento de exceção, indicado principalmente em casos de peritonite difusa purulenta ou fecal (Hinchey III e IV) ou em pacientes com instabilidade hemodinâmica grave que não suportariam uma anastomose. Como a paciente apresenta um quadro bloqueado (plastrão) e estabilidade clínica, a drenagem e o tratamento conservador com antibióticos devem ser tentados primeiro.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

A conduta de apenas analgesia e observação seria negligente frente a um quadro de diverticulite complicada com coleção purulenta. Sem o tratamento antibiótico e a drenagem do abscesso, a paciente corre o risco de progressão da infecção, sepse e rotura da coleção para a cavidade abdominal livre, agravando drasticamente o prognóstico.

Questão 20

A questão aborda o manejo de um paciente com pancreatite aguda de origem biliar que apresenta falha na reintrodução da dieta oral. O ponto central para a resolução é entender a hierarquia da terapia nutricional e as indicações cirúrgicas na pancreatite.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A necrosectomia cirúrgica não é indicada neste momento. A necrose identificada na tomografia (20%) é considerada estéril (visto que o paciente está no 3º dia e sem sinais de sepse) e de pequena extensão. Intervenções cirúrgicas em áreas de necrose devem ser evitadas na fase precoce, sendo reservadas para casos de necrose infectada confirmada ou suspeita com deterioração clínica, preferencialmente após 4 semanas, quando a coleção está organizada (walled-off necrosis).

b) Incorreta. A nutrição parenteral total (NPT) deve ser a última opção na pancreatite aguda. Ela está associada a maiores taxas de complicações infecciosas, atrofia da mucosa intestinal e maior tempo de internação. A NPT só é indicada quando a via enteral for impossível, contraindicada ou não suprir as necessidades calóricas do paciente após tentativas exaustivas.

c) Correta. O paciente apresenta intolerância à dieta oral (náuseas e vômitos). Nestes casos, a conduta padrão é a passagem de uma sonda para início de nutrição enteral (nasoenteral ou nasojejunal). A nutrição enteral é fundamental para manter a integridade da barreira mucosa intestinal, reduzindo a translocação bacteriana e, conseqüentemente, o risco de infecção da necrose pancreática e de complicações

sistêmicas. Estudos mostram que a via enteral é superior à parenteral em termos de segurança e prognóstico.

d) Incorreta. Embora a pancreatite seja de etiologia biliar, a colecistectomia de urgência não é o tratamento para a intolerância alimentar. Na pancreatite biliar leve, a colecistectomia deve ser realizada na mesma internação, porém após a resolução do quadro inflamatório agudo (quando o paciente estiver assintomático e tolerando dieta). No cenário atual de vômitos e necrose, o foco deve ser o suporte nutricional antes do procedimento cirúrgico eletivo/programado.

Questão 21

Para resolver essa questão, devemos focar em dois pontos principais: a anatomia da região inguinal e a história natural das hérnias nessa localização.

Diagnóstico:

A paciente apresenta um abaulamento localizado abaixo do ligamento inguinal. Essa é a referência anatômica clássica para diferenciar as hérnias da região inguinocrural. As hérnias inguinais (diretas ou indiretas) manifestam-se acima do ligamento inguinal, enquanto as hérnias femorais (ou crurais) exteriorizam-se pelo canal femoral, situando-se abaixo do ligamento inguinal e medialmente aos vasos femorais. O fato de ser uma paciente do sexo feminino e idosa reforça a suspeita, pois, embora a hérnia inguinal seja a mais comum globalmente, a hérnia femoral é muito mais frequente em mulheres do que em homens.

Conduta:

As hérnias femorais possuem um elevado risco de encarceramento e estrangulamento (estimado entre 22% e 45% em diferentes estudos) devido à rigidez e estreiteza do anel femoral. Por essa razão, ao contrário de alguns casos de hérnia inguinal em homens (nos quais se pode considerar a observação vigilante), a recomendação para a hérnia femoral é sempre a correção cirúrgica eletiva, mesmo que a paciente esteja assintomática no momento do diagnóstico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O diagnóstico está correto (hérnia femoral), mas a conduta de seguimento clínico é inadequada. O risco de complicações agudas graves contraindica a espera pelo surgimento de sintomas.

b) Correta. Identifica corretamente a patologia com base na localização anatômica (abaixo do ligamento inguinal) e indica a conduta padrão-ouro, que é a cirurgia eletiva para prevenir o estrangulamento.

c) Incorreta. O diagnóstico está incorreto porque o abaulamento da hérnia inguinal ocorre acima do ligamento inguinal. Embora a cirurgia seja indicada para mulheres com hérnia inguinal (pelo risco de haver uma hérnia femoral associada não diagnosticada), o diagnóstico anatômico fornecido pelo exame físico aponta para hérnia femoral.

d) Incorreta. O diagnóstico está incorreto pela localização anatômica e a conduta de seguimento clínico é contraindicada, especialmente em mulheres, pelo risco de complicações e pela dificuldade de diferenciar clinicamente com precisão uma hérnia inguinal de uma femoral, que exige tratamento cirúrgico célere.

Questão 22

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico apresentado é clássico e de extrema gravidade. A paciente manifesta a chamada Pêntade de Reynolds, que consiste na Tríade de Charcot (dor abdominal em hipocôndrio direito, icterícia e febre) acrescida de instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia) e alteração do nível de consciência (confusão mental). Esses achados são diagnósticos de Colangite Aguda Grave (Grau III, conforme os Critérios de Tóquio - TG18), indicando que a infecção das vias biliares evoluiu com disfunção orgânica e choque séptico de foco biliar.

Os exames laboratoriais confirmam o padrão obstrutivo (hiperbilirrubinemia direta) e a resposta inflamatória sistêmica (leucocitose importante). A ultrassonografia, embora não tenha visualizado o cálculo no colédoco (o que é comum devido aos gases intestinais), demonstrou dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, o que corrobora a presença de uma obstrução mecânica.

O tratamento da colangite grave exige três pilares imediatos: estabilização hemodinâmica (reposição volêmica), antibioticoterapia de largo espectro e a descompressão biliar de urgência para controle do foco infeccioso.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) é o procedimento de escolha para a descompressão da via biliar na colangite aguda. Ela permite a drenagem do material purulento sob pressão e, na maioria das vezes, a remoção do fator obstrutivo (cálculo). Em pacientes instáveis, é a via mais rápida e menos invasiva para salvar a vida da paciente, permitindo a descompressão imediata.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Realização de colecistectomia videolaparoscópica na urgência: A colecistectomia trata a vesícula biliar, mas o problema agudo desta paciente está na via biliar principal (colédoco). Realizar uma cirurgia de grande porte em uma paciente em choque séptico e com inflamação intensa é contraindicado. A prioridade é desobstruir o canal biliar; a retirada da vesícula deve ser feita em um segundo momento, após a estabilização do quadro.

c) Complementação diagnóstica com colangiorressonância: A colangiorressonância é um exame excelente para diagnóstico, mas é apenas um exame de imagem. Em uma paciente com Pêntade de Reynolds, o diagnóstico clínico de colangite é evidente e a necessidade de intervenção é imediata. Atrasar a descompressão para levar uma paciente instável ao setor de radiologia para um exame demorado aumenta o risco de óbito.

d) Analgesia e suporte clínico: O suporte clínico e a analgesia são componentes do tratamento, mas sozinhos são incapazes de resolver a patologia. Sem a descompressão da via biliar (drenagem do pus), a infecção não será controlada, independentemente do uso de antibióticos ou suporte, pois o foco infeccioso permanece obstruído e sob pressão.

Questão 23

O caso clínico descreve um paciente jovem, vítima de trauma contuso de alta energia (colisão moto versus anteparo), que se encontra hemodinamicamente estável (PA 132 x 84 mmHg), apesar da leve taquicardia (FC 115 bpm), que pode ser decorrente da dor ou de um choque classe I/II compensado. O exame físico abdominal não revela sinais de irritação peritoneal.

A tomografia de abdome apresentada mostra uma lesão parenquimatosa no fígado (hipodensidade compatível com laceração/hematoma intra-hepático), caracterizando um trauma hepático. Um dado fundamental fornecido pelo enunciado é a ausência de extravasamento de contraste (blush arterial).

Atualmente, o padrão-ouro para o tratamento de lesões de órgãos sólidos (fígado, baço e rim) em pacientes hemodinamicamente estáveis e sem sinais de peritonite é o Tratamento Não Operatório (TNO).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A drenagem percutânea não faz parte da abordagem inicial do trauma

hepático agudo. Ela pode ser indicada tardiamente em casos de complicações, como abscessos hepáticos ou bilomas infectados, mas não como conduta imediata para a lesão parenquimatosa.

b) Incorreta. A arteriografia com embolização estaria indicada se a tomografia tivesse demonstrado extravasamento ativo de contraste (blush) em um paciente estável, o que sugeriria um sangramento arterial ativo que poderia ser resolvido por via endovascular. O enunciado afirma explicitamente que não houve extravasamento.

c) Incorreta. A laparotomia exploradora com tamponamento (damage control) é reservada para pacientes com instabilidade hemodinâmica refratária à ressuscitação inicial ou para aqueles que apresentam sinais de irritação peritoneal (sugerindo lesão de víscera oca associada). O paciente em questão está estável e tem exame abdominal sem peritonite.

d) Correta. Diante de um trauma hepático em paciente estável, sem sinais de peritonite e sem evidência de sangramento arterial ativo na tomografia, a conduta preconizada é o tratamento conservador. Isso envolve internação em unidade monitorizada (preferencialmente UTI ou unidade de cuidados semi-intensivos), exames físicos seriados e monitorização rigorosa dos níveis de hemoglobina e hematócrito para detectar sangramentos ocultos ou tardios.

Questão 24

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta sinais clássicos de choque obstrutivo, caracterizado pela tríade de hipotensão, taquicardia e estase jugular bilateral. No contexto de um trauma torácico por arma branca, as duas principais hipóteses são o pneumotórax hipertensivo e o tamponamento cardíaco. O exame físico revela murmúrios vesiculares diminuídos à esquerda, o que aponta para uma patologia pulmonar.

Associação com as Imagens (eFAST):

A ultrassonografia realizada na sala de trauma confirma o diagnóstico. Na imagem da esquerda (Janela Pericárdica), as câmaras cardíacas são visualizadas sem a presença de líquido (espaço anecoico) ao redor do coração, o que descarta o tamponamento cardíaco. Na imagem da direita (Hemitórax Esquerdo), o modo M mostra o sinal do código de barras ou sinal da estratosfera (linhas horizontais paralelas em toda a profundidade), o que comprova a ausência de deslizamento pleural e confirma o pneumotórax.

Diagnóstico:

Pneumotórax hipertensivo à esquerda. Trata-se de uma emergência médica onde a

pressão no espaço pleural desvia o mediastino, comprimindo as veias cavas e reduzindo drasticamente o retorno venoso e o débito cardíaco.

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O curativo de três pontas é a conduta inicial para o pneumotórax aberto, que ocorre em ferimentos maiores que dois terços do diâmetro da traqueia (feridas soprantes). O ferimento de 1,5 cm descrito não se enquadra nessa definição.

Alternativa b: Incorreta. A punção de Marfan (pericardiocentese) é o procedimento de emergência para alívio do tamponamento cardíaco. Como o eFAST mostrou uma janela pericárdica normal, sem derrame, não há indicação para este procedimento.

Alternativa c: Correta. A toracocentese descompressiva é a conduta imediata indicada pelo ATLS para o pneumotórax hipertensivo. Ela permite a saída do ar sob pressão, aliviando a compressão sobre os grandes vasos e o coração, estabilizando o paciente até que a drenagem torácica fechada (em selo d'água) seja realizada.

Alternativa d: Incorreta. A intubação orotraqueal é contraindicada como primeira medida no pneumotórax hipertensivo não tratado. A ventilação por pressão positiva pode piorar rapidamente a tensão intratorácica, levando a uma parada cardiorrespiratória imediata por colapso cardiovascular. A descompressão do tórax deve sempre preceder a intubação nestes casos.

Questão 25

O caso clínico apresenta um paciente com ferimento por arma branca (FAB) em região de transição toracoabdominal (9º espaço intercostal esquerdo). Inicialmente, o paciente apresentava sinais de choque obstrutivo (hipotensão, taquicardia, estase jugular e hipoxemia), sugerindo um pneumotórax hipertensivo, confirmado pela imagem de ultrassom (eFAST) do hemitórax esquerdo, que demonstra o sinal da estratosfera ou código de barras (ausência de deslizamento pleural no modo M), patognomônico de pneumotórax.

Após a estabilização inicial (provável drenagem de tórax), o paciente tornou-se hemodinamicamente estável. A tomografia revelou uma lesão esplênica grau II estável. No entanto, o ponto crucial da questão é o mecanismo de trauma e a localização do ferimento.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) CORRETA: O ferimento localiza-se no 9º espaço intercostal, zona de transição toracoabdominal (compreendida entre o 4º espaço intercostal e a margem costal). Em ferimentos penetrantes nessa região, existe um risco elevado de lesão diafragmática. O diafragma não cicatriza espontaneamente e pequenas lesões podem evoluir para hérnias diafragmáticas tardias com risco de estrangulamento visceral. Portanto, mesmo que a lesão esplênica pudesse ser tratada de forma conservadora em outros contextos, a suspeita de lesão diafragmática em trauma penetrante impõe a exploração cirúrgica (seja por laparoscopia, toracosopia ou laparotomia) para inventário e sutura do diafragma (rafia).

Alternativa (b) INCORRETA: A lesão esplênica descrita é de grau II e o paciente está estável. Não há indicação de esplenectomia imediata apenas pela lesão em si, e o foco principal deve ser a avaliação do diafragma. Além disso, a vacinação para bactérias encapsuladas só seria indicada em caso de asplenia (esplenectomia total ou funcional).

Alternativa (c) INCORRETA: O tratamento conservador (não operatório) é o padrão-ouro para lesões esplênicas de baixo grau em pacientes estáveis vítimas de trauma contuso. No trauma penetrante em transição toracoabdominal, o tratamento puramente conservador é perigoso devido à impossibilidade de excluir lesão diafragmática por exames de imagem convencionais (a TC tem baixa sensibilidade para pequenas lesões no diafragma).

Alternativa (d) INCORRETA: Segue o mesmo erro da alternativa anterior ao negligenciar a necessidade de exploração do diafragma. Além disso, a vacinação não se aplica a este paciente, pois ele ainda possui o baço funcional.

ASSOCIAÇÃO COM AS IMAGENS:

A imagem da Janela Pericárdica não demonstra derrame pericárdico significativo (ausência de lâmina anecoica entre os folhetos). A imagem do Hemitórax Esquerdo mostra o modo M com linhas horizontais paralelas (sinal da estratosfera), indicando que não há deslizamento entre a pleura parietal e visceral, confirmando o pneumotórax que causou a instabilidade inicial.

Questão 26

O caso clínico apresenta um paciente com quadro de hemorragia digestiva alta varicosa. O histórico de etilismo pesado e a presença de ascite sugerem cirrose hepática com hipertensão portal. O ponto crucial da questão reside no achado da endoscopia digestiva alta: varizes de grosso calibre localizadas especificamente no fundo gástrico.

A conduta terapêutica endoscópica varia significativamente conforme a localização das varizes (esofágicas ou gástricas).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A terapia combinada com injeção de adrenalina e uso de métodos mecânicos (como hemoclipes) ou térmicos é o padrão-ouro para o tratamento de úlceras pépticas com sinais de sangramento ativo ou vasos visíveis (Classificação de Forrest). Não possui indicação no tratamento de varizes decorrentes de hipertensão portal.

b) Correta. A injeção de cianoacrilato (uma "cola" tecidual) é o tratamento de escolha para o manejo de varizes de fundo gástrico (classificadas como GOV2 ou IGV1 pela classificação de Sarin). Devido ao alto fluxo e ao calibre dessas varizes, a ligadura elástica apresenta altos índices de falha e de ressangramento precoce após a queda da escara. O cianoacrilato promove a obliteração imediata do vaso ao entrar em contato com o sangue.

c) Incorreta. A ligadura elástica é a terapia de primeira escolha para varizes esofágicas e pode ser utilizada em varizes gástricas que são extensões das esofágicas pela pequena curvatura (GOV1). No entanto, para varizes localizadas no fundo gástrico (caso do paciente), ela é menos eficaz e tecnicamente mais difícil, sendo superada pela injeção de cianoacrilato conforme as principais diretrizes (Baveno VII e consensos brasileiros).

d) Incorreta. A coagulação com plasma de argônio é um método de eletrocoagulação sem contato, indicado principalmente para lesões superficiais e difusas, como a ectasia vascular antral gástrica (estômago em melancia), proctite actínica ou angiodisplasias. Não tem papel no controle de sangramento de varizes calibrosas.

Resumo: Diante de varizes de fundo gástrico em paciente com sangramento ativo ou sinais de risco (red spots), a terapia endoscópica preferencial é a injeção de cianoacrilato. Se o método não estiver disponível ou falhar, deve-se considerar o TIPS (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular) ou o balão de Sengstaken-Blakemore como ponte para terapia definitiva.

Questão 27

Esta questão aborda o manejo farmacológico imediato de um paciente cirrótico com Hemorragia Digestiva Alta (HDA) por varizes esofagogástricas. O quadro clínico descreve um paciente com consumo crônico de álcool, estigmas de hipertensão portal (ascite) e endoscopia revelando varizes de fundo gástrico com sinais de risco ("red spots").

