



USP

GABARITO | 2026 | SP | 120 Questões



Gabarito: USP

2026 | SP

1 - A	40 - B	79 - D	118 - C
2 - C	41 - C	80 - B	119 - D
3 - B	42 - B	81 - B	120 - D
4 - B	43 - C	82 - A	
5 - B	44 - C	83 - D	
6 - D	45 - A	84 - D	
7 - A	46 - D	85 - A	
8 - A	47 - C	86 - C	
9 - C	48 - D	87 - B	
10 - D	49 - C	88 - B	
11 - A	50 - C	89 - A	
12 - D	51 - A	90 - C	
13 - D	52 - C	91 - A	
14 - B	53 - A	92 - C	
15 - A	54 - B	93 - D	
16 - C	55 - A	94 - D	
17 - D	56 - A	95 - C	
18 - D	57 - C	96 - D	
19 - B	58 - B	97 - B	
20 - C	59 - C	98 - C	
21 - B	60 - A	99 - A	
22 - B	61 - B	100 - C	
23 - C	62 - B	101 - B	
24 - C	63 - B	102 - B	
25 - B	64 - D	103 - A	
26 - B	65 - D	104 - A	
27 - A	66 - C	105 - C	
28 - D	67 - C	106 - D	
29 - D	68 - D	107 - A	
30 - C	69 - B	108 - C	
31 - D	70 - D	109 - B	
32 - B	71 - B	110 - C	
33 - A	72 - A	111 - D	
34 - A	73 - C	112 - C	
35 - A	74 - D	113 - D	
36 - B	75 - B	114 - A	
37 - A	76 - C	115 - A	
38 - C	77 - D	116 - B	
39 - A	78 - A	117 - D	

Comentários e Explicações

Questão 1

O caso clínico apresenta um homem de 52 anos com múltiplos fatores de risco cardiovascular (hipertensão, diabetes e obesidade) e queixa de dispneia progressiva associada a edema de membros inferiores. A análise deve integrar os achados clínicos com as imagens de ultrassonografia à beira do leito (POCUS).

****Análise das Imagens de Ultrassonografia:****

1. ****Ultrassonografia Cardíaca:**** O eixo paraesternal longo mostra uma função sistólica aparentemente preservada, sugerindo que, se houver insuficiência cardíaca, esta pode ser de fração de ejeção preservada (ICFEP), comum em pacientes obesos, hipertensos e diabéticos.
2. ****Ultrassonografia Pulmonar (Terceira foto):**** Observa-se a presença de múltiplas ****Linhas B**** (artefatos verticais que partem da linha pleural e vão até o fundo da tela). A presença de linhas B difusas em todos os campos pulmonares é patognomônica de ****síndrome intersticial****, que, neste contexto clínico, indica ****congestão pulmonar (edema cardiogênico)****.
3. ****Ultrassonografia da Veia Cava Inferior (Sexta e sétima fotos):**** Mostra uma veia cava inferior dilatada e com baixa variabilidade respiratória (pletórica). Isso indica pressão venosa central elevada e sobrecarga volumétrica.
4. ****Ultrassonografia Venosa (Femoral e Poplítea):**** Demonstra compressibilidade preservada dos vasos venosos (o vaso "some" ao ser comprimido pelo transdutor), o que afasta o diagnóstico de Trombose Venosa Profunda (TVP) nos segmentos avaliados.

****Diagnóstico:**** O quadro é de insuficiência cardíaca descompensada com perfil congestivo (congestão sistêmica evidenciada pelo edema e cava pletórica; congestão pulmonar evidenciada pelas linhas B no US).

****Análise das Alternativas:****

- a) ****Correta. Furosemida.**** É o tratamento de escolha para promover a depleção volêmica em pacientes com sinais de congestão pulmonar e sistêmica. O uso do diurético de alça visa reduzir a pré-carga e aliviar os sintomas de dispneia e edema.
- b) ****Incorreta. Azitromicina.**** O paciente não apresenta sinais infecciosos (está afebril, sem tosse produtiva) e o ultrassom pulmonar não mostra sinais de consolidação (como o sinal do parênquima hepatizado ou linhas C), o que torna o

diagnóstico de pneumonia improvável.

c) ****Incorreta. Rivaroxabana.**** Embora o paciente tenha dispneia e edema, o ultrassom de compressão venosa foi negativo para TVP em ambos os membros. Além disso, as linhas B difusas e a cava pletórica direcionam o diagnóstico para congestão volêmica global, e não para Tromboembolismo Pulmonar (TEP).

d) ****Incorreta. Formoterol/budesonida.**** Apesar de o paciente ter histórico de asma e apresentar sibilos ocasionais, o quadro atual é claramente de origem cardiovascular/volumétrica. O tratamento da asma é importante para a manutenção crônica, mas a conduta imediata para a causa da descompensação atual (congestão) é a diurese. A melhora discreta com salbutamol no pronto-socorro pode ter ocorrido por broncodilatação, mas não trata a causa-base do edema intersticial.

Questão 2

O quadro clínico descreve uma paciente com gastroenterite aguda, evoluindo com desidratação e hiponatremia (sódio de 128 mEq/L). Trata-se de uma hiponatremia hipovolêmica, causada pela perda de fluidos e eletrólitos pelo trato gastrointestinal, possivelmente agravada pela ingestão de líquidos pobres em sódio ou pela resposta fisiológica à depleção de volume.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A secreção de ADH (hormônio antidiurético ou vasopressina) nesta paciente está aumentada, porém é considerada apropriada, e não inapropriada. A Síndrome de Secreção Inapropriada de ADH (SIADH) ocorre em pacientes euvolêmicos, sem estímulo hemodinâmico para a liberação do hormônio. No caso clínico, a hipovolemia é um potente estímulo não osmótico para a liberação de ADH, visando à retenção de água livre para restaurar o volume circulante, o que acaba diluindo o sódio sérico.

b) Incorreta. Os peptídeos natriuréticos (como o ANP e o BNP) são liberados em situações de hipervolemia ou distensão das câmaras cardíacas (como na insuficiência cardíaca ou estados edematosos). Eles promovem a excreção de sódio e água. Como a paciente está desidratada (mucosas secas, hiponatremia hipovolêmica), a liberação desses peptídeos está suprimida.

c) Correta. A perda de fluidos pela diarreia gera uma redução do volume circulante efetivo (hipovolemia). Esta queda na perfusão renal ativa o Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA). A aldosterona eleva-se para promover a reabsorção de sódio e água nos túbulos distais e coletores, tentando compensar a

perda volêmica. É um mecanismo fisiopatológico compensatório presente nos estados de depleção de volume que acompanham a hiponatremia hipovolêmica. Além disso, a elevação da aldosterona contribui para a alcalose metabólica de contração (observada no HCO_3^- de 29 mEq/L) ao estimular a secreção de íons H^+ e a reabsorção de bicarbonato.

d) Incorreta. Embora ocorra perda fecal de potássio na diarreia, este não é o mecanismo primário para o desenvolvimento da hiponatremia. A hiponatremia é um distúrbio do balanço de água. A perda de potássio pode, teoricamente, facilitar o movimento de sódio para o meio intracelular para manter a eletroneutralidade, mas no contexto de perdas gastrointestinais, a hiponatremia é essencialmente explicada pela perda direta de sódio e pela retenção de água livre mediada pelo ADH em resposta à hipovolemia.

Questão 3

Análise do caso:

O paciente apresenta um quadro de esquistossomose hepatoesplênica em fase avançada. Embora a fisiopatologia inicial da esquistossomose seja a fibrose periportal (pré-sinusoidal), casos crônicos podem evoluir com disfunção do parênquima hepático, apresentando características de cirrose, como baixa albumina (3,1 g/dL), INR alargado (1,8), ascite e histórico de encefalopatia. O ponto central da questão é a identificação de varizes esofágicas de grosso calibre em um paciente hipertenso que ainda não apresentou sangramento variceal.

Alternativa a: Incorreta. A infusão de albumina é uma terapia com indicações muito específicas na hepatopatia: prevenção de disfunção renal na peritonite bacteriana espontânea (PBE), reposição após paracenteses de grande volume (retirada de mais de 5 litros de líquido) ou no manejo da síndrome hepatorenal. O paciente apresenta apenas edema leve e ascite mínima, sem critérios para infusão de albumina no momento.

Alternativa b: Correta. De acordo com as diretrizes internacionais (Consenso de Baveno VII), a profilaxia primária (evitar o primeiro sangramento) é mandatória em pacientes com varizes de grosso calibre. O carvedilol é um betabloqueador não seletivo que também possui efeito alfa-1-bloqueador, sendo altamente eficaz na redução da pressão portal. Neste caso clínico, o carvedilol é especialmente bem indicado, pois, além de tratar a hipertensão portal, ajudará no controle da hipertensão arterial sistêmica do paciente (PA 154 x 86 mmHg).

Alternativa c: Incorreta. A paracentese diagnóstica é indicada em todo paciente com ascite de início recente para avaliar o gradiente de albumina soro-ascite (GASA) e

descartar infecção. Contudo, o ultrassom descreve ascite em pequena quantidade e a questão foca na conduta terapêutica prioritária. Diante do risco de óbito por hemorragia digestiva devido às varizes calibrosas, a introdução da profilaxia medicamentosa é a conduta mais importante entre as opções listadas.

Alternativa d: Incorreta. A restrição de ingestão de água (restrição hídrica) não é indicada de forma rotineira para qualquer nível de hiponatremia. Ela é reservada para casos de hiponatremia dilucional grave, habitualmente quando o sódio sérico está abaixo de 125 mEq/L. Com um sódio de 130 mEq/L, a conduta inicial seria a restrição de sódio na dieta e o manejo cauteloso de diuréticos, e não a restrição de água.

Questão 4

ANÁLISE DO CASO:

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de Insuficiência Cardíaca (IC), caracterizado por dispneia aos esforços, dispneia paroxística noturna (a ortostase melhora o desconforto), refluxo hepatojugular e edema de membros inferiores. O ecocardiograma confirma a disfunção ventricular, revelando uma cardiomiopatia dilatada (fração de ejeção de 43% e aumento do volume diastólico do ventrículo esquerdo).

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A cardiomiopatia alcoólica é uma forma de cardiomiopatia dilatada tóxica causada pelo consumo crônico e excessivo de etanol (neste caso, 8 latas de cerveja/dia). O álcool e seus metabólitos (acetaldeído) exercem efeito tóxico direto nos miócitos, levando a alterações na contratilidade, fibrose e dilatação das câmaras cardíacas. Os achados laboratoriais corroboram o etilismo crônico: a GGT está significativamente elevada (318 U/L), e a ferritina aumentada (997 ng/mL), sem elevação da saturação de transferrina, é frequentemente vista como um reagente de fase aguda ou marcador de inflamação hepática pelo álcool. O ecocardiograma mostrando ventrículo esquerdo dilatado e hipocinesia global (implícita pela queda da fração de ejeção), sem alterações segmentares, reforça o padrão de miopatia metabólica/tóxica.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Amiloidose subtipo ATTR: Embora a síndrome do túnel do carpo seja um sinal clínico importante da amiloidose por transtirretina (ATTR), ela costuma ser bilateral e preceder os sintomas cardíacos em anos. No ecocardiograma da amiloidose, o achado característico é o espessamento importante das paredes ventriculares (hipertrofia aparente), aumento de átrios e padrão restritivo. O exame deste paciente descreve "ausência de espessamento de septo" e átrios de tamanho normal, o que

afasta essa hipótese.

c) **Cardiomiopatia cirrótica:** Refere-se a uma disfunção cardíaca em pacientes com cirrose hepática estabelecida, caracterizada por resposta embotada ao estresse, alterações eletrofisiológicas e disfunção diastólica. Apesar do consumo de álcool, o paciente não possui critérios laboratoriais ou físicos de cirrose (INR, albumina e bilirrubinas estão normais, e não há estigmas de hepatopatia crônica no exame físico). Além disso, a cardiomiopatia cirrótica geralmente mantém a fração de ejeção normal em repouso.

d) **Hemocromatose:** A hemocromatose hereditária pode causar cardiomiopatia (geralmente restritiva, evoluindo para dilatada). No entanto, o diagnóstico requer uma saturação de transferrina elevada (geralmente acima de 45-50%). No caso, a saturação de transferrina é de 32% (normal), indicando que o aumento da ferritina é secundário ao processo inflamatório/etilismo, e não por sobrecarga primária de ferro. Além disso, não há menção a outros sinais de hemocromatose, como "diabetes bronzeado" ou artralgia.

Questão 5

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de prurido generalizado crônico sem lesões cutâneas primárias (conhecido como prurido sine materia). O rastreio laboratorial básico foi negativo para as principais causas sistêmicas: insuficiência renal (ureia e creatinina normais), hepatopatias ou colestase (AST, ALT, FA e GGT normais) e alterações hematológicas (hemograma normal). O diabetes está compensado (HbA1c 7,3%). Diante de exames laboratoriais normais, a etiologia medicamentosa ganha destaque na investigação diagnóstica.

Alternativa a: Incorreta. A hidratação da pele é uma medida auxiliar importante para a xerose leve observada, mas não é suficiente para resolver um prurido de intensidade progressiva que interfere no sono e nas atividades diárias. O uso de corticoide tópico é indicado para doenças inflamatórias da pele (como dermatite atópica ou psoríase), e a paciente não apresenta lesões primárias que justifiquem seu uso, apenas escoriações secundárias ao ato de coçar.

Alternativa b: Correta. O tramadol é um analgésico da classe dos opioides. O prurido é um efeito adverso clássico desta classe, ocorrendo em 10% a 50% dos pacientes. O mecanismo envolve tanto a liberação de histamina pelos mastócitos quanto, principalmente, a ativação de receptores mu-opioides no sistema nervoso central. Considerando que o início do sintoma é compatível com o uso crônico e que outras causas sistêmicas foram descartadas, a suspensão ou substituição do tramadol por

analgésicos simples (como dipirona ou paracetamol) é a conduta diagnóstica e terapêutica mais adequada.

Alternativa c: Incorreta. A gabapentina e a pregabalina são fármacos utilizados no tratamento de pruridos específicos, como o prurido neuropático ou o prurido urêmico refratário. Embora possam ser opções em casos crônicos sem causa definida, não devem ser prescritas antes de se tentar eliminar uma causa externa evidente, como o uso de um medicamento sabidamente causador de prurido.

Alternativa d: Incorreta. Os anti-histamínicos têm papel limitado no tratamento do prurido induzido por opioides, pois esse sintoma não é mediado exclusivamente pela via histaminérgica. Além disso, prescrever um tratamento sintomático por apenas 15 dias não resolveria o problema de forma definitiva enquanto o agente causal (tramadol) fosse mantido na prescrição da paciente.

Questão 6

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de dor torácica aguda associado a alterações hemodinâmicas importantes (hipotensão e taquipneia). Ao analisarmos o eletrocardiograma, observamos um supradesnivelamento (supra) do segmento ST nas derivações DII, DIII e aVF, o que diagnostica um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra de ST de parede inferior.

No contexto de um IAM inferior acompanhado de hipotensão arterial e ausculta pulmonar limpa (sem estertores), deve-se suspeitar imediatamente de infarto de ventrículo direito (VD). No eletrocardiograma apresentado, dois sinais corroboram essa suspeita: o supra de ST em DIII é maior que em DII e há uma tendência de elevação do segmento ST em V1. No infarto de VD, o ventrículo perde sua capacidade contrátil e o débito cardíaco passa a depender criticamente da pré-carga (volume de sangue que chega ao coração).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A dobutamina é um agente inotrópico que pode ser utilizado no choque cardiogênico se o paciente permanecer hipotenso mesmo após a otimização da pré-carga. No entanto, ela não é a terapia imediata inicial; o primeiro passo é a reposição volêmica.

b) Incorreta. A nitroglicerina, assim como outros nitratos e diuréticos, é contraindicada no infarto de ventrículo direito. Esses medicamentos reduzem a

pré-carga (por venodilatação ou depleção de volume), o que pode levar a uma queda catastrófica do débito cardíaco e choque severo nesse perfil de paciente.

c) Incorreta. A noradrenalina é um vasopressor potente utilizado em estados de choque para manter a pressão de perfusão orgânica, mas, no caso do infarto de VD, a prioridade absoluta é garantir que o ventrículo direito tenha volume suficiente para "empurrar" o sangue para o lado esquerdo do coração. O uso isolado de vasopressores sem volume não resolve a falha de enchimento.

d) Correta. O cloreto de sódio 0,9% (soro fisiológico) é a terapia de escolha imediata. A expansão volêmica agressiva visa aumentar a pressão venosa central e a pré-carga do ventrículo direito, permitindo que o sangue flua passivamente através da circulação pulmonar para o ventrículo esquerdo, melhorando assim a pressão arterial sistêmica e o débito cardíaco.

Questão 7

O caso clínico apresenta um paciente idoso com um achado de componente monoclonal de 1,2 g/dL na eletroforese de proteínas. A imagem do gráfico confirma essa alteração ao mostrar um pico estreito e de base estreita (pico monoclonal) na região das gamaglobulinas. Nota-se também uma diminuição da fração de gamaglobulinas policlonais (0,39 g/dL, com valor de referência a partir de 0,74 g/dL), sugerindo imunoparesia. Como o hemograma, a creatinina, o cálcio e as radiografias estão normais, o paciente não apresenta, no momento, os critérios CRAB (hipercalcemia, insuficiência renal, anemia ou lesões ósseas) sugestivos de mieloma múltiplo sintomático, enquadrando-se inicialmente como gamopatia monoclonal de significado indeterminado (GMSI).

Alternativa A: Correta. Quando um pico monoclonal é detectado na eletroforese, o passo seguinte obrigatório é a realização da imunofixação de proteínas séricas para identificar o tipo de imunoglobulina (ex.: IgG, IgA, IgM) e o tipo de cadeia leve (kappa ou lambda). Além disso, a pesquisa de cadeias leves livres no sangue é essencial para completar a avaliação diagnóstica e realizar a estratificação de risco de progressão para doenças malignas, conforme as diretrizes atuais.

Alternativa B: Incorreta. A biópsia de medula óssea e o estudo por citogenética/FISH são procedimentos invasivos indicados para confirmar o diagnóstico de mieloma múltiplo ou quando há alto risco de progressão. Em pacientes com componente monoclonal menor que 1,5 g/dL e exames laboratoriais normais, deve-se primeiro completar a investigação bioquímica (imunofixação e cadeias leves) antes de proceder para a medula óssea, a menos que os testes bioquímicos iniciais mostrem alto risco.

Alternativa C: Incorreta. Embora o monitoramento periódico seja a conduta para casos de GMSI, ele só deve ser iniciado após a investigação diagnóstica inicial completa. Não se pode definir o intervalo de seguimento sem antes saber qual é a classe da imunoglobulina e a relação entre as cadeias leves livres, que são os principais fatores prognósticos.

Alternativa D: Incorreta. A cintilografia óssea não é o exame indicado para avaliar mieloma, pois ela detecta atividade osteoblástica, enquanto o mieloma causa lesões puramente osteolíticas, o que gera muitos resultados falsos-negativos. A tomografia de corpo inteiro de baixa dose é o padrão-ouro atual para avaliação óssea, mas, como o paciente já realizou radiografias que foram normais e o componente monoclonal é baixo, a prioridade é a caracterização bioquímica da proteína antes de prosseguir com exames de imagem mais avançados.

Questão 8

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de transtorno de pânico, caracterizado por crises súbitas e recorrentes de ansiedade intensa (palpitação, falta de ar, tontura, formigamento), acompanhadas de medo de morrer e sensação de catástrofe iminente. O ponto-chave para a questão é o comportamento de esquiva que o paciente desenvolveu: ele passou a evitar elevadores por medo de ter uma nova crise e não conseguir sair ou receber socorro. Esse padrão de medo e esquiva de situações em que o escape é difícil ou o auxílio é indisponível define a agorafobia.

Alternativa A (Agorafobia): Correta. De acordo com o DSM-5, a agorafobia envolve medo ou ansiedade acentuados em duas ou mais situações, como uso de transporte público, espaços abertos, locais fechados (como elevadores), filas ou multidões, ou estar fora de casa sozinho. O indivíduo evita essas situações porque teme não conseguir escapar ou não ter ajuda caso desenvolva sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes. O caso descreve exatamente essa dinâmica de medo de ficar "preso" sem socorro durante uma crise.

Alternativa B (Claustrofobia): Incorreta. A claustrofobia é o medo de lugares fechados. Embora o paciente evite o elevador, o diagnóstico de agorafobia é mais abrangente e adequado aqui, porque a motivação da esquiva não é o lugar fechado em si, mas sim o medo de ter uma crise de pânico e não poder escapar ou ser ajudado. No raciocínio clínico psiquiátrico, quando a esquiva de locais fechados ocorre no contexto do transtorno de pânico e envolve o medo da falta de socorro, o diagnóstico correto é agorafobia.

Alternativa C (Ansiedade generalizada): Incorreta. O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) caracteriza-se por uma preocupação excessiva, persistente e difícil de controlar sobre diversos eventos ou atividades do cotidiano (como trabalho ou saúde), durando pelo menos 6 meses. O quadro do paciente é episódico (crises de pânico) e situacional (medo do elevador), o que difere da preocupação constante e difusa do TAG.

Alternativa D (Fobia específica): Incorreta. A fobia específica envolve medo acentuado de um objeto ou situação circunscrita (como animais, altura ou sangue). Embora a claustrofobia seja uma fobia específica, o quadro clínico apresentado é dominado por crises de pânico espontâneas e o desenvolvimento subsequente de medo de situações de difícil escape, o que classifica o quadro como agorafobia associada ao transtorno de pânico, e não apenas uma fobia isolada a elevadores.

Questão 9

A chave para resolver esta questão reside na identificação de uma síndrome de má absorção intestinal, evidenciada por três achados principais no quadro clínico:

1. Refratariedade ao tratamento do hipotireoidismo: O paciente pesa 74 kg e utiliza uma dose de levotiroxina de 225 µg/dia. A dose padrão de reposição é de aproximadamente 1,6 µg/kg/dia (cerca de 120 µg para este paciente). Uma dose tão elevada sem atingir o controle clínico ou laboratorial sugere fortemente que o medicamento não está sendo absorvido adequadamente no trato gastrointestinal.

2. Anemia microcítica: A hemoglobina baixa (Hb 10,1 g/dL) com VCM reduzido (67 fL) indica uma anemia ferropriva, frequentemente o primeiro sinal de má absorção em adultos, decorrente da atrofia das vilosidades intestinais onde o ferro é absorvido (duodeno).

3. Sintomas gastrointestinais inespecíficos: Dor abdominal em cólica e evacuações amolecidas por 8 meses corroboram o quadro de uma enteropatia crônica.

O diagnóstico mais provável é a Doença Celíaca. A biópsia de duodeno (padrão-ouro) nesta patologia revela classicamente: atrofia de vilosidades, hiperplasia de criptas e, fundamentalmente, o aumento dos linfócitos intraepiteliais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O granuloma não caseificante é um achado histológico característico da Doença de Crohn. Embora o Crohn possa causar má absorção, a

associação específica com a necessidade de altas doses de levotiroxina e a descrição de uma enterotomografia normal (que costuma mostrar espessamentos ou estenoses no Crohn) tornam a Doença Celíaca uma hipótese muito mais robusta.

Alternativa b) Incorreta. O *H. pylori* está associado a gastrites, úlceras pépticas e linfoma MALT. Ele não justifica o quadro de má absorção intestinal generalizada e anemia microcítica grave com necessidade de doses heroicas de levotiroxina.

Alternativa c) Correta. O infiltrado linfocítico (especificamente o aumento de linfócitos intraepiteliais) é a alteração histológica inicial e marcante da Doença Celíaca (Classificação de Marsh), justificando a má absorção de ferro e de hormônio tireoidiano.

Alternativa d) Incorreta. O infiltrado eosinofílico sugeriria Gastroenterite Eosinofílica. No entanto, o paciente nega manifestações atópicas (como asma ou rinite) e não apresenta eosinofilia no hemograma, o que torna esse diagnóstico improvável.

Questão 10

Análise do caso clínico:

A paciente de 35 anos apresenta um quadro de insônia iniciado há dois meses, coincidindo com o manejo terapêutico da depressão. Ela faz uso de fluoxetina 20 mg no período noturno. A fluoxetina é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) que possui um perfil farmacodinâmico marcadamente ativador. Diferente de outros antidepressivos que podem causar sonolência (como a mirtazapina ou a trazodona), a fluoxetina frequentemente causa alerta, agitação e fragmentação do sono se administrada em horários próximos ao repouso.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O clonazepam é um benzodiazepínico com potencial de causar dependência, tolerância e prejuízo cognitivo a longo prazo. Trocar um antidepressivo (fluoxetina) por um sedativo em uma paciente com depressão é uma conduta errada, pois o clonazepam não trata a patologia de base (depressão) e apenas mascara o sintoma da insônia, podendo, inclusive, agravar quadros depressivos.

Alternativa b) Incorreta. Associar um benzodiazepínico poderia até resolver a insônia temporariamente, mas configuraria polifarmácia desnecessária. Antes de adicionar um novo medicamento para tratar o efeito colateral de outro, deve-se primeiro tentar ajustar a dose ou o horário da medicação atual.

Alternativa c) Incorreta. Aumentar a dose da fluoxetina provavelmente pioraria a queixa da paciente. Como a droga tem efeito estimulante no sistema nervoso central, doses maiores tendem a aumentar o estado de alerta e a dificuldade para iniciar o sono.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta mais adequada e custo-efetiva. Devido ao efeito ativador da fluoxetina, a recomendação padrão na prática clínica é que ela seja administrada pela manhã. Ao trocar o horário de uso da noite para a manhã, aproveita-se o pico plasmático da droga durante o dia e reduz-se a interferência do fármaco nos receptores que regulam o ciclo sono-vigília durante a noite, resolvendo a insônia sem a necessidade de intervenções farmacológicas adicionais.

Questão 11

O quadro clínico descreve uma paciente com sinais clássicos de **heminegligência à esquerda**, um fenômeno tipicamente associado a lesões no **hemisfério cerebral não dominante (geralmente o direito)**, especificamente no **lobo parietal**.

Abaixo, a análise detalhada dos achados e das alternativas:

Análise do Quadro Clínico

- Heminegligência e Extinção:** A paciente ignora o lado esquerdo do espaço. Isso é evidenciado pelo fato de ela começar a ler a partir do meio da página e ignorar o lado esquerdo das frases.
- Campos Visuais Preservados:** O enunciado afirma que ela percebe o dedo em todos os quadrantes. Isso descarta uma hemianopsia homônima (lesão na via visual primária/lobo occipital) e confirma que o problema é de **atenção espacial** (córtex parietal), não de recepção visual.
- Desvio do Olhar Conjugado:** O olhar desviado para a direita (para o lado da lesão cortical), que pode ser vencido pelo comando, reforça a existência de uma lesão aguda no hemisfério direito (área do campo ocular frontal ou conexões parietais).
- Anosognosia:** A irritação e a afirmação de que "está bem" sugerem a negação da própria doença, sintoma comum em lesões parietais direitas.
- Ausência de Déficit Motor:** Indica que a lesão poupou o giro pré-central (área motora primária) e a cápsula interna.

Análise das Alternativas e Imagens

- Alternativa (a) - Imagem A (Correta):** Esta ressonância magnética (sequência FLAIR) mostra uma área de hipersinal (branca) localizada no **lobo parietal direito**.

Esta localização é perfeitamente compatível com a síndrome de heminegligência à esquerda descrita no caso, poupando as áreas motoras frontais e as áreas visuais primárias occipitais.

* **Alternativa (b) - Imagem B:** Apresenta uma lesão mais posterior, atingindo predominantemente o lobo occipital direito. Uma lesão nesta área causaria hemianopsia homônima esquerda (a paciente não veria os dedos no campo visual esquerdo), o que foi explicitamente descartado pelo exame físico descrito.

* **Alternativa (c) - Imagem C:** Mostra um corte de ressonância sem evidência de lesão isquêmica ou expansiva aguda que justifique a sintomatologia focal descrita.

* **Alternativa (d) - Imagem D:** Apresenta uma imagem com alterações inespecíficas ou cortes que não evidenciam a lesão parietal focal necessária para explicar a heminegligência e o desvio do olhar.

Conclusão

O diagnóstico é de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico agudo/subagudo em território da artéria cerebral média direita (ramo parietal), manifestando-se como síndrome de negligência do hemiespaço esquerdo. A **Imagem A** é a única que demonstra a lesão no lobo parietal direito.

Questão 12

Diagnóstico: Cetoacidose Diabética (CAD).

A paciente apresenta o quadro clínico e laboratorial clássico de CAD: hiperglicemia (482 mg/dL), acidose metabólica com hiato aniônico elevado (pH 7,27 e HCO₃⁻ 12 mEq/L) e presença de cetonas no sangue. No entanto, a questão exige a identificação de uma complicação eletrolítica grave através do exame físico e do eletrocardiograma (ECG).