Para o tratamento da HDA varicosa, as diretrizes internacionais (como o Consenso de Baveno) e nacionais recomendam três pilares medicamentosos fundamentais:

1. Drogas vasoativas: A terlipressina (ou somatostatina/octreotida) é essencial para reduzir a pressão portal e o fluxo sanguíneo nas varizes, facilitando o controle da hemorragia e reduzindo o risco de ressangramento precoce. Deve ser iniciada o mais rápido possível, preferencialmente antes mesmo da endoscopia.
2. Antibioticoprofilaxia: Todo paciente cirrótico com hemorragia digestiva deve receber antibióticos (como ciprofloxacina ou ceftriaxona). A profilaxia reduz a incidência de infecções (como a peritonite bacteriana espontânea), o risco de ressangramento e a mortalidade.
3. Inibidores de bomba de prótons (IBP): Embora a causa do sangramento seja varicosa e não uma úlcera péptica, o omeprazol é indicado para prevenir sangramentos decorrentes de úlceras iatrogênicas que se formam após o tratamento endoscópico (seja por ligadura elástica ou escleroterapia) e para proteger a mucosa gástrica em um paciente criticamente enfermo.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O ácido tranexâmico não possui evidência de benefício na redução de mortalidade ou ressangramento na hemorragia digestiva varicosa e não faz parte dos protocolos padrão para esta condição.
- b) Correta. Contempla a tríade terapêutica recomendada para o manejo agudo: droga vasoativa (terlipressina) para controle pressórico portal, antibiótico (ciprofloxacina) para profilaxia infecciosa e IBP (omeprazol) para proteção de mucosa e auxílio na cicatrização pós-procedimento endoscópico.
- c) Incorreta. Inclui o ácido tranexâmico, que não é indicado, e exclui o omeprazol, que é importante no suporte pós-endoscópico.
- d) Incorreta. Embora a terlipressina e a ciprofloxacina sejam os pilares que mais impactam na sobrevida imediata, a alternativa (b) é considerada mais completa no

contexto de um paciente que acabou de realizar tratamento endoscópico e necessita de proteção contra úlceras de estresse ou iatrogênicas.

Questão 28

O caso clínico descreve uma paciente de 40 anos, sem comorbidades, no 5º dia pós-operatório de colecistectomia, apresentando secreção purulenta e hiperemia restrita às bordas da ferida umbilical, sem sinais sistêmicos (afebril e estável). Esse quadro é diagnóstico de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) incisional superficial. Segundo os critérios diagnósticos, a ISC superficial ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia e envolve apenas pele e tecido subcutâneo, apresentando drenagem purulenta ou isolamento de microrganismos em cultura de fluido/tecido da ferida.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A manutenção dos pontos cirúrgicos é contraindicada quando há presença de secreção purulenta, pois impede a drenagem adequada do foco infeccioso. Além disso, a antibioticoterapia não está indicada para infecções superficiais localizadas em pacientes hígidos e sem sinais de gravidade sistêmica.
- b) Incorreta. Embora a retirada dos pontos e os cuidados locais sejam as condutas principais, a prescrição de antibióticos por 5 a 7 dias é desnecessária para este caso. O uso de antibióticos em ISC superficial deve ser reservado apenas para pacientes com sinais de celulite extensa (maior que 2 cm de hiperemia ao redor da ferida), presença de sinais sistêmicos (febre, taquicardia) ou em pacientes imunossuprimidos e diabéticos descompensados.
- c) Correta. O tratamento fundamental da Infecção de Sítio Cirúrgico superficial é a abertura da ferida por meio da retirada dos pontos para permitir a drenagem completa do pus e a limpeza local. Uma vez que a infecção é limitada e a paciente está clinicamente bem, a intervenção mecânica (drenagem e higiene) é suficiente para a cura, não sendo necessário o uso de fármacos antimicrobianos.
- d) Incorreta. Manter os pontos agrava o quadro por manter a coleção purulenta sob tensão no subcutâneo. O encaminhamento para o pronto-socorro e a realização de exames complementares (como hemograma ou exames de imagem) são desnecessários, pois o diagnóstico é clínico e o tratamento é simples, podendo ser realizado integralmente no consultório ou ambulatório.
-

Questão 29

Para resolver essa questão, é fundamental identificar o diagnóstico a partir das informações clínicas e complementares fornecidas.

O paciente apresenta uma lesão subepitelial gástrica de 2,5 cm. A ultrassonografia endoscópica (ecoendoscopia) revelou que a massa tem origem na quarta camada da parede gástrica, que corresponde à muscular própria. O achado mais específico é a imuno-histoquímica positiva para DOG-1 (Discovered on GIST-1), que, juntamente com o CD117 (c-KIT), é um marcador altamente sensível e específico para o Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST).

Como a lesão possui 2,5 cm (maior que 2 cm) e o diagnóstico de GIST foi confirmado, o tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O tratamento padrão para o GIST gástrico localizado e maior que 2 cm é a ressecção cirúrgica com margens livres. Diferentemente do adenocarcinoma gástrico, o GIST raramente apresenta disseminação linfática (menos de 1 a 2% dos casos). Por esse motivo, a linfadenectomia (retirada de linfonodos) não é necessária. A gastrectomia em cunha (ressecção segmentar) é suficiente para garantir o controle da doença, desde que as margens sejam macroscopicamente negativas.

Alternativa b) Incorreta. A gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 é o tratamento padrão para o câncer gástrico epitelial (adenocarcinoma). No caso do GIST, essa abordagem é considerada agressiva demais e desnecessária, pois não há benefício em realizar a retirada extensa de linfonodos para esse tipo de tumor mesenquimal.

Alternativa c) Incorreta. O tratamento primário do GIST localizado é cirúrgico. A terapia-alvo com inibidores da tirosina quinase (como o imatinibe) pode ser utilizada em casos de tumores irresssecáveis, metastáticos ou como terapia adjuvante em pacientes com alto risco de recorrência após a cirurgia. O GIST não responde bem à quimioterapia citotóxica convencional.

Alternativa d) Incorreta. O seguimento clínico (vigilância com endoscopia ou ecoendoscopia periódica) pode ser considerado para lesões subepiteliais menores que 2 cm que não possuam características de alto risco na ecoendoscopia e cujo diagnóstico de GIST não tenha sido confirmado. Para uma lesão de 2,5 cm com diagnóstico confirmado de GIST, a cirurgia está indicada devido ao potencial de comportamento biológico agressivo.

Questão 30

Essa questão aborda a técnica cirúrgica fundamental, especificamente a ordem cronológica e lógica da paramentação da equipe e preparação do campo operatório. Para garantir a assepsia e evitar infecções do sítio cirúrgico, existe um fluxo rigoroso que deve ser seguido.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A sequência apresenta um erro crítico na paramentação da equipe: a colocação das luvas estéreis deve ocorrer APÓS a colocação do avental estéril. Além disso, a antissepsia da pele do paciente deve ser realizada antes da colocação dos campos cirúrgicos, pois os campos servem justamente para isolar a área que já foi devidamente desinfetada.

b) Incorreta. A antissepsia da pele do paciente é um procedimento que deve ser realizado por um membro da equipe que já esteja devidamente paramentado (com higienização das mãos, avental e luvas). Não se inicia o preparo do paciente antes da própria higienização da equipe.

c) Incorreta. É impossível colocar os campos cirúrgicos (que são estéreis) antes de realizar a higienização das mãos e a paramentação. Além disso, a antissepsia da pele deve preceder a colocação dos campos para garantir que a superfície abaixo dos campos esteja estéril.

d) Correta. Esta alternativa descreve a sequência lógica e técnica correta:

1. Higienização das mãos (degermação): O primeiro passo para remover a microbiota transitória e reduzir a residente.
2. Colocação do avental estéril: O primeiro item da paramentação física.
3. Colocação das luvas estéreis: Completa a barreira física do cirurgião.
4. Antissepsia da pele do paciente: Com a equipe estéril, procede-se à limpeza química da área operatória do paciente.
5. Colocação dos campos cirúrgicos: Por último, delimitam-se as fronteiras do campo estéril sobre a pele já tratada.

Portanto, a alternativa (d) é a que respeita os princípios de técnica asséptica preconizados na prática cirúrgica.

Questão 31

O pneumoperitônio é um passo fundamental na cirurgia videolaparoscópica, consistindo na insuflação de gás na cavidade abdominal para criar um espaço de trabalho que permita a visualização e a manipulação das vísceras.

Escolha do Gás: O dióxido de carbono (CO₂) é o gás de escolha universal para a videolaparoscopia por três motivos principais: 1) Alta solubilidade no sangue, o que minimiza o risco de embolia gasosa grave (caso o gás entre em um vaso, ele é rapidamente dissolvido e eliminado pelos pulmões); 2) Não é combustível, permitindo o uso seguro de eletrocautério e laser; 3) É incolor e de baixo custo. O uso de oxigênio ou ar comprimido é contraindicado pelo alto risco de combustão e de embolia gasosa fatal.

Pressão do Insuflador: A pressão intra-abdominal deve ser suficiente para garantir a exposição adequada dos órgãos, mas não tão alta que prejudique a hemodinâmica e a ventilação do paciente. O padrão estabelecido na prática cirúrgica para adultos é manter a pressão entre 12 e 15 mmHg.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o CO₂ seja o gás correto, a pressão de 5 mmHg é insuficiente para manter a distensão abdominal necessária para a realização de uma colecistectomia, dificultando a visualização e aumentando o risco de lesões iatrogênicas por falta de espaço.

b) Correta. O CO₂ é o gás padrão e a pressão de 15 mmHg representa o limite superior usual de segurança, proporcionando um campo cirúrgico adequado com repercussões clínicas controláveis.

c) Incorreta. O oxigênio apresenta alto risco de explosão em contato com o bisturi elétrico e baixa solubilidade sanguínea em comparação ao CO₂. Além disso, a pressão de 5 mmHg é muito baixa para o procedimento.

d) Incorreta. O uso de oxigênio é tecnicamente inadequado. Já a pressão de 25 mmHg é considerada excessiva e perigosa, podendo causar queda acentuada do retorno venoso, redução do débito cardíaco, aumento exagerado da pressão de pico nas vias aéreas e risco de síndrome compartimental abdominal.

Questão 32

A questão descreve um paciente idoso em pós-operatório imediato de uma cirurgia oncológica de grande porte. O ponto central para a resolução é a interpretação de um pico febril isolado (37,9 °C) no primeiro dia pós-operatório (DPO) em um paciente clinicamente estável.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Esta é a conduta correta. A febre nas primeiras 24 a 48 horas de pós-operatório é muito comum e, na ausência de outros sintomas ou alterações no exame físico, geralmente é causada pela resposta inflamatória sistêmica ao trauma cirúrgico (liberação de citocinas). O paciente é classificado como de alto risco para tromboembolismo venoso (TEV) devido à idade acima de 40 anos, ao diagnóstico de neoplasia maligna e à extensão da cirurgia abdominal (retossigmoidectomia). Portanto, garantir a profilaxia farmacológica (geralmente com heparina de baixo peso molecular) e estimular a deambulação precoce são as condutas prioritárias para prevenir complicações tromboembólicas e acelerar a recuperação.

Alternativa b: Incorreta. O paciente apresenta estabilidade hemodinâmica e respiratória, com saturação de oxigênio de 97% em ar ambiente e frequência cardíaca normal (92 bpm). Não há sinais clínicos que justifiquem a suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP). Solicitar angiotomografia e iniciar anticoagulação plena sem diagnóstico confirmado no primeiro dia pós-operatório seria uma conduta de alto risco para sangramentos graves.

Alternativa c: Incorreta. A investigação para focos infecciosos (culturas e exames de imagem) e o uso de antibióticos não estão indicados para um pico febril isolado e precoce em um paciente com bom estado geral. Infecções como pneumonia, infecção urinária ou infecção do sítio cirúrgico costumam se manifestar mais tardiamente, geralmente após o terceiro dia de pós-operatório.

Alternativa d: Incorreta. Embora a deambulação esteja correta, não há indicação para tomografia de abdome com triplo contraste neste momento. O exame físico abdominal é inocente (abdome flácido e sem irritação peritoneal). Complicações como deiscência de anastomose costumam ocorrer entre o quinto e o sétimo dia após a cirurgia. Além disso, o aspecto do dreno é normal para o período.

Associação com a imagem: As fotos ilustram o conteúdo de um dreno abdominal com aspecto serossanguinolento (mistura de soro e sangue em pequena quantidade). Este achado é perfeitamente normal e esperado no primeiro dia após uma retossigmoidectomia com linfadenectomia. O volume relatado de 60 mL em 24 horas é baixo, confirmando a ausência de hemorragia ativa ou complicações imediatas,

como fístulas entéricas precoces.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 33

A vacina contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), comercializada sob o nome Abrysvo (Pfizer), é uma vacina bivalente de proteína recombinante aprovada para uso em gestantes com o objetivo de proteger o recém-nascido. O mecanismo principal é a imunização passiva: a gestante produz anticorpos que atravessam a placenta, conferindo proteção ao bebê nos primeiros meses de vida, período de maior risco para complicações graves, como a bronquiolite.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A vacinação contra o VSR é recomendada de forma universal (rotina) para as gestantes dentro da idade gestacional adequada, e não apenas para aquelas com comorbidades ou risco de parto prematuro. O objetivo é a saúde pública e a redução de internações de lactentes em geral.

Alternativa (b) Incorreta: A recomendação não se limita às 28 semanas. O intervalo preconizado para a administração é justamente entre o final do segundo e o terceiro trimestres (24 a 36 semanas). Embora tenha havido uma vigilância rigorosa sobre partos prematuros nos estudos clínicos, a análise de segurança permitiu a aprovação do uso até a 36ª semana.

Alternativa (c) Incorreta: A vacina não é contraindicada após 32 semanas. Na verdade, para a paciente do caso, que está com 33 semanas, ela está no período ideal para a imunização. A imunoglobulina específica (como o palivizumabe ou o nirsevimabe) é uma estratégia de imunização passiva direta no bebê, geralmente reservada para prematuros ou crianças com cardiopatias/pneumopatias específicas, e não substitui a indicação da vacina materna quando esta ainda pode ser feita.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa reflete as diretrizes atuais. A vacina Abrysvo é administrada em dose única entre a 24ª e a 36ª semana de gestação. Estudos demonstraram que essa janela é segura para a mãe e para o feto, sendo altamente eficaz na redução de doenças graves do trato respiratório inferior causadas pelo VSR em lactentes desde o nascimento até os 6 meses de vida. Portanto, a paciente de 33 semanas não está "atrasada" e deve ser incentivada a vacinar-se.

Questão 34

Para resolver essa questão, devemos analisar dois pontos principais: a classificação do controle da asma em crianças de até 5 anos e a conduta terapêutica inicial baseada nessa classificação, seguindo as diretrizes do GINA (Global Initiative for Asthma).

Análise do Controle da Asma (últimas 4 semanas):

A paciente apresenta:

1. Sintomas diurnos mais de uma vez por semana (relatados 3 vezes por semana).
2. Necessidade de medicação de resgate (salbutamol) mais de uma vez por semana (relatada 3 vezes por semana).
3. Limitação de atividades (precisa interromper o balé e apresenta tosse ao correr ou rir).

Segundo o GINA, para crianças de 5 anos ou menos, a presença de 3 a 4 desses critérios (sintomas diurnos, resgate, limitação de atividade ou despertar noturno) classifica a asma como não controlada.

Análise da Conduta:

A criança apresenta sintomas frequentes e limitação da qualidade de vida, o que indica a necessidade de iniciar o tratamento de manutenção (Etapa 2 do tratamento). Para essa faixa etária, a conduta de escolha é o uso diário de corticoide inalatório (CI) em dose baixa, mantendo o broncodilatador de curta ação (salbutamol) apenas para o alívio de crises.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a classificação de asma não controlada esteja correta, a associação de corticoide inalatório com formoterol (terapia MART ou manutenção) não é a conduta inicial recomendada para crianças menores de 6 anos. Nessa faixa etária, o formoterol não deve ser usado como manutenção e resgate da mesma forma que em adultos/adolescentes.

b) Correta. A asma é classificada como não controlada devido à frequência dos sintomas e à limitação de atividades. A conduta adequada é iniciar o tratamento profilático com corticoide inalatório diário (manutenção) e deixar o salbutamol para uso se necessário (crises).

c) Incorreta. A asma não é parcialmente controlada, mas sim não controlada (apresenta 3 critérios de descontrole). Além disso, o corticoide sistêmico é reservado para o tratamento de exacerbações agudas ou casos gravíssimos, não sendo a terapia de manutenção de escolha.

d) Incorreta. A asma é classificada como não controlada. A prescrição de corticoide inalatório apenas nas crises (uso intermitente) pode ser considerada em situações muito específicas da Etapa 1, mas, para uma paciente com sintomas frequentes e limitação de esforço, o tratamento de manutenção contínuo é o indicado.

Questão 35

O caso clínico descreve uma complicação da vacina BCG conhecida como linfadenite regional supurada. Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar as reações esperadas das reações adversas que exigem intervenção medicamentosa, conforme as normas do Ministério da Saúde.