Análise do ECG e Clínica:

O exame físico revela força grau IV em membros inferiores, sugerindo fraqueza muscular. O ECG mostra sinais característicos de hipocalcemia (baixos níveis de potássio):

1. Presença de ondas U proeminentes, observadas logo após a onda T, especialmente nas derivações V2, V3 e V4.
2. Ondas T com amplitude reduzida (achatadas).
3. Taquicardia sinusal.

Embora a CAD geralmente curse com potássio sérico normal ou elevado (devido à saída do potássio da célula pela acidose e deficiência de insulina), o potássio corporal total está sempre depletado. Sinais clínicos e eletrocardiográficos de hipocalcemia na admissão indicam uma depleção severa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O bicarbonato de sódio só é indicado no tratamento da cetoacidose diabética se o pH estiver extremamente baixo (menor que 6,9), o que não é o caso desta paciente (pH 7,27). O uso indiscriminado pode piorar a hipocalcemia e causar acidose paradoxal do sistema nervoso central.

b) Incorreta. A insulina é parte fundamental do tratamento da CAD, mas sua administração promove a entrada de potássio para o interior das células. Se a insulina for iniciada em uma paciente que já apresenta sinais de hipocalcemia, os níveis de potássio sérico podem cair para níveis críticos, provocando arritmias malignas ou falência muscular respiratória. A prioridade imediata é estabilizar o potássio.

c) Incorreta. A adenosina é utilizada para tratar taquicardias supraventriculares por reentrada. O ECG da paciente mostra taquicardia sinusal (ritmo regular com onda P positiva em II, III e aVF), que é uma resposta fisiológica à desidratação e ao estresse metabólico.

d) Correta. O cloreto de potássio é a conduta prioritária. Diante de sinais de hipocalcemia (fraqueza muscular e onda U no ECG), a reposição de potássio deve ser iniciada imediatamente. Segundo os protocolos de CAD, se o potássio for menor que 3,3 mEq/L, deve-se repor potássio e adiar o início da insulina até que os níveis subam. Como o ECG já manifesta sinais de hipocalcemia, a reposição é o item mais apropriado e urgente da prescrição.

Questão 13

Para resolver esta questão, é necessário analisar os dados de bioestatística e epidemiologia clínica fornecidos na tabela, especificamente a Razão de Verossimilhança Positiva (Positive Likelihood Ratio - LR+). A Razão de Verossimilhança indica o quanto a presença de um sinal ou sintoma aumenta (ou diminui) a probabilidade de uma doença. Quanto maior o valor da Razão de Verossimilhança Positiva, maior é o impacto do achado clínico para confirmar o diagnóstico.

Análise das alternativas baseada na tabela:

a) Incorreta. A hepatomegalia apresenta uma especificidade alta (97%), porém sua Razão de Verossimilhança Positiva é de apenas 1,07. Na prática clínica, valores de LR+ próximos de 1 indicam que o achado quase não altera a probabilidade pós-teste da doença, não favorecendo o diagnóstico de forma significativa.

b) Incorreta. A terceira bulha (B3), segundo os dados desta tabela específica, apresenta uma Razão de Verossimilhança Positiva de 0,67. Um valor menor que 1 indicaria, teoricamente, que a presença do sinal reduziria a probabilidade da doença, o que é atípico para a B3 na insuficiência cardíaca, mas é o que os dados fornecidos apontam. Portanto, não favorece o diagnóstico.

c) Incorreta. Os estertores pulmonares possuem uma Razão de Verossimilhança Positiva de 1,26. Embora esse valor seja maior que 1, ele representa um aumento muito pequeno e pouco expressivo na probabilidade de insuficiência cardíaca.

d) Correta. O refluxo abdominojugular apresenta uma Razão de Verossimilhança Positiva de 5,50. Na epidemiologia clínica, valores de LR+ entre 5 e 10 indicam um aumento moderado a significativo na probabilidade de o paciente apresentar a patologia. Entre todos os achados listados na tabela, este é o que possui o maior poder de confirmar (favorecer significativamente) o diagnóstico de insuficiência cardíaca.

Questão 14

O quadro clínico descreve uma paciente com provável pneumonia que, após ser submetida à intubação orotraqueal (IOT), apresenta uma assimetria importante na ausculta pulmonar: murmúrios presentes à direita e globalmente reduzidos à esquerda. Em uma paciente recém-intubada, essa é a apresentação clássica de uma intubação seletiva. Devido à anatomia do brônquio fonte direito, que é mais verticalizado, mais curto e mais largo que o esquerdo, o tubo endotraqueal tende a progredir para o pulmão direito se for inserido além da profundidade ideal.

Abaixo, a análise das alternativas baseada nas imagens radiográficas:

Alternativa (a): Incorreta. A radiografia mostra uma paciente intubada com o tubo em posição aparentemente adequada, acima da carina. Os campos pleuropulmonares estão expandidos e com transparência preservada de forma simétrica, o que não condiz com a redução do murmúrio vesicular à esquerda relatada no exame físico.

Alternativa (b): Correta. Esta imagem é o exemplo clássico de intubação seletiva à direita. Nota-se que a extremidade distal do tubo orotraqueal está inserida profundamente no brônquio fonte direito. Como consequência, o pulmão esquerdo não recebe ventilação, levando a uma atelectasia total desse lado, visível como uma opacidade completa (pulmão branco) do hemitórax esquerdo com desvio das estruturas do mediastino para o lado afetado. Isso explica perfeitamente a ausculta reduzida à esquerda e a hipoxemia (SpO₂ 92%).

Alternativa (c): Incorreta. A imagem revela infiltrados alveolares bilaterais e difusos, sugerindo um quadro de congestão pulmonar ou Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). Embora compatível com a gravidade da paciente, não justifica o achado específico de ausculta preservada em um pulmão e reduzida no outro logo após o procedimento de estabilização.

Alternativa (d): Incorreta. Apresenta infiltrados intersticiais e alveolares bilaterais, compatíveis com pneumonia extensa ou outras patologias parenquimatosas difusas. Assim como na alternativa (c), a bilateralidade das alterações radiológicas não explica a assimetria clínica encontrada após a intubação.

Conclusão: O exame físico após a IOT é soberano para suspeitar de intubação seletiva. A confirmação radiológica na alternativa (b) mostra o tubo posicionado no brônquio fonte direito e o pulmão esquerdo colapsado (atelectasiado) por falta de ventilação.

Questão 15

O quadro clínico apresenta uma paciente jovem com episódios recorrentes de angioedema (edema de pálpebras, lábios e língua) associados, em pelo menos um dos episódios, a lesões cutâneas características de urticária (eritematosas, edematosas e pruriginosas).

Análise das alternativas:

a) Correta. A urticária aguda é definida por episódios de pápulas/vergões (urticas) pruriginosos e/ou angioedema com duração total de até seis semanas. É muito comum que a urticária e o angioedema ocorram simultaneamente (em cerca de 40 a 50% dos casos). A paciente apresenta episódios isolados e autolimitados ao longo de 8 meses, o que caracteriza episódios recorrentes de urticária/angioedema agudos. O uso frequente de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) para cefaleia e dismenorrea é um gatilho clássico para essas manifestações.

b) Incorreta. Embora a ingestão de amendoim tenha sido citada em um dos episódios, a alergia alimentar não parece ser a causa de todos os quatro atendimentos. A paciente tem outros fatores de risco importantes, como o uso recorrente de analgésicos e anti-inflamatórios, que são causas frequentes de urticária e angioedema (farmacodermia). A alternativa "a" é mais abrangente para o diagnóstico sindrômico do quadro cutâneo-mucoso.

c) Incorreta. Para o diagnóstico de anafilaxia, é necessária a participação de dois ou

mais órgãos ou sistemas (ex.: pele + respiratório, ou pele + gastrointestinal) ou o envolvimento cardiovascular (hipotensão/choque) após exposição a um alérgeno provável. A questão é enfática ao negar a ocorrência de dispneia, hipotensão, diarreia ou dor abdominal em todos os atendimentos. Portanto, apesar do uso de adrenalina e do edema de língua (que gera preocupação com a via aérea), os critérios formais para anafilaxia não foram preenchidos conforme o relato.

d) Incorreta. O angioedema hereditário caracteriza-se por edemas de pele e mucosas que não coçam (não pruriginosos) e, fundamentalmente, pela ausência de urticária (urticas). Como a paciente apresentou lesões eritematosas, edematosas e pruriginosas em um dos episódios, o diagnóstico de angioedema hereditário é descartado. Além disso, o angioedema hereditário costuma ser refratário ao tratamento com adrenalina, corticoides e anti-histamínicos.

Questão 16

Esta questão aborda a investigação diagnóstica de uma linfadenopatia cervical crônica associada a sintomas sistêmicos. A paciente apresenta um quadro de três meses de evolução, o que afasta causas agudas infecciosas. Os pontos-chave para o raciocínio clínico são:

1. Linfadenopatia persistente: O gânglio possui 2,5 cm (acima do limite de normalidade de 1 a 1,5 cm), é indolor e firme, características que levantam suspeita de malignidade ou doenças granulomatosas.
2. Prurido generalizado: É um sintoma importante, muitas vezes considerado um "sintoma B" equivalente ou um sinal paraneoplásico, fortemente associado ao Linfoma de Hodgkin.
3. Sinais de compressão mediastinal: O edema facial ao despertar e a turgência jugular discreta sugerem a presença de uma massa no mediastino (Síndrome da Veia Cava Superior inicial), achado comum em linfomas que cursam com linfadenopatia cervical.
4. Tempo de evolução: Três meses é um período longo, indicativo de patologia crônica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A mononucleose infecciosa é uma síndrome viral aguda que geralmente se manifesta com febre, faringite e linfadenopatia bilateral e dolorosa, autolimitada em poucas semanas. O quadro desta paciente é crônico (3 meses) e apresenta sinais de compressão vascular, o que não é compatível com mononucleose.

b) Incorreta. O uso de antibióticos (amoxicilina com clavulanato) seria indicado se

houvesse suspeita de linfadenite bacteriana aguda (gânglio flogístico, doloroso, com sinais infecciosos locais). O gânglio da paciente é firme, indolor e está presente há meses, sem sinais de infecção bacteriana atual. A história do procedimento odontológico ocorrido há um mês não justifica um gânglio que já existe há três meses.

c) Correta. Diante de uma linfadenopatia com características suspeitas (tamanho > 2 cm, consistência firme, indolor, duração > 4 semanas) e sinais de massa mediastinal (edema facial e turgência jugular), a biópsia excisional do linfonodo é o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo, sendo a principal suspeita o Linfoma de Hodgkin.

d) Incorreta. O uso de corticoides (prednisona) antes de um diagnóstico definitivo em casos de suspeita de linfoma é contraindicado. O corticoide pode reduzir temporariamente o tamanho do linfonodo (efeito citolítico), o que mascara o quadro clínico, retarda o diagnóstico correto e pode dificultar a interpretação histopatológica da biópsia subsequente.

Questão 17

O ponto central desta questão é a técnica correta de aferição da pressão arterial (PA) e a identificação de possíveis vieses que levam a diagnósticos errôneos. O paciente apresenta sobrepeso e uma medida isolada de 148 x 92 mmHg.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a apneia obstrutiva do sono seja uma causa de hipertensão secundária, a história clínica do paciente é pobre para esse diagnóstico no momento. O ronco é esporádico (apenas após o consumo de álcool), não há pausas respiratórias relatadas pelo parceiro e o paciente não tem sintomas clássicos, como sonolência diurna ou cefaleia matinal. Solicitar uma polissonografia tipo I seria precoce e não resolve a dúvida sobre a veracidade da medida da PA atual.

Alternativa (b) Incorreta: A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) é um excelente exame para confirmar o diagnóstico de hipertensão ou afastar o efeito do avental branco. No entanto, antes de solicitar exames complementares, o médico deve garantir que a propedêutica realizada em consultório seguiu os padrões técnicos exigidos. Se o manguito estiver inadequado para o braço do paciente, todas as medidas posteriores (inclusive em consultas de retorno) estarão erradas.

Alternativa (c) Incorreta: Reavaliar em uma consulta de retorno faz parte do protocolo para diagnóstico de hipertensão arterial (que geralmente exige duas ou mais medidas em ocasiões diferentes). Contudo, a questão foca no "próximo passo"

diante de um achado alterado em um paciente com biótipo específico (sobrepeso). Ignorar a possibilidade de erro técnico na consulta atual e apenas marcar um retorno é uma conduta incompleta.

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta técnica prioritária. Pacientes com sobrepeso ou obesidade frequentemente possuem a circunferência do braço maior do que a coberta pelo manguito padrão para adultos. O uso de um manguito pequeno demais para um braço largo gera uma falsa elevação dos níveis pressóricos (superestima a pressão arterial), pois é necessária uma pressão maior na bolsa de borracha para conseguir ocluir a artéria braquial. Portanto, antes de rotular o paciente como hipertenso ou pedir exames, deve-se certificar-se de que o equipamento utilizado é adequado ao diâmetro do braço do paciente, garantindo que a largura da bolsa de borracha corresponda a 40% da circunferência do braço e o comprimento, a pelo menos 80%.

Questão 18

A conduta correta para uma paciente jovem, saudável, sem antecedentes pessoais ou familiares de eventos tromboembólicos e com uma gestação prévia sem complicações é não realizar a pesquisa de trombofilias. A gestação funciona como um "teste de estresse" para o sistema de coagulação; se a paciente não teve problemas durante esse período, o risco de uma trombofilia grave manifestar-se apenas com o uso de anticoncepcional é estatisticamente muito baixo.

De acordo com os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as recomendações da FEBRASGO, a triagem para o início do uso de contraceptivos hormonais combinados deve ser baseada em uma anamnese cuidadosa e na aferição da pressão arterial. A pesquisa laboratorial de trombofilias hereditárias não é recomendada de rotina para a população geral.

Alternativa a: Incorreta. Mesmo as trombofilias mais frequentes na população, como o Fator V de Leiden (que possui prevalência de 3% a 7% na população geral, conforme a tabela), não justificam o rastreamento em pacientes assintomáticas. O custo e o potencial impacto psicológico de um resultado positivo em alguém com baixo risco absoluto superam os benefícios clínicos.

Alternativa b: Incorreta. O risco relativo elevado mostrado na tabela (como na Deficiência de Antitrombina, que varia de 5 a 10) não justifica a triagem universal porque a prevalência dessas condições é extremamente baixa (0,02% para Antitrombina). O rastreamento de condições raras em pacientes sem história clínica sugestiva não é eficaz.

Alternativa c: Incorreta. A realização de triagem laboratorial completa para todas as trombofilias disponíveis é contraindicada por diretrizes nacionais e internacionais. A maioria das mulheres com mutações hereditárias (especialmente as heterozigotas) nunca apresentará um episódio de trombose ao longo da vida, mesmo fazendo uso de contraceptivos hormonais.

Alternativa d: Correta. Não há necessidade de investigação laboratorial. A ausência de histórico pessoal ou familiar e o fato de a paciente já ter passado por uma gestação sem intercorrências são indicadores clínicos suficientes para classificar o uso do método hormonal combinado como seguro (Categoria 1 ou 2, dependendo de outros fatores menores). A anamnese é a ferramenta de triagem soberana neste caso.

Questão 19

Para resolver essa questão, precisamos analisar dois pontos principais: o diagnóstico clínico do paciente e a interpretação do resultado da hemocultura.

1. Diagnóstico Clínico: O paciente está internado há 8 dias (infecção hospitalar) e desenvolveu um quadro de febre, tosse produtiva e instabilidade hemodinâmica leve (pressão arterial média limítrofe). Esse cenário é clássico para Pneumonia Hospitalar (nosocomial), definida como aquela que ocorre 48 horas ou mais após a admissão.

2. Interpretação da Hemocultura: O exame identificou *Staphylococcus epidermidis* em apenas 1 de 4 frascos coletados (apenas no frasco aeróbio de um par). O *S. epidermidis* é um estafilococo coagulase-negativo, que faz parte da microbiota normal da pele. Quando ele cresce em apenas uma amostra, é considerado um contaminante de coleta em mais de 90% dos casos. Para ser valorizado como patógeno real, ele deveria aparecer em pelo menos dois pares de hemoculturas diferentes. Portanto, não devemos direcionar o tratamento para esse agente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O esquema de Ceftriaxona e Azitromicina é utilizado para Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Como o paciente está no 8º dia de internação, ele possui risco para patógenos hospitalares, incluindo *Pseudomonas aeruginosa*, que não é coberta por esse esquema.

b) Correta. A Piperacilina com Tazobactam é um antibiótico de amplo espectro com ação contra bactérias Gram-negativas, incluindo a *Pseudomonas aeruginosa*, além de cobrir cocos Gram-positivos sensíveis (como o *Streptococcus pneumoniae* e MSSA). É uma das opções de primeira escolha para o tratamento empírico da Pneumonia

Hospitalar.

c) Incorreta. A Vancomicina seria indicada se houvesse forte suspeita de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) ou se a hemocultura mostrasse um patógeno Gram-positivo real e resistente. Como a hemocultura foi interpretada como contaminação e o foco é pulmonar hospitalar, a prioridade é a cobertura de Gram-negativos multirresistentes.

d) Incorreta. A Oxacilina tem espectro restrito para *Staphylococcus* sensíveis (MSSA). Ela não oferece cobertura para os principais agentes da pneumonia hospitalar (Gram-negativos) e não é o tratamento indicado para o *S. epidermidis* da hemocultura, que, além de ser contaminante, é frequentemente resistente à oxacilina.

Em resumo, o foco do tratamento deve ser a Pneumonia Hospitalar, sendo a Piperacilina com Tazobactam a escolha mais adequada entre as opções apresentadas.

Questão 20

O caso clínico apresenta um paciente idoso que desenvolveu uma síndrome parkinsoniana clássica (tremor de repouso, bradicinesia e rigidez em roda dentada) de início agudo e simétrico durante uma internação hospitalar por infarto agudo do miocárdio. Em provas de residência, quando um parkinsonismo surge de forma súbita e bilateral após o início de novos tratamentos, a principal hipótese deve ser o parkinsonismo medicamentoso.

Análise das alternativas:

a) Clonazepam: É um benzodiazepínico utilizado como ansiolítico ou anticonvulsivante. Seus efeitos colaterais mais comuns incluem sedação, tontura, ataxia (desequilíbrio) e prejuízo cognitivo. Ele não bloqueia receptores de dopamina e, portanto, não é causador de sintomas parkinsonianos.

b) Carvedilol: É um betabloqueador amplamente utilizado no pós-infarto para controle de frequência cardíaca e remodelamento cardíaco. Betabloqueadores podem causar bradicardia, hipotensão ou fadiga, mas não causam parkinsonismo. Na verdade, alguns betabloqueadores (como o propranolol) são usados para tratar o tremor essencial, que é clinicamente diferente do tremor de repouso descrito.

c) Bromoprida: Esta é a alternativa correta. A bromoprida é um antiemético e procinético que atua como antagonista dos receptores dopaminérgicos D2. Como

atravessa a barreira hematoencefálica, ela pode bloquear esses receptores na via nigroestriatal, mimetizando a deficiência de dopamina observada na doença de Parkinson. É uma causa muito comum de parkinsonismo secundário em pacientes hospitalizados que apresentam náuseas ou vômitos (sintomas frequentes no infarto de parede inferior devido ao reflexo vagal). O quadro costuma ser simétrico e reversível após a suspensão da droga.

d) Losartana: É um bloqueador dos receptores de angiotensina II (BRA) utilizado para tratar hipertensão arterial. Não possui ação no sistema nervoso central relacionada à via dopaminérgica e não está associada ao surgimento de tremores ou rigidez.

Conclusão: O reconhecimento do parkinsonismo iatrogênico é fundamental na prática médica. Medicamentos como bromoprida, metoclopramida e antipsicóticos são os principais agentes causadores dessa síndrome. No contexto de um infarto de parede inferior, o uso de antieméticos é frequente, justificando a associação clínica.

Questão 21

Análise do caso clínico:

A paciente de 23 anos apresenta um quadro compatível com atividade de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Os sinais incluem lesões cutâneas (hiperemia malar e em tronco), pancitopenia (redução das três linhagens celulares no hemograma: hemoglobina de 8,9 mg/dL, leucócitos de 3.600/mm³ e plaquetas de 123.000/mm³) e insuficiência renal aguda ou crônica agudizada (elevação expressiva de creatinina e ureia), sugerindo nefrite lúpica. Do ponto de vista metabólico, destacam-se a hipercalemia (K de 5,8 mEq/L) e a hipertensão arterial associada à taquipneia, o que sugere um estado de hipervolemia por retenção hidrossalina secundária à disfunção renal.

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

O ECG fornecido revela ondas T apiculadas, simétricas e com base estreita, conhecidas como ondas T em tenda, especialmente visíveis nas derivações precordiais de V2 a V5. Esse achado é o sinal eletrocardiográfico mais precoce da hipercalemia e indica que o excesso de potássio já está afetando a repolarização ventricular.

Explicação das alternativas:

Alternativa a (Incorreta): O gluconato de cálcio é a medida inicial clássica para estabilizar a membrana do miocárdio em casos de hipercalemia com alterações

eletrocardiográficas, visando prevenir arritmias graves. Embora clinicamente esta seja a primeira conduta em muitos protocolos diante de ondas T em tenda, o gabarito oficial considerou a medida de excreção como a conduta imediata prioritária no contexto específico desta questão.

Alternativa b (Correta): A furosemida é um diurético de alça que promove a excreção renal de potássio (caliurese). Como a paciente apresenta sinais clínicos de sobrecarga volêmica (hipertensão e taquipneia) e insuficiência renal, a furosemida atua tanto na redução dos níveis de potássio quanto no manejo da hipervolemia. Segundo o gabarito oficial, esta é a conduta imediata pertinente para o quadro sindrômico apresentado.

Alternativa c (Incorreta): A desmopressina (DDAVP) é utilizada para corrigir a disfunção plaquetária causada pela uremia em pacientes com sangramento ativo ou que necessitam de procedimentos invasivos. Não há indicação para o seu uso no manejo da hipercalemia ou da insuficiência renal aguda sem sangramento neste caso.

Alternativa d (Incorreta): O poliestireno sulfonato de sódio (Sorcal) é uma resina de troca que remove o potássio através do trato gastrointestinal. No entanto, seu início de ação é lento (várias horas), não sendo adequado para o manejo de emergência. Além disso, a paciente possui histórico de constipação crônica, o que representa uma contraindicação relativa ao uso dessa medicação devido ao risco de complicações intestinais graves, como necrose de cólon.

Questão 22

A questão aborda o manejo de um paciente hipertenso, portador de doença renal crônica (DRC) em estágio terminal (dialítico), apresentando níveis tensionais elevados durante a internação.

A chave para a resolução está em identificar o perfil do paciente. Pacientes em hemodiálise frequentemente apresentam hipertensão volume-dependente. Isso significa que o aumento da pressão arterial está diretamente relacionado ao acúmulo de líquidos (hipervolemia) entre as sessões de diálise ou pela incapacidade de atingir o "peso seco" ideal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O exame de fundo de olho é fundamental na avaliação de emergências hipertensivas para detectar lesões de órgãos-alvo agudas (como papiledema ou hemorragias). No entanto, o enunciado descreve que a cefaleia do paciente é a sua

"habitual" (tensional), o que reduz a suspeita de uma emergência hipertensiva com encefalopatia. No contexto da DRC dialítica, a avaliação do status volêmico precede essa investigação.

b) Correta. Em pacientes com doença renal crônica dialítica, a medida do peso corpóreo é o parâmetro mais fidedigno e rápido para avaliar o estado de hidratação e o ganho de fluido interdialítico. Como a hipertensão nesses pacientes é majoritariamente causada por sobrecarga de volume, confirmar o ganho de peso acima do peso seco estabelecido é o passo fundamental para decidir a conduta imediata, que geralmente envolve o ajuste da ultrafiltração na próxima sessão de diálise.

c) Incorreta. A aferição da circunferência cervical é uma ferramenta de triagem para a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), que pode ser uma causa de hipertensão secundária. Contudo, não possui utilidade na avaliação de um quadro agudo de elevação pressórica em paciente internado.

d) Incorreta. A pesquisa de sopro abdominal visa identificar estenose de artéria renal (hipertensão renovascular). Embora seja uma causa de hipertensão secundária, não é um exame fundamental para a conduta imediata em um paciente já diagnosticado com DRC terminal e que apresenta níveis pressóricos elevados possivelmente relacionados à volemia.

Resumo: Diante de um paciente dialítico com pressão arterial de 180x120 mmHg e sintomas crônicos/habituais, a primeira hipótese deve ser a sobrecarga de volume. Portanto, comparar o peso atual com o peso seco é o exame físico prioritário.

Questão 23

Esta questão aborda uma complicação metabólica muito comum e grave em pacientes oncológicos, especialmente naqueles com metástases ósseas: a Hipercalcemia da Malignidade.

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta uma neoplasia de mama com metástases ósseas, o que aumenta significativamente o risco de elevação dos níveis de cálcio sérico, seja por destruição óssea direta (osteólise) ou pela produção de proteína relacionada ao paratormônio (PTHrp). Os sintomas descritos formam o quadro clássico da hipercalcemia, frequentemente lembrado pela mnemônica dos "quatro dê's": Dor (óssea), Devolução (vômitos/náuseas), Depressão (alterações do nível de consciência) e Dejeção (constipação).

A desidratação e a taquicardia ocorrem porque o cálcio elevado induz um diabetes insipidus nefrogênico, levando à poliúria e conseqüente perda de volume.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a metástase hepática possa causar náuseas e mal-estar, ela geralmente se manifesta com dor em hipocôndrio direito, icterícia, ascite ou alteração de enzimas hepáticas. Não explica a constipação súbita nem o quadro de desidratação grave e sonolência progressiva de forma tão característica quanto a hipercalcemia.

b) Incorreta. Metástases cerebrais costumam cursar com sinais de localização (déficits motores ou sensitivos), crises convulsivas ou sinais de hipertensão intracraniana (cefaleia intensa e vômitos em jato). Apesar de a sonolência ser possível, os sintomas gastrointestinais (constipação grave) e a desidratação sistêmica não são típicos dessa condição.

c) Correta. A tríade de câncer de mama + metástase óssea + sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, constipação) + sintomas neurológicos (sonolência) + desidratação é a descrição clássica da hipercalcemia. O cálcio elevado reduz a excitabilidade neuromuscular, levando à lentificação do trânsito intestinal e depressão do sistema nervoso central.

d) Incorreta. A hiponatremia (nível baixo de sódio) pode causar náuseas e alteração do nível de consciência (sonolência, confusão, crises convulsivas), mas não costuma estar associada a uma constipação intestinal importante ou ao quadro de desidratação clínica tão proeminente em um contexto de metástase óssea. No câncer, a hiponatremia geralmente decorre da síndrome de secreção inapropriada de ADH (SIADH), que cursa com euvolemia ou leve hipervolemia, e não com desidratação.

Questão 24

O caso clínico descreve um paciente com insuficiência adrenal crônica que apresenta um quadro infeccioso de vias aéreas superiores com febre (38,3 graus Celsius). Em indivíduos saudáveis, o organismo responde ao estresse de uma infecção aumentando a produção de cortisol pelas glândulas adrenais. No entanto, pacientes com insuficiência adrenal são incapazes de montar essa resposta fisiológica, o que os coloca em alto risco de desenvolver uma crise adrenal aguda — uma condição potencialmente fatal caracterizada por choque circulatório e distúrbios hidroeletrólíticos.

Para prevenir essa complicação, devem ser aplicadas as chamadas regras de dias de doença (sick day rules). A recomendação padrão para estresses leves a moderados, como infecções febris ou procedimentos dentários, é dobrar ou triplicar a dose oral habitual de hidrocortisona enquanto durarem os sintomas (geralmente por 2 a 3 dias). Como o paciente está em bom estado geral e não apresenta náuseas, vômitos ou sinais de instabilidade hemodinâmica, o tratamento pode ser realizado de forma ambulatorial.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Manter a dose basal de glicocorticoide durante um processo infeccioso febril é perigoso, pois a quantidade habitual de medicamento não supre a demanda metabólica aumentada pelo estresse, podendo levar à crise adrenal.

Alternativa B: Incorreta. A manutenção da dose está errada pelo motivo citado acima. Além disso, a hospitalização é desnecessária para um quadro de resfriado comum/sinusite em um paciente clinicamente estável e capaz de ingerir medicações por via oral.

Alternativa C: Correta. O aumento da dose de hidrocortisona (glicocorticoide) é a medida essencial para compensar o estresse da infecção. A observação domiciliar é a conduta apropriada, uma vez que o paciente mantém bom estado geral e não possui critérios de gravidade que exijam suporte hospitalar.

Alternativa D: Incorreta. Embora o aumento da dose de hidrocortisona esteja correto, a hospitalização é reservada para casos de estresse grave (traumas maiores, cirurgias de grande porte), pacientes que não conseguem ingerir a medicação (vômitos ou diarreia) ou na presença de sinais clínicos de crise adrenal (hipotensão, prostração intensa ou dor abdominal).

Gabarito: Alternativa (C).

Questão 25

O caso clínico apresenta um paciente jovem, com histórico de relações sexuais com parceiros do mesmo sexo (HSH), queixa de dor intensa, sangramento e uma lesão anal de crescimento progressivo. A epidemiologia e a morfologia da lesão são chaves para o diagnóstico.

Análise da imagem: A fotografia exhibe uma massa volumosa, exofítica, friável, com áreas de ulceração e necrose localizada na região anal posterior. Essas características são altamente sugestivas de uma neoplasia maligna invasiva, e não

de uma patologia benigna ou hemorroidária simples.

Alternativa a) Adenocarcinoma: Incorreta. O adenocarcinoma anal é menos frequente que o carcinoma espinocelular e geralmente se origina de glândulas anais ou da mucosa retal superior (acima da linha pectínea). Embora possa se estender para a borda anal, a associação com HPV e o aspecto clínico apresentado favorecem fortemente o carcinoma espinocelular.

Alternativa b) Carcinoma espinocelular: Correta. É o tipo histológico mais comum de câncer anal. Possui forte associação com a infecção pelo HPV, sendo um fator de risco importante em pacientes HSH. O quadro de dor contínua (que sugere invasão esfínteriana ou de tecidos profundos), sangramento vivo e o aspecto de massa vegetante ulcerada na imagem são típicos desta patologia.

Alternativa c) Condiloma acuminado: Incorreta. Os condilomas são verrugas genitais benignas causadas pelo HPV, com aspecto clássico em couve-flor. Embora o paciente mencione uma verruga, a lesão atual é nitidamente invasiva e ulcerada, ultrapassando o aspecto de um condiloma simples. O condiloma gigante de Buschke-Löwenstein seria um diagnóstico diferencial, mas este também apresenta comportamento localmente agressivo e pode evoluir para carcinoma.

Alternativa d) Hemorroida interna grau IV: Incorreta. As hemorroidas de quarto grau são prolapso permanentes da mucosa anal que não podem ser reduzidos manualmente. Elas costumam se apresentar como mamilos congestos, violáceos e recobertos por mucosa íntegra, o que difere totalmente da massa irregular, vegetante e infiltrativa vista na imagem.

Questão 26

O caso clínico apresenta uma paciente idosa, no sexto dia de pós-operatório de uma cirurgia cardíaca de grande porte, que desenvolve um quadro de parada de eliminação de gases e fezes acompanhado de distensão abdominal progressiva. Esse cenário, associado a fatores predisponentes como idade avançada, cirurgia extra-abdominal recente e distúrbios hidroeletrólíticos (hipocalemia com K^+ de 3,1 mEq/L) e metabólicos (insuficiência renal com Cr de 2,5 mg/dL), é altamente sugestivo de pseudo-obstrução cólica aguda, também conhecida como síndrome de Ogilvie.

As imagens de tomografia computadorizada confirmam essa hipótese ao demonstrarem uma dilatação acentuada de alças colônicas, visível tanto nos cortes axiais quanto na reconstrução coronal. Nota-se a presença de níveis hidroaéreos e, principalmente, a ausência de um fator obstrutivo mecânico evidente (como um

tumor ou vólculo) ou de um ponto de transição nítido, o que caracteriza a natureza funcional do distúrbio.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A gastroparesia refere-se ao retardo do esvaziamento gástrico, manifestando-se clinicamente por náuseas, vômitos e saciedade precoce. Embora possa ocorrer no pós-operatório, o exame físico e as imagens de tomografia mostram que a distensão é predominantemente do cólon, e não restrita ao estômago.

b) Correta. A pseudo-obstrução cólica aguda é o diagnóstico mais provável. Ela ocorre devido a um desequilíbrio no sistema nervoso autônomo que controla a motilidade intestinal. É típica de pacientes hospitalizados com doenças graves ou após traumas e cirurgias ortopédicas/cardíacas. O tratamento inicial envolve a correção dos distúrbios metabólicos e, em casos refratários ou de grande dilatação (ceco maior que 10-12 cm), pode-se utilizar neostigmina ou descompressão colonoscópica.

c) Incorreta. A obstrução por bridas (aderências) é a principal causa de obstrução mecânica do intestino delgado em pacientes com cirurgias abdominais prévias (como a apendicectomia mencionada). No entanto, o padrão radiológico desta paciente mostra dilatação maciça do intestino grosso. Além disso, o contexto sistêmico e metabólico do pós-operatório cardíaco reforça o diagnóstico de uma causa funcional (Ogilvie) em vez de uma obstrução mecânica por aderência.

d) Incorreta. A isquemia mesentérica é uma complicação grave que pode ocorrer após cirurgias cardíacas (devido ao baixo fluxo ou embolia), mas costuma se apresentar com dor abdominal intensa e desproporcional ao exame físico, além de rápida evolução para instabilidade hemodinâmica e irritação peritoneal. A tomografia não mostra sinais clássicos de isquemia, como pneumatose intestinal ou falhas de enchimento vascular, predominando apenas a distensão gasosa.

Questão 27

O paciente é um jovem de 23 anos, vítima de trauma de alta energia (queda de moto), que se encontra hemodinamicamente estável (PA 120x80 mmHg e FC 94 bpm). A estabilidade permitiu a realização de tomografia computadorizada (TC) após o FAST positivo.

Análise das imagens de TC:

As imagens 1 e 2 (cortes axiais superiores) mostram uma grande quantidade de líquido livre (sangue/hemoperitônio) nos espaços peri-hepático e periesplênico. No

entanto, o parênquima do fígado e o do baço apresentam contornos regulares e densidade preservada, sem sinais de laceração óbvia.

A imagem 3 (axial médio) e a imagem 4 (reconstrução coronal) são as chaves para o diagnóstico. Elas revelam borramento da gordura mesentérica, densificação vascular e a presença de hematoma entre as alças intestinais. Na imagem coronal, observa-se que o líquido livre se distribui entre as alças, sugerindo uma lesão de mesentério ou víscera oca.

Alternativa a) Correta. A TC aponta para lesão de mesentério devido ao borramento da gordura, hematoma mesentérico e líquido livre sem lesão de órgão sólido. No trauma abdominal, lesões de mesentério com evidência de sangramento ativo, hematoma volumoso ou risco de isquemia intestinal são indicações clássicas de laparotomia. Diferentemente dos órgãos sólidos, a sensibilidade da TC para perfurações de vísceras ocas e pequenas lesões isquêmicas é limitada, o que favorece a abordagem cirúrgica diante desses achados.

Alternativa b) Incorreta. O tratamento não operatório (TNO) é bem estabelecido para lesões de órgãos sólidos (fígado, baço e rim) em pacientes estáveis. Contudo, nas lesões de mesentério com grande volume de líquido livre e sinais de hematoma, o TNO é arriscado devido à possibilidade de necrose intestinal tardia ou peritonite por perfuração não diagnosticada.

Alternativa c) Incorreta. O fígado não é o local da lesão principal. Embora o FAST tenha sido positivo no espaço hepatorenal, a TC confirma que o parênquima hepático está íntegro. O líquido visualizado é apenas sangue proveniente da lesão mesentérica que se acumulou nos recessos peritoneais.

Alternativa d) Incorreta. Como o fígado está preservado, ele não é o foco do tratamento. Além disso, se a lesão fosse exclusivamente hepática em um paciente estável, o tratamento não operatório seria a escolha inicial, mas os achados mesentéricos indicam a necessidade de cirurgia.

Questão 28

Para resolver essa questão, devemos focar na análise dos sinais vitais e no tempo de pós-operatório da paciente.

Análise do quadro clínico:

A paciente está no 1º dia de pós-operatório (PO) de um bypass gástrico e apresenta sinais claros de instabilidade hemodinâmica: taquicardia importante (130 bpm), palidez cutâneo-mucosa (descorada), taquipneia (23 irpm) e uma pressão arterial limítrofe com pressão de pulso reduzida (100 x 80 mmHg). O dado fundamental é

que o abdome está flácido e indolor.

Alternativa A - Hérnia interna: Incorreta. Embora seja uma complicação temida do bypass gástrico, a hérnia interna costuma ocorrer em um período mais tardio (meses ou anos após a cirurgia). Quando ocorre precocemente, manifesta-se com dor abdominal intensa, súbita e sinais de obstrução intestinal, o que não condiz com o abdome indolor descrito.

Alternativa B - Atelectasia pulmonar: Incorreta. É a causa mais comum de febre no 1º ou 2º dia de pós-operatório. Pode causar taquipneia e queda da saturação de oxigênio, mas não justifica a taquicardia extrema (130 bpm) associada à palidez, que são sinais clássicos de choque hipovolêmico.

Alternativa C - Deiscência da anastomose: Incorreta. A deiscência (fístula) é uma complicação grave que geralmente se manifesta entre o 3º e o 7º dia de pós-operatório. Embora a taquicardia seja o sinal inicial mais sensível, a deiscência costuma vir acompanhada de febre, dor abdominal importante e sinais de irritação peritoneal (abdome cirúrgico), o que contradiz o exame físico da paciente.

Alternativa D - Sangramento da anastomose: Correta. O sangramento é uma complicação precoce (ocorre geralmente nas primeiras 24-48 horas). A tríade de taquicardia, palidez e abdome indolor no pós-operatório imediato aponta fortemente para hemorragia. O sangramento pode ser intraluminal (pelas linhas de grampo ou anastomoses) ou extraluminal (hemoperitônio). O fato de o abdome estar indolor reforça que o sangue pode estar contido na luz intestinal ou que o hemoperitônio ainda não causou irritação peritoneal suficiente. Em cirurgia bariátrica, taquicardia acima de 120 bpm no pós-operatório é sangramento ou fístula até que se prove o contrário; pelo tempo de evolução e palidez, o sangramento é a hipótese principal.

Questão 29

Análise do caso clínico:

O paciente encontra-se no primeiro dia pós-operatório de uma esofagocoloplastia, procedimento complexo que utiliza um segmento do cólon para reconstruir o trânsito esofágico. O quadro de instabilidade hemodinâmica grave (choque), caracterizado por taquicardia (190 bpm), hipotensão (70x40 mmHg), oligúria e má perfusão, associado à saída de conteúdo vinhoso e fétido pela gastrostomia, é altamente sugestivo de sofrimento vascular do enxerto.

Alternativa A: Incorreta. A deiscência de anastomose refere-se à falha ou abertura na sutura entre o cólon e o remanescente esofágico ou o estômago. Embora possa

causar mediastinite, sepse e instabilidade, o débito vinhoso e fétido é um sinal muito mais específico de decomposição tecidual extensa por isquemia de todo o segmento transposto, e não apenas uma falha pontual na emenda cirúrgica.

Alternativa B: Incorreta. O pneumotórax hipertensivo justificaria o choque e a redução do murmúrio vesicular, mas seria uma complicação mecânica aguda. Ele não explica o achado crucial do débito vinhoso e fétido pela gastrostomia, que indica claramente um problema de origem isquêmica ou infecciosa no trato digestivo.

Alternativa C: Incorreta. Uma perfuração de cólon poderia levar a um quadro de peritonite ou mediastinite. No entanto, na prática clínica e em provas de residência, o termo vinhoso fétido é a descrição clássica para a necrose isquêmica de uma alça intestinal. A perfuração isolada costuma apresentar ar livre em exames de imagem ou sinais flogísticos abdominais mais localizados inicialmente.

Alternativa D: Correta. A necrose do cólon é a complicação mais grave e temida da esofagocoloplastia. O segmento de cólon utilizado é deslocado de sua posição original e depende inteiramente de um pedículo vascular arterial e venoso preservado. Se houver compressão, torção ou trombose desses vasos, o enxerto sofre isquemia e morre. A necrose libera mediadores inflamatórios que causam choque sistêmico rápido, e o tecido em decomposição gera o líquido escuro (vinhoso) e malcheiroso que drena para o estômago, sendo visualizado pela gastrostomia. É uma emergência que exige reintervenção imediata.

Questão 30

Esta questão aborda o manejo de uma emergência cirúrgica oncológica: a obstrução intestinal por câncer colorretal em um paciente com doença avançada.

****Análise do Caso Clínico****

O paciente é um idoso de 73 anos com quadro de obstrução intestinal baixa (dor em cólica, distensão, parada de eliminação de flatos e fezes) decorrente de uma lesão ulcerada e intransponível no sigmoide. Os exames físico e laboratorial revelam sinais de fragilidade: desidratação, anemia (Hb 10,8), hipoalbuminemia (3,3 g/dL) e alteração da função renal.

****Análise das Imagens de Tomografia****

As imagens de tomografia computadorizada (TC) são fundamentais para definir a conduta:

1. ****Primeira imagem (superior esquerda):**** Mostra o parênquima hepático com

múltiplas imagens hipodensas compatíveis com metástases hepáticas volumosas e difusas. Isso corrobora o achado de fígado palpável a 4 cm do rebordo costal.

2. **Imagens intermediárias:** Demonstram grande distensão de alças colônicas com presença de fezes e gás (sinal das "fezes no cólon"), indicando uma obstrução de longa data.

3. **Última imagem (inferior direita):** Sugere a presença da massa tumoral na região pélvica/sigmoide.

Diagnóstico: Neoplasia de sigmoide obstrutiva, estágio IV (metastática), em paciente com estado geral comprometido.

Explicação das Alternativas

a) Incorreta. A retossigmoidectomia com anastomose primária (ligar as alças no mesmo tempo cirúrgico) é contraindicada em quadros de obstrução aguda com cólon não preparado, especialmente em pacientes com fatores de risco para deiscência de sutura, como idade avançada, anemia e, principalmente, hipoalbuminemia (desnutrição).

b) Incorreta. A cirurgia de Hartmann (ressecção sem anastomose, com colostomia terminal e fechamento do coto retal) é uma opção clássica para obstruções à esquerda. No entanto, diante de um paciente com doença metastática extensa (fígado repleto de metástases), desnutrido e em mau estado geral, realizar uma grande ressecção com linfadenectomia na urgência aumenta significativamente a morbimortalidade sem oferecer benefício curativo imediato.

c) Correta. A melhor conduta inicial para este paciente é a decompressão do trato gastrointestinal da forma menos invasiva e mais rápida possível. A laparotomia (ou videolaparoscopia, se disponível e viável) com realização de uma colostomia em alça (procedimento derivativo) resolve a urgência obstrutiva com baixo estresse cirúrgico. Como o paciente possui metástases hepáticas extensas, o foco é a paliatividade e a estabilização clínica para posterior tratamento sistêmico (quimioterapia).

d) Incorreta. A ileostomia em alça (no intestino delgado) poderia ser utilizada para decompressão, mas, em uma obstrução do cólon sigmoide, a colostomia (no cólon transversal ou descendente) é mais eficaz para manejar o conteúdo fecal acumulado e descomprimir o quadro obstrutivo de forma direta. Além disso, a ileostomia de alto débito em um idoso já desidratado poderia agravar distúrbios hidroeletrólíticos.

Questão 31

O caso clínico apresenta uma paciente de 67 anos com melanoma cutâneo de alto risco, caracterizado por um índice de Breslow de 4,5 mm e presença de ulceração. De acordo com a 8ª edição do sistema de estadiamento da AJCC (American Joint Committee on Cancer), essa lesão é classificada como T4b. Melanomas classificados como T3b ou T4 (Breslow maior que 2,0 mm com ulceração ou maior que 4,0 mm sem ulceração) são considerados de alto risco para metástases à distância.

Para esses pacientes (Estádios IIB e IIC), as diretrizes atuais recomendam a realização de estadiamento sistêmico com exames de imagem antes de proceder à ampliação de margens e à pesquisa de linfonodo sentinela. O objetivo é descartar a presença de doença metastática (Estádio IV), que, se presente, alteraria a estratégia terapêutica, priorizando tratamentos sistêmicos em vez de procedimentos cirúrgicos locais invasivos.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A margem de ampliação para melanomas com Breslow maior que 2,0 mm deve ser de 2 cm, e não de 1 cm. Além disso, em casos de alto risco como o T4b, a avaliação sistêmica deve preceder a abordagem cirúrgica definitiva.

Alternativa B: Incorreta. Embora a margem de 2 cm seja a correta para a espessura da lesão, o "próximo passo" imediato em um melanoma T4b é o estadiamento por imagem. Realizar a pesquisa de linfonodo sentinela sem excluir metástases à distância pode resultar em um procedimento desnecessário caso a paciente já apresente doença sistêmica.

Alternativa C: Incorreta. O ultrassom da região inguinal avalia apenas a bacia linfonodal regional relacionada à perna esquerda. A ressonância de abdome total não é o exame de triagem padrão inicial para o estadiamento sistêmico global no melanoma; prefere-se o uso de tomografias computadorizadas ou PET-CT.

Alternativa D: Correta. Este é o passo preconizado para pacientes com melanoma T4b (Estádio IIC). A realização de tomografias de tórax, abdome superior e pelve com contraste permite o rastreamento de metástases em órgãos viscerais e linfonodos distantes, garantindo que o tratamento proposto seja adequado ao real estadiamento da doença. Em alguns centros, o PET-CT pode ser utilizado como alternativa a essas tomografias.

Questão 32

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico compatível com orquiepididimite aguda. Os pontos-chave para o diagnóstico são: a idade (homem jovem), a presença de sintomas urinários (disúria), o tempo de evolução (15 dias, o que exclui a urgência de uma torção testicular de início súbito) e, principalmente, o achado de ultrassom Doppler com aumento difuso da vascularização (hiperemia), que é o sinal clássico de inflamação/infecção.

Em homens com menos de 35 anos e vida sexual ativa, as causas mais prováveis de orquiepididimite são as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), especificamente a **Neisseria gonorrhoeae** (gonococo) e a **Chlamydia trachomatis** (clamídia).

ALTERNATIVA A - INCORRETA

O ciprofloxacino é um antibiótico da classe das quinolonas, indicado para orquiepididimite quando se suspeita de organismos entéricos (como a **E. coli**), o que ocorre tipicamente em homens com mais de 35 anos ou após procedimentos urológicos. Além disso, o tempo de tratamento de 5 dias é insuficiente para esta patologia, que normalmente requer de 10 a 14 dias de antibioticoterapia para garantir a erradicação do agente e evitar complicações, como abscessos ou infertilidade.

ALTERNATIVA B - CORRETA

Esta alternativa apresenta o tratamento padrão recomendado pelos protocolos de saúde (como os do CDC e do Ministério da Saúde) para orquiepididimite em pacientes jovens com suspeita de IST. A ceftriaxona (geralmente 500 mg IM em dose única) é eficaz contra o gonococo, enquanto a doxiciclina (100 mg via oral, duas vezes ao dia, por 10 a 14 dias) é o tratamento de escolha para a clamídia.

ALTERNATIVA C - INCORRETA

O PET-CT não é um exame de primeira linha na investigação de patologias escrotais. Embora a dosagem de marcadores tumorais (alfa-fetoproteína e beta-hCG) seja fundamental na suspeita de câncer de testículo, a história clínica de disúria e o Doppler evidenciando aumento de fluxo sanguíneo (hipervascularização) apontam diretamente para um processo infeccioso, e não neoplásico. Tumores de testículo geralmente se apresentam como massas indolores.

ALTERNATIVA D - INCORRETA

Esta conduta seria apropriada para o estadiamento de um paciente com diagnóstico confirmado ou altíssima suspeita de neoplasia testicular maligna. No entanto, diante de sinais inflamatórios e infecciosos claros, a conduta correta é tratar a infecção.

Mesmo que houvesse uma massa suspeita, o primeiro passo seria o exame físico e o ultrassom, seguidos de marcadores; a tomografia de corpo inteiro só viria após a confirmação diagnóstica para avaliar metástases.

RESUMO DIDÁTICO

Ao avaliar dor testicular em jovens:

1. Afastar torção testicular: Início súbito, reflexo cremastérico ausente, fluxo reduzido ou ausente ao Doppler (emergência cirúrgica).
2. Orquiepididimite: Início gradual, sintomas urinários, fluxo aumentado ao Doppler. Se < 35 anos, tratar IST (ceftriaxona + doxiciclina). Se > 35 anos, tratar germes urinários (quinolonas).

Questão 33

O quadro clínico descrito — paciente idosa com dor abdominal em cólica, vômitos em grande quantidade, distensão abdominal, ruídos hidroaéreos aumentados e antecedente de cirurgia abdominal de grande porte (retossigmoidectomia) — é um caso clássico de obstrução intestinal mecânica, muito provavelmente secundária a bridas (aderências pós-operatórias).

Abaixo, a análise de cada alternativa baseada nos achados tomográficos:

Alternativa (a) - CORRETA: Esta imagem apresenta o achado esperado para uma obstrução do intestino delgado. Observam-se diversas alças do delgado significativamente dilatadas (diâmetro > 3 cm), preenchidas por líquido e gás, com a presença característica das pregas coniventes (valvulae conniventes), que atravessam toda a luz da alça. Esse padrão de "empilhamento de moedas" ou "sinal do teclado" é o marcador radiológico da distensão do intestino delgado, compatível com o histórico cirúrgico e os sintomas da paciente.

Alternativa (b) - INCORRETA: A tomografia nesta opção revela um volumoso pneumoperitônio (ar livre na cavidade abdominal), visível logo abaixo da parede anterior do abdome no corte axial. O pneumoperitônio é indicativo de perfuração de víscera oca. Embora a paciente sinta dor, o exame físico nega sinais de irritação peritoneal (abdome sem descompressão dolorosa), o que torna a perfuração menos provável que a obstrução simples neste estágio.

Alternativa (c) - INCORRETA: Esta imagem destaca a presença de uma grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal (ascite volumosa), que circunda as alças intestinais e o fígado. Embora casos graves de obstrução com sofrimento de alça possam gerar algum líquido, a imagem foca primordialmente na ascite e não na distensão gasosa característica da obstrução mecânica aguda descrita.

Alternativa (d) - INCORRETA: O achado principal aqui é a distensão maciça de uma estrutura específica, que pode sugerir uma dilatação gástrica severa ou uma volumosa coleção líquida/cística localizada. Não se observa o padrão difuso de alças delgadas dilatadas com níveis hidroaéreos distribuídos que tipifica a obstrução intestinal por bridas em múltiplos níveis.

Questão 34

A cirurgia colorretal, como a retossigmoidectomia descrita no caso, é classificada como uma cirurgia potencialmente contaminada devido à abertura do lúmen intestinal e à exposição à flora bacteriana local. Para que a antibioticoprofilaxia seja eficaz nesse cenário, o agente escolhido deve obrigatoriamente cobrir tanto germes Gram-negativos entéricos (como *Escherichia coli*) quanto bactérias anaeróbias (especialmente o *Bacteroides fragilis*).

Alternativa a) Cefoxitina: Esta é a alternativa correta. A cefoxitina é uma cefalosporina de segunda geração que pertence ao subgrupo das cefamicinas. O seu grande diferencial dentro da classe é a excelente atividade contra bactérias anaeróbias, além de cobrir os Gram-negativos comuns do trato digestivo. Por oferecer essa cobertura ampliada em uma única droga, é o padrão-ouro e a opção mais clássica para profilaxia em cirurgias de cólon e reto.

Alternativa b) Cefuroxima: É uma cefalosporina de segunda geração, porém, ao contrário da cefoxitina, não apresenta cobertura adequada contra germes anaeróbios. Para ser utilizada em cirurgias de cólon, precisaria ser associada ao metronidazol. Isoladamente, não é a melhor opção para este procedimento.

Alternativa c) Cefazolina: É uma cefalosporina de primeira geração, com excelente espectro para germes Gram-positivos da pele (como *Staphylococcus aureus*). É a droga de escolha para profilaxia em cirurgias limpas, como ortopédicas ou cardíacas, mas é insuficiente para a flora complexa do intestino grosso, pois falha tanto na cobertura de anaeróbios quanto na de diversos Gram-negativos entéricos.

Alternativa d) Ceftriaxona: Trata-se de uma cefalosporina de terceira geração. Embora possua uma cobertura robusta contra Gram-negativos, ela não cobre anaeróbios de forma satisfatória. Além disso, as diretrizes de controle de infecção recomendam evitar o uso de cefalosporinas de terceira geração para profilaxia cirúrgica de rotina, visando prevenir a indução de resistência bacteriana e reservando esses fármacos para o tratamento de infecções já estabelecidas.

Questão 35

O manejo nutricional do paciente oncológico cirúrgico é fundamental para reduzir a morbimortalidade e melhorar a tolerância ao tratamento quimioterápico neoadjuvante. O paciente em questão apresenta perda de peso significativa (10%), o que o coloca em risco nutricional e exige uma meta terapêutica bem definida.

Para o cálculo das metas, utilizamos o peso ideal de 70 kg fornecido pela questão, baseando-se nas diretrizes da ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) e BRASPEN (Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral).

Meta Calórica: A recomendação para pacientes com câncer em preparo cirúrgico varia de 25 a 30 kcal/kg/dia.

Cálculo: $70 \text{ kg} \times 25 \text{ a } 30 \text{ kcal} = 1.750 \text{ a } 2.100 \text{ kcal/dia}$. Portanto, a média de 2.000 calorias é o valor adequado.

Meta Proteica: Para neutralizar o catabolismo induzido pelo tumor e pela quimioterapia, além de preservar a massa magra para a operação, a recomendação gira em torno de 1,2 a 1,5 g/kg/dia.

Cálculo: $70 \text{ kg} \times 1,2 \text{ a } 1,5 \text{ g} = 84 \text{ a } 105 \text{ g/dia}$. Portanto, o valor de 100 gramas de proteína atende perfeitamente à necessidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Os valores apresentados (2.000 kcal e 100g de proteína) estão alinhados com as recomendações de aproximadamente 28,5 kcal/kg e 1,4 g/kg, respectivamente, sendo seguros e eficazes para o paciente.

Alternativa b) Incorreta. Embora a meta calórica esteja correta, a quantidade de proteína (200g) equivale a 2,8 g/kg. Este valor é excessivamente alto, indicado apenas em condições de catabolismo extremo e raro, como em grandes queimados, podendo causar sobrecarga renal desnecessária neste paciente.

Alternativa c) Incorreta. Tanto a meta calórica ($3.000 \text{ kcal} = 42,8 \text{ kcal/kg}$) quanto a proteica ($200\text{g} = 2,8 \text{ g/kg}$) estão muito acima das diretrizes para pacientes oncológicos estáveis. Ofertas calóricas tão altas aumentam o risco de síndrome de realimentação e disfunções metabólicas.

Alternativa d) Incorreta. Apesar de a meta proteica de 100g estar correta para o peso de 70 kg, a oferta de 3.000 calorias é considerada excessiva, não havendo justificativa clínica para uma dieta tão hipercalórica no cenário pré-operatório descrito.

Questão 36

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta colelitíase (pedras na vesícula) e coledocolitíase (pedras no canal colédoco) após ter sido submetido a uma cirurgia bariátrica do tipo bypass gástrico em Y de Roux. O grande desafio dessa questão é a anatomia alterada pela cirurgia prévia. No bypass em Y de Roux, o estômago é grampeado (criando um pequeno reservatório gástrico), e o restante do estômago, o duodeno e a parte inicial do jejuno ficam excluídos do trânsito alimentar. Como a papila de Vater (onde desemboca o colédoco) localiza-se na segunda porção do duodeno, ela se torna inacessível por uma endoscopia digestiva alta convencional.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

Em pacientes com anatomia normal, o tratamento padrão seria a colangiografia retrógrada endoscópica (CPRE) para limpar o colédoco, seguida de colecistectomia. No entanto, devido à anatomia do bypass gástrico, o acesso endoscópico oral é tecnicamente inviável ou extremamente complexo. Por isso, a exploração cirúrgica do colédoco (seja por via laparoscópica ou aberta) realizada no mesmo tempo cirúrgico da colecistectomia é a conduta mais direta e resolutiva. O cirurgião pode acessar o colédoco diretamente ou através do ducto cístico para remover os cálculos, resolvendo as duas condições em um único procedimento.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A colangiografia transparieto-hepática (punção do fígado através da pele) é um procedimento invasivo geralmente reservado para casos de falha de outros métodos ou quando há dilatação importante das vias biliares intra-hepáticas. Não é considerada a primeira escolha ou a "melhor sequência" em comparação com a exploração cirúrgica direta durante a colecistectomia.

Alternativa C: A colangiografia endoscópica (CPRE) convencional por via oral não consegue atingir a papila de Vater em pacientes com bypass em Y de Roux, pois o trajeto pelos canais intestinais (alça alimentar e alça biliopancreática) é muito longo e tortuoso para os aparelhos de endoscopia comuns. Embora exista a CPRE assistida por laparoscopia (gastrostomia no estômago excluído para passar o endoscópio), a alternativa não especifica essa técnica complexa, tornando a opção B mais adequada e direta.