Análise da alternativa A (Correta):

A criança apresenta uma adenomegalia axilar de 2,5 cm, com sinais de flutuação e drenagem de secreção purulenta (supuração). Segundo o Manual de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação do Ministério da Saúde, a conduta para linfadenite regional supurada (ou linfadenite não supurada com diâmetro superior a 3 cm) é o tratamento medicamentoso. Embora a isoniazida seja frequentemente citada em manuais nacionais como a primeira escolha (na dose de 10 mg/kg/dia até a resolução), algumas referências e protocolos específicos de concursos adotam a rifampicina como alternativa eficaz para o tratamento dessas reações por um período determinado (geralmente até a cura clínica, em torno de 2 a 3 meses). O ponto central para acertar a questão é identificar que a lesão supurada exige tratamento farmacológico específico para micobactérias, e não apenas observação.

Análise da alternativa B (Incorreta):

A drenagem cirúrgica ou incisão de linfonodos supurados decorrentes da vacina BCG é contraindicada. O procedimento cirúrgico nesses casos está associado a um alto risco de formação de fístulas de difícil cicatrização e drenagem crônica. Além disso, o uso de antibióticos de amplo espectro (como cefalexina ou amoxicilina-clavulanato) não tem eficácia contra o *Mycobacterium bovis*, que é o agente causador da reação.

Análise da alternativa C (Incorreta):

A investigação de imunodeficiência primária (como a imunodeficiência combinada grave ou a doença granulomatosa crônica) deve ser considerada quando há disseminação do bacilo (BCGite), caracterizada por hepatoesplenomegalia, linfadenopatia generalizada ou lesões em outros órgãos. No caso descrito, a reação é estritamente localizada (regional), e o bebê apresenta bom estado geral e desenvolvimento adequado, o que torna a linfadenite uma reação adversa local isolada, sem necessidade imediata de triagem para imunodeficiências.

Análise da alternativa D (Incorreta):

Embora a isoniazida seja um medicamento utilizado no manejo de complicações da BCG, o termo "isoniazida profilática" está incorreto para este contexto. A profilaxia (ou tratamento da infecção latente) aplica-se ao bloqueio de contatos de pacientes com tuberculose. No caso de uma reação vacinal estabelecida com supuração, o que se institui é o tratamento do evento adverso. Além disso, o tempo de 6 meses é superior ao habitualmente recomendado para reações ganglionares localizadas, que costumam ser tratadas até a regressão clínica.

Associação com a prática:

A evolução normal da vacina BCG (pápula, pústula, úlcera e cicatriz) ocorre no local da aplicação. Quando o linfonodo regional (axilar, supra ou infraclavicular) aumenta de tamanho, mas permanece com menos de 3 cm e sem sinais de supuração, a conduta é apenas observação. A partir do momento em que há flutuação ou drenagem (como no caso do enunciado), o tratamento medicamentoso torna-se obrigatório.

Questão 36

Análise do caso clínico:

O paciente de 2 anos apresenta sinais de alerta clássicos para o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os principais achados descritos são o déficit na comunicação social (ausência de fala com significado, contato visual pobre, não responder ao ser chamado e falta de gestos espontâneos como apontar) e a presença de comportamentos repetitivos e interesses restritos (alinhar brinquedos e inflexibilidade a mudanças). Na Atenção Primária à Saúde, o foco deve ser a detecção precoce utilizando ferramentas de triagem rápida.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O Denver II é um teste de triagem do desenvolvimento neuropsicomotor global que avalia quatro domínios: pessoal-social, motor fino-adaptativo, linguagem e motor grosso. Embora seja útil para monitorar o desenvolvimento geral, ele não é o instrumento específico indicado pela Caderneta de Saúde da Criança para o rastreamento direcionado ao autismo.

b) Correta. O M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers - Revised) é o instrumento de rastreio para autismo validado para crianças entre 16 e 30 meses de idade. Devido à sua importância para o diagnóstico e intervenção precoces, ele foi incorporado à Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde. O questionário consiste em perguntas aos pais sobre o comportamento da criança e é a ferramenta oficial para triagem de TEA na Atenção Primária.

c) Incorreta. A CARS (Childhood Autism Rating Scale) é uma escala utilizada por especialistas para auxiliar no diagnóstico e avaliar a gravidade do autismo. Não é uma ferramenta de triagem rápida de uso universal na rotina da Atenção Primária, nem está disponível na Caderneta de Saúde para preenchimento básico.

d) Incorreta. A Bayley III é uma escala considerada padrão-ouro para avaliação detalhada do desenvolvimento infantil. No entanto, é um instrumento complexo, que exige aplicação por profissionais especializados, tempo prolongado de execução e kits específicos, não sendo utilizada como ferramenta de triagem na Caderneta de Saúde.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 37

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um recém-nascido de 11 dias com um quadro clássico de Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) na forma perdedora de sal. Os pontos fundamentais para o diagnóstico são:

1. Teste do pezinho alterado: A elevação da 17-hidroxiprogesterona (17-OHP) é o marcador clássico da deficiência da enzima 21-hidroxilase.
2. Crise adrenal (perda de sal): O início dos sintomas por volta do 7º ao 10º dia de vida com vômitos, desidratação grave, letargia e choque circulatório (hipotensão e taquicardia) indica a deficiência de aldosterona e cortisol.
3. Virilização: A presença de genitália ambígua (clitoromegalia e fusão labial) em um bebê sem gônadas palpáveis (sugerindo sexo genético feminino 46,XX) aponta para o excesso de andrógenos intraútero.

Diferenciação das alternativas:

a) Incorreta. A Síndrome de Insensibilidade Parcial aos Andrógenos ocorre em indivíduos com cariótipo 46,XY (geneticamente masculinos) que possuem defeitos nos receptores de testosterona. Não cursa com elevação de 17-OHP nem com crise de perda de sal (vômitos e choque), pois a função adrenal é normal.

b) Incorreta. A deficiência de 11-beta-hidroxilase é a segunda causa mais comum de HAC e também causa virilização. No entanto, ela leva ao acúmulo de 11-desoxicorticosterona, um mineralocorticoide potente que geralmente causa hipertensão arterial e hipocalcemia, e não a crise de perda de sal com hipotensão

descrita no caso.

c) Correta. A deficiência de 21-hidroxilase é responsável por cerca de 90 a 95% dos casos de HAC. A ausência dessa enzima impede a conversão de 17-OHP em 11-desoxicortisol (via do cortisol) e de progesterona em desoxicorticosterona (via da aldosterona). Ocorre um desvio metabólico para a produção de andrógenos, causando virilização em fetos femininos. A falta de aldosterona justifica a crise perdedora de sal com choque e desidratação na segunda semana de vida.

d) Incorreta. A deficiência de 3-beta-hidroxiesteroide desidrogenase é rara e afeta a produção de todos os esteroides adrenais e gonadais. Em meninas, causa uma virilização leve (pelo acúmulo de DHEA). Embora possa causar perda de sal, o marcador principal no teste do pezinho para triagem populacional é especificamente a 17-OHP para a deficiência de 21-hidroxilase, que é muito mais prevalente e compatível com a gravidade do quadro exposto.

Questão 38

O caso clínico descreve um quadro clássico de engurgitamento mamário durante o período de apojadura (descida do leite), que ocorre geralmente entre o segundo e o quinto dia após o parto. A mãe apresenta mamas endurecidas e edemaciadas, o que torna a aréola tensa e dificulta a pega adequada pelo recém-nascido, justificando a queixa de que o bebê escorrega e a dor sentida no início da mamada.

Sobre o peso do bebê: O peso atual de 3.325 g representa uma perda de 5% em relação ao peso de nascimento (3.500 g). Como o bebê tem 5 dias de vida, essa perda é considerada fisiológica, pois aceita-se uma redução de até 10% do peso nos primeiros 7 a 10 dias de vida. Portanto, não há indicação de complementação alimentar no momento.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A ordenha após as mamadas com o objetivo de aumentar a produção de leite é contraindicada neste cenário. A paciente já apresenta sinais de excesso de leite ou estase (engurgitamento), e estimular ainda mais a produção agravaria o desconforto materno, a tensão mamária e o edema local.

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta padrão para o manejo do engurgitamento mamário que impede a pega correta. A massagem e a ordenha de alívio da aréola antes da mamada retiram o excesso de leite acumulado naquela região específica, tornando-a mais macia e flexível. Isso permite que o bebê consiga realizar a pega de forma profunda (abocanhando a aréola e não apenas o mamilo), o que reduz a dor

materna, evita fissuras e facilita o esvaziamento efetivo da mama pelo lactente.

Alternativa c: Incorreta. A introdução de fórmula infantil é contraindicada neste caso. A perda de peso do recém-nascido é fisiológica e a produção de leite materno está presente e abundante. O uso de substitutos do leite materno sem indicação clínica clara interfere no estabelecimento da lactação e pode levar ao desmame precoce.

Alternativa d: Incorreta. Embora o leite materno ordenhado seja a melhor opção caso houvesse necessidade de complementação, ela não se justifica aqui. O foco da intervenção deve ser a correção da técnica de amamentação (resolvendo a pega difícil causada pelo engurgitamento). Uma vez que a aréola esteja flexível, o bebê conseguirá extrair o volume necessário diretamente do seio, não havendo necessidade de oferta adicional após as mamadas.

Questão 39

Esta questão aborda os critérios de indicação de Tomografia Computadorizada (TC) de crânio em pediatria após um Traumatismo Cranioencefálico (TCE) leve. O protocolo mais utilizado e cobrado em provas para essa decisão clínica é o PECARN (Pediatric Emergency Care Applied Research Network), que divide as crianças em dois grupos: menores de 2 anos e maiores ou iguais a 2 anos. No caso em questão, o paciente tem 7 anos.

Para crianças de 2 anos ou mais, os critérios de alto risco do PECARN, que indicam a necessidade de TC de crânio (risco de Lesão Cerebral Traumática Clinicamente Importante de aproximadamente 4%), são:

1. Escala de Coma de Glasgow (ECG) menor que 15 (ou seja, ECG de 14 ou menor).
2. Sinais clínicos de fratura de base de crânio (como sinal de guaxinim, sinal de Battle, hemotímpano ou rinorreia/otorreia de líquido).
3. Alteração do estado mental (que inclui agitação, sonolência, perguntas repetitivas ou resposta lenta à comunicação verbal).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O erro está em "Escala de Coma de Glasgow maior ou igual a 14". Se o paciente tem ECG 15, ele não preenche esse critério de alto risco isoladamente. Além disso, "fratura de crânio palpável" é um critério específico para crianças menores de 2 anos no protocolo PECARN; para os maiores, o foco é na fratura de base de crânio.

b) Incorreta. Embora apresente a ECG correta (menor ou igual a 14), os critérios "fratura de crânio palpável" e "hematoma subgaleal" (especialmente em regiões não

frontais) são preditores de risco para crianças menores de 2 anos.

c) Incorreta. Novamente, "maior ou igual a 14" incluiria o Glasgow normal (15). Além disso, a presença de hematoma subgaleal temporal é um critério de risco importante para lactentes (menores de 2 anos), não sendo o critério principal de alto risco para uma criança de 7 anos.

d) Correta. Esta alternativa descreve exatamente os três critérios de alto risco para crianças com 2 anos ou mais no protocolo PECARN. No caso clínico apresentado, o paciente possui ECG 14 e alteração do estado mental (fala confusa e desorientação), o que justifica formalmente a realização da tomografia de crânio.

Questão 40

Esta questão aborda o manejo de um traumatismo cranioencefálico (TCE) grave em uma criança que evoluiu com queda no nível de consciência (Glasgow 10) e necessita de proteção de via aérea por meio da Sequência Rápida de Intubação (SRI). A SRI consiste na administração quase simultânea de um agente indutor (sedativo) seguido de um bloqueador neuromuscular para facilitar a laringoscopia e a intubação, minimizando o risco de aspiração e o aumento da pressão intracraniana (PIC).

Abaixo, a análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A lidocaína e a atropina são consideradas medicações de pré-tratamento na SRI. A lidocaína pode ser usada para atenuar a resposta simpática e o aumento da PIC durante a laringoscopia, enquanto a atropina é frequentemente usada em pediatria para prevenir a bradicardia reflexa. No entanto, elas não substituem os agentes indutores e bloqueadores necessários para as etapas de indução e paralisia.

Alternativa B: Incorreta. O midazolam e o propofol são ambos agentes sedativos/indutores. Uma sequência rápida de intubação exige a combinação de um indutor com um bloqueador neuromuscular (paralisante). Além disso, o propofol deve ser usado com cautela em pacientes com suspeita de hipovolemia ou instabilidade, pois pode causar hipotensão arterial, o que prejudicaria a pressão de perfusão cerebral no paciente com TCE.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa apresenta a sequência correta de classes de drogas: um indutor (cetamina) seguido de um bloqueador neuromuscular (rocurônio). No contexto do trauma, a cetamina é um excelente indutor, pois mantém a estabilidade hemodinâmica e a pressão arterial, garantindo uma boa perfusão cerebral. Embora existisse um dogma antigo de que a cetamina aumentava a PIC,

evidências atuais mostram que ela é segura e benéfica no TCE quando o paciente está ventilado. O rocurônio é um bloqueador neuromuscular não despolarizante com rápido início de ação, sendo uma alternativa segura e eficaz para a paralisia na SRI.

Alternativa D: Incorreta. Embora a succinilcolina (bloqueador neuromuscular) e o etomidato (indutor) sejam drogas amplamente utilizadas na SRI, a alternativa apresenta a ordem de administração invertida. Na sequência rápida, deve-se administrar primeiro o agente indutor e, imediatamente depois, o bloqueador neuromuscular. Inverter a ordem causaria paralisia muscular no paciente ainda consciente, o que é contraindicado por questões éticas e clínicas.

Conclusão: A alternativa C é a única que respeita a lógica farmacológica da SRI (indução seguida de paralisia) e utiliza medicações adequadas para o cenário de um paciente pediátrico com TCE e necessidade de estabilidade hemodinâmica.

Questão 41

ANÁLISE DO CASO

O paciente é uma criança de 7 anos com traumatismo cranioencefálico (TCE) que apresenta sinais de alerta: cefaleia progressiva, vômitos e alteração do nível de consciência (Glasgow 14, confuso e desorientado). O quadro evolui com uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Diante desse cenário, o manejo deve focar na estabilização neurológica e na prevenção de lesões secundárias.

MANEJO FARMACOLÓGICO (ANTICONVULSIVANTES)

No contexto do TCE, as crises convulsivas podem ser classificadas como imediatas (nas primeiras 24 horas) ou precoces (até o 7º dia). O uso de anticonvulsivantes está indicado para tratar a crise aguda e como profilaxia para evitar novas crises precoces, que poderiam elevar a pressão intracraniana (PIC) e aumentar o consumo metabólico de oxigênio cerebral. A fenitoína (ou o levetiracetam, em serviços que o disponibilizam) é a droga de escolha clássica recomendada pelos protocolos de neurotrauma (como o Brain Trauma Foundation) para a prevenção de crises precoces no TCE. O fenobarbital não é a droga de primeira linha para esse fim em crianças maiores, sendo geralmente reservado para casos refratários ou neonatos.

MANEJO VENTILATÓRIO (ALVO DE PaCO₂)

A manutenção dos níveis de dióxido de carbono no sangue arterial (PaCO₂) é crítica no paciente neurocrítico:

1. Normocapnia (PaCO₂ entre 35 e 40 mmHg ou 35 e 45 mmHg): É o objetivo terapêutico. Mantém o fluxo sanguíneo cerebral estável sem comprometer a perfusão.
2. Hipocapnia (PaCO₂ < 35 mmHg): Ocorre na hiperventilação. O baixo nível de CO₂ causa vasoconstrição cerebral, o que pode reduzir a pressão intracraniana, mas traz um risco elevado de isquemia cerebral por redução severa do fluxo sanguíneo. A hiperventilação agressiva (PaCO₂ < 30 mmHg) é contraindicada, especialmente nas primeiras 24-48 horas.
3. Hiper-capnia (PaCO₂ > 45 mmHg): Causa vasodilatação cerebral, o que aumenta o volume sanguíneo intracraniano e, conseqüentemente, a pressão intracraniana, podendo levar a herniações.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

- a) Correta. A fenitoína é o padrão para profilaxia e tratamento de crises precoces no TCE. A manutenção da PaCO₂ entre 35 e 40 mmHg (normocapnia) garante o equilíbrio entre o fluxo sanguíneo cerebral e a pressão intracraniana, evitando isquemia ou hipertensão intracraniana iatrogênica.
- b) Incorreta. O fenobarbital não é o anticonvulsivante de primeira escolha para a profilaxia de crises pós-traumáticas nesta faixa etária e contexto.
- c) Incorreta. Embora a fenitoína esteja correta, manter a PaCO₂ menor que 30 mmHg é perigoso, pois a vasoconstrição excessiva pode causar infarto cerebral isquêmico.
- d) Incorreta. O fenobarbital não é a primeira escolha e manter a PaCO₂ maior que 45 mmHg causaria vasodilatação cerebral, piorando a hipertensão intracraniana em um paciente que já apresenta sinais de sofrimento neurológico.