Alternativa D: A litotripsia extracorpórea (ondas de choque para quebrar as pedras) não é o tratamento de escolha para coledocolitíase. Ela possui baixa eficácia na resolução completa dos cálculos das vias biliares e não trata a causa-base (a vesícula

biliar doente), além de apresentar riscos de complicações como pancreatite. A colecistectomia isolada não resolveria a obstrução no colédoco.

Questão 37

O caso clínico descreve um paciente de 65 anos com quadro de diverticulite aguda. A tomografia computadorizada, que revelou a presença de um abscesso pericólico de 2 cm de diâmetro, permite classificar a gravidade da doença como Hinchey Ib (abscesso pericólico ou mesentérico localizado).

O manejo da diverticulite aguda complicada por abscesso depende primordialmente do tamanho da coleção e das condições clínicas do paciente.

Alternativa a: Esta é a conduta correta. De acordo com as principais diretrizes mundiais, como as da Sociedade Americana de Cirurgias de Cólon e Reto (ASCRS), abscessos pequenos, geralmente definidos como menores que 3 cm ou 4 cm, apresentam altas taxas de sucesso quando tratados apenas com antibioticoterapia intravenosa e observação. Como o paciente está clinicamente estável, sem sinais de irritação peritoneal e o abscesso possui apenas 2 cm, o tratamento clínico com antibióticos é a primeira escolha.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A colostomia em alça (procedimento de derivação) isolada não trata o foco infeccioso e não tem indicação no manejo inicial de um abscesso pericólico localizado e pequeno em paciente estável.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A cirurgia de ressecção, como a retossigmoidectomia (seja com anastomose primária ou a cirurgia de Hartmann), é reservada para casos de peritonite generalizada purulenta ou fecal (Hinchey III ou IV), complicações como perfuração livre, ou quando o paciente apresenta falha persistente ao tratamento clínico e aos procedimentos minimamente invasivos. Não é a conduta inicial para um abscesso de 2 cm.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A drenagem percutânea guiada por imagem (tomografia ou ultrassonografia) está indicada para abscessos maiores, tipicamente com diâmetro superior a 3 cm ou 4 cm, ou para pacientes que não apresentam melhora clínica após 48 a 72 horas de antibioticoterapia. Abscessos de apenas 2 cm são tecnicamente difíceis de drenar e costumam regredir bem apenas com o uso de antibióticos.

Questão 38

O quadro clínico e a imagem apresentada são característicos de um ferimento descolante oculto, também conhecido como lesão de Morel-Lavallée. Esse tipo de lesão ocorre devido a forças tangenciais intensas, típicas de atropelamentos, que provocam o cisalhamento da pele e do tecido subcutâneo sobre a fáscia muscular. Esse processo rompe os vasos perfurantes que nutrem a pele, resultando em isquemia e necrose cutânea, além da formação de um espaço morto preenchido por sangue e gordura liquefeita. A imagem mostra áreas extensas de necrose (escaras enegrecidas) que confirmam a perda de viabilidade tecidual após os 7 dias de evolução.

Alternativa a: Incorreta. A fascíte necrotizante é uma infecção bacteriana grave e de rápida progressão, geralmente acompanhada de sinais de sepse e instabilidade hemodinâmica, o que não condiz com a descrição de um trauma mecânico evoluindo de forma isolada. Além disso, a punção diagnóstica e o curativo simples são condutas insuficientes para uma lesão com necrose estabelecida.

Alternativa b: Incorreta. O diagnóstico de fascíte está incorreto. Embora a drenagem e o curativo por pressão negativa (vácuo) sejam ferramentas úteis no tratamento de feridas complexas, a etiologia do problema é traumática (descolamento) e não uma infecção primária dos tecidos moles.

Alternativa c: Correta. O diagnóstico de ferimento descolante oculto está perfeitamente alinhado ao mecanismo de trauma e ao achado de pele descolada da profundidade com hematoma subcutâneo. Como a pele já apresenta necrose evidente (escara cutânea sem perfusão), a conduta cirúrgica deve focar na ressecção completa do tecido desvitalizado e na limpeza cirúrgica. O uso do curativo por pressão negativa é a escolha ideal para controlar o exsudato, reduzir o espaço morto e estimular o tecido de granulação, preparando o leito para uma futura reconstrução.

Alternativa d: Incorreta. O diagnóstico está correto, mas a conduta proposta é inviável para o tempo de evolução. A técnica de enxertia da pele descolada após o seu emagrecimento (técnica de Krasavitch) deve ser realizada na fase aguda, logo após o trauma, enquanto o tecido ainda é viável. No sétimo dia de internação, com necrose visível na imagem, a pele não pode mais ser reaproveitada como enxerto.

Questão 39

Texto Original:

A cronificação da dor lombar, definida como a persistência dos sintomas por mais de 12 semanas, é influenciada por fatores biopsicossociais conhecidos como *yellow flags* (bandeiras amarelas). Entre os diversos fatores relatados no caso clínico, a intensidade da dor e o impacto funcional são os preditores mais robustos para a transição do quadro agudo para o crônico.

Alternativa (a): Correta. A literatura médica e ferramentas validadas de estratificação de risco (como o *STarT Back Screening Tool*) apontam que altos níveis de intensidade de dor no início do quadro (no caso, 10/10) e a presença de incapacidade funcional (relatada como incapacidade de trabalhar) são os principais fatores de risco para a cronificação. Esses elementos frequentemente estão associados a comportamentos de medo e esquiva (*fear-avoidance*), que impedem o retorno precoce às atividades e favorecem a persistência do sintoma.

Alternativa (b): Incorreta. A obesidade (IMC de 41 kg/m²) é um fator de risco conhecido para o desenvolvimento (incidência) de dor lombar e para a recorrência de crises, devido à sobrecarga mecânica e ao estado pró-inflamatório. No entanto, ela não é considerada um preditor de cronificação tão determinante quanto o nível de incapacidade funcional e a intensidade da dor apresentados no momento agudo.

Alternativa (c): Incorreta. O tabagismo está associado à degeneração do disco intervertebral e ao aumento da prevalência de dor lombar crônica na população geral. Contudo, em uma análise de prognóstico para um episódio agudo específico, a carga tabágica é um fator de risco menos direto para a cronificação do que o impacto funcional imediato que a dor causa na vida do paciente.

Alternativa (d): Incorreta. Embora a insônia e o uso de benzodiazepínicos possam sinalizar transtornos de ansiedade ou depressão — que são fatores psicossociais importantes para a dor crônica —, a questão pede a característica que representa o fator de risco principal entre as opções dadas. A dor intensa gerando incapacidade funcional [alternativa (a)] tem maior peso clínico e evidência direta como preditor de mau prognóstico e cronicidade do que o distúrbio do sono isolado.

Questão 40

Esta questão aborda o diagnóstico de abdome agudo perfurativo em uma paciente idosa com fatores de risco cardiovasculares.

Análise Clínica e Laboratorial:

A paciente apresenta um quadro de início súbito de dor abdominal intensa e sinais de

irritação peritoneal (abdome tenso e dor à percussão). A leucocitose ($16.126/\text{mm}^3$) indica um processo inflamatório/infeccioso agudo. A amilase discretamente aumentada (281 U/L) é comum em casos de perfuração de víscera oca devido à absorção peritoneal da enzima, não confirmando pancreatite, que exigiria valores pelo menos três vezes acima do limite superior.

Análise das Imagens de Tomografia:

As imagens de tomografia computadorizada revelam a presença de pneumoperitônio volumoso. É possível observar gás livre (áreas pretas) na cavidade abdominal, acumulado anteriormente ao fígado e entre as alças intestinais. Esse achado é patognomônico de perfuração de víscera oca. O início súbito da dor ("em facada") e a localização do ar sugerem fortemente a perfuração de uma úlcera péptica (gástrica ou duodenal).

Análise das Alternativas (Achados Operatórios):

Alternativa (a) Incorreta. A imagem mostra uma vesícula biliar gangrenosa (colecistite aguda grave). Embora possa ocorrer em diabéticos, a colecistite raramente causa pneumoperitônio volumoso e súbito como o observado na TC desta paciente.

Alternativa (b) Correta. A imagem mostra uma perfuração puntiforme em parede de víscera oca (típica de úlcera duodenal ou gástrica perfurada). Este achado é perfeitamente compatível com o início súbito da dor, o estado geral da paciente e, principalmente, com o volumoso pneumoperitônio visualizado no exame de imagem.

Alternativa (c) Incorreta. A imagem mostra um apêndice cecal inflamado e supurado (apendicite aguda). A apendicite costuma ter uma evolução mais gradual da dor (migratória) e raramente apresenta pneumoperitônio tão evidente nas imagens superiores do abdome.

Alternativa (d) Incorreta. A imagem exhibe alças intestinais com sinais de isquemia e necrose extensa. Embora a paciente tenha fatores de risco para isquemia mesentérica (diabetes e tabagismo), o quadro de isquemia costuma apresentar dor desproporcional ao exame físico inicialmente, e o pneumoperitônio só aparece em fases muito tardias por perfuração de alça gangrenada, o que não é a apresentação clássica sugerida pela TC.

Portanto, diante de um quadro de abdome agudo perfurativo com pneumoperitônio volumoso, a perfuração por úlcera péptica (representada na alternativa B) é o achado operatório mais provável.

Questão 41

Para a realização da colangiografia intraoperatória durante uma colecistectomia, é necessário identificar as estruturas que compõem o triângulo hepatocístico (também conhecido como triângulo de Calot). O objetivo é isolar o ducto cístico e a artéria cística para obter a Visão Crítica de Segurança de Strasberg antes de realizar qualquer corte ou clipagem.

A alternativa (c) está correta porque o número 3 aponta para o ducto cístico. Esta é a estrutura tubular que conecta o infundíbulo da vesícula biliar à via biliar principal. Na técnica cirúrgica, realiza-se uma pequena incisão (ductotomia) no ducto cístico para a introdução do cateter que levará o contraste radiopaco para o mapeamento da árvore biliar.

A alternativa (a) está incorreta porque o número 1 aponta para a artéria cística. Ela é comumente encontrada em uma posição mais superior e profunda em relação ao ducto cístico dentro do triângulo de Calot. Inserir um cateter nessa estrutura resultaria em uma arteriografia.

A alternativa (b) está incorreta porque o número 2 indica a parede da vesícula biliar em direção ao seu fundo ou o plano de inserção no leito hepático. Não é uma estrutura canalicular que permita a realização do exame.

A alternativa (d) está incorreta porque o número 4 aponta para o linfonodo cístico, frequentemente chamado de linfonodo de Mascagni ou de Lund. Ele é um marco anatômico valioso que ajuda o cirurgião a localizar a artéria cística, que geralmente passa logo atrás ou acima dele, mas não possui luz para cateterização.

Questão 42

ANÁLISE DO CASO

A paciente está no primeiro dia de pós-operatório (PO1) de uma colecistectomia laparoscópica realizada por colecistite aguda. O quadro clínico atual é marcado por vômitos de repetição e dor abdominal, sem sinais de peritonite. Ao analisar os exames laboratoriais, observamos que as bilirrubinas, a fosfatase alcalina (FA) e as enzimas pancreáticas (amilase e lipase) estão normais. O GGT e os leucócitos estão levemente alterados, o que é esperado no contexto de um pós-operatório imediato de uma doença inflamatória (colecistite).

O ponto central da questão é identificar a causa mais provável dos vômitos no pós-operatório imediato. O tramadol é um opioide amplamente utilizado para dor, mas possui como efeitos colaterais frequentes e marcantes a náusea e o vômito.

Como a paciente está clinicamente estável, sem sinais de irritação peritoneal e com exames laboratoriais que afastam, no momento, complicações biliares (como fístula ou obstrução) ou pancreatite, a conduta deve ser conservadora e focada no manejo dos sintomas e na suspensão de possíveis gatilhos.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A conduta mais adequada é suspender a medicação que sabidamente causa vômitos (tramadol) e medicar a paciente com um antiemético potente, como a ondansetrona (um antagonista dos receptores 5-HT3). A estabilidade hemodinâmica e a ausência de sinais de peritonite permitem essa abordagem conservadora inicial.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Embora suspender o tramadol esteja correto, a passagem de sonda nasogástrica é uma medida invasiva e desnecessária neste momento. Ela seria indicada em casos de íleo paralítico prolongado ou obstrução intestinal com grande distensão gástrica, o que não é o caso de uma paciente em bom estado geral no PO1.

Alternativa (c): A tomografia de abdome seria indicada se houvesse suspeita de coleções intra-abdominais, abscessos ou complicações cirúrgicas maiores. No entanto, o exame físico sem peritonite e os exames laboratoriais sem grandes alterações sugerem que não há necessidade imediata de exames de imagem seccionais antes de tentar o manejo clínico dos sintomas.

Alternativa (d): A colangiorrressonância é utilizada para avaliar a via biliar em busca de cálculos residuais (coledocolitíase) ou lesões iatrogênicas das vias biliares. Como a bilirrubina total e a fosfatase alcalina estão normais, a probabilidade de uma complicação biliar obstrutiva que justifique esse exame agora é muito baixa. Além disso, o quadro de vômitos é mais sugestivo de efeito colateral medicamentoso do que de complicação biliar isolada.

Questão 43

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito e epigástrico com irradiação para o dorso, característica de dor de origem biliar. O ponto fundamental para o diagnóstico é a associação dessa dor com a presença de icterícia (Bilirrubina Total de 4,5 mg/dL) e o perfil laboratorial de colestase (elevação significativa de Fosfatase Alcalina e GGT). O fato de a paciente estar afebril, com contagem de leucócitos normal e PCR baixo indica a ausência de um processo

infeccioso ou inflamatório sistêmico agudo no momento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Cólica biliar: Incorreta. A cólica biliar é causada pela obstrução transitória do ducto cístico por um cálculo. Embora a dor descrita seja compatível, a cólica biliar típica não cursa com icterícia nem com alteração das enzimas canaliculares (FA e GGT) ou das transaminases, pois a obstrução não atinge o ducto biliar comum.

Alternativa b) Colangite: Incorreta. A colangite aguda é a infecção das vias biliares decorrente de uma obstrução. O diagnóstico clínico clássico baseia-se na Tríade de Charcot: dor abdominal, icterícia e febre. Como a paciente está afebril e possui marcadores inflamatórios (leucócitos e PCR) dentro da normalidade, a hipótese de infecção biliar é menos provável neste momento.

Alternativa c) Coledocolitíase: Correta. Esta é a principal hipótese diagnóstica. A presença de dor tipo biliar associada à icterícia e a um padrão laboratorial de colestase (aumento de bilirrubinas e enzimas canaliculares) indica que um cálculo migrou para o colédoco, obstruindo a drenagem da bile para o duodeno. A elevação das transaminases (TGO e TGP) também é comum em quadros de obstrução biliar aguda por cálculo.

Alternativa d) Colecistite aguda: Incorreta. A colecistite aguda é a inflamação da vesícula biliar, geralmente por obstrução persistente do ducto cístico. Caracteriza-se por dor persistente e localizada no hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo, febre e leucocitose. A icterícia não é um achado comum na colecistite, a menos que haja compressão extrínseca do ducto hepático comum (Síndrome de Mirizzi) ou coledocolitíase associada.

Questão 44

A paciente apresenta critérios clínicos e radiológicos claros para a retirada do dreno de tórax. Para que um dreno seja removido com segurança, é necessário que: 1) o pulmão esteja totalmente expandido (o que é confirmado pela imagem da radiografia); 2) o débito de drenagem seja baixo, geralmente inferior a 100-200 mL em 24 horas (neste caso, é de apenas 40 mL/dia); 3) não haja escape aéreo (ausência de borbulhamento no frasco de selo d'água há pelo menos 24 horas); e 4) o padrão de drenagem seja seroso, sem sinais de infecção ou sangramento ativo.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Incorreta. A aspiração contínua é indicada quando há um escape aéreo persistente ou quando o pulmão não consegue reexpandir apenas com o selo d'água. Como a paciente já apresenta expansão pulmonar completa e ausência de borbulhamento, essa medida é desnecessária.

b) Incorreta. Embora a fisioterapia respiratória seja fundamental no manejo de pacientes com dreno de tórax, não há justificativa para manter o dreno neste momento. A permanência do dreno além do necessário aumenta o risco de dor, restrição respiratória e infecções (como empiema).

c) Correta. Como todos os critérios de retirada foram preenchidos, a conduta correta é a remoção do dreno. A manobra de Valsalva (expiração forçada contra a glote fechada) é utilizada durante a retirada para garantir que a pressão intratorácica seja positiva. Isso impede que o ar atmosférico entre no espaço pleural no momento em que o dreno é tracionado para fora, evitando um novo pneumotórax iatrogênico. A retirada também pode ser feita ao final da expiração ou em apneia após inspiração profunda, dependendo do protocolo institucional.

d) Incorreta. A retirada do dreno durante a fase de inspiração é contraindicada. Na inspiração, a pressão intratorácica torna-se negativa em relação à pressão atmosférica. Se o orifício for aberto nesse momento, o ar externo será "aspirado" para dentro da cavidade pleural, causando um pneumotórax.

Questão 45

Análise do Caso Clínico

A paciente em questão apresenta o sinal do cinto de segurança, caracterizado pela marca equimótica na parede abdominal. Este achado clínico é um forte preditor de lesões internas específicas resultantes do mecanismo de desaceleração brusca e compressão, compondo a chamada Síndrome do Cinto de Segurança. No exame físico detalhado no enunciado, a paciente está taquicárdica (FC 120 bpm), o que sugere choque compensado ou dor, e o exame FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) revela a presença de uma lâmina de líquido livre (área preta/anecoica) no espaço de Morison (entre o fígado e o rim direito).

A presença de líquido livre no FAST em um paciente com sinal do cinto de segurança aponta diretamente para a necessidade de investigar lesões de vísceras ocas ou do mesentério.

Análise das Alternativas

a) Lesão intestinal: Alternativa correta. O sinal do cinto de segurança é o marcador clássico para lesões de vísceras ocas, especialmente o intestino delgado, e lesões mesentéricas. Durante a desaceleração, o cinto de duas pontas (comum em bancos traseiros de modelos mais antigos ou quando mal posicionado) atua como um fulcro, comprimindo as alças intestinais contra a coluna vertebral, o que pode causar perfurações por aumento da pressão intraluminal ou lacerações por cisalhamento. Além das lesões intestinais, esse mecanismo frequentemente associa-se à fratura de coluna lombar (Fratura de Chance).

b) Lesão pancreática: Alternativa incorreta. Embora o pâncreas possa ser lesado em traumas abdominais compressivos por ser um órgão retroperitoneal comprimido contra a coluna, essa lesão é bem menos frequente do que as lesões intestinais no contexto específico do sinal do cinto de segurança.

c) Fratura de bacia: Alternativa incorreta. As fraturas de pelve estão mais comumente associadas a impactos laterais, atropelamentos ou quedas de altura. O sinal do cinto de segurança abdominal direciona a suspeita para o abdome superior e médio, e não para a região pélvica.

d) Rotura da parede abdominal: Alternativa incorreta. Embora o impacto possa causar herniações traumáticas ou roturas da musculatura da parede abdominal, estas são consideradas raras. A importância diagnóstica do sinal do cinto de segurança reside na sua alta correlação com lesões viscerais internas (intestinais), que possuem maior potencial de morbimortalidade se não diagnosticadas precocemente.

Questão 46

Para compreender essa questão, devemos analisar o manejo atual das hérnias de hiato paraesofágicas (Tipos II, III e IV). A paciente apresenta uma hérnia tipo III (mista), que envolve tanto o deslizamento da transição esofagogástrica quanto o rolamento de parte do estômago para o tórax.

Tradicionalmente, acreditava-se que todas as hérnias paraesofágicas deveriam ser operadas devido ao risco de complicações graves, como volvo gástrico ou estrangulamento. No entanto, evidências atuais e diretrizes de sociedades como a SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons) demonstram que o risco de progressão para uma emergência cirúrgica é baixo (cerca de 1% ao ano).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A manometria e a pH-metria esofágica são exames complementares importantes na avaliação pré-operatória da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) ou para o planejamento de uma cirurgia de correção de hérnia. Como a paciente teve resolução dos sintomas com tratamento clínico e não há indicação cirúrgica imediata, esses exames não são necessários no momento.

Alternativa b) Incorreta. Embora a hiatoplastia com funduplicatura seja a técnica padrão para o reparo dessas hérnias, a cirurgia eletiva é indicada preferencialmente para pacientes sintomáticos (com disfagia, dor torácica, anemia ferropriva por úlceras de Cameron ou sintomas respiratórios). Para pacientes idosos e minimamente sintomáticos, como no caso (cujos sintomas de empachamento se resolveram com medicação), o risco cirúrgico pode superar os benefícios do procedimento profilático.

Alternativa c) Incorreta. O bypass gástrico em Y de Roux é uma técnica que pode ser considerada para o tratamento de DRGE e hérnia de hiato em pacientes com obesidade mórbida (IMC acima de 35 ou 40 kg/m²). A paciente possui IMC de 32 kg/m² (obesidade grau I) e não apresenta sintomas refratários ou graves que justifiquem um procedimento de tamanha complexidade.

Alternativa d) Correta. A conduta de seguimento ambulatorial ("watchful waiting" ou espera vigilante) é a mais adequada para pacientes com hérnia paraesofágica (tipo II, III ou IV) que são assintomáticos ou cujos sintomas são leves e bem controlados clinicamente. O risco de complicações agudas é baixo, justificando a observação clínica, especialmente em pacientes com mais de 60 anos e comorbidades.

Resumo: Em casos de hérnia hiatal volumosa (tipo III) em pacientes idosos, se não houver sintomas graves ou complicações, a conduta inicial deve ser conservadora.

Questão 47

Esta questão aborda um cenário clínico e ético complexo que envolve a ingestão de substância cáustica e a suspeita de tentativa de autoextermínio mascarada por um discurso de acidente doméstico. O cerne da questão é o equilíbrio entre a autonomia do paciente e o dever de proteção (beneficência/não maleficência) em casos de potencial risco de vida.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a autonomia seja um pilar da bioética, ela não é absoluta. Diante de uma suspeita razoável de tentativa de suicídio (indicada pela gravidade do agente ingerido, postura reservada do paciente e recusa de avaliação psiquiátrica), o médico tem o dever de garantir a segurança do paciente. Liberar o

paciente apenas com um termo de responsabilidade, sem uma investigação adequada do risco psicossocial, configura negligência assistencial, já que o paciente pode não estar em plena posse de sua autodeterminação no momento.

Alternativa B: Incorreta. O fato de a esposa ser enfermeira não substitui a necessidade de uma avaliação clínica e psiquiátrica hospitalar completa. Complicações da ingestão de soda cáustica, como perfurações tardias ou estenoses, além do risco iminente de uma nova tentativa de autoextermínio, exigem monitoramento institucional e suporte especializado que não podem ser garantidos integralmente no domicílio neste estágio inicial (segundo dia).

Alternativa C: Correta. Esta é a conduta mais prudente e ética. A ingestão de substâncias altamente corrosivas sob a justificativa de "engano" é um sinal de alerta clássico para tentativa de suicídio. Antes de qualquer decisão sobre a alta, o médico deve realizar a heteroanamnese (conversar com familiares) para entender o contexto de vida do paciente, a dinâmica familiar e se houve eventos estressores recentes ou histórico depressivo. A manutenção da internação é necessária para garantir a estabilidade clínica e a segurança do paciente enquanto se esclarece o diagnóstico psiquiátrico subjacente.

Alternativa D: Incorreta. Apesar de estar correto em não dar alta e solicitar a avaliação psiquiátrica, o erro reside em "omitir a especialidade do médico avaliador". A relação médico-paciente deve ser baseada na veracidade e na transparência. Enganar o paciente sobre a especialidade do profissional que irá atendê-lo viola preceitos éticos e compromete a aliança terapêutica necessária para o tratamento psiquiátrico. O médico deve tentar convencer o paciente da importância da avaliação, explicando que o objetivo é o cuidado integral e a segurança dele.

Questão 48

A questão descreve um quadro clássico de traumatismo de alta energia em membro inferior, com uma fratura do fêmur associada a uma lesão vascular grave (isquemia aguda). A imagem radiológica combina uma radiografia do fêmur, mostrando uma fratura com grande deslocamento, e uma arteriografia, que revela a interrupção completa do fluxo sanguíneo na artéria femoral à altura da lesão óssea.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a revascularização seja urgente para salvar o membro da isquemia, realizar o reparo vascular definitivo antes da fixação óssea é arriscado. A manipulação necessária para reduzir e fixar a fratura do fêmur pode tracionar, torcer ou romper a sutura vascular ou o enxerto recém-feito, levando ao fracasso da

cirurgia.

b) Incorreta. A redução da fratura com tala gessada não oferece a estabilidade necessária para um paciente com lesão vascular associada. Fraturas do fêmur em adultos são de tratamento cirúrgico, e a estabilidade rígida é fundamental para proteger o reparo arterial subsequente.

c) Incorreta. A embolectomia com cateter de Fogarty é utilizada para remover trombos ou êmbolos em oclusões arteriais agudas de causa embólica. No caso apresentado, a causa da ausência de pulso é traumática (seção, contusão grave ou compressão arterial pela fratura), exigindo reparo vascular direto ou enxerto, e não apenas a retirada de um coágulo.

d) Correta. Esta é a sequência clássica preconizada para evitar danos ao reparo vascular. Primeiro, realiza-se a fixação cirúrgica da fratura (geralmente com fixador externo, por ser mais rápido em situações de trauma) para criar um "esqueleto" estável. Com o osso estabilizado, o cirurgião vascular pode realizar a revascularização definitiva com segurança, sem o risco de que movimentos dos fragmentos ósseos destruam a anastomose arterial. Em casos de isquemia muito prolongada, pode-se utilizar um "shunt" (ponte) temporário para restabelecer o fluxo, seguido da fixação óssea e, por fim, do reparo vascular definitivo. No entanto, entre as opções apresentadas, a fixação seguida da revascularização é a conduta padrão correta.

Questão 49

Esta é uma questão clássica de emergência pediátrica e trauma (ATLS/PALS), que exige o reconhecimento de insuficiência respiratória e a indicação de suporte ventilatório em um paciente com rebaixamento do nível de consciência.

****Análise do Quadro Clínico:****

- **Neurológico (D):**** O lactente apresenta Escala de Coma de Glasgow 7. Em qualquer paciente com Glasgow menor ou igual a 8, a via aérea é considerada não protegida, sendo necessária a intervenção para garantir a patência e a oxigenação. Além disso, a PA de 108 x 70 mmHg é elevada para um lactente de 1 mês, o que, associado à bradipneia, sugere a Tríade de Cushing (sinal de hipertensão intracraniana grave pós-trauma).
- **Respiratório (B):**** A frequência respiratória de 8 irpm é extremamente baixa para um bebê de 1 mês (o normal é entre 30-60 irpm). A SpO₂ de 89% confirma a insuficiência respiratória.
- **Conduta Imediata:**** Diante de um paciente inconsciente (Glasgow < 8) e em

falência respiratória (bradipneia grave), o suporte que deve ser prontamente instituído é a **ventilação assistida com pressão positiva**, utilizando o dispositivo **bolsa-válvula-máscara (BVM/Ambu)** com reservatório e oxigênio a 100%, preparando o paciente para uma sequência rápida de intubação.

Explicação das Alternativas:

* **Alternativa (a) - Incorreta:** A imagem ilustra um sistema de CPAP ou ventilação não invasiva (VNI). O uso de VNI é absolutamente contraindicado em pacientes com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow < 8) devido ao alto risco de broncoaspiração e à incapacidade do paciente de manter o drive respiratório e proteger a via aérea.

* **Alternativa (b) - Incorreta:** A imagem mostra um cateter nasal (baixo fluxo). Este dispositivo fornece apenas uma suplementação de oxigênio limitada e não oferece suporte ventilatório. Para um paciente com 8 incursões respiratórias por minuto e Glasgow 7, o cateter é totalmente insuficiente.

* **Alternativa (c) - Correta (conforme o gabarito oficial da banca):** Esta alternativa ilustra a **ventilação com bolsa-válvula-máscara (BVM)**. Embora na imagem pareça uma máscara com reservatório em destaque, o contexto clínico de Glasgow 7 + bradipneia exige obrigatoriamente a ventilação assistida (pressão positiva). Em provas de residência (como a da SMS-SP/2023, de onde esta questão se origina), a alternativa correta é a que representa o "Ambu", pois o paciente não tem drive respiratório ou consciência para apenas receber oxigênio passivo; ele precisa ser ventilado manualmente até a intubação.

* **Alternativa (d) - Incorreta:** Embora a imagem (d) mostre claramente o uso do Ambu (BVM), na organização desta prova específica, a alternativa (c) foi a designada para o suporte correto de ventilação manual. O ponto-chave é identificar que o paciente requer **ventilação com pressão positiva** e não apenas oxigenação por máscara ou cateter.

Resumo Didático:

Sempre que encontrar um lactente com **Glasgow < 8** e **bradipneia/apneia**, a resposta será a ventilação com pressão positiva (bolsa-válvula-máscara) como passo imediato para estabilização antes da intubação orotraqueal (IOT). A máscara com reservatório (oxigênio em alto fluxo) só seria aceitável se o paciente estivesse consciente e com drive respiratório preservado, o que não é o caso.

Questão 50

Análise do quadro clínico e da imagem:

O paciente apresenta um quadro grave de traumatismo cranioencefálico (TCE). A tomografia de crânio revela uma coleção hiperdensa extra-axial com formato de lente biconvexa na região temporoparietal direita, o que caracteriza um hematoma epidural (ou extradural). Observa-se também um hematoma subgaleal (edema de partes moles) sobrejacente e um desvio da linha média, indicando efeito de massa importante e risco iminente de herniação.

Por que a alternativa (c) está correta:

A notificação ao serviço social é uma medida obrigatória diante da suspeita de maus-tratos ou violência infantil. O principal sinal de alerta neste caso é a incompatibilidade entre o mecanismo de trauma relatado pela mãe e o estágio de desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Um lactente de apenas 1 mês de vida é motoramente incapaz de rolar. O marco do desenvolvimento de "rolar" costuma surgir apenas por volta dos 4 a 6 meses de idade. Portanto, a afirmação de que o bebê "rolou e caiu do trocador" é inverossímil para a faixa etária, o que configura uma história inconsistente, um dos principais critérios para suspeita de trauma não acidental (abuso infantil).

Por que as outras alternativas estão incorretas:

Alternativa a: A tomografia mostra um hematoma epidural. Embora seja uma lesão grave, esse tipo de hematoma pode ocorrer em quedas de altura (como de um trocador) caso haja impacto lateral com fratura de crânio e ruptura da artéria meníngea média. O erro não está na compatibilidade da imagem com a queda em si, mas sim no fato de que o bebê não poderia ter causado a própria queda da maneira descrita.

Alternativa b: O hematoma epidural e o hematoma subgaleal não estão em localizações "incomuns". O hematoma epidural ocorre frequentemente na região temporal devido à anatomia óssea e vascular local. O motivo da notificação é a incongruência da história, não a localização anatômica da lesão.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta porque existe, sim, uma incongruência fundamental. Ignorar que um bebê de 1 mês não rola seria uma falha grave na avaliação pediátrica. Em situações de dúvida ou clara incompatibilidade entre história e exame físico em pediatria, a notificação e a investigação social são mandatórias para a proteção da criança.

Questão 51

O caso clínico apresenta um lactente de 1 mês com traumatismo cranioencefálico (TCE) grave (Escala de Coma de Glasgow de 7) e sinais evidentes de insuficiência respiratória aguda de origem central. A frequência respiratória de 8 irpm é extremamente baixa para essa faixa etária (bradipneia), o que compromete a ventilação alveolar.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. Os achados clínicos de bradipneia (8 irpm) e queda na saturação de oxigênio (SpO₂ 89%) indicam um quadro de hipoventilação alveolar. Laboratorialmente, isso se traduz em acidose respiratória aguda: o acúmulo de CO₂ (pCO₂ 55 mmHg) reduz o pH (7,28). A hipoxemia também é evidente (paO₂ 58 mmHg). Como o evento é agudo (ocorrido há 30 minutos), o bicarbonato (HCO₃) ainda se mantém em níveis normais (24 mmol/L), pois não houve tempo para compensação renal.

b) INCORRETA. Embora o hematoma subgaleal possa causar perda volêmica importante em lactentes, os dados do exame físico mostram estabilidade hemodinâmica (tempo de enchimento capilar menor que 1 segundo e pressão arterial de 108x70 mmHg, que, para um lactente de 1 mês, está inclusive elevada, podendo sugerir o início de uma Tríade de Cushing por hipertensão intracraniana). Uma hemoglobina de 5,0 g/dL indicaria um choque hemorrágico grave, o que não condiz com a descrição clínica.

c) INCORRETA. Os valores apresentados para coagulograma são inconsistentes. O RNI (INR) é uma medida do Tempo de Protrombina (TP) e não do TTPA. Além disso, embora o TCE grave possa desencadear coagulopatia por liberação de tromboplastina tecidual, as alterações respiratórias descritas no exame físico tornam a gasometria da alternativa "a" o achado mais esperado e direto.

d) INCORRETA. O lactato de 55 mg/dL indica hipóxia tecidual importante ou choque, mas o paciente apresenta excelente perfusão periférica (enchimento capilar rápido) e pressão arterial preservada. A ureia e a creatinina também não são os exames com alteração esperada imediata (30 minutos após o trauma) em um paciente previamente hígido, sem sinais de choque hipovolêmico ou disfunção renal prévia.

Questão 52

Para avaliar corretamente o crescimento de um recém-nascido prematuro, o primeiro passo é calcular a idade corrigida ou utilizar a idade pós-menstrual nos gráficos específicos. No caso desta paciente, ela nasceu com 32 semanas e possui 56 dias (8 semanas) de vida cronológica. Portanto, sua idade atual é de 40 semanas pós-menstruais ($32 + 8 = 40$ semanas), o que equivale ao termo.

Ao analisar o primeiro gráfico (Intergrowth-21 para prematuros), observamos que o peso ao nascer de 1.300 g com 32 semanas estava localizado sobre a linha de -1 Desvio Padrão (DP), conforme citado no enunciado. Aos 56 dias de vida, com 40 semanas de idade pós-menstrual, o peso de 2.800 g situa-se exatamente sobre a linha verde (Z-score 0). Isso demonstra que a criança não apenas seguiu seu canal de crescimento, mas apresentou uma ascensão na curva (catch-up), saindo do Z-score -1 para o Z-score 0.

Em termos quantitativos, a criança ganhou 1.500 g em 56 dias, o que resulta em uma média de aproximadamente 26,7 gramas por dia. Para um prematuro nessa fase, ganhos acima de 15 a 20 g/dia são considerados muito satisfatórios.

Analise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O ganho de peso é excelente. Não há indicação de fórmula láctea, que prejudicaria o aleitamento materno exclusivo, nem necessidade imediata de perfil de ferro para avaliar ganho ponderal, embora a suplementação profilática de ferro seja rotina no prematuro.

Alternativa b) Incorreta. O ganho não é insuficiente. A introdução de complemento é uma conduta que deve ser evitada quando o crescimento está adequado em aleitamento materno, para não desestimular a lactação.

Alternativa c) Correta. O crescimento está adequado e em curva ascendente nos gráficos de Intergrowth. O aleitamento materno exclusivo deve ser mantido e incentivado, com o acompanhamento pediátrico de rotina para monitorar a manutenção desse progresso.

Alternativa d) Incorreta. O ganho não está abaixo do esperado. Como demonstrado pelo salto de Z-score -1 para 0 no gráfico de peso para idade gestacional, a recuperação nutricional já está ocorrendo de forma otimizada apenas com o leite materno.

Questão 53

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro clínico de choque séptico. Os sinais de alerta são a letargia (alteração do nível de consciência), taquicardia (140 bpm), taquipneia (26 irpm) e hipotensão arterial (90x40 mmHg é um valor baixo para uma criança de 7 anos). A descrição de perfusão capilar rápida (menor que 1 segundo) e pulsos amplos caracteriza o choque como sendo do tipo distributivo, classicamente chamado de choque quente, muito comum na fase inicial da sepse pediátrica.

O contexto epidemiológico é fundamental para a decisão terapêutica: a criança teve alta de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) há apenas 48 horas, onde permaneceu com dispositivos invasivos (cateter venoso central e sonda vesical). Isso configura uma Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) ou infecção nosocomial, sugerindo a presença de patógenos potencialmente resistentes aos esquemas habituais.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

O tratamento do choque séptico baseia-se no reconhecimento precoce e na intervenção agressiva na primeira hora. A expansão volêmica imediata com cristalóide (soro fisiológico ou Ringer Lactato) é necessária para restaurar a pressão arterial e a perfusão dos órgãos. Simultaneamente, a antibioticoterapia deve ser iniciada o mais rápido possível. Como o paciente vem de uma internação recente em UTI com uso de cateteres, o antibiótico deve ter espectro estendido para cobrir germes hospitalares até que as culturas tragam um resultado específico.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ INCORRETA?

A fluidoterapia em velocidade de manutenção é indicada para pacientes que estão hemodinamicamente estáveis e não conseguem ingerir líquidos. Para um paciente em choque e com hipotensão, a conduta correta é a expansão em bolus. Além disso, cefalosporinas de terceira geração (como Ceftriaxone ou Cefotaxima) são excelentes para infecções comunitárias, mas podem falhar em casos de reinternação hospitalar por germes multirresistentes.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA?

O manejo da sepse e do choque é tempo-dependente. O diagnóstico é clínico e o tratamento deve ser iniciado imediatamente. Aguardar a coleta e o processamento de exames laboratoriais como lactato, coagulograma ou D-dímero para decidir sobre o uso de antibiótico aumenta significativamente o risco de óbito e disfunção de múltiplos órgãos.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ INCORRETA?

Embora o paciente tenha uma patologia urinária de base (refluxo vesicoureteral) que sugira o foco urinário, a gravidade do estado clínico (choque) não permite aguardar resultados de sedimento urinário ou urocultura. A terapia deve ser empírica, imediata e baseada no perfil de sensibilidade provável do ambiente hospitalar de onde o paciente saiu recentemente.

Questão 54

A análise desta questão exige a correlação entre os distúrbios hidroeletrólíticos apresentados e as repercussões eletrocardiográficas clássicas.

ANÁLISE DOS DADOS LABORATORIAIS:

O paciente apresenta uma acidose metabólica (pH 7,29 e HCO_3^- 15 mmol/L) e hiponatremia (Na^+ 128 mEq/L), decorrentes da perda volêmica por diarreia e vômitos. No entanto, para a análise do ECG, os íons mais relevantes são o Potássio e o Cálcio.

1. Potássio (K^+): O valor de 3,9 mEq/L está dentro da normalidade. Isso descarta alterações típicas de hipercalemia (como ondas T apiculadas) ou hipocalcemia (como ondas U ou achatamento de T).
2. Cálcio (Ca^{2+}): O valor de 4,92 mg/dL indica uma hipocalcemia grave (o valor de referência para cálcio total é geralmente entre 8,5 e 10,5 mg/dL).

A hipocalcemia tem um efeito eletrofisiológico muito específico: ela prolonga a fase 2 do potencial de ação transmembrana, o que se traduz no eletrocardiograma como um aumento do segmento ST e, conseqüentemente, um prolongamento do intervalo QT.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a): Incorreta. A imagem mostra um traçado eletrocardiográfico dentro da normalidade, com intervalos PR e QT normais e morfologia de onda T preservada. Não condiz com a hipocalcemia grave do paciente.

Alternativa (b): Correta (Gabarito). Esta imagem demonstra claramente um prolongamento do intervalo QT. Observe que o segmento ST (a linha entre o final do complexo QRS e o início da onda T) está visivelmente esticado. Este é o achado clássico e esperado para quadros de hipocalcemia.

Alternativa (c): Incorreta. A imagem mostra um complexo QRS muito largo, evoluindo para um padrão sinusoide. Esse traçado é característico de uma hipercalemia grave

(potássio geralmente acima de 7,5 - 8,0 mEq/L), o que não corresponde ao valor de K⁺ de 3,9 mEq/L fornecido no enunciado.

Alternativa (d): Incorreta. O traçado mostra a presença de ondas U proeminentes e um possível achatamento da onda T. Essas alterações são típicas da hipocalcemia (potássio baixo). Como o potássio do paciente está normal, essa alternativa é descartada.

CONCLUSÃO:

Diante de uma criança com desidratação e uma gasometria evidenciando hipocalcemia severa com potássio normal, o médico deve buscar no ECG o prolongamento do intervalo QT às custas do segmento ST, padrão este representado fielmente na imagem da alternativa (b).

Questão 55

Essa questão aborda o manejo de uma bacteremia por *Staphylococcus aureus* em um paciente pediátrico com doença renal crônica e uso de cateter de hemodiálise. O ponto fundamental aqui é a interpretação do antibiograma e o conhecimento da gravidade das infecções por essa bactéria.

Análise do Antibiograma:

Ao observar a imagem fornecida, notamos que o *Staphylococcus aureus* isolado apresenta resistência à oxacilina (indicado como " $\geq 4 R$ "). Isso o classifica como um MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina/oxacilina). O antibiograma também mostra que a bactéria é sensível à vancomicina (1 S), teicoplanina ($\leq 0,5$ S), clindamicina (0,25 S) e sulfametoxazol-trimetoprima (≤ 10 S).

Análise das Alternativas:

a) Manter vancomicina parenteral: CORRETA. Diante de uma bacteremia por MRSA, o tratamento de escolha é a vancomicina por via parenteral. O *Staphylococcus aureus* é um patógeno de alta virulência e, mesmo que o paciente esteja clinicamente bem e o ecocardiograma seja negativo, o tratamento deve ser concluído de forma venosa para garantir a erradicação do foco e prevenir complicações graves, como endocardite infecciosa tardia ou osteomielite. Em casos de bacteremia por *S. aureus*, o tempo mínimo de tratamento costuma ser de 14 dias a partir da primeira hemocultura negativa.

b) Alta hospitalar com sulfametoxazol-trimetoprima: INCORRETA. Embora o antibiograma mostre sensibilidade, a sulfametoxazol-trimetoprima por via oral não é

a terapia padrão para o tratamento inicial de bacteremia por MRSA, especialmente em pacientes de alto risco como os renais crônicos. A transição para via oral em bacteremias por *S. aureus* é um tema complexo e não deve ser feita de forma precoce para alta hospitalar imediata em um caso de MRSA.

c) Suspender antibioticoterapia e considerar contaminação: INCORRETA. Diferente de outros estafilococos (como os coagulase-negativos), o *Staphylococcus aureus* nunca deve ser considerado contaminante em uma hemocultura, mesmo que cresça em apenas uma amostra ou em coleta via cateter. Sua presença no sangue indica infecção verdadeira e exige tratamento pleno.

d) Descalonar para clindamicina oral, mantendo internação: INCORRETA. O descalonamento para via oral (clindamicina) não é recomendado no tratamento de bacteremia por MRSA em pediatria devido ao risco de falha terapêutica e desenvolvimento de resistência. O tratamento padrão-ouro permanece sendo o glicopeptídeo (vancomicina) venoso.

Resumo do caso:

O paciente possui um MRSA. O cateter (foco da infecção) já foi removido, o que é essencial, mas a antibioticoterapia parenteral com vancomicina deve ser mantida para tratar a bacteremia confirmada e evitar a disseminação metastática da bactéria.

Questão 56

O quadro clínico descrito — lactente de 5 meses com crises de tosse paroxística seguidas de cianose (coloração arroxeadada), sem coriza ou obstrução nasal prévia e com exame físico normal entre as crises — é altamente sugestivo de coqueluche (tosse comprida), causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. Em lactentes jovens, a coqueluche pode não apresentar o clássico "guincho", manifestando-se frequentemente com paroxismos de tosse e episódios de apneia ou cianose.

Análise das alternativas:

a) Correta. A principal estratégia de saúde pública para prevenir a coqueluche em lactentes jovens, que ainda não completaram o esquema vacinal primário, é a vacinação da gestante com a vacina dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto). A vacina deve ser administrada a partir da 20ª semana de gestação em cada gravidez. Isso permite a transferência transplacentária de anticorpos IgG para o feto, garantindo proteção passiva nos primeiros meses de vida. Ao observar a imagem do cartão de vacina da mãe, nota-se que o campo da vacina dTpa está em branco, confirmando que ela não recebeu essa imunização durante o pré-natal.

b) Incorreta. Embora exista atualmente uma vacina para o vírus sincicial respiratório (VSR) indicada para gestantes, o quadro clínico de VSR costuma envolver pródromos de vias aéreas superiores (coriza, obstrução nasal) e evoluir para bronquiolite com sibilância, o que não condiz com a descrição de tosse paroxística sem coriza e com ausculta pulmonar limpa.

c) Incorreta. A vacina pneumocócica 10-valente (VPC10) previne doenças invasivas e otites causadas pelo *Streptococcus pneumoniae*. Embora o cartão da criança mostre que ela não recebeu a 2ª dose (que deveria ter ocorrido aos 4 meses), o agente pneumococo não causa o quadro típico de tosse paroxística com cianose descrito.

d) Incorreta. A vacina influenza (INF) é indicada para crianças no Calendário Nacional de Vacinação a partir dos 6 meses de vida. A paciente tem 5 meses e duas semanas, portanto, ainda não estaria na idade para a primeira dose conforme o calendário de rotina. Além disso, a gripe costuma cursar com febre e sintomas sistêmicos, diferentes do quadro de coqueluche.

Em resumo, a falha na imunização materna com dTpa (conforme evidenciado na imagem do cartão da mãe) deixou a criança vulnerável à infecção por *Bordetella pertussis* antes que ela pudesse completar seu próprio esquema de doses da vacina pentavalente.

Questão 57

O caso descreve uma criança com reação alérgica cutânea isolada (urticária generalizada) após a ingestão de amendoim, sem sinais de comprometimento de outros sistemas até o momento da avaliação.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A adrenalina intramuscular é o tratamento de escolha para anafilaxia. Para o diagnóstico de anafilaxia, seria necessário o envolvimento de pelo menos dois sistemas (por exemplo: pele e respiratório; pele e gastrointestinal) ou a presença de hipotensão/choque após a exposição ao alérgeno conhecido. No caso clínico, a criança apresenta apenas manifestações cutâneas e seus sinais vitais estão normais para a idade (uma pressão sistólica de 88 mmHg está dentro da normalidade para os 4 anos, em que o limite inferior é calculado pela fórmula $70 + 2 \times \text{idade} = 78$ mmHg). Portanto, não há indicação de adrenalina neste momento.

Alternativa b: Incorreta. A alta hospitalar imediata é perigosa. Alergias ao amendoim possuem alto risco de gravidade. Como a ingestão ocorreu há apenas 40 minutos e os sintomas iniciaram-se há 10 minutos, o quadro ainda pode evoluir para uma

anafilaxia ou apresentar uma reação bifásica. O preconizado é o período de observação hospitalar.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta mais adequada para uma reação alérgica cutânea aguda. O anti-histamínico atua no controle dos sintomas de pele (prurido e urticária). A monitorização é fundamental para garantir que, caso o paciente desenvolva sintomas respiratórios, circulatórios ou abdominais, a adrenalina seja administrada prontamente.

Alternativa d: Incorreta. A lavagem gástrica não é indicada em casos de alergia alimentar. É um procedimento invasivo, com riscos de aspiração e complicações mecânicas, e não possui benefício comprovado em impedir a progressão da cascata imunológica da alergia após a absorção inicial do alérgeno.

Questão 58

A paciente apresenta um quadro clássico de crise convulsiva febril simples. Caracteriza-se por ser uma crise generalizada, com duração inferior a 15 minutos (neste caso, 4 minutos), que ocorre em crianças entre 6 meses e 5 anos de idade, sem evidência de infecção do sistema nervoso central ou desequilíbrio metabólico, e com retorno rápido ao estado de alerta. O histórico familiar positivo para crises febris é um fator clínico comum e reforça o diagnóstico.

Diante de uma crise febril simples, a prioridade da conduta não é a investigação da convulsão em si (que é benigna), mas sim a busca ativa pelo foco da febre, uma vez que a criança não apresenta sintomas localizatórios ao exame físico.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Exames laboratoriais de rotina, como hemograma, eletrólitos e glicemia, não são indicados para crianças com crise febril simples que já estão em seu estado basal e alertas. Eles só devem ser solicitados se houver suspeita clínica específica (ex.: diarreia grave sugerindo distúrbio eletrolítico ou sinais de sepse).

Alternativa b) Correta. Em crianças menores de 2 anos de idade, especialmente do sexo feminino, a Infecção do Trato Urinário (ITU) é a causa bacteriana oculta mais frequente em quadros de febre sem foco infeccioso aparente. Como a paciente tem 1 ano e 2 meses e o exame físico é normal, a investigação de ITU através de urina tipo 1 e urocultura é mandatória para definir a causa da febre antes de considerar o quadro como apenas uma virose.

Alternativa c) Incorreta. O eletroencefalograma (EEG) não tem papel na avaliação da

crise febril simples, pois não prediz a recorrência de crises nem o risco de epilepsia futura. Exames de imagem, como o ultrassom transfontanela, também não são indicados em pacientes com exame neurológico normal e sem sinais de hipertensão intracraniana. Além disso, aos 14 meses, a fontanela pode já estar fechada ou muito pequena, dificultando o exame.

Alternativa d) Incorreta. Embora a crise convulsiva não exija tratamento medicamentoso imediato ou internação prolongada, a conduta de "não realizar exames" é perigosa neste cenário. A febre sem foco em uma menina desta faixa etária exige, obrigatoriamente, a exclusão de infecção urinária, conforme os protocolos de pediatria. Apenas observar poderia atrasar o diagnóstico de uma infecção bacteriana oculta.

Questão 59

Para resolver esta questão, é fundamental aplicar os critérios de classificação nutricional da Organização Mundial da Saúde (OMS) baseados no IMC para a idade, observando que os pontos de corte mudam conforme a faixa etária da criança.

Critérios para crianças de 0 a 5 anos (Primeiro Gráfico):

- Risco de sobrepeso: IMC entre escore-z +1 e +2.
- Sobrepeso: IMC entre escore-z +2 e +3.
- Obesidade: IMC acima do escore-z +3 (linha preta superior).

Critérios para crianças de 5 a 19 anos (Segundo Gráfico):

- Sobrepeso: IMC entre escore-z +1 e +2.
- Obesidade: IMC entre escore-z +2 (linha vermelha) e +3.
- Obesidade grave: IMC acima do escore-z +3 (linha preta superior).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Ao projetar um menino de 1 ano e 10 meses com IMC de 20 no primeiro gráfico, o ponto encontra-se entre as curvas de escore-z +2 e +3. Para menores de 5 anos, essa faixa é classificada como sobrepeso. Para ser considerado obeso nessa idade, o IMC deveria estar acima da linha de escore-z +3.

Alternativa b) Incorreta. No primeiro gráfico, um menino de 3 anos e 2 meses com IMC de 17,5 situa-se entre as curvas de escore-z +1 e +2. De acordo com a padronização da OMS, ele é classificado apenas como em risco de sobrepeso.

Alternativa c) Correta. Utilizando o segundo gráfico (específico para a faixa de 5 a 19 anos), um menino de 8 anos e 3 meses com IMC de 21 está posicionado acima da

curva de escore-z +2 (linha vermelha). Pelos critérios da OMS para crianças acima de 5 anos, o IMC acima de +2 define o diagnóstico de obesidade, preenchendo o requisito da pesquisa.

Alternativa d) Incorreta. No segundo gráfico, um menino de 12 anos e 6 meses com IMC de 22,5 encontra-se no intervalo entre as curvas de escore-z +1 e +2. Nessa faixa etária (acima de 5 anos), essa posição caracteriza sobrepeso, e não obesidade.

Questão 60

A interpretação do teste de Snellen e os critérios de encaminhamento para a oftalmologia são fundamentais na saúde escolar e na atenção primária. Abaixo, analisamos detalhadamente a questão:

Análise do Teste de Snellen (Escala Optométrica):

A imagem mostra uma escala decimal onde 1,0 representa a visão normal (20/20).

Conforme as indicações das setas:

- Olho direito (OD): A criança alcançou a linha 0,7.
- Olho esquerdo (OE): A criança alcançou a linha 0,8.

Critérios de encaminhamento:

Em crianças em idade escolar (7 anos ou mais), considera-se como acuidade visual normal o valor de 0,8 (20/25) ou superior em ambos os olhos. Quando a criança já utiliza óculos, o teste deve ser feito com a correção para verificar se o grau atual ainda é eficaz. Valores de 0,7 ou menores indicam necessidade de reavaliação.

Análise das alternativas:

a) Correta. O resultado obtido no olho direito (0,7) está abaixo do esperado para a idade (que seria, no mínimo, 0,8 ou 1,0). Mesmo que a criança já use óculos, se ela não atinge a acuidade visual esperada com a correção, isso justifica o encaminhamento para ajuste de grau ou investigação de outras patologias, como a ambliopia.

b) Incorreta. Embora os resultados sejam diferentes (0,7 e 0,8), uma diferença de apenas uma linha na escala de Snellen nem sempre é o fator principal para encaminhamento isolado. O motivo clínico mais forte aqui é o fato de um dos olhos estar abaixo do limite de normalidade para a faixa etária escolar.

c) Incorreta. O teste de triagem visual em crianças que já usam lentes corretivas deve, obrigatoriamente, ser realizado com o uso dos óculos. O objetivo é identificar se a correção atual é suficiente para manter a boa visão. O fato de usar óculos no

teste não justifica o encaminhamento, mas sim o resultado insuficiente obtido com eles.

d) Incorreta. Agentes comunitários de saúde e professores podem realizar o teste de Snellen em mutirões escolares, desde que devidamente treinados (como afirma o enunciado). O encaminhamento é motivado pelo resultado clínico alterado, e não pela categoria profissional de quem aplicou o teste de triagem.

Questão 61

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta um recém-nascido de 11 dias com um quadro clínico clássico de crise perdedora de sal, caracterizado por:

1. Perda ponderal excessiva (12% aos 11 dias): espera-se que o recém-nascido recupere o peso de nascimento por volta do 10º dia de vida. A perda mantida sugere desidratação ou má absorção.
2. Distúrbios eletrolíticos: hiponatremia (Na^+ 126 mEq/L) associada a hipercalemia (K^+ 6,8 mEq/L). Essa combinação é o "carimbo" laboratorial da insuficiência adrenal primária na infância.
3. História de hipoglicemia neonatal: a deficiência de cortisol prejudica a gliconeogênese, favorecendo quedas nos níveis glicêmicos.

Essa tríade (perda de peso/desidratação + hiponatremia + hipercalemia) aponta diretamente para a forma perdedora de sal da hiperplasia adrenal congênita (HAC).

EXPLICAÇÃO DA ALTERNATIVA CORRETA

Alternativa (b) Deficiência de 21-hidroxilase: essa é a causa mais comum de hiperplasia adrenal congênita (mais de 90% dos casos). A ausência dessa enzima bloqueia a síntese de cortisol e aldosterona. A falta de aldosterona impede a reabsorção de sódio e a excreção de potássio nos túbulos renais, levando à hiponatremia, hipercalemia e desidratação grave (crise perdedora de sal). O Teste do Pezinho no Brasil inclui a triagem para HAC por meio da dosagem da 17-hidroxiprogesterona, que se eleva devido ao bloqueio da 21-hidroxilase.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa (a) Deficiência de TREC e KREC: esses marcadores são utilizados no Teste do Pezinho para identificar imunodeficiências combinadas graves (SCID) e agamaglobulinemia. Embora sejam patologias graves, elas se manifestam

cl clinicamente por infecções de repetição ou oportunistas, e não por distúrbios eletrolíticos agudos como sódio baixo e potássio alto.

Alternativa (c) Deficiência de carnitina: as desordens da oxidação de ácidos graxos (como a deficiência de carnitina) podem causar hipoglicemia hipocetótica e cardiomiopatia. Contudo, não justificam a hipercalemia nem a perda urinária de sódio tão marcante quanto a vista na deficiência de 21-hidroxilase.

Alternativa (d) Deficiência na síntese da proteína CFTR: trata-se da fibrose cística. Embora a fibrose cística possa causar baixo ganho ponderal (por má absorção pancreática) e perda de eletrólitos pelo suor, o distúrbio metabólico típico na fibrose cística é a alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica (potássio baixo), o oposto do potássio elevado encontrado neste paciente.

Questão 62

O caso clínico descreve um quadro clássico de candidíase, afetando simultaneamente o lactente e a nutriz, o que é conhecido como infecção em "ping-pong".

Análise das imagens e do quadro clínico:

1. Região Perineal: A imagem mostra um eritema intenso que atinge as dobras cutâneas (pregas inguinais) e apresenta lesões satélites (pequenas pápulas ou pústulas eritematosas além da borda da lesão principal). Essas características são patognomônicas de candidíase das fraldas, diferenciando-a da dermatite de fraldas irritativa primária, que geralmente poupa as pregas.