Questão 42

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um lactente de 10 meses com quadro de diarreia aguda. Para definir a conduta, devemos aplicar os critérios de avaliação do estado de hidratação preconizados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os dados do exame físico mostram que a criança está ativa, chora com lágrimas, possui mucosas úmidas, turgor da pele preservado e aceita líquidos prontamente. Essas características indicam que não há sinais clínicos de desidratação. Portanto, o paciente deve ser classificado como Sem Desidratação e o tratamento indicado é o Plano A, realizado no domicílio.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: O paciente não apresenta sinais de desidratação. No Plano A, o objetivo é prevenir a desidratação e manter a nutrição. A conduta inclui o aumento da oferta de líquidos (líquidos caseiros ou sais de reidratação oral - SRO), manutenção da alimentação habitual e suplementação de zinco por 10 a 14 dias. Para crianças menores de 1 ano, a recomendação de SRO após cada evacuação diarreica é de 50 a 100 mL. Quanto ao zinco, a dose correta para crianças acima de 6 meses de idade é de 20 mg por dia (crianças abaixo de 6 meses recebem 10 mg/dia).

Alternativa (b) INCORRETA: A classificação está errada, pois o paciente não apresenta sinais de desidratação (como irritabilidade, olhos fundos ou sinal da prega que desaparece lentamente). Além disso, a conduta de 50 mL/kg em 4 horas refere-se ao Plano B (terapia de reidratação oral supervisionada). A dose de zinco de 10 mg/dia é indicada apenas para lactentes menores de 6 meses.

Alternativa (c) INCORRETA: Não há sinais de desidratação moderada no caso descrito. A conduta proposta (50-100 mL/kg em 4 a 6 horas) faz parte do Plano B, indicado para pacientes que já apresentam sinais clínicos de perda de fluidos, o que não ocorre com este bebê, que está ativo e com mucosas úmidas.

Alternativa (d) INCORRETA: A alternativa descreve o Plano C, que é a terapia de reidratação parenteral (venosa). Essa conduta é reservada exclusivamente para casos de desidratação grave ou choque hipovolêmico, situações em que o paciente apresenta alteração do nível de consciência, incapacidade de beber, pulso débil ou sinais de perfusão periférica lentificada, o que contradiz totalmente o estado geral estável do paciente relatado na questão.

Questão 43

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente é um adolescente de 13 anos com quadro respiratório de evolução subaguda (10 dias), caracterizado por tosse seca, cefaleia e febre baixa. O exame físico revela um bom estado geral e a presença de estertores finos bilaterais, o que demonstra uma dissociação entre a clínica (paciente bem) e os achados da ausculta e imagem. Esse cenário é clássico da pneumonia atípica.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A pneumonia atípica, causada principalmente pelo *Mycoplasma pneumoniae*, é muito

comum em escolares e adolescentes. O início é gradual, com sintomas sistêmicos (cefaleia, mal-estar, mialgia) precedendo a tosse, que costuma ser seca e persistente. Na radiografia de tórax, o achado característico não é a consolidação lobar, mas sim um infiltrado intersticial ou broncopneumônico difuso, muitas vezes parecendo "pior" do que o estado geral do paciente sugere. Como o *Mycoplasma* não possui parede celular de peptidoglicano, os antibióticos beta-lactâmicos (como a amoxicilina) não funcionam. O tratamento de escolha é feito com macrolídeos, sendo a azitromicina (por 5 dias) ou a claritromicina as opções principais.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Consolidações e a etiologia por *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) definem a pneumonia típica. Nela, o início é súbito, com febre alta, prostração e tosse produtiva. O achado radiológico esperado seria uma consolidação lobar ou segmentar única, e não estertores finos dispersos bilateralmente em um paciente com bom estado geral.

Alternativa B: O quadro descrito não é compatível com asma. A asma manifesta-se com sibilância recorrente, dispneia e opressão torácica, geralmente desencadeada por alérgenos ou infecções virais (como rinovírus), mas não costuma cursar com 10 dias de febre e estertores finos bilaterais. O aumento da trama vascular não é o achado radiológico típico da asma (que apresenta hiperinsuflação).

Alternativa D: Assim como na alternativa B, os dados clínicos (febre e cefaleia prolongadas) direcionam o diagnóstico para um processo infeccioso pulmonar (pneumonia) e não para uma crise de asma. Além disso, a associação de azitromicina, prednisolona e salbutamol de forma empírica para este caso não segue os protocolos de manejo de pneumonia atípica ou de asma isoladamente. A atelectasia é uma complicação ou achado secundário, não sendo o padrão esperado para o *Mycoplasma*.

Questão 44

O caso descreve um lactente de 7 meses em Parada Cardiorrespiratória (PCR). O monitor cardíaco revela uma atividade elétrica organizada, porém o paciente não possui pulso palpável, o que define o ritmo de Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP). A AESP, juntamente com a assistolia, compõe o grupo dos ritmos não chocáveis.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a técnica de compressão (frequência, profundidade e relação 15:2 para dois socorristas) esteja correta, o erro reside na dose da

adrenalina. A dose recomendada na via endovenosa ou intraóssea para pediatria é de 0,01 mg/kg (correspondente a 0,1 ml/kg da solução diluída a 1:10.000). A dose de 0,1 mg/kg é dez vezes superior à recomendada e pode ser utilizada apenas via endotraqueal, caso não haja acesso vascular.

Alternativa b) Incorreta. O manejo da parada cardiorrespiratória exige compressões torácicas imediatas e de alta qualidade. Isolar apenas a ventilação por 2 minutos sem realizar as compressões torácicas é uma conduta inadequada para um paciente sem pulso, retardando a perfusão de órgãos vitais.

Alternativa c) Incorreta. A desfibrilação (choque) está indicada apenas para ritmos chocáveis: Fibrilação Ventricular (FV) e Taquicardia Ventricular sem pulso (TVSP). Como o paciente apresenta atividade elétrica organizada sem pulso (AESP), o tratamento consiste em RCP de alta qualidade e administração precoce de adrenalina. O choque em ritmos não chocáveis não tem benefício e prejudica a ressuscitação.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o protocolo de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (PALS) para ritmos não chocáveis. Em lactentes (menores de 1 ano), a profundidade das compressões deve ser de um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, o que equivale a aproximadamente 4 cm. A frequência deve ser de 100 a 120 por minuto, com relação de 15 compressões para 2 ventilações quando há dois ou mais socorristas profissionais presentes. A dose de adrenalina está correta (0,01 mg/kg) e a reavaliação de ritmo e pulso deve ocorrer a cada 2 minutos.

Resumo dos parâmetros para lactentes:

- Ritmo identificado: AESP (não chocável).
- Frequência de compressão: 100 a 120/min.
- Profundidade: 1/3 do tórax ou cerca de 4 cm.
- Relação compressão-ventilação: 15:2 (equipe de saúde).
- Adrenalina: 0,01 mg/kg EV/IO a cada 3-5 minutos.
- Ciclos: Reavaliar a cada 2 minutos.

Questão 45

ANÁLISE DOS RESULTADOS DO TESTE

O teste do coraçãozinho, ou oximetria de pulso neonatal, é uma triagem obrigatória realizada em recém-nascidos a termo entre 24 e 48 horas de vida. Para interpretar os resultados, utilizamos os seguintes critérios:

1. **TESTE NEGATIVO (NORMAL):** Saturação maior ou igual a 95% em ambas as extremidades (mão direita e um dos pés) E diferença entre as duas medidas menor ou igual a 3%.
2. **TESTE POSITIVO (ALTERADO):** Saturação menor que 89% em qualquer uma das extremidades (mão ou pé).
3. **TESTE DUVIDOSO:** Saturação entre 90% e 94% em qualquer extremidade OU diferença entre a mão e o pé maior ou igual a 4%.

No caso apresentado:

- Saturação na mão direita (pré-ductal): 97%
- Saturação no pé direito (pós-ductal): 92%
- Diferença entre as medidas: 5% (97 menos 92)

Como a saturação no pé está abaixo de 95% e a diferença entre os membros é de 5% (portanto, maior ou igual a 4%), o resultado é classificado como DUVIDOSO.

CONDUTA NO TESTE DUVIDOSO

De acordo com o protocolo da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde, quando o teste é duvidoso, a conduta é repetir a medição em 1 hora. Podem ser realizadas até três medições, com intervalo de 1 hora entre elas. Se após a terceira medição o resultado continuar duvidoso, o teste é então considerado POSITIVO, e um ecocardiograma deve ser solicitado em até 24 horas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): Reflete exatamente o protocolo. Como a diferença de saturação foi de 5%, o teste é duvidoso e a conduta inicial é repetir em 1 hora.

Alternativa B (INCORRETA): O teste não é negativo. Para ser negativo, ambos os valores deveriam ser iguais ou superiores a 95% e a diferença entre eles deveria ser no máximo de 3%.

Alternativa C (INCORRETA): Embora o exame clínico (pulsos reduzidos em membros inferiores e sopro) seja altamente sugestivo de Coarctação da Aorta, a pergunta pede a conduta inicial baseada nos VALORES do teste do coraçãozinho. Pelos critérios da triagem, o ecocardiograma só seria a conduta imediata se a saturação fosse menor que 89% ou se o resultado duvidoso persistisse após as repetições. Na prática médica, o exame físico alterado já justificaria a investigação, mas para fins de prova sobre o protocolo de triagem, a repetição é o passo seguinte para o resultado de saturação encontrado.

Alternativa D (INCORRETA): A observação passiva no alojamento conjunto não é a conduta recomendada para um teste alterado. É necessário seguir o algoritmo de repetição da oximetria em 1 hora para definir se o recém-nascido precisará de avaliação cardiológica especializada.

GABARITO: Letra A.

Questão 46

O caso clínico apresenta um recém-nascido a termo, com 36 horas de vida, que possui um Teste do Coraçãozinho positivo. Os critérios para um teste positivo são: saturação de oxigênio (SatO₂) abaixo de 95% em qualquer um dos membros ou uma diferença igual ou superior a 3% entre a mão direita (pré-ductal) e o pé (pós-ductal). No paciente em questão, a SatO₂ no pé é de 92% e a diferença entre os membros é de 5%, confirmando a positividade do teste.

O achado clínico fundamental para o diagnóstico é a presença de pulsos normais nos membros superiores e reduzidos nos membros inferiores. Essa discrepância de pulsos, associada à diferença de saturação, aponta para uma obstrução ao fluxo sanguíneo na aorta após a saída dos vasos da base (que irrigam os braços) e antes ou ao nível do canal arterial. O sopro contínuo na região infraclavicular sugere a persistência do canal arterial, que pode estar garantindo o fluxo sistêmico para a parte inferior do corpo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na transposição das grandes artérias, o quadro clínico predominante é de cianose central importante e refratária à oxigenoterapia logo nas primeiras horas de vida. Não há, tipicamente, uma diferença marcante entre os pulsos dos membros superiores e inferiores, pois não existe uma obstrução mecânica na aorta.

b) Correta. A coarctação da aorta crítica é a principal hipótese diagnóstica. Ela consiste em um estreitamento da luz da aorta, geralmente localizado próximo à inserção do canal arterial. Isso gera uma barreira ao fluxo sanguíneo para a metade inferior do corpo, resultando em pulsos femorais reduzidos ou ausentes e menor saturação de oxigênio nos membros inferiores em comparação aos superiores. Quando o canal arterial começa a se fechar, o quadro pode se agravar rapidamente para choque cardiogênico.

c) Incorreta. A atresia pulmonar com septo íntegro é uma cardiopatia congênita cianótica dependente do canal arterial para o fluxo pulmonar (e não sistêmico). O recém-nascido apresentaria cianose progressiva e hipoxemia grave, mas os pulsos

estariam presentes e simétricos em todos os quatro membros.

d) Incorreta. O tronco arterial comum (*Truncus Arteriosus*) é uma cardiopatia de hiperfluxo pulmonar e mistura total de sangue. Clinicamente, o paciente apresenta sinais de insuficiência cardíaca e cianose leve a moderada. Uma característica marcante são os pulsos amplos (pulso em martelo d'água) devido ao "roubo" de fluxo da aorta para a artéria pulmonar durante a diástole, e não pulsos reduzidos em membros inferiores.

Questão 47

Para resolver essa questão, precisamos analisar dois pontos principais: a classificação da criança ao nascimento e o seu desenvolvimento no primeiro mês de vida.

Análise dos dados ao nascimento:

A criança nasceu com 2.450 g. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, qualquer recém-nascido com peso inferior a 2.500 g é classificado como baixo peso ao nascer (BPN). Não há evidências de prematuridade no enunciado; a mãe teve uma intercorrência com 37 semanas (período em que o bebê já é considerado a termo), sugerindo que o parto ocorreu após esse marco.

Análise do desenvolvimento (primeiro mês):

1. Ganho de peso: A criança ganhou 27 g/dia. O esperado para o primeiro trimestre de vida é um ganho médio de 20 a 30 g por dia (ou aproximadamente 700 a 900 g por mês). Portanto, 27 g/dia é considerado um excelente ganho ponderal.
2. Estatura: Cresceu 3,5 cm. O esperado para o primeiro mês é de aproximadamente 3 cm. O resultado está ótimo.
3. Perímetro Cefálico (PC): Aumentou 2 cm. O esperado para o primeiro trimestre é exatamente uma média de 2 cm por mês. O crescimento está perfeito.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não há dados que comprovem prematuridade (o texto cita 37 semanas como idade da infecção urinária, sugerindo gestação a termo). Além disso, o ganho pômdero-estatural não é baixo, mas sim muito bom.

b) Incorreta. Embora o ganho seja bom, o termo "pequena para a idade gestacional" (PIG) refere-se a bebês que estão abaixo do percentil 10 para a sua idade gestacional em curvas específicas (como as de Lubchenco ou Fenton). Na ausência dessas curvas e tendo o dado objetivo do peso inferior a 2.500 g, a classificação técnica prioritária em provas é "baixo peso ao nascer".

c) Incorreta. Como visto, o ganho de peso e estatura foi bom (acima da média esperada em alguns parâmetros), e não apenas "regular". Além disso, o retorno para uma criança que está evoluindo tão bem em aleitamento materno exclusivo deve ser o de rotina (mensal).

d) Correta. A criança se enquadra na definição de baixo peso ao nascer (peso < 2.500 g). O ganho de 27 g/dia, 3,5 cm de comprimento e 2 cm de PC em 30 dias reflete um ótimo desenvolvimento (bom ganho pômdero-estatural). Como a criança está clinicamente bem e em aleitamento materno exclusivo, a conduta correta é o seguimento de rotina na puericultura, com retorno em um mês.

Questão 48

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um menino de 8 anos com sinais de comprometimento do Sistema Nervoso Central (SNC). A presença de febre e cefaleia, evoluindo com confusão mental e crise convulsiva, aponta para um diagnóstico de encefalite (inflamação do parênquima cerebral), e não apenas meningite.

O líquido (LCR) reforça essa suspeita: apresenta pleocitose leve (18 células) com predomínio de linfócitos, hiperproteinorraquia (proteína de 80 mg/dL) e glicose normal (60 mg/dL para uma glicemia de 90 mg/dL). Esse padrão de líquido "claro" com predomínio linfomonocitário é característico de infecções virais. Diante de uma encefalite aguda, a principal e mais grave etiologia a ser considerada é a encefalite herpética (causada pelo vírus herpes simplex - HSV).

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A encefalite herpética é uma emergência médica. Se não tratada precocemente, apresenta altíssima mortalidade e sequelas neurológicas graves e permanentes. Como os exames confirmatórios (como a PCR/painel molecular) podem demorar horas ou dias, a conduta padrão é iniciar o aciclovir endovenoso imediatamente diante da suspeita clínica e líquórica. O tratamento precoce é o fator que mais isoladamente reduz a morbimortalidade.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a) Aguardar o resultado da cultura e painel molecular para definição do tratamento: Incorreta. Em neurologia infecciosa, "tempo é cérebro". Esperar o resultado de exames moleculares para iniciar o tratamento da encefalite herpética é

uma conduta perigosa que coloca a vida do paciente em risco e aumenta drasticamente a chance de sequelas.

Alternativa b) Iniciar antibiótico de amplo espectro endovenoso e repetir tomografia de crânio em 24 horas: Incorreta. Embora o início de antibióticos seja a conduta na suspeita de meningite bacteriana, o quadro de confusão mental e o líquido com predomínio linfocitário e glicose normal direcionam fortemente para a etiologia viral (encefalite). Além disso, repetir a tomografia em 24 horas não traz benefício terapêutico imediato; o foco deve ser o tratamento etiológico (antiviral).

Alternativa d) Iniciar corticoide endovenoso, sem aguardar confirmação do painel molecular no líquido, e observar evolução clínica por 24 horas: Incorreta. O corticoide (como a dexametasona) tem indicação precisa em casos de suspeita de meningite bacteriana por *Haemophilus influenzae* ou *Streptococcus pneumoniae*, para reduzir complicações como a surdez, devendo ser administrado antes ou junto com a primeira dose de antibiótico. Na encefalite viral, o corticoide não é o tratamento principal, e a conduta de apenas "observar" por 24 horas é inadequada frente à gravidade do caso.

Questão 49

Análise dos resultados laboratoriais:

A tabela apresenta os exames de uma gestante com destaque para o resultado Vírus linfotrófico de células T humanas tipos 1 e 2 (HTLV 1/2) Reagente. Os demais exames mostram que a paciente é imune à toxoplasmose (IgG reagente/IgM não reagente), possui uma cicatriz sorológica de sífilis ou infecção latente (VDRL não reagente/FTA-Abs reagente) e é suscetível à rubéola.

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Desde a publicação da Portaria GM/MS número 3.148, de 6 de fevereiro de 2024, a infecção pelo HTLV-1 e HTLV-2 foi oficialmente incluída na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública no Brasil. Mesmo antes dessa portaria nacional, a notificação já era obrigatória em diversos estados com alta prevalência.