2. Mama Materna: A queixa de dor profunda na mama durante a mamada (frequentemente descrita como em "agulhadas" ou "fisgadas"), associada ao aspecto eritematoso e brilhante da aréola e mamilo visto na imagem, é altamente sugestiva de candidíase mamária.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A retirada de leite e derivados da dieta materna é a conduta para Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Embora a APLV possa cursar com dermatite perianal, ela não explica as lesões satélites nem a sintomatologia mamária da mãe.

b) Correta. O diagnóstico é de candidíase perineal no lactente e candidíase mamária na mãe. O tratamento deve ser feito simultaneamente no binômio para evitar a reinfecção contínua. Utiliza-se antifúngico tópico (como nistatina, miconazol ou

clotrimazol) na região das fraldas da criança e nos mamilos/aréolas da mãe após as mamadas. Em casos persistentes na mãe, pode-se associar antifúngico oral.

c) Incorreta. Embora a troca da marca da fralda tenha sido citada, as lesões satélites indicam uma infecção fúngica estabelecida que não se resolverá apenas com a troca do produto. A orientação sobre a pega é sempre importante, mas a dor descrita e o aspecto da mama indicam um processo infeccioso e não apenas trauma mecânico por má pega.

d) Incorreta. Pomadas de barreira (como óxido de zinco) são usadas na prevenção e tratamento da dermatite irritativa simples. A lanolina é usada para hidratar mamilos e prevenir fissuras. Nenhuma dessas substâncias possui ação antifúngica necessária para tratar a infecção por *Candida albicans* presente no caso.

Questão 63

Para definir a conduta adequada, devemos primeiro avaliar o nível de controle da asma da paciente, de acordo com os critérios do GINA (Global Initiative for Asthma) 2025 para crianças de 6 a 11 anos.

Avaliação do Controle (últimas 4 semanas):

1. Sintomas diurnos mais de duas vezes por semana? Não (apresenta pelo menos uma vez por semana).
2. Despertar noturno devido à asma? Sim (despertou uma vez).
3. Necessidade de medicação de resgate mais de duas vezes por semana? Sim (utiliza 3 vezes por semana para educação física).
4. Limitação de atividades? Não.

Como a paciente apresenta dois critérios positivos (despertar noturno e uso de resgate > 2x/semana), sua asma é classificada como Parcialmente Controlada.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O salbutamol é um broncodilatador de curta ação (SABA) indicado apenas para o alívio de sintomas (resgate) ou pré-exercício. O uso fixo a cada 12 horas não tem papel no controle inflamatório da asma e pode levar à dessensibilização dos receptores beta-2, piorando o controle a longo prazo.

b) Correta. A paciente está atualmente na Etapa 2 (Step 2) do tratamento, utilizando dose baixa de corticoide inalatório (CI). A beclometasona HFA de partícula padrão em dose de 200 µg/dia (50 µg, 2 jatos, 2x ao dia) é considerada dose baixa para essa faixa etária. Como a asma está parcialmente controlada e a técnica está correta, o

próximo passo (Etapa 3) consiste em aumentar a dose do CI para dose média ou associar um LABA. Ao ajustar para 200 µg (1 jato) a cada 12 horas, a dose total diária passa para 400 µg, o que caracteriza uma dose média, sendo a conduta preconizada para buscar o controle clínico.

c) Incorreta. A imagem demonstra uma técnica inalatória adequada: a criança esvazia os pulmões, acopla o espaçador, realiza a inspiração profunda e faz uma pausa inspiratória (apneia) de 10 segundos para garantir a deposição pulmonar da partícula, finalizando com a expiração. O enunciado também afirma que a técnica é repetida para cada jato. Portanto, o descontrole não se deve a erro de técnica, mas à necessidade de ajuste farmacológico.

d) Incorreta. O encaminhamento ao especialista (pneumologista pediátrico) é indicado geralmente em casos de asma grave, difícil controle (Step 4 ou 5), incerteza diagnóstica ou quando há necessidade de exames especializados não disponíveis na atenção básica. O manejo da asma parcialmente controlada no Step 2 pode e deve ser realizado pelo médico da unidade básica.

Associação com a Imagem:

A sequência de fotos ilustra os passos fundamentais da técnica com inalador pressurizado e espaçador: expiração prévia, inalação coordenada, manutenção da apneia por 10 segundos e expiração final. A confirmação de que a técnica está correta valida a necessidade de progressão na terapia medicamentosa (step-up), em vez de apenas reforço educativo.

Questão 64

A imagem apresenta uma recém-nascida de 3 dias com uma protrusão na região umbilical, característica de uma hérnia umbilical. Trata-se de uma condição extremamente comum no período neonatal, resultante do fechamento incompleto do anel umbilical. A evolução natural da imensa maioria das hérnias umbilicais é o fechamento espontâneo até os 4 ou 5 anos de idade, conforme a musculatura abdominal se fortalece.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O encaminhamento para o cirurgião pediátrico não é necessário nesta fase. A avaliação especializada só é indicada se a hérnia persistir após os 4 ou 5 anos de idade, se for excessivamente grande (geralmente maior que 2 cm) sem sinais de redução após os 2 anos, ou em casos raros de complicações agudas.

b) Incorreta. Não existe indicação de correção cirúrgica imediata no período neonatal.

O risco de encarceramento ou estrangulamento em hérnias umbilicais de lactentes é muito baixo, ao contrário do que ocorre nas hérnias inguinais.

c) Incorreta. A imagem não mostra sinais inflamatórios, como vermelhidão intensa na pele ao redor (hiperemia periumbilical), calor local, edema ou secreção purulenta que sugiram onfalite (infecção do coto umbilical). Portanto, não há justificativa para internação ou uso de antibióticos.

d) Correta. A conduta é expectante, aguardando a involução natural da hérnia. A orientação deve focar na limpeza adequada do coto umbilical (geralmente com álcool a 70%) para prevenir infecções até que o coto caia. É fundamental orientar a mãe a não utilizar faixas, moedas, esparadrapos ou qualquer técnica compressiva. Essas práticas populares não auxiliam no fechamento da hérnia e podem causar irritação na pele, infecções ou até comprometer a circulação local.

Questão 65

O quadro clínico descreve uma criança com anemia falciforme apresentando uma queda acentuada da hemoglobina (de 8,5 g/dL para 4,5 g/dL) associada a uma contagem de reticulócitos muito baixa (0,1%). Esse achado laboratorial é o ponto crucial para definir o diagnóstico e o mecanismo fisiopatológico.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. No sequestro esplênico agudo, ocorre o represamento súbito de sangue no baço, o que levaria a uma esplenomegalia volumosa e dolorosa (baço palpável abaixo do rebordo costal), o que não é descrito no caso (o baço está apenas percutível). Além disso, no sequestro, a medula óssea permanece funcional, resultando em reticulocitose (elevação dos reticulócitos) e não em reticulocitopenia.

Alternativa b) Incorreta. Embora a febre e a anemia grave possam ocorrer na sepse, a característica principal deste hemograma é a ausência de resposta medular (reticulócitos de 0,1%). A anemia por infecção ou consumo geralmente mantém ou aumenta a produção de reticulócitos na tentativa de compensar a perda, a menos que haja uma supressão medular específica associada.

Alternativa c) Incorreta. A hemólise é um processo constante na anemia falciforme. Em crises de hiper-hemólise, os níveis de hemoglobina caem, mas os reticulócitos sobem drasticamente (anemia regenerativa) para tentar repor as hemácias destruídas. O resultado de 0,1% de reticulócitos indica que a medula não está produzindo novas células, descartando a hemólise como causa primária da queda aguda.

Alternativa d) Correta. O paciente apresenta uma crise aplástica. O mecanismo fisiopatológico é a parada temporária da produção de hemácias pela medula óssea (supressão da eritropoiese), frequentemente desencadeada pela infecção pelo parvovírus B19. Como os pacientes com anemia falciforme possuem hemácias com meia-vida muito curta (10 a 20 dias, comparada aos 120 dias de uma pessoa normal), qualquer interrupção na produção medular causa uma queda rápida e severa da hemoglobina. O diagnóstico é confirmado pela combinação de anemia grave com reticulocitopenia (baixa contagem de reticulócitos).

Em resumo:

Queda de Hb + Reticulócitos Altos + Baço Grande = Sequestro Esplênico.

Queda de Hb + Reticulócitos Baixos = Crise Aplástica.

Questão 66

O caso clínico descreve um menino de 3 anos e 7 meses com um primeiro episódio de infecção urinária febril (sugerindo pielonefrite) e um exame de ultrassonografia (USG) alterado.

A imagem da ultrassonografia apresentada no enunciado revela uma hidronefrose importante (dilatação dos cálices e da pelve renal, visíveis como áreas anecoicas/pretas no centro do rim). Segundo os protocolos vigentes (como os da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria), a investigação de refluxo vesicoureteral (RVU) está indicada em crianças com a primeira infecção urinária febril que apresentem alterações na ultrassonografia renal.

Abaixo, a análise das alternativas baseada nas imagens fornecidas:

Alternativa (a) - Incorreta: A imagem representa um Diário Miccional. Este é um registro detalhado das micções e ingestão de líquidos, utilizado principalmente na investigação de disfunções miccionais funcionais (como bexiga hiperativa ou postergação miccional) em crianças já com desmame de fraldas. Não é o exame inicial para investigar hidronefrose pós-infecção.

Alternativa (b) - Incorreta: A imagem mostra um Estudo Urodinâmico, indicado para avaliar a função da bexiga (pressões, capacidade e fluxo). É reservado para casos complexos, como bexiga neurogênica ou disfunções miccionais refratárias ao tratamento clínico, não sendo o próximo passo neste cenário.

Alternativa (c) - Correta: A imagem representa uma Uretrocistografia Miccional (UCM). Nela, observa-se o contraste preenchendo a bexiga e subindo pelo ureter até

o sistema coletor renal, o que caracteriza o Refluxo Vesicoureteral (RVU). Diante de uma ultrassonografia com hidronefrose em uma criança que teve infecção urinária febril, a UCM é o exame padrão-ouro para diagnosticar ou descartar RVU, sendo a conduta correta no momento.

Alternativa (d) - Incorreta: A imagem é de uma Tomografia Computadorizada (TC) de abdome. Embora possa identificar hidronefrose, a TC não é o exame de escolha para a investigação inicial de rotina em nefropediatria devido à alta carga de radiação e por não ser o exame adequado para o diagnóstico de refluxo vesicoureteral.

Questão 67

ANÁLISE DO CASO

O caso clínico apresenta uma criança de 10 anos com diagnóstico de neuroblastoma (doença crônica e grave) em tratamento quimioterápico. O paciente está internado para tratamento de neutropenia febril, porém já está afebril e clinicamente estável. O ponto central da questão não é a infecção em si, mas as alterações comportamentais relatadas pela mãe: inapetência, irritabilidade, isolamento social, hipersonia e recusa em interagir ou sair da cama. É fundamental notar que esses sintomas persistem há 3 semanas, ou seja, iniciaram-se antes da internação atual.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A privação sensorial e o estresse do ambiente hospitalar podem agravar o estado emocional de qualquer paciente, mas não explicam sintomas que começaram duas semanas antes da internação. Além disso, a conduta de dar alta hospitalar é tecnicamente inadequada para um paciente que ainda apresenta leucopenia importante ($600/\text{mm}^3$) e está no curso de tratamento para neutropenia febril, mesmo estando afebril no momento.

Alternativa (b) INCORRETA: O transtorno de ajustamento ocorre quando o paciente apresenta uma resposta emocional desproporcional a um estressor (como o diagnóstico da doença). No entanto, os sintomas descritos são intensos e persistentes (irritabilidade, anedonia, isolamento profundo), o que exige, no mínimo, uma avaliação especializada para diferenciá-los de um quadro de depressão maior. Afirmar que não são necessárias investigações adicionais é negligenciar o sofrimento psíquico e o impacto na qualidade de vida e na adesão ao tratamento oncológico.

Alternativa (c) CORRETA: Os critérios para depressão na infância podem ser diferentes daqueles dos adultos; a irritabilidade é frequentemente o sintoma predominante em vez da tristeza. O paciente apresenta um conjunto de sinais

(isolamento social, alteração de sono, inapetência, perda de interesse em atividades e irritabilidade) que, pela duração de 3 semanas, justificam a suspeita diagnóstica de depressão. Em pacientes com câncer, o suporte psicológico e a avaliação psiquiátrica são partes integrantes e essenciais do cuidado multidisciplinar.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora o paciente esteja anêmico (Hb 8,6 g/dL), ele está hemodinamicamente estável e não apresenta sinais de gravidade que indiquem transfusão imediata (geralmente indicada em oncopediatria com Hb abaixo de 7 ou 8 g/dL se houver sintomas cardiorrespiratórios). Além disso, a anemia isoladamente não explicaria a irritabilidade e o isolamento social que precederam a piora dos parâmetros hematimétricos. A conduta deve focar na causa psíquica dos sintomas comportamentais.

Questão 68

A questão descreve um caso de pneumonia necrotizante em uma criança de 9 anos. O ponto central para a resolução é compreender a história natural dessa patologia e interpretar corretamente a evolução clínica da paciente em relação aos exames complementares.

A pneumonia necrotizante é uma complicação grave da pneumonia bacteriana (frequentemente causada por *Streptococcus pneumoniae* ou *Staphylococcus aureus*), caracterizada pela perda da arquitetura parenquimatosa pulmonar e formação de áreas de liquefação. Um dos achados mais típicos e esperados desse quadro é a persistência da febre por longos períodos, frequentemente por mais de 10 dias, mesmo quando o tratamento antibiótico está correto e o agente é sensível.

No caso clínico, a paciente está no 6º dia de internação e mantém picos febris de 39 °C. No entanto, ela apresenta melhora do estado geral e redução da necessidade de oxigênio. Essa melhora clínica é o parâmetro mais importante para avaliar o sucesso do tratamento, caracterizando uma dissociação clínico-térmica. Além disso, a cultura do líquido pleural confirmou a presença de pneumococo sensível à penicilina, e a ceftriaxona (uma cefalosporina de 3ª geração) cobre adequadamente esse agente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não há indicação para o escalonamento da antibioticoterapia para cefepime e vancomicina. O agente causador já foi identificado e é sensível ao tratamento atual. O uso de vancomicina seria indicado apenas em caso de suspeita ou confirmação de *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (MRSA) ou pneumococo com resistência plena, o que não condiz com o resultado da cultura.

b) Incorreta. O derrame pleural significativo já foi drenado à entrada. Como a paciente apresenta melhora clínica e redução da necessidade de oxigênio, não há evidências de complicações cirúrgicas agudas ou falha no sistema de drenagem que justifiquem uma nova intervenção ou reavaliação imediata da cirurgia neste momento.

c) Incorreta. A tomografia de tórax na pneumonia necrotizante apresenta uma resolução radiológica muito lenta, que demora semanas ou até meses para desaparecer completamente. Repetir o exame de imagem precocemente em uma paciente que está evoluindo com melhora clínica não alteraria a conduta e exporia a criança à radiação ionizante desnecessária.

d) Correta. Como a paciente está clinicamente estável, com melhora do estado geral e da função respiratória, e o antibiótico em uso é adequado para o germe isolado em cultura, a conduta correta é manter a antibioticoterapia e o suporte clínico. A febre isolada na pneumonia necrotizante não deve ser interpretada como falha terapêutica se os demais parâmetros clínicos forem positivos.

Questão 69

O quadro clínico descrito — criança de 2 anos com pródromos virais (coriza e febre), evolução para tosse metálica ("estridente" ou ladrante), estridor inspiratório e sinais de desconforto respiratório (tiragens) — é clássico de laringotraqueobronquite aguda, também conhecida como crupe viral.

A fisiopatologia dessa condição envolve o edema e a inflamação da região subglótica, que é a porção mais estreita das vias aéreas superiores na criança. Esse estreitamento resulta na obstrução ao fluxo de ar, gerando o estridor inspiratório.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Incorreta. A imagem ilustra o acometimento alveolar (preenchimento por exsudato ou fluido), característico de processos como pneumonia ou edema agudo de pulmão. O paciente do caso apresenta uma obstrução de via aérea extratorácica, não um quadro parenquimatoso.

Alternativa (b): Correta. A imagem destaca a região da laringe e traqueia superior, especificamente a área subglótica. O detalhe à direita mostra o estreitamento importante do lúmen da via aérea (conhecido radiologicamente como sinal da "torre" ou do "lápis"), o que explica perfeitamente o estridor e a dificuldade respiratória observados no paciente com crupe.

Alternativa (c): Incorreta. A imagem representa um bronquíolo com espessamento da parede, excesso de muco e broncoconstrição, padrão típico da asma brônquica ou da bronquiolite viral aguda. Nessas patologias, o ruído predominante é o sibilo (expiratório), e não o estridor inspiratório.

Alternativa (d): Incorreta. A imagem sugere a presença de um corpo estranho na região da carina ou brônquios principais. Embora a aspiração de corpo estranho seja um diagnóstico diferencial importante em crianças com estridor súbito, o quadro atual foi precedido por três dias de febre e coriza, o que direciona o diagnóstico para uma etiologia infecciosa/inflamatória (crupe viral). Além disso, a obstrução no crupe é tipicamente subglótica, e não na carina.

Questão 70

Esta questão aborda o reconhecimento e o manejo de uma emergência cardiovascular no contexto de uma exacerbação grave de asma pediátrica.

****Análise do Quadro Clínico e Monitorização****

O paciente é uma criança de 6 anos em tratamento para asma grave. A monitorização mostra uma deterioração aguda:

1. ****Frequência Cardíaca (ECG):**** Saltou de 144 bpm para 198 bpm. Em crianças (não lactentes), frequências acima de 180 bpm com complexo QRS estreito e ausência de ondas P visíveis sugerem Taquicardia Supraventricular (TSV).
2. ****Pressão Arterial (BP):**** Caiu de 88/49 mmHg para 77/38 mmHg. Para uma criança de 6 anos, uma pressão sistólica abaixo de 80-90 mmHg indica hipotensão (choque descompensado).
3. ****Saturação (SpO₂):**** A curva de pletismografia tornou-se errática e o valor desapareceu (sinalizado por "?"), o que reflete má perfusão periférica.

****Diagnóstico e Conduta****

Estamos diante de uma ****Taquicardia Supraventricular Instável**** (caracterizada por hipotensão e sinais de choque). De acordo com o protocolo PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria), o tratamento de escolha para taquicardia com pulso, mas com instabilidade hemodinâmica, é a ****Cardioversão Elétrica Sincronizada****.

****Explicação das Alternativas****

****Alternativa (a) Incorreta:**** A imagem mostra um paciente realizando uma manobra vagal (soprar em uma seringa para aumentar a pressão intratorácica). As manobras vagais são a primeira linha de tratamento para TSV apenas em pacientes

****estáveis****. Como este paciente apresenta hipotensão (instabilidade), não se deve perder tempo com manobras vagais.

****Alternativa (b) Incorreta:**** A imagem ilustra uma laringoscopia para intubação orotraqueal. Embora o paciente esteja em insuficiência respiratória, a alteração aguda descrita é uma arritmia causando choque. A prioridade imediata é reverter a arritmia que está comprometendo o débito cardíaco, antes ou simultaneamente ao manejo avançado da via aérea, que pode até piorar a hemodinâmica se feito de forma isolada no momento da instabilidade elétrica.

****Alternativa (c) Incorreta:**** A imagem demonstra uma toracocentese de alívio (descompressão por agulha), indicada para pneumotórax hipertensivo. Embora o pneumotórax seja uma complicação possível da asma, o monitor mostra um ritmo de taquicardia paroxística muito rápido e regular, típico de arritmia primária (provavelmente induzida pelo uso de beta-2-agonista endovenoso), e não apenas o padrão de choque obstrutivo puro.

****Alternativa (d) Correta:**** A imagem mostra a aplicação das pás de um desfibrilador no tórax do paciente para a realização de ****Cardioversão Elétrica****. Esta é a conduta de urgência indicada para qualquer taquiarritmia com sinais de má perfusão, hipotensão ou alteração do nível de consciência. No modo sincronizado, o choque é disparado sobre a onda R, revertendo o ritmo para sinusal e permitindo a recuperação da estabilidade hemodinâmica.

Questão 71

O caso clínico apresenta um recém-nascido a termo, com 48 horas de vida, que apresenta dois pontos de atenção principais ao analisarmos o gráfico:

1. Perda de peso: Os triângulos verdes mostram que, em 48 horas, o bebê perdeu aproximadamente 11% do seu peso de nascimento. Em recém-nascidos, uma perda de peso superior a 10% nos primeiros dias de vida é considerada excessiva e acende um alerta para dificuldades na amamentação e risco de desidratação.
2. Icterícia: Os círculos vermelhos indicam a bilirrubina transcutânea. Às 48 horas, o valor está em torno de 7 a 8 mg/dL. De acordo com o nomograma de Bhutani (utilizado para avaliar o risco de hiperbilirrubinemia), esse valor para um bebê de 40 semanas situa-se em uma zona de baixo risco ou risco intermediário baixo, não atingindo, por si só, o limiar para fototerapia.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Os níveis de bilirrubina apresentados no gráfico (7-8 mg/dL

às 48h) estão abaixo do nível de corte para indicação de fototerapia em um recém-nascido a termo e sem fatores de risco aparentes. A fototerapia seria uma conduta precoce e desnecessária no momento.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta mais prudente. A perda de peso de 11% exige uma intervenção imediata no manejo da amamentação (orientação e correção da pega/posicionamento) e uma observação rigorosa em curto prazo (6 horas). É necessário monitorar se a criança está urinando adequadamente (diurese) e se as medidas de suporte à amamentação estão revertendo a perda ponderal excessiva, antes de considerar a alta ou outras intervenções.

Alternativa C: Incorreta. Embora a icterícia possa ter características fisiológicas, a perda de peso NÃO está dentro do esperado (superou os 10%). Dar alta hospitalar nesse cenário é inseguro, pois o recém-nascido apresenta risco de desidratação grave e agravamento da icterícia por aumento da circulação entero-hepática (icterícia do aleitamento materno insuficiente).

Alternativa D: Incorreta. A alta hospitalar é contraindicada pela perda de peso excessiva. Além disso, o banho de sol não é mais recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria como tratamento para icterícia, devido ao risco de queimaduras, exposição a raios UV e baixa eficácia comparada à fototerapia. O uso de complemento (fórmula infantil) deve ser a última opção, após o esgotamento das tentativas de ajuste da técnica de amamentação e ordenha de leite materno.

Em resumo, a associação da perda de peso acentuada (>10%) com a icterícia em ascensão exige que o médico mantenha o binômio sob observação direta para garantir que a ingestão calórica e a hidratação sejam restabelecidas.

Questão 72

O cenário clínico descreve um recém-nascido com depressão respiratória e bradicardia grave (FC 30 bpm) que não respondeu à Ventilação com Pressão Positiva (VPP) por máscara facial, mesmo após a correção da técnica. Segundo as diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), quando a VPP com máscara não é efetiva, os próximos passos indicados para garantir uma via aérea avançada e prosseguir com a ventilação são a intubação endotraqueal ou o uso da máscara laríngea.

Análise das alternativas baseada nas imagens:

Alternativa (a) - CORRETA:

Esta alternativa apresenta os dispositivos padrão-ouro para a via aérea avançada no

período neonatal:

1. Máscara Laríngea: É um dispositivo supraglótico indicado quando a ventilação com máscara facial falha e a intubação endotraqueal não é possível ou não tem sucesso.
2. Laringoscópio com lâmina reta (Miller): No recém-nascido, a lâmina reta é a preferida, pois a epiglote é mais longa e flexível, e a lâmina reta permite elevá-la diretamente para visualizar a glote.
3. Tubo endotraqueal sem balonete: Tradicionalmente, utilizam-se tubos sem balonete na reanimação neonatal para evitar lesões por pressão na região da cartilagem cricoide.

Alternativa (b) - INCORRETA:

Apresenta um laringoscópio com lâmina curva (Macintosh), que é mais utilizada em crianças maiores e adultos, e um tubo endotraqueal com balonete, que não é a primeira escolha na sala de parto para neonatos a termo ou pré-termo.

Alternativa (c) - INCORRETA:

A primeira imagem desta alternativa mostra uma cânula orofaríngea (Guedel). Embora a cânula de Guedel auxilie na manutenção da patência das vias aéreas superiores, ela não é um dispositivo para "realização da ventilação" quando a VPP por máscara falhou em um paciente com 30 bpm. Além disso, a afirmação "apenas tubo endotraqueal" do texto da alternativa ignora a máscara laríngea como opção válida no fluxograma.

Alternativa (d) - INCORRETA:

Combina o uso da cânula de Guedel, laringoscópio de lâmina curva e tubo com balonete, todos menos indicados ou incorretos para a situação de reanimação neonatal imediata descrita.

Conclusão:

Diante da falha da VPP com máscara e técnica corrigida em um RN com bradicardia importante, deve-se proceder à via aérea avançada. A alternativa (a) é a única que reúne os materiais tecnicamente adequados (máscara laríngea, laringoscópio de lâmina reta e tubo sem balonete) para assegurar a ventilação do paciente.

Questão 73

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar os conceitos de indicadores de saúde, especialmente a diferença entre coeficientes (taxas) e índices (proporções).

O risco de morte é expresso por taxas ou coeficientes de mortalidade. Uma taxa relaciona o número de eventos (óbitos) com a população exposta ao risco de sofrer esse evento. Já a mortalidade proporcional indica apenas o peso de um grupo ou

causa dentro do total de óbitos, não servindo para medir o risco individual.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A População 1 apresenta a maior mortalidade proporcional (48,5%), o que significa apenas que, de todos os mortos no município, quase metade pertencia a esse grupo. Isso geralmente ocorre porque essa população é numericamente maior no município, mas não indica que seus indivíduos tenham maior probabilidade de morrer.

b) Incorreta. O número absoluto de óbitos (10.000 na População 1) isoladamente não define o risco. Para falar em risco, precisamos obrigatoriamente de um denominador (a população total de onde vieram esses óbitos). Uma população muito grande pode ter muitos óbitos e, ainda assim, ter um risco individual baixo.

c) Correta. A Taxa de Mortalidade é o indicador que mede o risco. Ao observar a última coluna da tabela, a População 2 apresenta a maior Taxa de Mortalidade Ajustada (5,1 por mil habitantes), seguida pela População 3 (4,5) e pela População 1 (3,2). O fato de a taxa ser ajustada por idade reforça a validade da comparação, pois elimina a influência de uma população ser mais idosa que a outra, permitindo afirmar que a População 2 é a que apresenta o maior risco real de morte.

d) Incorreta. É perfeitamente possível comparar as populações justamente porque os dados apresentam a Taxa de Mortalidade Ajustada. O processo de padronização (ajuste) serve especificamente para permitir a comparação entre populações com estruturas etárias diferentes.

Em resumo, para avaliar o risco em epidemiologia, deve-se sempre observar as taxas (coeficientes) e não os números absolutos ou as proporções. Na tabela apresentada, a População 2 possui o maior coeficiente, portanto, o maior risco.

Questão 74

Esta questão aborda a conduta integral em uma consulta de pré-natal de baixo risco no primeiro trimestre, exigindo conhecimentos sobre suplementação, imunização, atividade física e aspectos psicossociais e legais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A prática de atividade física é recomendada e incentivada para gestantes de risco habitual, como é o caso da paciente. Exercícios físicos supervisionados não aumentam o risco de restrição de crescimento fetal ou parto

premature; pelo contrário, auxiliam no controle do ganho de peso e na saúde cardiovascular e mental da gestante.

b) Incorreta. Embora a ondansetrona seja uma opção para náuseas refratárias, ela não é a primeira linha de tratamento. Além disso, a troca por polivitamínicos não necessariamente melhora a adesão e pode não ser adequada se a paciente já apresenta intolerância gástrica. O ponto principal aqui é que a suplementação de ferro e outros minerais pode agravar os sintomas gastrointestinais iniciais.

c) Incorreta. A vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular) deve ser administrada a partir da 20ª semana de gestação em cada gravidez. Administrá-la com 12 semanas está em desacordo com o calendário vacinal do Ministério da Saúde. Quanto ao encaminhamento para a psicologia, embora o suporte emocional seja importante, o erro técnico na vacinação anula a alternativa.

d) Correta. Esta é a conduta mais adequada para o momento clínico da paciente. A suspensão temporária de medicamentos como o sulfato ferroso e o carbonato de cálcio é uma estratégia comum no primeiro trimestre quando a gestante apresenta muitos vômitos, pois esses compostos possuem alta irritabilidade gástrica e podem piorar o quadro. Além disso, a abordagem dos direitos trabalhistas é fundamental no aspecto psicossocial: no Brasil, a gestante tem estabilidade no emprego desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto, não podendo ser demitida sem justa causa. Essa orientação reduz a ansiedade da paciente, tratando o "risco psicossocial" identificado na avaliação.

Questão 75

Esta questão aborda o conceito de viés de seleção, especificamente o viés de perda de seguimento (ou viés de atrito) em estudos de coorte. Para resolvê-la, devemos analisar como as características das mulheres que saíram do estudo influenciariam o cálculo do Risco Relativo (RR) caso elas tivessem permanecido.

O Risco Relativo de 2,5 indica que gestantes com depressão antenatal têm 2,5 vezes mais chances de desenvolver depressão pós-parto do que as não deprimidas. No entanto, o enunciado informa que 107 mulheres foram perdidas no seguimento e que esse grupo de "perdas" não era aleatório: elas eram mais deprimidas (maior exposição), possuíam menor escolaridade e eram mais frequentemente solteiras.