Alternativa b: Incorreta. A alternativa inverte as etapas do diagnóstico. Assim como no HIV, o protocolo para HTLV consiste em realizar primeiro uma triagem com testes de alta sensibilidade, como o ELISA ou a quimioluminescência. Somente se esse teste for reagente, utiliza-se um teste confirmatório de alta especificidade, como o Western-Blot ou o teste molecular (PCR).

Alternativa c: Incorreta. O rastreio do HTLV no pré-natal é recomendado e vem sendo implementado de forma sistemática no Brasil. O objetivo não é proteger profissionais de saúde ou devido ao contato com crianças, mas sim identificar a gestante portadora para prevenir a transmissão vertical. O vírus não é transmitido pelo convívio social cotidiano com crianças.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve as três principais vias de transmissão do HTLV. A transmissão sexual ocorre através de relações sem preservativo. A via parenteral ocorre pelo contato com sangue contaminado, principalmente no compartilhamento de agulhas. A transmissão vertical é a mais relevante no contexto do pré-natal, ocorrendo majoritariamente por meio do aleitamento materno (em cerca de 15 a 25 por cento dos casos de mães infectadas), razão pela qual a amamentação é contraindicada nessas pacientes.

Conclusão: Diante do resultado reagente para HTLV 1/2 demonstrado na imagem, o conhecimento sobre as formas de transmissão (alternativa d) é essencial para o manejo clínico, que envolve a confirmação do diagnóstico e a orientação sobre a interrupção da amamentação para proteger o recém-nascido.

Questão 50

A infecção pelo HTLV (Vírus Linfotrópico de Células T Humanas) durante a gestação exige cuidados específicos para evitar a transmissão para o concepto. Conforme observado na tabela de exames da paciente, o resultado para HTLV 1/2 é Reagente, o que fundamenta a questão e a conduta a ser tomada.

Alternativa A (Correta): A principal via de transmissão vertical do HTLV é o aleitamento materno, ocorrendo pela passagem de linfócitos maternos infectados através do leite. Estudos demonstram que o risco de transmissão aumenta proporcionalmente ao tempo de amamentação. Por esse motivo, as normas técnicas do Ministério da Saúde do Brasil estabelecem que a amamentação é uma contraindicação absoluta para mães infectadas pelo HTLV-1 ou HTLV-2. A recomendação é a inibição da lactação (química ou mecânica) e a alimentação do recém-nascido com fórmula infantil.

Alternativa B (Incorreta): Diferente do que ocorre na infecção pelo HIV, não existe uma correlação estabelecida entre a carga viral de HTLV no terceiro trimestre e a necessidade de modificação da via de parto. O parto vaginal não está contraindicado, pois a transmissão intraparto é considerada rara e pouco expressiva em comparação à transmissão pelo leite materno.

Alternativa C (Incorreta): O dolutegravir é um antirretroviral potente utilizado no

tratamento do HIV (inibidor da integrase). Não há evidências ou protocolos que recomendem o uso de dolutegravir ou qualquer outra terapia antirretroviral para gestantes com HTLV com o objetivo exclusivo de impedir a transmissão vertical. O manejo foca essencialmente no pós-parto.

Alternativa D (Incorreta): A realização de cesariana eletiva não é recomendada rotineiramente apenas pelo diagnóstico de HTLV. Como a transmissão ocorre majoritariamente pelo leite, a via de parto (vaginal ou cesárea) não altera significativamente as taxas de infecção do recém-nascido, desde que o aleitamento materno seja evitado.

Associação com a imagem: A tabela apresenta o resultado das sorologias de pré-natal da gestante. Observa-se que ela é negativa para HIV, Hepatites B e C e Rubéola. O VDRL é não reagente, apesar do FTA-Abs reagente (o que poderia indicar uma infecção passada por sífilis). O ponto chave para a questão é a penúltima linha, que indica Vírus Linfotrópico de Células T Humanas tipos 1 e 2 (HTLV 1/2) como Reagente, disparando a necessidade da orientação sobre a amamentação.

Questão 51

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão exige a interpretação do rastreamento infeccioso realizado na primeira consulta de pré-natal. Com base na alternativa correta (d), deduz-se que a gestante não apresenta infecções ativas no momento, mas encontra-se suscetível à hepatite B.

Alternativa A: Incorreta. O início da espiramicina e o encaminhamento para a medicina fetal seriam indicados caso os exames sugerissem uma infecção aguda por toxoplasmose (como IgM reagente e IgG não reagente, ou ambos reagentes com baixa avidéz em idade gestacional precoce). Como a alternativa D é a correta, os exames de toxoplasmose desta paciente provavelmente indicaram que ela é imune (IgG positivo) ou suscetível (IgG e IgM negativos), não havendo indicação de tratamento.

Alternativa B: Incorreta. A vacina tríplice viral, que protege contra a rubéola, é composta por vírus vivos atenuados. Por esse motivo, ela é formalmente contraindicada durante a gestação devido ao risco teórico de transmissão do vírus vacinal ao feto. Se a gestante for suscetível à rubéola (IgG negativo), a orientação correta é vacinar apenas no puerpério.

Alternativa C: Incorreta. O tratamento para sífilis com penicilina benzatina só deve

ser realizado se houver evidência laboratorial de infecção por meio de testes treponêmicos ou não treponêmicos (VDRL) reagentes. Se os exames da paciente foram negativos, não há indicação terapêutica.

Alternativa D: Correta. No pré-natal, o rastreamento da hepatite B é feito por meio do HBsAg. Se o resultado for negativo, deve-se avaliar se a paciente possui imunidade (Anti-HBs positivo). Caso a gestante seja HBsAg negativa e Anti-HBs negativa, ela é considerada suscetível. A vacinação contra a hepatite B é segura na gestação, pois é produzida por engenharia genética e não contém vírus vivo. O esquema completo deve ser realizado com três doses (0, 1 e 6 meses) para garantir a proteção da mãe e reduzir o risco de transmissão vertical em caso de exposição futura.

Questão 52

O ponto central para a resolução desta questão reside na correta datação da idade gestacional (IG). De acordo com os consensos obstétricos, como os da FEBRASGO e do Ministério da Saúde, a determinação da IG deve ser feita pela Data da Última Menstruação (DUM) sempre que a diferença entre esta e a primeira ultrassonografia (USG) do primeiro trimestre for pequena. Para exames realizados no primeiro trimestre (medindo o comprimento cabeça-nádega), se a diferença for de até 5 ou 7 dias, deve-se manter a DUM como a referência oficial para o cálculo da idade.

No cenário exposto, a paciente apresenta 30 semanas e 4 dias pela DUM e 31 semanas e 2 dias pela primeira USG. A diferença entre as datas é de exatos 5 dias. Portanto, a idade gestacional correta a ser considerada para o acompanhamento é a da DUM (30 semanas e 4 dias).

O exame atual descreve um feto com biometria de 31 semanas e 1 dia, informando que o peso fetal está no percentil 9 para a idade de 31 semanas. No entanto, como a idade correta da gestante é de 30 semanas e 4 dias, esse peso fetal está, na verdade, acima da média esperada para a idade real. Ou seja, o feto não é Pequeno para a Idade Gestacional (PIG), mas sim Adequado para a Idade Gestacional (AIG).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta porque a classificação de feto pequeno constitucional só é considerada quando a datação está correta e o peso fetal está comprovadamente abaixo do percentil 10, mas com exames de vitalidade (Doppler) normais e compatibilidade com o biotipo materno. Neste caso, o feto nem sequer é pequeno quando datado corretamente.

Alternativa b: Está correta. A conduta é tranquilizar a paciente, pois o resultado de

percentil 9 foi gerado com base em uma idade gestacional de 31 semanas e 2 dias. Ao ajustar para a idade correta pela DUM (30 semanas e 4 dias), o peso fetal mostra-se adequado e não há patologia.

Alternativa c: Está incorreta. A restrição de crescimento fetal (RCF) precoce (antes de 32 semanas) é um diagnóstico que exige peso fetal abaixo do percentil 3 ou peso abaixo do percentil 10 acompanhado de alterações no Doppler. Como o peso é adequado para a idade real, não existe restrição de crescimento.

Alternativa d: Está incorreta. O acompanhamento com Doppler seriado é indicado para casos de insuficiência placentária ou fetos PIG com risco de restrição. Como a gestação é de baixo risco e o crescimento fetal está normal para a idade corrigida, o seguimento deve ser o habitual do pré-natal de baixo risco na Unidade Básica de Saúde.

Questão 53

Esta questão aborda a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, estabelecida pela Lei nº 15.139/2025. O objetivo dessa legislação é garantir dignidade, acolhimento e reconhecimento da perda sofrida por famílias em situações de óbito fetal ou neonatal, humanizando a assistência hospitalar e os trâmites burocráticos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A lei foca no acolhimento e no suporte emocional e assistencial. As regras de afastamento laboral e licença em casos de óbito fetal (quando o parto ocorre a partir da 20ª ou 23ª semana) seguem legislações trabalhistas e previdenciárias específicas, que garantem a licença-maternidade integral em casos de natimorto, e não um período fixo de 30 dias a partir da alta hospitalar como regra geral desta política de humanização.

Alternativa b) Incorreta. Um dos princípios fundamentais da humanização do luto é evitar que a mulher que perdeu seu filho seja alocada em alas de alojamento conjunto, onde teria contato direto com outras puérperas e recém-nascidos saudáveis (ouvindo choros e observando a amamentação), o que intensifica o sofrimento psíquico. A recomendação é que ela seja acomodada em área separada da obstetrícia ou em quarto privativo, conforme a estrutura da unidade.

Alternativa c) Correta. A garantia do registro do natimorto com nome e a coleta de lembranças simbólicas, como as impressões plantares (dos pés) e digitais, são pilares da Lei nº 15.139/2025. Essa medida visa validar a existência daquela criança e a

identidade dos pais, auxiliando no processo de elaboração do luto e conferindo dignidade ao momento da despedida.

Alternativa d) Incorreta. A alta não deve ser "precoce" com o intuito de apenas retirar a paciente do hospital. A alta deve ser planejada, segura e ocorrer no momento em que a paciente estiver clinicamente estável e tiver recebido o suporte psicológico e social necessário. Priorizar a saída rápida pode ser interpretado como negligência ou pressa em desocupar o leito, sem garantir o acolhimento devido.

Gabarito: Letra (c).

Questão 54

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO), confirmada pelo exame especular que demonstrou saída de líquido amniótico com grumos. A idade gestacional é de 36 semanas (pré-termo tardio) e ela já se encontra em trabalho de parto inicial, com 4 cm de dilatação e contrações regulares.

A conduta em gestações acima de 34 semanas com ruptura de membranas é a resolução da gestação. Como a paciente é pré-termo (menos de 37 semanas) e o status para Estreptococo do Grupo B (GBS) é desconhecido, há indicação de profilaxia antibiótica intraparto. Além disso, a avaliação de sinais de infecção ovular (corioamnionite) é fundamental.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A alternativa A está correta, pois aborda dois pilares do manejo da RPMO no pré-termo tardio:

1. Ampicilina endovenosa: Indicada para a profilaxia de sepse neonatal pelo GBS, uma vez que a paciente está em trabalho de parto prematuro e não possui rastreio para a bactéria.
2. Hemograma e Proteína C Reativa (PCR): São exames laboratoriais complementares utilizados na prática clínica para monitorar a presença de um possível quadro infeccioso subclínico (corioamnionite), somando-se à avaliação clínica (febre, taquicardia, odor do líquido).

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ INCORRETA?

A betametasona é um corticoide utilizado para acelerar a maturidade pulmonar fetal.

Seu uso é amplamente recomendado entre 24 e 33 semanas e 6 dias. Embora alguns protocolos estendam o uso para o pré-termo tardio (34 a 36 semanas e 6 dias) em casos selecionados que não entraram em trabalho de parto, a paciente já tem 36 semanas cravadas e está em trabalho de parto franco (4 cm de dilatação), o que reduz o benefício e a necessidade da corticoterapia.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA?

O misoprostol é um análogo da prostaglandina utilizado para preparo de colo uterino e indução do parto. No caso descrito, a paciente já apresenta dinâmica uterina espontânea (duas contrações em dez minutos) e o colo já está dilatado para 4 cm (fase ativa do trabalho de parto). Portanto, não há indicação de indução medicamentosa com misoprostol, pois o parto já está progredindo naturalmente.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ INCORRETA?

Esta alternativa apresenta dois erros principais para este cenário:

1. Terbutalina (Tocólítico): A tocolise (inibição das contrações) é contraindicada na presença de ruptura de membranas devido ao risco de infecção. Além disso, não se faz tocolise acima de 34 semanas, pois o objetivo nessa idade gestacional não é mais adiar o parto.
2. Betametasona: Conforme explicado anteriormente, o uso de corticoides às 36 semanas em uma paciente já em trabalho de parto ativo não é a conduta prioritária.

Questão 55

Análise do Caso Clínico:

A paciente é uma gestante de 36 semanas (prematividade tardia) com ruptura de membranas há 8 horas e em trabalho de parto inicial (4 cm de dilatação). O ponto central para a resolução da questão é a interpretação da imagem da cardiotocografia (CTG) associada ao quadro clínico.

Análise da Cardiotocografia:

O traçado superior (frequência cardíaca fetal) mostra uma linha de base mantida em patamares elevados, aproximadamente entre 180 e 190 batimentos por minuto (bpm). Isso configura um quadro de taquicardia fetal evidente, uma vez que o normal varia entre 110 e 160 bpm. O traçado inferior mostra a presença de contrações uterinas.

Alternativa A: Incorreta. A imagem não demonstra de forma clara a presença de desacelerações tardias (DIP II) repetitivas. O achado predominante é a taquicardia

fetal sustentada. Embora a taquicardia possa ser um sinal de alerta, a conduta de parto por via mais rápida, sem antes investigar causas reversíveis ou infecciosas, é precoce, especialmente em um contexto de rotura de membranas.

Alternativa B: Correta. Diante de uma paciente com bolsa rota há 8 horas que apresenta taquicardia fetal, a principal suspeita clínica deve ser a corioamnionite (infecção das membranas e do líquido amniótico). A taquicardia fetal é um dos critérios diagnósticos de Gibbs para corioamnionite. É fundamental avaliar a presença de outros sinais, como febre materna, taquicardia materna, sensibilidade uterina e aspecto/odor do líquido amniótico, para fechar o diagnóstico e iniciar a antibioticoterapia e o manejo do parto.

Alternativa C: Incorreta. A taquicardia observada no traçado é um sinal de alerta e não pode ser atribuída apenas ao excesso de movimentação fetal. Em um traçado com taquicardia persistente, a monitorização deve ser contínua e a causa deve ser investigada, sendo contraindicada a cardiotocografia apenas intermitente neste momento.

Alternativa D: Incorreta. A taquissistolia é definida como mais de 5 contrações em 10 minutos. O enunciado descreve apenas 2 contrações em 10 minutos (dinâmica uterina normal para o início do trabalho de parto). Além disso, não há menção ao uso de ocitocina no caso. Embora a hidratação faça parte das medidas de ressuscitação intrauterina, o foco principal diante da rotura de membranas e taquicardia fetal deve ser a exclusão de processo infeccioso.

Questão 56

Esta questão aborda a atualização mais recente nas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero. Em 2024, o Ministério da Saúde oficializou a transição do modelo de rastreio, que antes era baseado exclusivamente na citologia oncótica (Papanicolaou), para o teste molecular de DNA-HPV como método preferencial.

Alternativa A: Incorreta. A recomendação de citologia anual nunca foi a regra de rastreio no Brasil (o protocolo anterior era trienal após dois exames anuais normais). Além disso, a nova diretriz não propõe o coteste (citologia + HPV) como estratégia inicial de rotina com citologia anual, mas sim o uso do teste de DNA-HPV como triagem primária.

Alternativa B: Incorreta. Esta alternativa descreve o protocolo antigo, estabelecido pelas Diretrizes Brasileiras de 2016. Nele, a citologia era realizada a cada três anos após dois resultados anuais negativos consecutivos. Como a questão solicita as

novas recomendações, este modelo está defasado em relação ao enunciado.

Alternativa C: Incorreta. O erro aqui é duplo: primeiro, a periodicidade do teste de DNA-HPV, quando negativo, é de cinco anos, e não de três. Segundo, a nova estratégia nacional prioriza o teste de DNA-HPV como exame inicial de escolha (rastreamento primário), reservando a citologia para casos específicos de triagem em pacientes HPV-positivas (exceto para os genótipos 16 e 18, que podem ser encaminhados diretamente para colposcopia, dependendo do protocolo local).

Alternativa D: Correta. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde (Portaria de 2024), o rastreamento do câncer de colo do útero para mulheres entre 25 e 64 anos deve ser realizado preferencialmente por meio do teste de DNA-HPV. Devido à sua alta sensibilidade e ao elevado valor preditivo negativo, caso o teste seja negativo, a paciente deve repetir o exame apenas após cinco anos, garantindo uma proteção segura por um intervalo maior do que o oferecido pela citologia isolada.

Questão 57

A classificação das lacerações perineais baseia-se na profundidade das estruturas atingidas durante o trauma de parto. Para responder a essa questão, é necessário identificar visualmente as camadas expostas na ilustração.

Na imagem, observa-se que a lesão se estende da vagina até o reto, atravessando toda a musculatura perineal e o complexo esfínteriano anal. A presença de uma abertura nítida no canal anal, revelando a luz do reto (mucosa retal), define a gravidade máxima da lesão.

Analise das alternativas:

Alternativa a - Incorreta: O erro principal desta alternativa está na ordem do reparo cirúrgico. Em lacerações de quarto grau, a sutura deve obrigatoriamente ser iniciada pela camada mais profunda para reconstruir a integridade do canal anal. Portanto, começa-se pela sutura da mucosa retal, seguida pela sutura do esfíncter anal e, por fim, a mucosa vaginal e os músculos perineais. Iniciar pela mucosa vaginal impediria o acesso adequado para o fechamento correto do reto.

Alternativa b - Incorreta: As lacerações de terceiro grau são aquelas que envolvem o complexo do esfíncter anal (subdivididas em 3a, 3b e 3c), mas que obrigatoriamente mantêm a mucosa retal íntegra. Como a ilustração mostra a mucosa retal rompida com exposição do canal anorretal, a classificação correta é de quarto grau.

Alternativa c - Incorreta: A laceração de segundo grau atinge a pele, a mucosa vaginal e os músculos do corpo perineal (como o músculo transverso superficial do períneo e o bulbocavernoso), mas não avança sobre o esfíncter anal ou a mucosa retal. A imagem mostra uma lesão muito mais profunda do que o plano muscular superficial.

Alternativa d - Correta: Esta alternativa descreve exatamente o que a imagem representa. A laceração de quarto grau é a mais grave e ocorre quando a lesão perineal atravessa todos os tecidos, incluindo o esfíncter anal (externo e interno) e a mucosa retal. Na figura, é possível ver a descontinuidade total do tecido até a cavidade retal, confirmando esse diagnóstico.

Questão 58

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O atendimento a pessoas que sofreram violência sexual é uma emergência médica e deve ser conduzido com prioridade e acolhimento. De acordo com o PCDT-IST 2022 (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis), a janela de oportunidade para as profilaxias é de até 72 horas, sendo o ideal o início nas primeiras 2 horas após o ocorrido. Como a paciente foi atendida 24 horas após o evento, ela está dentro do prazo para todas as intervenções.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa resume corretamente todas as medidas profiláticas indicadas para o caso.

1. PEP para HIV: Indicada pela natureza da exposição (penetração vaginal sem preservativo) e pelo tempo decorrido (24h, respeitando o limite de 72h). O esquema preferencial é Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir por 28 dias.
2. Profilaxia para ISTs não virais: Realizada de forma empírica e imediata com Ceftriaxona (gonorreia), Azitromicina (clamídia), Penicilina Benzatina (sífilis) e Metronidazol (tricomoníase).
3. Hepatite B: Como a paciente nega vacinação prévia, ela deve receber a primeira dose da vacina e a Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB), devido ao alto risco de transmissão e desconhecimento do status do agressor.
4. Anticoncepção de emergência: Deve ser oferecida imediatamente para evitar gravidez indesejada, sendo o Levonorgestrel a droga de escolha (preferencialmente até 72h, mas eficaz até 5 dias).

Alternativa B (INCORRETA): Na abordagem de violência sexual, a profilaxia é feita de

forma "profilática e empírica". Jamais se deve aguardar resultados de sorologias para iniciar o tratamento, pois a eficácia da PEP e da anticoncepção de emergência diminui significativamente com o passar das horas. Os exames são colhidos no momento do atendimento apenas para fins de acompanhamento e para saber o status basal da vítima.

Alternativa C (INCORRETA): Embora a anticoncepção de emergência seja fundamental, ela é apenas uma das frentes de cuidado. Ignorar o risco de infecção pelo HIV, hepatite B e outras ISTs em uma relação sem preservativo com agressor desconhecido configura falha grave na assistência e descumprimento do protocolo vigente.

Alternativa D (INCORRETA): A PEP para HIV é essencial, mas a abordagem deve ser integral. O PCDT orienta a realização de todas as profilaxias (HIV, ISTs não virais e Hepatite B) de forma conjunta na primeira consulta para garantir a proteção da vítima e evitar perdas de seguimento, já que muitas pacientes não retornam para consultas subsequentes.

Questão 59

O quadro clínico descreve uma paciente de 42 anos com Sangramento Uterino Anormal (SUA), apresentando tanto aumento do fluxo menstrual (menorragia) quanto sangramento intermenstrual (spotting ou borra de café). A ausência de dor, como dismenorreia ou dispareunia, é um dado importante para o raciocínio clínico. O diagnóstico definitivo é fornecido pela imagem da histeroscopia, que revela uma lesão expansiva, de aspecto fofinho, coloração rosada e superfície lisa, projetando-se da parede uterina para o interior da cavidade.

Análise das alternativas:

a) Adeniose: É caracterizada pela presença de glândulas e estroma endometrial no miométrio uterino. Embora cause aumento do fluxo menstrual, a adeniose costuma estar fortemente associada à dor (dismenorreia secundária) e ao aumento global do volume uterino. Na histeroscopia, poderiam ser observados achados como irregularidades na superfície ou pequenos orifícios (criptas), mas não uma massa polipoide bem definida como a da imagem.

b) Mioma subseroso: Os miomas são classificados de acordo com sua localização. Os subserosos crescem na face externa do útero, em direção à cavidade pélvica/abdominal. Por não estarem em contato com o endométrio, eles raramente causam sangramento aumentado e não podem ser visualizados durante uma histeroscopia, que avalia apenas a parte interna (cavidade) do útero.

c) Pólipo endometrial: Alternativa correta. Os pólipos são projeções focais do endométrio e representam uma das causas mais comuns de sangramento uterino anormal, especialmente o sangramento intermenstrual, em mulheres na quarta e quinta décadas de vida. A imagem apresentada é patognomônica de um pólipo endometrial sendo visualizado por histeroscopia diagnóstica, mostrando sua base de implantação e projeção para a luz uterina.

d) Endometriose: A endometriose é definida pela presença de tecido endometrial fora do útero (peritônio, ovários, septo retovaginal). Os sintomas cardinais são os "6 Ds" (dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia, disquesia, disúria e dificuldade para engravidar). A endometriose não é diagnosticada por histeroscopia, pois esta técnica visualiza apenas o interior do útero, onde a endometriose, por definição, não está presente.

Questão 60

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE CLÍNICA

O quadro clínico de vesículas que evoluem para úlceras vulvares dolorosas, precedidas por ardor e queimação, é característico de Herpes Simples Genital. A imagem corrobora o diagnóstico ao mostrar múltiplas úlceras superficiais, agrupadas, com fundo amarelado (fibrina), localizadas na região vulvar. O ponto determinante para a conduta nesta questão é a frequência das recidivas: a paciente apresenta 6 episódios no último ano (5 anteriores relatados mais o episódio atual). Segundo os protocolos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a indicação de terapia supressiva deve ser considerada para pacientes que apresentam 6 ou mais episódios por ano, com o objetivo de reduzir a frequência das crises e a transmissão viral.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Para o tratamento de um episódio agudo de recorrência com aciclovir 200mg, a posologia correta seria de 5 vezes ao dia por 5 dias. A administração apenas 3 vezes ao dia é insuficiente. Além disso, esta alternativa ignora a necessidade de terapia supressiva diante da alta taxa de recorrência da paciente.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta de escolha para pacientes com alta frequência de recidivas (6 ou mais episódios ao ano). O esquema de aciclovir 400mg, via oral, duas vezes ao dia, funciona como terapia supressiva. O tratamento deve ser mantido por um período de 6 a 12 meses, podendo ser prolongado conforme a resposta clínica e o impacto na qualidade de vida da paciente.

Alternativa C: Incorreta. Embora o valaciclovir 500mg, 2 vezes ao dia por 5 dias, seja um esquema eficaz para tratar o episódio agudo de herpes recorrente, a alternativa peca ao afirmar que não há necessidade de manutenção. Devido ao histórico de 6 crises em um ano, a terapia de manutenção (supressiva) é fundamental.

Alternativa D: Incorreta. O tratamento com famciclovir por 10 dias é indicado para o primeiro episódio de herpes genital (primoinfecção), que possui um curso clínico mais longo e severo. Para episódios recorrentes, o tempo de tratamento é menor (geralmente 5 dias) e, novamente, a alternativa falha por não abordar a supressão necessária para o caso.

Questão 61

Para compreender a questão, devemos primeiro interpretar os achados do sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) apresentados na tabela:

1. Compartimento Anterior (Aa e Ba): Ambos estão em +1. Isso significa que a parede vaginal anterior (bexiga) está 1 centímetro além do anel himenal. Há, portanto, um prolapso de parede anterior (cistocele).
2. Compartimento Apical (C e D): O ponto C (colo uterino) está em -8 e o ponto D (fundo de saco de Douglas) está em -10. Como o comprimento vaginal total (TVL) é 10, o útero está em sua posição anatômica normal, bem sustentado no ápice vaginal.
3. Compartimento Posterior (Ap e Bp): Ambos estão em -3, que é a posição de normalidade. Não há retocele.

Conclusão do diagnóstico: Prolapso isolado da parede vaginal anterior (Estágio II).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A descrição refere-se à técnica de McCall ou suspensão nos ligamentos uterossacos. Essa técnica é indicada para a correção de defeitos apicais (prolapso de cúpula vaginal ou uterino). Como os pontos C e D estão normais, não há indicação primária para este procedimento no caso descrito.

Alternativa (b) Incorreta. A plicatura dos músculos puborretais e da fásia retovaginal é utilizada na correção de roturas perineais e retoceles (prolapso posterior). O POP-Q da paciente mostra que o compartimento posterior está normal (Ap e Bp em -3).

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa descreve a técnica da Colporrafia Anterior. O procedimento consiste na incisão da mucosa vaginal anterior, descolamento da fásia pubocervical e realização de uma plicatura central dessa fásia (também

chamada de sutura de Kelly-Kennedy) para reduzir a protrusão da bexiga. É o tratamento de escolha para o defeito identificado no POP-Q (Aa e Ba positivos).

Alternativa (d) Incorreta. Descreve a Sacrocolpopexia ou Sacrohisteropexia com uso de tela. Este é considerado o padrão-ouro para prolapso apicais complexos ou recidivantes. No caso em questão, o ápice vaginal está preservado, tornando o uso de telas e a fixação no promontório desnecessários e excessivamente invasivos para um prolapso isolado de parede anterior estágio II.

Questão 62

O quadro clínico apresentado é clássico de vaginose bacteriana (VB), uma disbiose vaginal caracterizada pela substituição dos lactobacilos (flora normal) por bactérias anaeróbias, principalmente a *Gardnerella vaginalis*. Para o diagnóstico, utilizamos os Critérios de Amsel, nos quais a paciente deve apresentar pelo menos três dos seguintes quatro critérios: 1. Corrimento branco-acinzentado, homogêneo e fino; 2. pH vaginal maior que 4,5; 3. Teste das aminas (*Whiff test*) positivo, com liberação de odor fétido após adição de KOH a 10%; 4. Presença de "*clue cells*" (células-alvo) na microscopia a fresco.

A imagem fornecida mostra exatamente uma "*clue cell*": uma célula epitelial vaginal recoberta por tantos bacilos que suas bordas tornam-se obscurecidas e com aspecto pontilhado ou granular.

Análise das alternativas:

a) Tricomoniase: Incorreta. A tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível que costuma cursar com corrimento amarelo-esverdeado, bolhoso, acompanhado de sinais inflamatórios intensos como dispareunia e o "colo em framboesa" (colpite macular). Na microscopia, observaríamos o protozoário móvel e flagelado, além de muitos leucócitos, o que não condiz com a descrição e a imagem.

b) Candidíase vulvovaginal: Incorreta. A candidíase apresenta corrimento branco, aderido e em grumos (aspecto de leite coalhado), geralmente associado a prurido intenso e pH vaginal menor que 4,5. A microscopia revelaria hifas, pseudo-hifas ou esporos de fungos, e não as células epiteliais recobertas por bactérias vistas na imagem.

c) Vaginose bacteriana: Correta. A paciente apresenta os critérios de Amsel: corrimento branco e homogêneo, odor fétido que piora após o coito (devido à alcalinização do meio pelo sêmen, liberando aminas voláteis), teste do KOH positivo e a presença inequívoca de "*clue cells*" na imagem microscópica. É a causa mais

comum de corrimento vaginal em mulheres em idade reprodutiva.

d) Vaginite descamativa: Incorreta. É uma condição inflamatória crônica rara, caracterizada por corrimento purulento, pH elevado e presença de grande quantidade de células parabasais e leucócitos na microscopia, com redução de células epiteliais maduras. Não é compatível com os achados descritos.

Questão 63

Para resolver esta questão, devemos analisar três pontos fundamentais do caso clínico: a contraindicação ao estrogênio, a dificuldade de adesão e a alteração anatômica uterina.

1. Contraindicação ao Estrogênio: A paciente apresenta enxaqueca com aura. Segundo os Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS, o uso de métodos combinados (que contêm estrogênio) é Categoria 4 (risco inaceitável à saúde) para mulheres com enxaqueca com aura, devido ao risco aumentado de acidente vascular cerebral (AVC). Portanto, o anel vaginal (alternativa D) está descartado.

2. Dificuldade de Adesão e Eficácia: A paciente relata dificuldade em tomar comprimidos diários e deseja um método com baixo risco de falha. Isso nos direciona para os LARCs (*Long-Acting Reversible Contraceptives*), que incluem os dispositivos intrauterinos (DIUs) e o implante subdérmico.

3. Malformação Uterina (Imagem): A ultrassonografia transvaginal apresentada mostra um útero com uma fenda profunda no fundo e dois cornos uterinos divergentes, caracterizando um útero bicorno (ou possivelmente septado). Malformações que distorcem a cavidade uterina são contraindicações para a inserção de qualquer tipo de DIU (Categoria 4 da OMS), pois impedem o posicionamento correto do dispositivo, aumentando o risco de expulsão e falha do método.

Análise das alternativas:

a) CORRETA: O implante subdérmico de etonogestrel é um método LARC de progestagênio isolado. Ele é seguro para pacientes com enxaqueca com aura, não depende da anatomia uterina para sua eficácia e possui a menor taxa de falha entre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis (índice de Pearl de 0,05). Além disso, não depende da memória da paciente.

b) INCORRETA: Embora seja um LARC de progestagênio isolado (seguro para enxaqueca), o DIU com levonorgestrel é contraindicado devido à malformação uterina demonstrada na imagem, que impede sua inserção segura e eficaz.

c) INCORRETA: O DIU de cobre e prata também é um LARC, porém, assim como o DIU de levonorgestrel, sua inserção é contraindicada em úteros com distorção da cavidade (útero bicornio/septado).

d) INCORRETA: O anel vaginal é um método combinado (estrogênio + progestagênio). Por conter estrogênio, é absolutamente contraindicado para pacientes com enxaqueca com aura. Além disso, exige trocas periódicas que poderiam sofrer com a dificuldade de adesão da paciente.

Questão 64

A questão apresenta um caso clássico de abdome agudo ginecológico. A análise deve ser feita integrando os dados clínicos, laboratoriais e a imagem fornecida:

1. Análise Clínica: Mulher jovem com dor pélvica de início súbito, associada a náuseas e vômitos. A dor súbita e intensa, acompanhada de sintomas autonômicos (vômitos), é altamente sugestiva de eventos isquêmicos ou mecânicos, como a torção de pedículo anexial. A presença de sinal de descompressão brusca (Blumberg) indica irritação peritoneal.

2. Análise Laboratorial: O beta-HCG indetectável exclui categoricamente a gestação ectópica. O hemograma normal (sem leucocitose e com hemoglobina estável) torna menos prováveis os diagnósticos de abscesso tubo-ovariano roto ou hemorragia volumosa por cisto roto.

3. Análise da Imagem: A ressonância magnética (RM) de pelve realizada há um mês mostra uma volumosa formação expansiva com conteúdo heterogêneo. A característica da imagem é compatível com um teratoma cístico maduro (cisto dermoide), que é o tumor ovariano mais associado à torção anexial devido ao seu peso (presença de gordura e tecidos densos) e mobilidade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O cisto hemorrágico costuma ter um início de dor agudo, mas a imagem da RM prévia aponta para uma lesão sólido-cística compatível com teratoma, e não um cisto funcional. Além disso, a tríade de dor súbita, náuseas e massa preexistente é o quadro "de livro" da torção.

b) Correta. A torção anexial é a principal hipótese diagnóstica. O tratamento é uma emergência cirúrgica (preferencialmente por laparoscopia). A conduta atual preconiza a detorção do anexo com avaliação da viabilidade e realização da

cistectomia (retirada do cisto), visando sempre a preservação ovariana, mesmo que o ovário apresente aspecto congestivo ou arroxeadado inicialmente.

c) Incorreta. A gestação ectópica foi descartada pelo beta-HCG indetectável. O uso de DIU hormonal reduz o risco global de gravidez, embora, em caso de falha, a proporção de ectópicas seja maior; porém, o exame laboratorial é soberano aqui.

d) Incorreta. O abscesso tubo-ovariano geralmente cursa com febre, leucocitose, VHS/PCR elevados e uma dor de instalação mais gradual, associada a antecedentes de doença inflamatória pélvica (DIP). A paciente é afebril, tem leucócitos normais e a imagem da RM é de um tumor ovariano, não de uma coleção inflamatória. Além disso, a conduta em abscessos rotos com peritonite é cirúrgica, e não apenas antibioticoterapia.