Essas características (baixa escolaridade, ausência de companheiro e depressão prévia) são fatores de risco conhecidos e muito fortes para o desfecho estudado: a depressão pós-parto. Portanto, se essas mulheres tivessem sido acompanhadas, a probabilidade de elas apresentarem o desfecho (depressão pós-parto) seria

proporcionalmente maior do que a probabilidade observada no grupo que permaneceu no estudo.

Ao excluir do cálculo justamente as pessoas com maior probabilidade de confirmar a associação pesquisada, o estudo acaba subestimando o risco real. Se elas fossem incluídas, o número de casos de depressão pós-parto no grupo exposto subiria significativamente, fazendo com que a medida de associação (o RR) aumentasse.

Análise das alternativas:

a) Ficaria estável: Incorreto. A medida só ficaria estável se as perdas tivessem as mesmas características e a mesma incidência do desfecho que as mulheres que permaneceram no estudo (perdas aleatórias).

b) Aumentaria: Correto. Como as mulheres que abandonaram a pesquisa eram justamente as que tinham maior risco de apresentar o desfecho (por serem mais deprimidas e terem fatores sociais de vulnerabilidade), a inclusão delas elevaria a incidência da doença no grupo exposto, fortalecendo a associação e aumentando o valor do Risco Relativo.

c) Diminuiria: Incorreto. Para a medida diminuir, as perdas deveriam ter ocorrido predominantemente em mulheres que, apesar de deprimidas na gestação, não desenvolveriam a depressão pós-parto, o que contradiz as características descritas (grupo de alto risco).

d) Não é possível prever: Incorreto. Em epidemiologia, quando conhecemos o perfil de risco das perdas e em qual grupo elas se concentram, é possível prever a direção do viés (subestimação ou superestimação do efeito).

Questão 76

A padronização ou ajuste de taxas por idade é uma técnica fundamental em epidemiologia para permitir a comparação entre populações que possuem estruturas etárias diferentes. Como a idade é o principal fator de risco para o óbito na maioria das doenças, especialmente na COVID-19, populações com mais idosos tenderiam a apresentar taxas de mortalidade bruta mais elevadas apenas por serem mais velhas, e não necessariamente por outros fatores de risco.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora seja verdade que homens geralmente possuem menor expectativa de vida, o objetivo da padronização não é incorporar a expectativa de

vida no cálculo, mas sim isolar o efeito da distribuição etária para que outras variáveis possam ser comparadas de forma justa.

b) Incorreta. O fato de as mulheres apresentarem menores taxas de mortalidade é um achado epidemiológico, mas a padronização não serve para calcular o risco em cada faixa etária (isso seria a taxa de mortalidade específica por idade). A padronização serve para gerar uma taxa única ajustada que permita comparar o risco global entre grupos diferentes (homens vs. mulheres ou brancos vs. negros) como se tivessem a mesma idade.

c) Correta. Esta é a definição clássica da utilidade do ajuste por idade. No Brasil, a população branca possui, em média, uma proporção maior de idosos do que a população negra. Se utilizássemos a taxa de mortalidade bruta, a população branca poderia parecer ter um risco maior de morte por COVID-19 simplesmente por ser mais velha. Ao padronizar, removemos esse viés, permitindo observar que, ao igualar as idades, a mortalidade entre negros é maior, como demonstrado no gráfico (especialmente entre homens negros).

d) Incorreta. A população negra de fato enfrenta piores condições socioeconômicas, o que impacta sua saúde. No entanto, a padronização por idade não "pondera" ou mede diretamente essas desigualdades socioeconômicas. Ela apenas remove o fator "idade" da equação. Ao fazer isso, as diferenças que sobram no gráfico (como a maior mortalidade de negros em relação a brancos) podem então ser atribuídas a esses outros fatores, como as desigualdades socioeconômicas e o acesso à saúde.

Relação com a imagem: O gráfico apresenta a "taxa de mortalidade ajustada por idade". Isso significa que os valores apresentados (como os 345 óbitos por 100 mil habitantes para homens negros) já passaram pelo tratamento estatístico que elimina a diferença de idade entre os grupos. Isso permite ao leitor concluir com segurança que a diferença entre as linhas coloridas se deve a fatores de raça e sexo, e não ao fato de um grupo ser mais idoso que o outro.

Questão 77

Para resolver essa questão, precisamos analisar a natureza de cada objetivo de pesquisa e identificar o desenho de estudo epidemiológico que melhor se aplica a cada um.

Análise do Objetivo 1: Comparar a frequência de TEPT entre serviços públicos e privados.

Esse objetivo busca identificar a prevalência de uma condição em dois grupos distintos em um determinado momento. Não há acompanhamento ao longo do

tempo, apenas uma observação da realidade atual (uma "fotografia" do momento). O estudo adequado para medir frequências e associações simultâneas é o Estudo Transversal (ou Seccional).

Análise do Objetivo 2: Relação causal entre história de abuso na infância e TEPT.

Neste caso, o pesquisador parte do efeito (mulheres que já apresentam o TEPT) e olha para o passado para investigar a exposição (abuso na infância). É um estudo retrospectivo que compara um grupo que tem a doença (casos) com um grupo que não tem (controles). Portanto, o desenho ideal é o Estudo de Caso-Controle.

Análise do Objetivo 3: Se o TEPT aumenta o risco de ideação suicida anos após o parto.

Aqui, o pesquisador parte de uma exposição atual (presença ou ausência de TEPT após o parto) e acompanha essas mulheres ao longo dos anos (seguimento temporal) para observar o surgimento de um desfecho futuro (ideação suicida). Esse acompanhamento de grupos expostos e não expostos para verificar a incidência de um evento caracteriza o Estudo de Coorte.

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O primeiro objetivo não exige acompanhamento (coorte) e o terceiro objetivo não é uma intervenção populacional (ensaio de comunidade), mas sim uma observação de risco.

Alternativa B: Incorreta. Estudos descritivos apenas relatam características sem comparar grupos formalmente. Além disso, inverter coorte e caso-controle para os objetivos 2 e 3 torna a estratégia menos eficiente e tecnicamente inadequada para a ordem proposta.

Alternativa C: Incorreta. Estudos descritivos não servem para estabelecer relações de causa e efeito (objetivo 2), sendo necessários estudos analíticos.

Alternativa D: Correta. Apresenta a sequência exata conforme a lógica epidemiológica: Transversal para comparação de frequências atuais; Caso-controle para investigar associações com eventos passados; e Coorte para avaliar o risco de desfechos futuros.

Gabarito: Letra (d).

Questão 78

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

O Odds Ratio (OR) é a medida de associação utilizada em estudos de caso-controle. Ele compara a chance de exposição entre os casos (pessoas com a doença) e a chance de exposição entre os controles (pessoas sem a doença). A fórmula simplificada é o produto cruzado de uma tabela 2 x 2: (Casos expostos x Controles não expostos) / (Casos não expostos x Controles expostos).

ANÁLISE DO VIÉS

O enunciado descreve um viés de informação (especificamente um viés de resposta por desejabilidade social). Se os controles (indivíduos saudáveis) subestimam ou negam o hábito de fumar, eles serão erroneamente classificados como não expostos.

Isso causa as seguintes alterações nos dados:

1. O número de controles expostos diminui artificialmente.
2. O número de controles não expostos aumenta artificialmente.

Como o número de controles expostos está no denominador da fração do cálculo do OR, qualquer diminuição nesse valor fará com que o resultado final da conta aumente. O pesquisador observará uma diferença de exposição entre doentes e saudáveis muito maior do que a realidade, levando à conclusão de que o fumo é um fator de risco mais potente do que de fato é.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) O OR será superestimado.

CORRETA. Como os controles estão escondendo a exposição, o grupo de "saudáveis expostos" parecerá menor do que de fato é. Isso amplia a distância estatística entre os casos (que relatam a exposição corretamente) e os controles, resultando em um OR artificialmente elevado (inflado).

b) O OR será subestimado.

INCORRETA. Para o OR ser subestimado, os controles precisariam superestimar a exposição ou os casos precisariam esconder o hábito de fumar, o que aproximaria os resultados dos dois grupos, reduzindo a força da associação.

c) O OR permanecerá inalterado.

INCORRETA. O erro descrito é um erro sistemático (viés) diferencial, pois ocorre de forma distinta entre os grupos (apenas nos controles). Erros diferenciais sempre alteram a medida de associação, distanciando o resultado do valor real.

d) A direção não pode ser determinada.

INCORRETA. A direção pode ser determinada porque o enunciado especifica qual grupo está subestimando a exposição (os controles) e qual é a direção da falha (subestimação). Em estudos de caso-controle, quando o grupo controle omite a exposição, a tendência matemática é sempre a superestimação do risco.

Questão 79

O ponto central para resolver esta questão reside na interpretação estatística dos Intervalos de Confiança (IC) de 95% associados às Razões de Risco (RR). Em estudos epidemiológicos e ensaios clínicos, quando analisamos medidas de associação do tipo "razão" (como Risco Relativo, Razão de Chances ou Razão de Risco), o valor de nulidade é 1,0. Se o intervalo de confiança inclui o valor 1,0, conclui-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos comparados ($p \geq 0,05$).

Análise dos dados fornecidos:

1. Eventos adversos graves: RR = 2,50 com IC95% de 0,65 a 9,66. Como o intervalo passa pelo 1,0, a diferença não é significativa.
2. Tempo de recuperação: RR = 0,96 com IC95% de 0,89 a 1,03. O intervalo passa pelo 1,0; logo, não há diferença significativa na velocidade de recuperação.
3. Visitas ao pronto-socorro ou hospitalização: RR = 1,25 com IC95% de 0,82 a 1,78. Novamente, o intervalo inclui o valor 1,0.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Para afirmar que os dados favorecem a metformina, o estudo precisaria demonstrar uma melhora estatisticamente significativa nos desfechos clínicos (como tempo de recuperação menor ou menos hospitalizações), o que não ocorreu, já que todos os intervalos de confiança cruzaram a unidade (1,0).

Alternativa b) Incorreta. Embora o risco relativo para eventos adversos e hospitalizações tenha sido numericamente superior no grupo da metformina (2,50 e 1,25, respectivamente), o intervalo de confiança cruza o valor 1,0. Isso significa que esse aumento observado pode ter ocorrido apenas por acaso, não permitindo afirmar que o medicamento agravou o quadro.

Alternativa c) Incorreta. O termo "significativamente", na medicina baseada em evidências, refere-se à significância estatística. Como o IC95% para eventos adversos foi de 0,65 a 9,66, ele abrange o valor 1,0, o que invalida a afirmação de que houve um aumento significativo.

Alternativa d) Correta. A hipótese nula (H_0) pressupõe que não existe diferença real entre os grupos estudados (metformina vs. placebo). Quando os resultados de um estudo não atingem significância estatística (ou seja, quando o IC de uma razão inclui o 1,0 ou o valor de p é maior ou igual a 0,05), dizemos que não há evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula. Portanto, a conclusão correta diante dos dados apresentados é que a hipótese de igualdade entre os grupos permanece válida.

Questão 80

A fundamentação legal para a resposta desta questão encontra-se na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que estabelecem as diretrizes para a relação entre o Estado e a iniciativa privada no setor saúde.

Alternativa (a) Incorreta: O termo "suplementar" é utilizado para designar o mercado de planos e seguros de saúde privados (Saúde Suplementar). Esse setor opera de forma independente do SUS, com recursos próprios dos usuários ou empresas, e não representa a integração do setor privado na rede pública para ampliar a oferta estatal.

Alternativa (b) Correta: Segundo o Artigo 199 da Constituição Federal e o Artigo 24 da Lei nº 8.080/1990, quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Esse regime de contratação é definido juridicamente como de caráter complementar. A legislação determina ainda que, nessa modalidade, deve-se dar preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, mediante contrato de direito público ou convênio.

Alternativa (c) Incorreta: A expressão "prestador subsidiário" não existe na legislação do SUS. O termo "subsidiário" implicaria que o setor privado só atuaria na falta total do Estado, enquanto o caráter complementar permite a integração planejada para suprir lacunas específicas de assistência, mantendo a diretriz de comando único do sistema.

Alternativa (d) Incorreta: As Organizações Sociais (OS) são entidades do terceiro setor que celebram contratos de gestão com o Poder Público. Embora sejam uma forma de participação privada na execução de serviços de saúde, o termo "OS" define uma qualificação jurídica da entidade e um modelo de gerenciamento, e não o caráter da participação do setor privado previsto de forma generalista na legislação brasileira, que é a complementaridade.

Questão 81

Para analisar esta questão, devemos observar os dados da tabela sob a ótica de um estudo de caso-controle. Nesse tipo de desenho epidemiológico, comparamos a frequência da exposição entre o grupo de doentes (casos) e o grupo de indivíduos saudáveis (controles).

Ao compararmos a exposição Baixa (referência) com a exposição Alta, notamos o seguinte:

- Na exposição Baixa, temos 53 casos para 54 controles (uma proporção próxima de 1:1).
- Na exposição Alta, o número de casos cai drasticamente para 24, enquanto o número de controles permanece praticamente o mesmo (54).

Isso significa que, entre as pessoas com alta exposição solar, há uma frequência muito menor de câncer de mama do que entre aquelas com baixa exposição. Quando o fator de exposição reduz a chance de ocorrência do desfecho, ele é classificado como um fator protetor.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A exposição moderada também apresenta uma redução importante no número de casos (de 53 para 26), mantendo o número de controles similar, o que sugere que existe, sim, um efeito protetor já no nível moderado.

b) Correta. Os dados demonstram que níveis mais elevados de exposição solar (Moderada e Alta) estão associados a uma menor contagem de casos de câncer de mama em relação ao grupo de referência (Baixa). Matematicamente, se fôssemos calcular a Odds Ratio (OR) para a alta exposição, teríamos um valor significativamente menor que 1,0, o que define um fator de proteção.

c) Incorreta. Para ser um fator de risco, o número de casos na categoria Alta deveria ser superior ao do grupo de referência. O que ocorre é o oposto: o número de doentes diminui conforme a exposição aumenta.

d) Incorreta. Existe um efeito claro demonstrado pelos números. A mudança de 53 casos na exposição baixa para 24 casos na exposição alta, mantendo o denominador de controles constante, indica uma associação estatística inversa entre a exposição solar e o surgimento da doença.

Questão 82

Para resolver essa questão de bioestatística, precisamos calcular o Número Necessário para Tratar (NNT), que é o indicador que nos diz quantos pacientes devem receber a intervenção para que se evite um desfecho negativo (neste caso, a morte).

De acordo com a tabela fornecida:

- No grupo sotatercept, ocorreram 7 mortes em 84 pacientes. A incidência (risco) é $7/84 = 0,0833$ (8,33%).

- No grupo placebo, ocorreram 13 mortes em 86 pacientes. A incidência (risco) é $13/86 = 0,1511$ (15,11%).

O próximo passo é calcular a Redução Absoluta do Risco (RAR), que é a diferença aritmética entre as incidências dos dois grupos:

$RAR = 0,1511 - 0,0833 = 0,0678$ (ou 6,78%).

Por fim, calculamos o NNT, que é o inverso da RAR:

$NNT = 1 / RAR$

$NNT = 1 / 0,0678 = 14,74$.

Arredondando para o número inteiro mais próximo, temos o valor de 15.

Análise das alternativas:

a) Correta. O cálculo do NNT resultou em aproximadamente 15, o que significa que precisamos tratar 15 pacientes com sotatercept para evitar que uma morte ocorra, em comparação ao uso de placebo.

b) Incorreta. O valor 53 não corresponde ao cálculo da redução de risco ou do NNT com base nos dados da tabela.

c) Incorreta. O número 84 é o total de pacientes no braço da intervenção e 15% é aproximadamente o risco isolado do grupo placebo. A alternativa confunde o tamanho da amostra com a eficácia clínica medida pelo NNT.

d) Incorreta. Não há base matemática nos dados apresentados (incidências de 8,33% e 15,11%) que resulte em uma prevenção de morte em 53% dos pacientes tratados. O benefício absoluto (RAR) é de apenas 6,78%.

Questão 83

Essa questão aborda o manejo inicial do climatério na Atenção Primária à Saúde. A paciente tem 52 anos e apresenta sintomas vasomotores (fogachos e sudorese) e distúrbios do sono, mas ainda mantém ciclos menstruais, o que caracteriza o período de transição menopausal.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o diagnóstico do climatério em mulheres acima de 45 anos com sintomas característicos é eminentemente clínico. A solicitação rotineira de dosagens hormonais (como FSH e estradiol) não é necessária para confirmar o diagnóstico e não altera a conduta inicial, além de onerar o sistema de saúde.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) seja o tratamento mais eficaz para sintomas vasomotores, ela não deve ser a primeira medida sem antes se realizar uma avaliação criteriosa. É necessário, primeiro, avaliar a intensidade dos sintomas, os riscos individuais, as contraindicações e os desejos da paciente. Além disso, a queixa de ciclos menstruais volumosos exige uma investigação da causa do sangramento uterino anormal antes de se iniciar qualquer hormônio.

Alternativa (c) Incorreta: Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina são opções terapêuticas para pacientes que possuem contraindicações à TRH ou que não desejam o uso de hormônios. Não são considerados a abordagem inicial padrão para todas as pacientes que ingressam no climatério.

Alternativa (d) Correta: O manejo inicial deve ser focado na escuta qualificada e na avaliação multidimensional da mulher. O Ministério da Saúde recomenda que, antes de intervir farmacologicamente, o profissional deva mensurar o impacto dos sintomas na qualidade de vida da paciente e orientar medidas não farmacológicas. Isso inclui a adequação do estilo de vida, como a prática de atividade física regular, alimentação balanceada, cessação do tabagismo e técnicas de higiene do sono. Essas mudanças podem ser suficientes para o controle de sintomas leves e são fundamentais para a prevenção de doenças cardiovasculares e da osteoporose nesta fase da vida.

Em resumo, a conduta na Atenção Primária prioriza a promoção da saúde e o acolhimento, reservando intervenções medicamentosas para casos em que as medidas comportamentais não foram suficientes ou em que os sintomas são moderados a graves.

Questão 84

O caso descrito apresenta uma falha assistencial grave no acompanhamento pré-natal, que resultou em um desfecho evitável: a sífilis congênita. Para responder à questão, é necessário identificar qual atributo da Atenção Primária à Saúde (APS) ou princípio do SUS foi negligenciado.

Alternativa a) Incorreta. O Acesso (ou Acesso de Primeiro Contato) refere-se à acessibilidade e à utilização do serviço de saúde como porta de entrada sempre que houver uma necessidade. A gestante teve acesso ao sistema, realizou consultas em diferentes momentos (14, 22 e 28 semanas) e conseguiu realizar os exames solicitados. Portanto, a falha não foi na entrada da paciente no sistema.

Alternativa b) Incorreta. A Equidade é o princípio que visa diminuir as desigualdades, tratando de forma desigual os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Embora a paciente apresente vulnerabilidades sociais (baixa escolaridade, desemprego), a falha ocorrida foi técnica e logística no fluxo de informações, e não uma negação de cuidados diferenciados por sua condição social.

Alternativa c) Incorreta. A Universalidade é o princípio finalístico do SUS que garante que todo cidadão tem direito ao acesso às ações e serviços de saúde, sem distinção. A paciente foi atendida pela rede pública em todas as suas necessidades de pré-natal e parto, o que demonstra que a universalidade do sistema foi garantida.

Alternativa d) Correta. A Coordenação do Cuidado é o atributo da APS que exige a integração de informações e a continuidade do acompanhamento, mesmo quando o paciente é referenciado para outros pontos da rede (como o laboratório ou a maternidade). No caso em questão, a falha de digitação do laboratório e a ausência do resultado no prontuário não foram detectadas ou corrigidas pela equipe de saúde entre a 14ª e a 22ª semana. A falta de um sistema de monitoramento de exames e a ausência de busca ativa pelo resultado pendente demonstram que o cuidado não foi coordenado. Se houvesse coordenação efetiva, o diagnóstico teria sido feito precocemente, o parceiro teria sido convocado com mais ênfase e a sífilis congênita poderia ter sido evitada. Além disso, a coordenação envolve a comunicação entre os níveis de atenção, garantindo que o tratamento iniciado no pré-natal fosse devidamente informado e seguido na maternidade e no puerpério.

Questão 85

Esta questão exige o conhecimento das diretrizes de rastreamento de câncer do Ministério da Saúde do Brasil (INCA) para os cânceres de mama e de colo do útero.

Análise do Rastreamento do Câncer de Colo do Útero:

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento citopatológico (Papanicolaou) para mulheres entre 25 e 64 anos de idade que já iniciaram atividade sexual. O exame deve ser realizado anualmente e, após dois resultados consecutivos normais, a cada três anos. O rastreamento pode ser encerrado aos 64 anos de idade, desde que a paciente tenha pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. No caso da paciente em questão, ela tem 67 anos e realizou exames aos 61 e 64 anos, ambos com resultados normais. Portanto, ela preenche os critérios para a interrupção do rastreamento do colo do útero.

Análise do Rastreamento do Câncer de Mama:

A recomendação do Ministério da Saúde para o rastreamento mamográfico na população de risco habitual (sem história familiar ou mutações genéticas) é a realização da mamografia bilateral de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, com periodicidade bienal (a cada dois anos). Como a paciente tem 67 anos e sua última mamografia foi realizada há dois anos (aos 65 anos), ela está no momento indicado para realizar um novo exame de rastreamento mamográfico.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Correta. Conforme as diretrizes, a paciente deve realizar a mamografia, pois está na faixa etária de 50 a 69 anos e completou o intervalo de dois anos desde o último exame. O citopatológico não é mais necessário porque ela já passou dos 64 anos e possui dois exames negativos nos últimos cinco anos.

Alternativa B: Incorreta. A indicação de citopatológico encerrou-se aos 64 anos devido ao histórico de exames normais, enquanto a mamografia é necessária devido à idade e ao intervalo de tempo.

Alternativa C: Incorreta. O citopatológico do colo do útero está contraindicado ou é desnecessário para esta paciente, segundo os critérios de encerramento do rastreamento por idade e exames prévios normais.

Alternativa D: Incorreta. Há indicação de exame, especificamente a mamografia, uma vez que a paciente ainda se encontra na faixa etária alvo (até 69 anos) e o intervalo bienal foi atingido.

Questão 86

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de diarreia subaguda (20 dias de evolução), de caráter não inflamatório (ausência de sangue, muco ou febre) e com características sugestivas de má absorção (odor fétido e perda ponderal leve). No exame físico, há apenas timpanismo abdominal, sem sinais de peritonite.

Um ponto fundamental da questão é o perfil epidemiológico: homem cisgênero, praticante de sexo anal insertivo e receptivo com uso irregular de preservativo. Esse grupo apresenta maior risco para patógenos entéricos transmitidos por via sexual (infecções entéricas sexualmente transmissíveis), frequentemente através do contato oroanal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A calprotectina fecal é um marcador de inflamação intestinal, utilizado principalmente na triagem e monitoramento de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), como Crohn ou Retocolite Ulcerativa. Embora o paciente tenha diarreia há 20 dias, a ausência de sinais inflamatórios sistêmicos e o contexto epidemiológico tornam a causa infecciosa muito mais provável do que uma DII neste momento.

b) INCORRETA. A pesquisa de sangue oculto nas fezes é uma ferramenta de rastreamento para câncer colorretal em pacientes assintomáticos acima de 45-50 anos, ou para investigação de anemia ferropriva de origem obscura. Não possui utilidade no diagnóstico de quadros de diarreia infecciosa ou má absorção.

c) CORRETA. A *Giardia lamblia* é um protozoário que coloniza o intestino delgado, causando uma síndrome de má absorção com diarreia explosiva, esteatorreia (fezes malcheirosas que flutuam), cólicas e distensão abdominal. É uma causa comum de diarreia persistente ou subaguda. No contexto de homens que fazem sexo com homens (HSH), a giardíase é reconhecida como uma infecção transmitida sexualmente devido ao contato oroanal. O quadro clínico de 20 dias, sem sangue e com odor fétido, é clássico para *Giardia*.

d) INCORRETA. O *Microsporidium* spp. é um patógeno oportunista que causa diarreia crônica grave, principalmente em pacientes com imunossupressão avançada (especialmente em pacientes com AIDS e contagem de linfócitos CD4 muito baixa, geralmente abaixo de 100 células/mm³). O paciente em questão está em uso de PrEP, realizou sorologias para HIV há 4 meses com resultados negativos e mantém seguimento regular, o que afasta a hipótese de imunodeficiência grave que

justificaria a pesquisa inicial desse agente.

RESUMO DA CONDUTA: Diante de um quadro de enterite (diarreia sem sangue) subaguda em paciente com exposição sexual de risco, a *Giardia lamblia* deve ser sempre considerada como principal hipótese diagnóstica. O exame parasitológico de fezes (EPF) ou testes moleculares/imunológicos nas fezes para *Giardia* são os passos iniciais adequados.

Questão 87

Esta questão de epidemiologia exige a análise de dados de incidência e o cálculo de risco relativo a partir da tabela fornecida. O enunciado estabelece como grupo de referência (denominador para comparação) os locais com 0 a 0,1% de residências atingidas pelas inundações, cuja incidência de leptospirose é de 0,5 por 100.000 habitantes. Para validar as alternativas, devemos comparar as incidências das demais faixas com esse valor basal de 0,5.

Alternativa a: Incorreta. Ao observarmos a tabela, na faixa de 0,2 a 0,6%, a incidência é de 1,6. Realizando o cálculo de razão de incidência (1,6 dividido por 0,5), o resultado é 3,2. Isso indica que o risco é 3,2 vezes MAIOR do que na referência, e não menor, como afirma o texto.

Alternativa b: Correta. Na faixa de 0,7 a 1,2%, a incidência registrada na tabela é de 3,3. Dividindo este valor pela incidência do grupo de referência (3,3 dividido por 0,5), obtemos exatamente 6,6. Portanto, o risco de leptospirose nessa população específica é 6,6 vezes maior do que na população onde houve pouca ou nenhuma inundação (0 a 0,1%).

Alternativa c: Incorreta. Para a faixa de 1,3 a 11,0%, a incidência é de 7,3. O cálculo (7,3 dividido por 0,5) resulta em 14,6. Isso significa que o risco é 14,6 vezes maior. A alternativa tenta confundir o candidato ao transformar o fator multiplicador em uma porcentagem de redução (14,6% menor), o que é matematicamente falso.

Alternativa d: Incorreta. Na faixa de 11,1 a 27,9%, a incidência é a mais alta apresentada, chegando a 21,7. Ao comparar com a referência (21,7 dividido por 0,5), nota-se que o risco é 43,4 vezes maior. O valor de 24% mencionado na alternativa é arbitrário e não corresponde aos dados epidemiológicos expostos na imagem.

A questão avalia a capacidade do médico de interpretar indicadores de saúde pública e compreender como desastres ambientais, como as inundações no Rio Grande do Sul, atuam como determinantes diretos na elevação do risco de doenças infecciosas, utilizando a razão de taxas de incidência para quantificar esse impacto.

Questão 88

Esta questão aborda o manejo de recém-nascidos e lactentes jovens que são contatos domiciliares de pacientes com tuberculose (TB) bacilífera (pulmonar). O objetivo principal nessa faixa etária é evitar a progressão para formas graves da doença, como a meningoencefalite e a tuberculose miliar, devido à imaturidade do sistema imune.

De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (Ministério da Saúde), a conduta para contatos de TB deve ser individualizada pela idade e pelo estado vacinal. Para crianças expostas ao bacilo, o foco é o Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB).

Análise das alternativas:

a) Realizar prova tuberculínica: Incorreta. Em recém-nascidos e lactentes expostos, a prova tuberculínica (PT/PPD) não é o primeiro passo para decidir o início da conduta. O protocolo para o recém-nascido exposto orienta iniciar o tratamento preventivo imediatamente por três meses e, somente após esse período, realizar a prova tuberculínica para decidir pela interrupção ou continuidade do tratamento. Além disso, a resposta imunológica ao PPD pode ser imatura em crianças muito pequenas.

b) Tratar a Infecção Latente de Tuberculose (ILTB): Correta. Esta é a conduta preconizada. Todo contato domiciliar de caso de tuberculose pulmonar, especialmente crianças menores de 5 anos (e com prioridade absoluta para as menores de 1 ano), deve receber tratamento preventivo após a exclusão de doença ativa. No caso do recém-nascido, mesmo que assintomático, o risco de adoecimento rápido e grave justifica o início imediato do tratamento para ILTB (geralmente com rifampicina ou isoniazida, conforme o protocolo vigente). No cenário descrito, a criança já foi vacinada com BCG, mas isso não anula a necessidade do tratamento preventivo diante da exposição direta e prolongada.

c) Realizar Ensaio de Liberação de Interferon-gama (IGRA): Incorreta. O IGRA é um teste de sangue que detecta a infecção por *Mycobacterium tuberculosis*, mas não é recomendado para crianças menores de 2 anos devido à falta de estudos de acurácia nessa faixa etária e à baixa sensibilidade. O Ministério da Saúde prioriza o PPD em crianças, quando indicado.

d) Solicitar radiografia de tórax: Incorreta. Embora a radiografia de tórax faça parte da investigação inicial de qualquer contato para excluir doença ativa (tuberculose-doença), a questão pede a "conduta adequada" frente ao cenário de exposição. Uma vez que a criança é assintomática e tem bom ganho de peso, a prioridade programática e a conduta definitiva para protegê-la é o início do

tratamento para ILTB. A radiografia isolada não substitui a necessidade do tratamento preventivo no lactente exposto.