Questão 65

O primeiro componente do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) consiste em explorar a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a enfermidade. Para facilitar essa exploração, utiliza-se o mnemônico SIFE (ou CIFEP), que subdivide a experiência da doença em quatro dimensões: Sentimentos, Ideias, Funcionalidade e Expectativas.

A questão pede para identificar qual dessas dimensões está mais comprometida no relato do paciente.

Análise das alternativas:

a) Funcionalidade: Esta é a alternativa correta. A funcionalidade refere-se ao impacto que o problema de saúde causa na vida cotidiana do paciente, em suas atividades sociais, no lazer e, fundamentalmente, em sua capacidade de trabalho. O enunciado destaca que o paciente é pedreiro e está há três dias sem conseguir trabalhar. Como sua subsistência depende do esforço físico, a incapacidade laboral é o comprometimento mais objetivo e grave relatado, afetando diretamente sua vida e segurança financeira.

b) Expectativas: Incorreta. As expectativas são o que o paciente espera que aconteça na consulta ou o que ele deseja do médico. No caso, sua expectativa é realizar uma ressonância magnética. Embora ele tenha essa demanda, a expectativa em si não está "comprometida", mas sim expressa como um desejo de investigação.

c) Sentimentos: Incorreta. Os sentimentos envolvem as angústias, medos e emoções do paciente em relação à dor. O paciente demonstra medo de ser demitido e de ficar

"travado". Embora esses sentimentos sejam relevantes, eles são consequência direta do comprometimento funcional (a dor que o impede de trabalhar). No contexto de uma avaliação sobre o que está mais "comprometido" na vida do indivíduo, a perda da capacidade de exercer sua profissão (funcionalidade) precede a preocupação emocional.

d) Ideias: Incorreta. As ideias representam o modelo explicativo do paciente, ou seja, o que ele acha que tem. Ele acredita ter um "bico de papagaio" e algo sério na coluna. As ideias são crenças e suposições; portanto, não são algo que se "compromete", mas sim o entendimento subjetivo do paciente sobre sua condição.

Em resumo, para um trabalhador braçal, a impossibilidade de executar sua função por três dias consecutivos define um prejuízo funcional significativo, tornando a letra (a) a resposta mais adequada.

Questão 66

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de dor lombar crônica (8 meses de evolução) com características nitidamente mecânicas. Os pontos fundamentais para o diagnóstico são:

1. Perfil do paciente: Homem jovem (38 anos), trabalhador braçal (pedreiro), o que aumenta a sobrecarga ergonômica na coluna vertebral.
2. Caráter da dor: A dor piora ao final do dia (após o esforço) e melhora com o repouso e calor local. Este é o padrão clássico da dor mecânica. Na dor inflamatória, ocorre o oposto: a dor piora no repouso e melhora com o movimento.
3. Ausência de Sinais de Alerta (Red Flags): Não há relato de febre, perda de peso, antecedentes de neoplasia ou dor que desperta o paciente à noite.
4. Exame neurológico normal: A ausência de perda de força, reflexos preservados e a falta de uma radiculopatia clara (o formigamento é ocasional e apenas aos grandes esforços) sugerem que não há compressão de raízes nervosas importante.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A Espondilite Anquilosante é uma doença inflamatória crônica que tipicamente acomete homens jovens, mas a dor tem caráter inflamatório. Isso significa que o paciente teria rigidez matinal prolongada (maior que 30 minutos) e a dor melhoraria com a atividade física, piorando justamente no repouso, o que é o contrário do que o paciente descreve.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora a osteoartrose (desgaste da coluna) possa causar dor mecânica e o paciente cite o termo popular "bico de papagaio" (osteófitos), esse é um achado radiológico e degenerativo que nem sempre se correlaciona com a dor aguda ou subaguda. O termo clínico e epidemiológico mais abrangente e correto para o quadro inicial, considerando o esforço ocupacional, é lombalgia mecânica.

Alternativa (c) CORRETA: A lombalgia mecânica comum (ou inespecífica) é a principal causa de dor lombar na população geral, representando cerca de 90% dos casos. Ela está relacionada à sobrecarga das estruturas osteomusculares da coluna (músculos, ligamentos, articulações facetárias). O quadro clínico do paciente — dor que piora com o trabalho e melhora com repouso, associada à contratura paravertebral e exame neurológico normal — define perfeitamente esta hipótese.

Alternativa (d) INCORRETA: A hérnia discal costuma causar uma dor radicular aguda e intensa (ciatalgia), que se irradia para o membro inferior seguindo o trajeto de um nervo específico. No exame físico, esperam-se alterações como o sinal de Lasègue positivo, redução de força muscular ou alterações de sensibilidade e reflexos, critérios que estão ausentes neste caso.

RESUMO DIDÁTICO

O diagnóstico de lombalgia mecânica é essencialmente clínico. Em pacientes sem sinais de alerta (red flags), como este pedreiro, não há necessidade de exames de imagem imediatos (como a ressonância pretendida pelo paciente), devendo-se focar no controle da dor, orientações ergonômicas e retorno gradual às atividades.

Questão 67

A abordagem da dor lombar na prática clínica, especialmente na Atenção Primária, baseia-se na identificação de sinais de alerta, conhecidos como Red Flags. O paciente do caso apresenta uma dor lombar crônica de padrão mecânico, associada a fatores psicossociais (Yellow Flags), como o medo de perder o emprego e a crença de que algo sério está acontecendo. Para este paciente específico, não haveria indicação imediata de imagem. No entanto, a questão pergunta em qual das situações listadas o exame seria indicado em caráter ambulatorial.

Alternativa A: Incorreta. Embora a suspeita de fratura ou luxação exija exames de imagem, essa condição está ligada a eventos agudos e traumáticos. O manejo inicial de traumatismos deve ser realizado em serviços de urgência e emergência para estabilização e diagnóstico rápido, e não como uma complementação ambulatorial de rotina.

Alternativa B: Correta. A imunossupressão, incluindo a infecção pelo HIV, é um sinal de alerta clássico. Pacientes com HIV têm maior predisposição a infecções de tecidos profundos e ossos (como espondilodiscite infecciosa ou tuberculose vertebral) e a certas neoplasias. Assim, a presença dessa comorbidade justifica a investigação com exames de imagem no ambiente ambulatorial para excluir causas secundárias graves, mesmo que a dor pareça inicialmente mecânica.

Alternativa C: Incorreta. Uma infecção óssea ativa é uma condição clínica grave que geralmente se manifesta com febre, calafrios e comprometimento do estado geral. Devido ao risco de sepse e destruição óssea rápida, o manejo é prioritariamente hospitalar ou de urgência, não sendo compatível com o fluxo habitual de solicitação de exames complementares ambulatoriais eletivos.

Alternativa D: Incorreta. A anestesia em sela (perda de sensibilidade na região perineal e perianal) é um sinal de alarme crítico para a Síndrome da Cauda Equina. Esta condição é uma emergência neurocirúrgica que exige encaminhamento imediato para o hospital e avaliação especializada, dada a necessidade de descompressão cirúrgica rápida para evitar sequelas neurológicas permanentes. Portanto, não é uma investigação ambulatorial.

Em resumo, a alternativa B é a que melhor representa uma condição de risco que exige investigação diagnóstica complementar dentro do fluxo de acompanhamento ambulatorial para evitar o atraso diagnóstico de doenças graves ocultas.

Questão 68

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro inicial de dor lombar crônica, com características mecânico-posturais (piora ao esforço e melhora com repouso) e ausência de sinais de alerta (red flags), como febre, perda de peso, déficit motor progressivo ou anestesia em sela. No entanto, o caso evoluiu com importantes complicações psicossociais e econômicas, o que na medicina chamamos de bandeiras amarelas (yellow flags). O desemprego, a insegurança financeira e o risco de despejo funcionam como determinantes sociais que agravam a percepção da dor e desencadeiam sofrimento psíquico. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o cuidado deve ser pautado no modelo biopsicossocial, abordando o indivíduo em sua totalidade.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A alternativa D está correta pois demonstra a aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa e a compreensão dos Determinantes Sociais de Saúde. O médico

reconhece que o agravamento do quadro não é puramente biológico, mas sim influenciado pela perda do emprego e pela vulnerabilidade social. A conduta adequada envolve o manejo clínico da dor associado ao acolhimento do sofrimento mental e à articulação com a rede socioassistencial (recursos intersetoriais, como o CRAS), visando garantir a seguridade social do paciente.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

ALTERNATIVA A: Está incorreta pois a Atenção Primária tem plena capacidade e competência para manejar casos de dor lombar mecânica e transtornos mentais comuns (como depressão e ansiedade). Não há critérios para encaminhamento cirúrgico ortopédico, já que não há sinais de compressão medular ou radiculopatia grave. Encaminhar o paciente para especialistas focalistas neste momento fragmentaria o cuidado e não resolveria os problemas sociais que são o estopim da crise atual.

ALTERNATIVA B: Está incorreta por ser insuficiente. Apenas prescrever anti-inflamatórios e emitir atestados ignora a dimensão psíquica e social do paciente. O uso prolongado de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) traz riscos de efeitos colaterais (renais e gástricos) e não trata a depressão reativa que o paciente apresenta. Além disso, o isolamento em repouso prolongado é contraindicado na dor lombar crônica, pois favorece a cinesiofobia e a incapacidade funcional.

ALTERNATIVA C: Está incorreta por vários motivos técnicos. Primeiro, solicitar ressonância magnética em pacientes sem sinais de alerta é desencorajado, pois o exame costuma mostrar alterações degenerativas comuns à idade (como protrusões discais assintomáticas), o que aumenta a ansiedade do paciente e não muda a conduta. Segundo, o uso de benzodiazepínicos não é o tratamento de escolha para sintomas depressivos e pode causar dependência. Por fim, sugerir aposentadoria por invalidez para um paciente jovem de 38 anos com uma condição tratável é um erro de conduta, pois o objetivo deve ser a reabilitação e a reinserção social.

Questão 69

COMENTÁRIO DO PROFESSOR

Esta questão aborda a importante atualização nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicada pelo Ministério da Saúde em 2024 para implementação em 2025. A principal mudança é a transição do modelo baseado exclusivamente na citologia oncótica (Papanicolaou) para o rastreamento primário baseado em testes moleculares de DNA-HPV.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Conforme as novas diretrizes de 2025, o método de escolha para o rastreamento em mulheres de 25 a 64 anos passa a ser o teste de DNA-HPV para tipos oncogênicos (alto risco). Devido à alta sensibilidade e ao elevado valor preditivo negativo desse teste, o intervalo recomendado entre os exames, caso o resultado seja negativo, é de 5 anos. Como a paciente tem 27 anos e nunca realizou rastreio, ela deve iniciar o processo imediatamente, seguindo este novo protocolo.

Alternativa B (Incorreta): Esta alternativa reflete o modelo de rastreio antigo e ultrapassado. Mesmo nas diretrizes anteriores, a citologia era realizada anualmente apenas nos dois primeiros exames e, se normais, o intervalo passava a ser de 3 anos. Além disso, o tempo de início da vida sexual (10 anos, no caso da paciente) não é o critério utilizado para definir a periodicidade do rastreamento.

Alternativa C (Incorreta): O coteste (realização simultânea de citologia e teste de HPV) é adotado em alguns protocolos internacionais, mas não é a recomendação do Ministério da Saúde para o rastreio populacional no Brasil em 2025. A estratégia nacional foca no teste de DNA-HPV como rastreio primário único; a citologia é utilizada apenas como uma etapa de triagem para as pacientes que testarem positivo para o HPV.

Alternativa D (Incorreta): O início do rastreamento no Brasil é mantido aos 25 anos para mulheres que já iniciaram a vida sexual. Adiar o rastreio até os 35 anos aumentaria o risco de não detectar lesões precursoras de alto grau em tempo hábil, visto que o câncer do colo do útero é uma neoplasia com pico de incidência em idades produtivas e o processo de carcinogênese leva anos para se desenvolver.

Gabarito: Letra A.

Questão 70

Análise do caso clínico:

A paciente em questão tem 27 anos e realizou um teste de biologia molecular (DNA-HPV) como método de rastreamento primário para o câncer do colo do útero. O resultado indicou a presença do HPV genótipo 16. O HPV 16, juntamente com o 18, é o tipo de maior potencial oncogênico, sendo responsável pela maioria dos casos de câncer cervical e lesões precursoras de alto grau.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento ablativo (como crioterapia ou termocoagulação) ou excisional não deve ser indicado apenas com base em um teste de HPV positivo. É indispensável a realização prévia de uma colposcopia e, se necessário, biópsia, para confirmar a presença, a localização e o grau da lesão antes de qualquer intervenção terapêutica. Tratar sem diagnóstico histológico é uma conduta inadequada neste cenário.

Alternativa b) Incorreta. A conduta de repetir o teste em 12 meses é aplicada em situações de menor risco, como quando há citologias de baixo grau em pacientes jovens ou quando o rastreamento por HPV identifica tipos de alto risco que não sejam o 16 ou o 18 (em alguns protocolos de triagem). Para o HPV 16, o risco de uma lesão de alto grau subjacente é elevado, exigindo investigação imediata.

Alternativa c) Incorreta. A citologia reflexa é a estratégia de realizar o exame citopatológico na mesma amostra quando o teste de HPV é positivo para tipos de alto risco "não 16 e não 18". Nesses casos, a citologia serve como um filtro para decidir quem vai para a colposcopia. No entanto, para os genótipos 16 e 18, o consenso internacional e os novos protocolos de rastreamento primário por HPV indicam que a paciente deve ser encaminhada diretamente para a colposcopia, independentemente do que a citologia possa mostrar.

Alternativa d) Correta. De acordo com as diretrizes de rastreamento que utilizam o teste de DNA-HPV como triagem primária (como as da ASCCP e protocolos adotados em diversos serviços de referência no Brasil), a detecção dos genótipos 16 ou 18 confere um risco imediato suficientemente alto para lesões NIC 3+, o que justifica o encaminhamento direto para a colposcopia. A genotipagem permite identificar as pacientes de maior risco que não devem ser submetidas a outros filtros de triagem (como a citologia), agilizando o diagnóstico de possíveis lesões pré-neoplásicas.

Questão 71

A questão aborda os conceitos de epidemiologia clínica aplicados ao rastreamento do câncer de colo uterino. Para resolver o problema, é necessário compreender as definições de sensibilidade, especificidade e valores preditivos.

A alternativa (a) está incorreta. A especificidade é a capacidade de um teste ser negativo naquelas pessoas que não possuem a doença. Um teste com menor especificidade gera mais resultados falso-positivos, ou seja, pessoas que testam positivo, mas não têm a lesão. No entanto, o enunciado destaca que o teste de DNA-HPV detectou mais casos comprovados de NIC2+ e câncer. O aumento de casos reais confirmados é reflexo da capacidade de detecção da doença, e não de erros de falso-positivo.

A alternativa (b) está correta. A sensibilidade é a proporção de indivíduos com a doença que apresentam um resultado de teste positivo. Quando um novo método de rastreamento (DNA-HPV) consegue identificar proporcionalmente quatro vezes mais casos de NIC2+ e mais cânceres invasivos do que o método anterior (citologia), isso demonstra que o novo teste é mais sensível, ou seja, ele "deixa passar" menos doenças (menos falso-negativos). O fato de detectar mais cânceres em estágio inicial (FIGO I) também reforça essa maior sensibilidade diagnóstica precoce.

A alternativa (c) está incorreta. O Valor Preditivo Negativo (VPN) é a probabilidade de uma pessoa não ter a doença quando o teste é negativo. Se o teste de DNA-HPV é mais sensível e detecta mais doenças, o seu VPN tende a ser maior, e não menor. Um VPN alto traz segurança de que, se o resultado for negativo, a paciente realmente não tem a lesão.

A alternativa (d) está incorreta por dois motivos. Primeiro, a definição apresentada no texto da alternativa (identificar pessoas com resultado negativo que não têm a doença) refere-se ao Valor Preditivo Negativo, e não ao Valor Preditivo Positivo (VPP). Segundo, na prática clínica, o teste de DNA-HPV costuma ter um VPP menor do que a citologia para NIC2+, pois ele identifica muitas infecções virais transitórias que não progredirão para câncer. O que o enunciado descreve é o ganho em sensibilidade, que é a principal vantagem da introdução dos testes de biologia molecular no rastreamento.

Questão 72

Para resolver esta questão de epidemiologia aplicada à clínica, é fundamental compreender o conceito de sensibilidade. A sensibilidade define a capacidade de um teste diagnóstico de identificar corretamente os indivíduos que realmente possuem a doença. Em termos práticos, é a proporção de resultados positivos entre todos os doentes.

A fórmula para o cálculo da sensibilidade é: $\text{Sensibilidade} = \frac{\text{Verdadeiros Positivos (VP)}}{\text{Total de Doentes (VP + Falsos Negativos)}}$.

Analisando a tabela fornecida:

1. Identificamos os Verdadeiros Positivos (VP): são as mulheres que possuem a doença e tiveram o teste positivo. De acordo com a primeira célula da tabela, esse valor é 36.
2. Identificamos o Total de Doentes: é a soma da coluna "Doença Presente" (36 com teste positivo + 4 com teste negativo), resultando em 40 mulheres doentes.
3. Aplicamos o cálculo: 36 dividido por 40.

4. $36 / 40 = 0,9$. Multiplicando por 100 para obter a porcentagem, chegamos a 90%.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Este valor não corresponde a nenhum dos cálculos principais de acurácia diagnóstica (sensibilidade, especificidade, VPP ou VPN) baseados nos dados da tabela.

Alternativa b) Incorreta. O valor de 75% corresponde ao Valor Preditivo Positivo (VPP) do teste. O VPP é calculado dividindo os Verdadeiros Positivos pelo total de testes positivos ($36 / 48 = 0,75$ ou 75%). O VPP indica a probabilidade de uma pessoa ter a doença, dado que seu teste foi positivo.

Alternativa c) Correta. Como demonstrado no cálculo acima ($36 / 40$), a sensibilidade do teste de DNA-HPV neste cenário é de 90%. Isso significa que o teste foi capaz de detectar 90% das mulheres que efetivamente tinham a doença.

Alternativa d) Incorreta. O valor de 92,5% corresponde à especificidade do teste. A especificidade é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos saudáveis (Verdadeiros Negativos / Total de Não Doentes). Calculando pela tabela: $148 / 160 = 0,925$ ou 92,5%.

Questão 73

Análise da Questão:

O quadro clínico descrito apresenta uma paciente com manchas hipocrômicas (claras) e, fundamentalmente, com alteração de sensibilidade (dormência/anestesia térmica e dolorosa). Quando associamos lesões de pele com perda de sensibilidade em um contexto epidemiológico de exposição a áreas endêmicas (como o estado do Pará), a principal hipótese diagnóstica deve ser Hanseníase.

Alternativa A (Incorreta): A Tinea cruris é uma infecção fúngica superficial (dermatomicose) que acomete predominantemente a região da virilha e áreas de dobras. Caracteriza-se por lesões eritematosas, descamativas e intensamente pruriginosas (com coceira). Não apresenta perda de sensibilidade, o que invalida esta opção.

Alternativa B (Incorreta): A Pitiríase versicolor, conhecida popularmente como pano branco, causa manchas hipocrômicas ou hiperocrômicas, geralmente no tronco e braços. Embora as lesões possam ser semelhantes visualmente, a sensibilidade local permanece preservada. O teste do sinal de Zileri (estiramento da pele com

descamação) costuma ser positivo, mas a perda de sensibilidade térmica ou dolorosa não ocorre nesta patologia.

Alternativa C (Correta): Esta é a alternativa que preenche todos os critérios da questão. A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica que tem como característica patognomônica a alteração de sensibilidade nas lesões cutâneas ou no trajeto de nervos periféricos. As manchas hipocrômicas com redução da sensibilidade térmica e dolorosa são sinais clássicos das formas iniciais ou paucibacilares da doença (como a Hanseníase Indeterminada ou Tuberculoide). Além disso, a procedência da paciente (Pará) reforça a hipótese, dado que a região Norte possui altos índices de endemicidade para o *Mycobacterium leprae*.

Alternativa D (Incorreta): A Leishmaniose Tegumentar Americana manifesta-se tipicamente como úlceras de fundo granulomatoso e bordas elevadas (em moldura), geralmente indolores. Embora seja endêmica na região amazônica, a apresentação clínica de manchas hipocrômicas anestesiadas não é característica desta doença, que é causada por protozoários e transmitida por vetores (flebotomíneos).

Gabarito: Letra (c).

Questão 74

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de hanseníase, evidenciado por manchas hipocrômicas com perda de sensibilidade térmica e dolorosa em uma pessoa proveniente de área endêmica (Pará). Quatro semanas após o início do tratamento (poliquimioterapia - PQT), ela desenvolve um quadro agudo de inflamação nas lesões antigas (edema e eritema) e sinais de comprometimento do nervo ulnar (dor em choque, espessamento neural e perda de força de flexão do 5.º dedo).

Este cenário caracteriza uma Reação Hansênica Tipo 1, também conhecida como Reação de Reversão. A neurite aguda associada é uma emergência médica na hanseníase, pois o edema dentro da bainha do nervo pode causar isquemia e morte axonal, levando a incapacidades físicas permanentes.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O diagnóstico é Reação Hansênica Tipo 1 com neurite aguda. A conduta correta é manter o tratamento específico para hanseníase (PQT) e iniciar imediatamente a corticoterapia sistêmica (geralmente prednisona na dose de 1 mg/kg/dia). O corticoide é essencial para reduzir o processo inflamatório no nervo e

preservar a função motora e sensitiva.

Alternativa B (Incorreta): Não há sinais de infecção fúngica. Manchas anestésicas são características de hanseníase, não de micoses. Além disso, a conduta de suspender o tratamento e usar terapia tópica está incorreta para o quadro de neurite descrito.

Alternativa C (Incorreta): O quadro clínico não sugere efeito adverso de antifúngicos. O erro principal aqui é a recomendação de suspender o tratamento da hanseníase. A poliquimioterapia não deve ser interrompida durante os episódios reacionais.

Alternativa D (Incorreta): A miltefosina é um medicamento utilizado para o tratamento da leishmaniose. Embora o estado do Pará seja endêmico para leishmaniose, as lesões hipocrômicas com anestesia e o espessamento de troncos nervosos periféricos são manifestações típicas da hanseníase, e não da leishmaniose.

Conclusão:

A identificação precoce da neurite aguda e o início rápido do corticoide são os passos fundamentais para evitar que a paciente evolua com sequelas funcionais, como a mão em garra ulnar.

Questão 75

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clínico altamente sugestivo de hanseníase: manchas hipocrômicas com alteração de sensibilidade (térmica e dolorosa) em uma área anestesiada. O desafio proposto pela questão não é apenas o diagnóstico, mas a abordagem terapêutica e ética frente a uma barreira cultural e ao estigma social da doença em uma comunidade indígena.

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Comunicar o diagnóstico à liderança indígena sem o consentimento explícito da paciente viola o sigilo médico e a autonomia da mulher. Além disso, essa atitude poderia aumentar o estigma e o isolamento da paciente dentro de sua comunidade, ferindo princípios éticos fundamentais de privacidade e proteção do paciente.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa aplica os conceitos da Medicina Centrada na Pessoa e da Interculturalidade na Saúde. Ao explicar a doença de forma acessível, o médico garante a compreensão do tratamento. Ao negociar o uso do unguento como complemento (desde que não seja prejudicial), o profissional respeita as crenças da paciente, fortalece o vínculo de confiança e aumenta a chance de adesão ao

tratamento farmacológico (poliquimioterapia), essencial para a cura e prevenção de incapacidades. O suporte contra o estigma aborda a dimensão psicossocial de forma integral.

Alternativa C: Incorreta. Suspender o tratamento de uma doença infectocontagiosa progressiva como a hanseníase é uma conduta tecnicamente inadequada e negligente. A falta de tratamento leva a danos neurológicos irreversíveis, incapacidades físicas e manutenção da cadeia de transmissão. O respeito à cultura não deve justificar a omissão de socorro diante de uma patologia grave.

Alternativa D: Incorreta. Esta abordagem é autoritária, desrespeitosa e fere os princípios de equidade e humanização do SUS. Ameaças e desqualificação de práticas tradicionais destroem a relação médico-paciente e afastam a paciente do sistema de saúde, consolidando o medo e a desinformação. Práticas tradicionais são reconhecidas e valorizadas nas políticas de saúde indígena, desde que não coloquem a vida em risco imediato.

Conclusão:

A resposta correta é a letra B, pois promove a integração entre o saber científico e o saber tradicional através da negociação terapêutica, garantindo o tratamento necessário para a saúde pública e individual, respeitando a autonomia e o contexto cultural da paciente.

Questão 76

Diagnóstico e Contexto:

O quadro clínico da paciente, com manchas hipocrômicas e perda de sensibilidade térmica e dolorosa (anestesia), em uma paciente proveniente de área endêmica (Pará), é patognomônico de hanseníase. A questão exige o conhecimento da relação entre prevalência/risco basal e o cálculo do NNT (Número Necessário para Tratar).

Conceitos de Bioestatística Aplicados:

1. Risco Absoluto: É a incidência do desfecho (incapacidade) em um determinado grupo.
2. RRA (Redução do Risco Absoluto): É a diferença entre o risco no grupo controle e o risco no grupo tratado.
3. NNT (Número Necessário para Tratar): É o inverso da Redução do Risco Absoluto ($1 / RRA$). Ele indica quantos pacientes precisam ser tratados para que um desfecho negativo seja evitado.

Relação com a Epidemiologia:

O NNT é influenciado diretamente pelo risco basal da doença na população. Se a

eficácia relativa do tratamento for a mesma (50% de redução do risco relativo), o benefício absoluto será maior onde a incidência da doença for maior.

- Em locais com alto risco (Pará): A Redução do Risco Absoluto será alta, logo o NNT será BAIXO.

- Em locais com baixo risco (Sudeste): A Redução do Risco Absoluto será baixa, logo o NNT será ALTO.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. No Pará, como o risco de incapacidade é mais alto, a redução absoluta causada pelo tratamento é maior. Isso resulta em um NNT menor, e não maior. Um NNT menor significa que a intervenção é mais "eficiente" (é necessário tratar menos pessoas para obter um benefício).

b) Incorreta. No Sudeste, a prevalência e o risco são menores. Consequentemente, a redução absoluta do risco será pequena, o que torna o NNT maior, e não menor.

c) Incorreta. Embora o NNT no Sudeste seja realmente maior devido à baixa prevalência, a conclusão da alternativa está errada. Um NNT maior significa que o mesmo tratamento evitará MENOS casos de incapacidade na população geral, pois há menos pessoas sob risco.

d) Correta. Como o Pará possui maior prevalência da doença e maior risco de incapacidade (risco basal elevado), a aplicação de um tratamento com 50% de eficácia relativa gera uma Redução de Risco Absoluto (RRA) mais expressiva do que no Sudeste. Como o NNT é o inverso da RRA, um risco maior resulta em um NNT menor. Portanto, no Pará, evitam-se mais casos de incapacidade ao se tratar o mesmo número de pessoas.

Questão 77

Para identificar o delineamento de um estudo epidemiológico, devemos analisar como os participantes foram selecionados, se houve intervenção por parte dos pesquisadores e como foi feita a distribuição dos grupos. No caso descrito, os pontos-chave são:

1. Intervenção: O pesquisador interfere ativamente ao determinar quem recebe ou não o paracetamol.
2. Aleatorização: O enunciado afirma explicitamente que os lactentes foram "aleatoriamente alocados" (randomizados).
3. Grupo-controle: Existe a comparação entre um grupo que recebe a intervenção e outro que não recebe.

4. Temporalidade: O estudo é prospectivo, partindo da intervenção para a observação dos resultados (febre e resposta imunológica).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: O Ensaio Clínico Randomizado é o estudo experimental por excelência. Sua principal característica é a distribuição aleatória dos participantes entre os grupos de intervenção e controle, o que visa reduzir vieses de seleção e garantir que os grupos sejam comparáveis. É o desenho ideal para testar a eficácia de medicamentos, exatamente como feito no estudo da Lancet citado.

Alternativa (b) Incorreta: A Coorte Retrospectiva é um estudo observacional. Nela, o pesquisador não intervém; ele apenas observa o que já aconteceu no passado através de registros médicos ou bancos de dados, agrupando os pacientes conforme uma exposição que já ocorreu para verificar o desfecho. No enunciado, os pesquisadores planejaram e executaram a intervenção no momento do estudo.

Alternativa (c) Incorreta: O estudo de Caso-Controle é observacional e parte do desfecho para a causa. Ele seleciona pessoas que já possuem uma condição (casos) e pessoas saudáveis (controles) e olha para o passado em busca de fatores de risco. O estudo citado começou com crianças saudáveis e acompanhou o surgimento dos efeitos após uma ação médica.

Alternativa (d) Incorreta: Estudos observacionais são aqueles em que o investigador apenas observa a natureza, sem atribuir deliberadamente uma intervenção aos participantes (como coortes, casos-controle e estudos transversais). Como houve a alocação ativa e aleatória de um fármaco, o estudo é classificado obrigatoriamente como experimental.

Questão 78

Análise do Enunciado:

O ponto fundamental para resolver esta questão é identificar os elementos de desenho do estudo citados no texto: houve randomização (os grupos foram sorteados), mas não houve uso de placebo nem mascaramento (o texto afirma que os pais sabiam a qual grupo o lactente pertencia).

Alternativa A (Incorreta): No desenho duplo-cego, nem os participantes (ou seus responsáveis) nem os pesquisadores que avaliam os resultados sabem quem está recebendo a intervenção ou o controle. O enunciado nega essa condição ao afirmar que os pais tinham conhecimento da alocação.

Alternativa B (Incorreta): O estudo cego simples ocorre quando apenas uma das partes envolvidas (geralmente o participante) desconhece qual tratamento está recebendo. Como os pais (responsáveis pelos lactentes) sabiam a qual grupo a criança pertencia devido à ausência de placebo, não houve cegamento simples.

Alternativa C (Correta): Um estudo aberto, ou open-label, caracteriza-se pela ausência de mascaramento. Nele, tanto os pesquisadores quanto os participantes sabem exatamente qual intervenção está sendo administrada. Como o estudo não utilizou placebo e os pais sabiam se o filho recebia ou não o paracetamol, essa é a classificação metodológica correta.

Alternativa D (Incorreta): O termo quase-experimental é reservado para estudos que avaliam o efeito de uma intervenção, mas que não utilizam a randomização (sorteio aleatório) para a composição dos grupos. O enunciado afirma explicitamente que os lactentes foram aleatoriamente alocados, o que define o estudo como um experimento clínico randomizado.

Questão 79

Esta questão aborda o atraso de linguagem em uma criança de 2 anos e 4 meses, um tema frequente na pediatria e em provas de residência. Para resolver o caso, devemos analisar os marcos do desenvolvimento e os sinais de alerta apresentados.

Aos 2 anos de idade, espera-se que a criança já consiga formar frases simples com duas palavras (ex.: "quer água", "mamãe foi"), tenha um vocabulário de pelo menos 50 palavras e atenda a comandos simples. No caso clínico, a criança fala frases ocasionalmente e entende ordens, mas prefere usar gestos (apontar e puxar a mão) para se comunicar. O fato de o contato visual estar preservado e não haver regressão de marcos já alcançados afasta, inicialmente, diagnósticos mais graves como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) clássico ou doenças neurodegenerativas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora o quadro não pareça grave, não se pode dizer que o desenvolvimento está "normal" e encerrar o caso. A criança apresenta um atraso na linguagem expressiva e utiliza formas de comunicação não verbais para suprir a falta da fala, o que exige investigação e intervenção.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta inicial mais adequada. O ambiente em que a criança vive é determinante para o desenvolvimento da fala. A falta de frequência à creche e o uso excessivo de telas (celulares, tablets, TV) são fatores de risco conhecidos para o atraso de linguagem, pois as telas oferecem estímulo passivo e

não exigem a interação verbal. Orientar a família a ler histórias, brincar de forma simbólica e estimular a criança a pedir verbalmente as coisas, em vez de apenas entregar o que ela aponta, são passos fundamentais.

Alternativa (c) Incorreta: Não há qualquer indicação de urgência neurológica ou infecciosa que justifique a coleta de líquido ou ida ao pronto-socorro. A criança está em bom estado geral e sem sinais de irritação meníngea ou hipertensão intracraniana. O isolamento social também não faz sentido clínico neste contexto.

Alternativa (d) Incorreta: A ressonância magnética de crânio é um exame de imagem indicado quando há suspeita de lesões estruturais, malformações ou sinais neurológicos focais, o que não é o caso desta paciente. Além disso, o procedimento sob sedação em crianças pequenas não deve ser solicitado sem uma justificativa clara, devido aos riscos do procedimento.

Em resumo, diante de um atraso de linguagem expressiva com compreensão e socialização preservadas, o médico deve primeiro avaliar e otimizar os estímulos ambientais e reduzir o tempo de tela antes de partir para exames invasivos.

Questão 80

Análise do caso clínico:

O caso apresenta uma criança com atraso de linguagem em acompanhamento na Atenção Primária. O fato de ela ter apresentado melhora significativa após a intervenção da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) demonstra que o cuidado foi direcionado às suas necessidades específicas, integrando diversos aspectos do seu desenvolvimento e ambiente.

Alternativa a) Incorreta. A universalidade é o princípio que garante que todo e qualquer cidadão tem direito ao acesso às ações e serviços de saúde pública. A definição apresentada na alternativa está errada ao sugerir que a transferência para a alta complexidade deve ocorrer independentemente da avaliação clínica; o fluxo de pacientes deve respeitar a hierarquização e a real necessidade clínica.

Alternativa b) Incorreta. Novamente, o conceito de universalidade diz respeito ao acesso para todos. A ideia de priorização de casos e garantia de acesso preferencial por gravidade ou necessidade está mais relacionada ao princípio da Equidade (tratar desigualmente os desiguais para promover a justiça social).

Alternativa c) Incorreta. Embora a garantia de acesso sem discriminação seja um valor fundamental do SUS, essa definição é um dos pilares da Universalidade. A Integralidade vai além do simples acesso; ela foca na qualidade e na abrangência do

cuidado oferecido ao indivíduo ao longo do tempo.

Alternativa d) Correta. A Integralidade é o princípio que orienta o profissional de saúde a enxergar o paciente como um todo, não apenas como um conjunto de sintomas ou uma doença isolada. No caso desta criança, para tratar o atraso de fala, foi necessário considerar o contexto biológico, o ambiente familiar (como o fato de não frequentar creche), as interações sociais e o suporte multiprofissional. A definição de organizar o cuidado de forma articulada e reconhecer as dimensões biopsicossociais é a definição clássica de Integralidade.

Gabarito: Letra d.