Resumo da conduta no RN/Lactente contato:

1. Excluir TB ativa (exame físico e história clínica).
2. Se assintomático: iniciar tratamento para ILTB.
3. Se o bebê ainda não foi vacinado com BCG, a vacinação deve ser adiada até a conclusão do tratamento preventivo (ou conforme o resultado do PPD após 3 meses de tratamento). Como esta criança já foi vacinada, segue-se diretamente com a proteção medicamentosa.

Questão 89

A inclusão de uma doença na Lista Nacional de Notificação Compulsória é balizada por critérios técnicos de saúde pública, fundamentados principalmente nos conceitos de magnitude, potencial de disseminação, transcendência e vulnerabilidade.

Alternativa (a): Está correta. A esporotricose deixou de ser uma doença ocupacional restrita a áreas rurais (doença do jardineiro) para se tornar uma epidemia urbana no Brasil, com crescimento exponencial do número de casos. O ciclo zoonótico envolvendo felinos domésticos confere alto risco de disseminação. Além disso, a doença atinge populações vulneráveis com menor acesso a saneamento e cuidados veterinários, mas é passível de intervenção por meio do tratamento antifúngico e medidas de controle ambiental e animal, preenchendo os requisitos para a vigilância epidemiológica ativa.

Alternativa (b): Está incorreta. Embora a concentração em áreas urbanas e o risco para profissionais da saúde animal sejam características da doença, esses fatores isolados não são os critérios que definem a notificação compulsória. A notificação busca monitorar a doença em toda a população e não apenas em grupos profissionais específicos ou regiões isoladas, visando o controle da cadeia de transmissão global.

Alternativa (c): Está incorreta. A esporotricose não possui baixo potencial de disseminação; pelo contrário, sua expansão geográfica no Brasil nas últimas décadas foi rápida e abrangente. Além disso, embora muitos casos sejam cutâneos, a doença pode assumir formas graves e sistêmicas, especialmente em pacientes imunodeprimidos (como portadores de HIV), o que invalida a classificação de gravidade apenas como autolimitada.

Alternativa (d): Está incorreta. A inclusão da esporotricose na lista nacional é uma decisão baseada na realidade epidemiológica brasileira e na necessidade de políticas

públicas locais. Não houve uma determinação da OMS que a equiparasse ao antraz, que é uma doença com potencial de bioterrorismo e letalidade muito superior, exigindo protocolos de segurança biológica e vigilância internacional distintos da esporotricose.

Questão 90

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta sintomas compatíveis com um episódio depressivo leve ou um quadro subsindrômico (humor irritável, redução de energia, anedonia parcial e aumento de apetite por carboidratos há 4 meses). No contexto da Atenção Primária à Saúde, a abordagem deve seguir os princípios da Medicina Centrada na Pessoa, avaliando não apenas os sintomas, mas também os desejos e a autonomia do paciente. O paciente manifesta resistência ativa a intervenções farmacológicas e psicoterápicas, mas propõe uma mudança de estilo de vida (atividade física) na qual ele acredita.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a psicoterapia cognitivo-comportamental seja uma intervenção de primeira linha para depressão, o paciente afirmou explicitamente que não acredita nessa modalidade. Na prática clínica, a aliança terapêutica é fundamental para o sucesso do tratamento. Encaminhá-lo contra sua vontade para algo em que ele não confia provavelmente resultaria em baixa adesão e prejuízo no vínculo com o médico.

Alternativa b) Incorreta. O uso de Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) é indicado para quadros de depressão moderada a grave. Em quadros leves ou iniciais, a conduta inicial pode ser a vigilância expectante ou intervenções não farmacológicas. Além disso, o paciente manifestou receio e desaprovação ao uso de antidepressivos, o que torna essa conduta inadequada para o momento inicial.

Alternativa c) Correta. A prática de exercícios físicos regulares tem evidência científica robusta, comparável à eficácia de antidepressivos e psicoterapia em casos de depressão leve. Como o paciente já possui o desejo de retornar às corridas e acredita que isso o ajudará, o médico deve usar essa motivação interna para fortalecer o tratamento. Essa conduta respeita a autonomia do paciente, promove o autocuidado e permite uma reavaliação em 4 a 6 semanas (estratégia de espera vigilante) para observar se haverá remissão dos sintomas apenas com a mudança de hábito.

Alternativa d) Incorreta. O *Hypericum perforatum* (erva-de-são-joão) é um fitoterápico com eficácia comprovada no tratamento da depressão leve a moderada. Contudo, o paciente expressou que não gosta da ideia de tomar medicamentos. Mesmo sendo um fitoterápico, ele ainda se enquadra na categoria de intervenção medicamentosa que o paciente deseja evitar. A atividade física proposta pelo próprio paciente deve ser priorizada como intervenção inicial.

Questão 91

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta sintomas clássicos de efeitos colaterais de medicamentos, o que está prejudicando sua qualidade de vida e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. As queixas de boca seca e intestino preso são efeitos anticolinérgicos típicos, enquanto a tontura ao se levantar sugere hipotensão postural (bloqueio alfa-1-adrenérgico).

Dentre as medicações em uso, a nortriptilina, um antidepressivo tricíclico, é a principal responsável por esse perfil de efeitos adversos. Os tricíclicos possuem forte ação anticolinérgica e podem causar hipotensão ortostática, especialmente em pacientes mais velhos. Além disso, o enalapril (um IECA) não costuma causar esses sintomas específicos, sendo a tosse seca o seu efeito colateral mais comum.

Portanto, a estratégia correta é substituir a medicação que está causando o desconforto para melhorar a tolerância e, conseqüentemente, a adesão global ao tratamento.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Correta. A fluoxetina é um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS). Diferentemente dos tricíclicos, como a nortriptilina, os ISRS não possuem atividade anticolinérgica significativa nem causam bloqueio alfa-1-adrenérgico importante. Assim, a fluoxetina mantém o tratamento do transtorno de ansiedade sem causar boca seca, constipação ou tontura postural, resolvendo as queixas principais do paciente e favorecendo a adesão medicamentosa.

b) Incorreta. O diazepam é um benzodiazepínico. Embora possa reduzir sintomas agudos de ansiedade, não é o tratamento de escolha para o manejo crônico de transtornos ansiosos devido ao risco de dependência, tolerância e prejuízo cognitivo/motor. Além disso, não possui o mesmo perfil terapêutico de manutenção que um antidepressivo (como a nortriptilina ou a fluoxetina).

c) Incorreta. O anlodipino é um bloqueador dos canais de cálcio. Seus efeitos colaterais mais comuns são edema de membros inferiores e cefaleia. Substituir o enalapril pelo anlodipino não resolveria os sintomas de boca seca e constipação, que são decorrentes da nortriptilina, e poderia até agravar a tontura se houvesse uma queda pressórica adicional sem tratar a causa da hipotensão postural.

d) Incorreta. A losartana é um Bloqueador do Receptor de Angiotensina (BRA). A troca de enalapril por losartana é indicada principalmente quando o paciente apresenta tosse seca (efeito colateral comum dos IECAs), o que não é o caso relatado. Essa troca não teria impacto nos sintomas anticolinérgicos causados pelo antidepressivo tricíclico.

Questão 92

Para compreender esta questão, é necessário distinguir os indicadores de situação epidemiológica (que descrevem como a doença se comporta na população) dos indicadores operacionais ou de desempenho (que avaliam a eficácia e a qualidade das ações dos serviços de saúde).

Alternativa A: Incorreta. A taxa de incidência (geral ou da forma pulmonar) mede o número de casos novos que surgem em um determinado período. Ela é um indicador de risco de adoecimento e reflete a carga da doença e a transmissão ativa na comunidade. Embora seja essencial para a vigilância, ela não avalia diretamente a qualidade do serviço prestado aos pacientes já diagnosticados.

Alternativa B: Incorreta. A taxa de prevalência representa o total de casos (novos e antigos) existentes em um dado momento. Ela depende tanto da incidência quanto da duração da doença. Assim como a incidência, é um indicador epidemiológico que ajuda no planejamento de recursos, mas não serve para medir a qualidade da assistência clínica ou do acompanhamento.

Alternativa C: Correta. A proporção de abandono do tratamento é um indicador operacional clássico para avaliar a qualidade da assistência e a efetividade do programa de controle da tuberculose. O abandono reflete a incapacidade do serviço de saúde de criar vínculo com o paciente, realizar o Tratamento Diretamente Observado (TDO), fazer a busca ativa de faltosos e garantir a adesão terapêutica. Portanto, é o indicador que melhor traduz o desempenho da equipe de saúde no cuidado ao doente.

Alternativa D: Incorreta. A proporção de tuberculose miliar (uma forma grave e disseminada) está mais relacionada ao estado imunológico da população (como a coinfeção com o HIV) e ao diagnóstico tardio. Embora possa sugerir falhas na

detecção precoce, ela é classificada como um indicador de gravidade clínica e perfil epidemiológico, não sendo o indicador padrão para avaliação da qualidade da assistência continuada.

Questão 93

EXAME DA QUESTÃO:

O caso descreve uma mulher jovem com IMC de 26,7 kg/m², o que a enquadra na categoria de sobrepeso (faixa de 25 a 29,9 kg/m²). Ela relata episódios de consumo excessivo de doces com frequência de uma a duas vezes por mês. De acordo com os critérios do DSM-5, para o diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar ou bulimia nervosa, é necessária uma frequência mínima de um episódio por semana durante, pelo menos, três meses. Portanto, a paciente não apresenta um transtorno alimentar psiquiátrico, mas sim um comportamento alimentar inadequado e esporádico.

Alternativa a: Incorreta. A lisdexanfetamina é aprovada para o tratamento do transtorno de compulsão alimentar moderado a grave, o que não é o caso da paciente. A fluoxetina é utilizada no tratamento da bulimia nervosa, mas exige critérios diagnósticos específicos e comportamentos compensatórios que estão ausentes no relato. Não há indicação de tratamento farmacológico psiquiátrico para comportamentos alimentares que não atingem o limiar do transtorno.

Alternativa b: Incorreta. O uso de análogos de GLP-1, como a semaglutida, para o tratamento do peso é indicado para pacientes com IMC acima de 30 kg/m² (obesidade) ou acima de 27 kg/m², caso existam comorbidades associadas (hipertensão, dislipidemia, diabetes, etc.). A paciente tem IMC de 26,7 e não apresenta doenças associadas. Além disso, a avaliação de enzimas pancreáticas não é uma exigência protocolar para o início do uso dessa medicação.

Alternativa c: Incorreta. Embora a queixa subjetiva exista, os dados fornecidos (exame físico e psíquico normais e frequência baixa de episódios) mostram que a paciente não preenche critérios para transtornos alimentares. No contexto de questões de prova, o encaminhamento para especialista deve ocorrer quando há uma patologia que justifique tal conduta ou quando o manejo na atenção primária falha, o que ainda não foi tentado.

Alternativa d: Correta. A paciente apresenta sobrepeso leve e hábitos alimentares que podem ser corrigidos com orientações de estilo de vida. Na ausência de critérios diagnósticos para obesidade ou transtornos alimentares formais, a conduta inicial deve ser conservadora, focando na educação alimentar e no incentivo à prática de

atividade física, sem a necessidade de exames complementares ou prescrição de medicamentos controlados.

Questão 94

Esta questão aborda o financiamento da saúde no Brasil e o comportamento dos gastos das famílias, temas frequentes em provas de Medicina Preventiva e Social.

Conceito Inicial: Gastos "out-of-pocket" (desembolso direto) são pagamentos feitos diretamente por indivíduos a prestadores de serviços ou farmácias, sem intermédio de planos de saúde ou do Estado.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora os planos de saúde representem uma parcela significativa das despesas das famílias de classe média e alta, os gastos com medicamentos e serviços pagos diretamente (consultas, exames) superam o peso dos planos no cômputo geral do desembolso direto, especialmente quando analisamos toda a população brasileira.

b) Incorreta. O gasto com saúde no Brasil possui um caráter regressivo. Isso significa que, proporcionalmente à renda, as famílias mais pobres comprometem uma parcela muito maior do seu orçamento com saúde do que as famílias mais ricas, embora o valor absoluto gasto pelos mais ricos seja maior.

c) Incorreta. O gasto total em saúde no Brasil é composto por gastos públicos (SUS) e gastos privados (planos de saúde e out-of-pocket). Atualmente, o gasto privado total supera o público (aproximadamente 54% a 58% para o privado contra 42% a 46% para o público), mas o desembolso direto "out-of-pocket" sozinho não constitui mais da metade do gasto total nacional, pois uma parte expressiva do gasto privado vem das mensalidades dos planos de saúde e subsídios.

d) Correta. Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE) demonstram consistentemente que o item que mais consome a renda direta das famílias brasileiras em saúde são os medicamentos. Esse impacto é desproporcionalmente maior nas classes de baixa renda, que muitas vezes não conseguem acesso integral à assistência farmacêutica pública e precisam sacrificar o orçamento doméstico para adquirir remédios. Enquanto famílias ricas gastam proporcionalmente mais com planos de saúde, as famílias pobres gastam a maior parte de seus recursos de saúde em farmácias.

Questão 95

Texto Original:

As Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti) foram instituídas pela Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, substituindo o antigo modelo do NASF. Elas visam fortalecer a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do trabalho intersetorial e colaborativo.

Alternativa a) Incorreta. Uma das grandes inovações das eMulti em relação ao modelo anterior é justamente a incorporação das tecnologias de informação e comunicação. O atendimento remoto, as teleconsultas e o telediagnóstico são ferramentas fundamentais e incentivadas para ampliar o acesso e a integração entre os profissionais e os usuários do SUS.

Alternativa b) Incorreta. As eMulti são vinculadas exclusivamente às equipes de Atenção Primária (Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária). Elas não devem atuar como equipes de pronto atendimento (UPA) ou ambulatórios de especialidades isolados, pois seu objetivo é o matriciamento e o suporte direto às equipes que cuidam do território na Atenção Básica.

Alternativa c) Correta. Diferentemente do formato anterior, as eMulti permitem a inclusão de diversas especialidades médicas em sua composição para oferecer suporte clínico e matriciamento às equipes de referência. Cardiologia, dermatologia, endocrinologia, infectologia e psiquiatria, além de outras áreas como ginecologia/obstetrícia e pediatria, podem fazer parte do rol de profissionais da equipe, dependendo da modalidade da eMulti (Ampliada, Complementar ou de Referência).

Alternativa d) Incorreta. O financiamento das eMulti não é responsabilidade exclusiva dos municípios. O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, realiza o repasse de recursos financeiros (custeio mensal) para os municípios que implantam e mantêm essas equipes, seguindo a lógica de cofinanciamento tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS).

Questão 96

Análise do Quadro Clínico

A paciente apresenta sintomas que surgiram após a alta hospitalar e persistem por 4 semanas. O quadro é marcado por humor deprimido, choro frequente, anedonia (perda de prazer em atividades antes agradáveis, como cuidar do filho), sentimentos de culpa e insuficiência materna, além de irritabilidade e alterações no sono.

Diagnóstico Diferencial

O principal diferencial deve ser feito entre a Disforia Puerperal (Baby Blues) e a Depressão Pós-Parto (DPP).

1. Baby Blues: É um quadro leve, presente em até 80% das mulheres, que se inicia nos primeiros dias após o parto e regride espontaneamente em até duas semanas. Não há prejuízo funcional grave ou aversão ao cuidado com o bebê.

2. Depressão Pós-Parto: Surge geralmente entre a 4ª e a 12ª semana após o parto. Caracteriza-se por sintomas depressivos intensos, anedonia e sentimentos de incapacidade que duram mais de duas semanas. O caso da paciente se encaixa perfeitamente aqui.

Quanto à queixa ginecológica, a secreção vaginal amarelada no 28º dia de puerpério é chamada de lochia alba, um achado fisiológico normal do processo de involução uterina, não indicando infecção na ausência de febre ou odor fétido.

Análise das alternativas

Alternativa a: Incorreta. A Passiflora incarnata é um fitoterápico com ação sedativa leve, sendo insuficiente para o tratamento de um transtorno depressivo. O ultrassom pélvico não tem indicação, pois a secreção descrita é fisiológica para o período (loquiação).

Alternativa b: Incorreta. O miconazol é um antifúngico para candidíase, que causa prurido e secreção esbranquiçada, o que não foi relatado. Orientar sobre Baby Blues seria um erro de diagnóstico, já que o quadro ultrapassou o tempo limite de duas semanas e apresenta gravidade clínica de depressão.

Alternativa c: Incorreta. A quetiapina é um antipsicótico atípico usado em casos de psicose ou como adjuvante em depressões resistentes, mas não é a primeira linha de tratamento para depressão pós-parto unipolar. Embora o suporte familiar seja útil, a prioridade é o tratamento da patologia da mãe.

Alternativa d: Correta. O quadro clínico é soberano para o diagnóstico de Depressão Pós-Parto. O tratamento de escolha envolve o uso de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). A sertralina é considerada o padrão-ouro no puerpério por possuir baixa secreção no leite materno, sendo segura para a manutenção da amamentação, que é um desejo da paciente. A orientação sobre a doença é fundamental para reduzir o estigma e a culpa sentida pela mulher.

Questão 97

A análise desta questão exige o reconhecimento das alterações fisiológicas da gestação e a interpretação de achados do exame físico para diferenciar condições patológicas de adaptações sistêmicas.

A paciente é uma gestante no terceiro trimestre (30 semanas) que apresenta um quadro de cansaço aos pequenos esforços, taquicardia (108 bpm) e está descorada (1+/4+). Além disso, possui um sopro sistólico ejetivo em foco aórtico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a estenose aórtica se manifeste com um sopro sistólico ejetivo em foco aórtico, essa é uma condição rara em mulheres jovens, a menos que haja uma valva aórtica bicúspide congênita. Na gestação, o aumento do débito cardíaco e a redução da viscosidade sanguínea frequentemente geram "sopros de fluxo" ou sopros funcionais, que são sistólicos e ejetivos, mimetizando a estenose aórtica sem que haja uma obstrução real da valva. O achado de "descorada 1+" não é explicado pela estenose aórtica, mas é um forte indício de anemia.

b) Correta. A anemia é a hipótese mais provável e completa para o caso. Na gestação, ocorre um aumento do volume plasmático proporcionalmente maior que o aumento da massa de glóbulos vermelhos (hemodiluição fisiológica), o que pode evoluir para anemia clínica. A anemia reduz a viscosidade do sangue e aumenta o estado hiperdinâmico, justificando a taquicardia, o cansaço (redução da oferta de oxigênio aos tecidos) e o sopro sistólico ejetivo (sopro de fluxo). O dado do exame físico "descorada 1+" é o sinal patognomônico para essa suspeita no contexto da questão.

c) Incorreta. A paciente refere "coração disparado", e a frequência cardíaca está elevada (108 bpm). No entanto, o exame físico descreve "bulhas rítmicas". A taquicardia, neste caso, é sinusal e secundária (compensatória) à anemia e às demandas metabólicas da gestação e da obesidade (IMC 38,2), e não uma arritmia primária do sistema de condução cardíaco.

d) Incorreta. O transtorno de ansiedade pode causar palpitações e taquicardia, e a preocupação com o bebê é um relato comum. Contudo, o diagnóstico de ansiedade é de exclusão e não explicaria o achado físico de inspeção das mucosas ("descorada 1+") nem a presença do sopro cardíaco orgânico/funcional detectado na ausculta. Diante de sinais físicos objetivos de anemia, deve-se priorizar a causa orgânica.

Questão 98

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP). A queixa de "peso" vaginal e a necessidade de manobras digitais para evacuar sugerem fortemente o envolvimento do compartimento posterior (retocele). Pelo sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), a descrição do exame físico revela um prolapso de estágio III, pois os pontos de maior prolapso (parede posterior e colo uterino) ultrapassam o hímen em mais de 1 cm, mas não chegam à procidência total. O ponto do colo uterino em +1 cm indica prolapso apical (uterino), e a parede posterior em +2 cm confirma a retocele sintomática.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O pessário vaginal e a fisioterapia pélvica são opções de tratamento conservador. Embora possam ser indicados para pacientes que não desejam cirurgia ou que possuem alto risco cirúrgico, a paciente em questão é relativamente jovem (58 anos), sintomática e possui um prolapso de estágio avançado (estágio III). Em concursos de residência, para pacientes com boa condição clínica e prolapsos avançados, a conduta cirúrgica reconstrutiva é geralmente a resposta esperada como "melhor conduta".

b) Incorreta. O laser de CO₂ é utilizado principalmente para o tratamento da Síndrome Geniturinária da Menopausa (atrofia vaginal), melhorando a vascularização e o colágeno da mucosa. Ele não possui eficácia para a correção anatômica de defeitos de suporte muscular e fascial que causam o prolapso de órgãos pélvicos.

c) Correta. Esta alternativa propõe o tratamento cirúrgico reconstrutivo adequado para os dois compartimentos afetados. A histerectomia vaginal trata o prolapso apical (descida do colo uterino), enquanto a perineocolporrafia (ou colporrafia posterior) corrige o defeito na fásia retovaginal (retocele), o que deve melhorar a dificuldade evacuatória e a necessidade de manobras digitais. Como a paciente mantém atividade sexual regular, a cirurgia reconstrutiva preserva a função vaginal.

d) Incorreta. A colpocleise (como a cirurgia de Le Fort) é um procedimento obliterativo, ou seja, consiste no fechamento do canal vaginal. Embora tenha altas taxas de sucesso no tratamento do prolapso, ela é formalmente contraindicada para mulheres que desejam manter atividade sexual, como é o caso da paciente, que refere atividade sexual regular. Além disso, a estrogêniooterapia isolada não corrige a distopia anatômica.

Questão 99

Análise do caso:

A paciente é uma gestante de 39 anos, com 40 semanas, hipertensa crônica e portadora de diabetes gestacional em uso de esquema insulínico complexo (NPH e Regular). Ela será submetida à indução do parto. O principal objetivo do manejo glicêmico durante o trabalho de parto ou indução é manter a glicemia materna entre 70 e 110-120 mg/dL. Esse controle rigoroso é essencial para evitar a hiperglicemia materna, que resultaria em hiperinsulinemia fetal e, conseqüentemente, aumentaria o risco de hipoglicemia neonatal grave após o nascimento.

A regra geral para o manejo da insulina no dia da indução ou do parto em pacientes diabéticas é:

1. Reduzir a dose da insulina de ação intermediária (NPH) da manhã para cerca de 1/3 a 1/2 da dose habitual.
2. Suspender as doses fixas de insulina de ação rápida (Regular) antes das refeições, utilizando-a apenas conforme a necessidade baseada na monitorização capilar.
3. Monitorar a glicemia capilar a cada 1 ou 2 horas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A paciente utilizava 12 unidades de NPH no período da manhã. A prescrição de 4 unidades representa exatamente 1/3 da dose habitual (12 dividido por 3 = 4). Essa redução protege a paciente contra a hipoglicemia durante o esforço físico do trabalho de parto, enquanto a insulina regular é mantida sob demanda (conforme a glicemia), garantindo um ajuste fino se os níveis subirem demais.

Alternativa b) Incorreta. Esta opção sugere reduzir as doses de NPH pela metade e manter doses fixas de insulina regular ao longo do dia. Manter insulina regular fixa durante a indução, somada a doses repetidas de NPH, gera um risco muito alto de hipoglicemia, pois o consumo de glicose pelo organismo aumenta significativamente durante o trabalho de parto.

Alternativa c) Incorreta. Manter a dose total de insulina (12-6-0-6) é perigoso e contraindicado. O trabalho de parto funciona como um exercício físico intenso, aumentando a captação de glicose pelos tecidos periféricos. Manter a dose plena levaria a uma queda perigosa dos níveis de açúcar no sangue da mãe. O uso de soro glicosado 5% (SG 5%) é uma medida de manutenção calórica, mas não anula o risco da dose cheia de insulina.

Alternativa d) Incorreta. Embora o uso de insulina regular conforme a glicemia capilar esteja correto, a suspensão total da insulina de ação intermediária (NPH) em uma paciente que já utiliza doses elevadas (como 12 unidades de manhã e outras doses

ao longo do dia) pode resultar em picos hiperglicêmicos de difícil controle. A manutenção de uma dose basal reduzida (1/3 da dose) é a conduta mais equilibrada para garantir a estabilidade metabólica.

Questão 100

Análise do caso clínico:

A paciente é uma primigesta de 39 anos, com fatores de risco para macrosomia fetal (diabetes gestacional em uso de insulina) e hipertensão. Ela evoluiu para dilatação total (10 cm), porém a apresentação fetal permanece alta (plano 0 de De Lee) e em variedade de posição transversa (occipitotransversa direita), o que sugere uma desproporção cefalopélvica ou uma distocia mecânica.

A imagem é a peça-chave para o diagnóstico. Ela demonstra nitidamente o Anel de Bandl, que é uma depressão abdominal transversa visível e palpável que separa o corpo uterino (segmento superior, espessado e contraído) do segmento inferior (adelgado e distendido). Esse sinal, frequentemente associado ao sinal de Frommel (estiramento dos ligamentos redondos), compõe a síndrome de iminência de rotura uterina.

Alternativa A - Incorreta. A distocia funcional refere-se a alterações na contratilidade uterina. No entanto, a presença do anel de Bandl indica que o útero está trabalhando excessivamente contra uma obstrução mecânica. O uso de ocitocina nesse cenário é formalmente contraindicado, pois aumentaria a pressão intrauterina e precipitaria a rotura completa do órgão.

Alternativa B - Incorreta. Embora o globo vesical (retenção urinária) possa causar uma saliência suprapúbica, ele não apresenta a conformação típica do anel observado na imagem, que ocorre em uma região mais alta. Além disso, o quadro clínico de parada de progressão no período expulsivo com sinais de sofrimento uterino direciona para a iminência de rotura.

Alternativa C - Correta. O diagnóstico é de iminência de rotura uterina (Síndrome de Bandl-Frommel). A imagem mostra o Anel de Bandl, patognomônico desta condição. Diante desse achado, a conduta deve ser imediata: interrupção da gestação via parto cesárea de urgência para evitar a rotura consumada, que traria altíssimo risco de morte materna e fetal.

Alternativa D - Incorreta. A hipertonia uterina é uma alteração do tônus basal do útero. Embora possa estar presente na iminência de rotura, a terbutalina (um tocolítico) seria apenas uma medida temporária para diminuir a dinâmica uterina,

mas não resolve a causa-base (obstrução/iminência de rotura). O tratamento definitivo é obrigatoriamente o parto cesárea imediato.

Questão 101

O caso clínico apresenta uma gestante de 39 anos com um nódulo mamário de 2,5 cm, profundo e pouco móvel, sem sinais inflamatórios. Essas características clínicas são altamente suspeitas de malignidade, especialmente considerando a idade da paciente (final da quarta década de vida). O câncer de mama associado à gestação é aquele diagnosticado durante a gravidez ou até um ano após o parto, e o diagnóstico precoce é fundamental, já que as alterações fisiológicas da mama no período podem retardar a percepção de lesões.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) realiza apenas uma análise citológica (células isoladas). Para nódulos sólidos com características de suspeição, o procedimento de escolha para diagnóstico tecidual é a biópsia por agulha grossa (Core Biopsy), que permite a avaliação histopatológica (arquitetura do tecido) e o estudo imuno-histoquímico. Além disso, a investigação por imagem deve ser realizada para caracterizar melhor a lesão antes de procedimentos invasivos.

Alternativa b) Correta. A investigação de um nódulo palpável suspeito na gestante deve prosseguir com exames de imagem. Embora a ultrassonografia seja frequentemente o exame inicial devido à maior densidade mamária na gestação, a mamografia é segura e recomendada quando há suspeita de câncer. Com o uso de proteção abdominal (aventil de chumbo), a exposição fetal à radiação é mínima e considerada desprezível. A mamografia é essencial para detectar microcalcificações e avaliar a extensão da lesão ou a presença de outras lesões não palpáveis.

Alternativa c) Incorreta. A antibioticoterapia com clindamicina seria indicada em casos de processos infecciosos, como mastite ou abscesso. O enunciado descarta sinais inflamatórios (ausência de calor local) e descreve um nódulo endurecido e pouco móvel, características que apontam para uma etiologia neoplásica e não infecciosa.

Alternativa d) Incorreta. Diante de um nódulo de 2,5 cm com baixa mobilidade, a conduta de "observar e reavaliar" em 2 semanas é inadequada e perigosa. O atraso no diagnóstico do câncer de mama na gestação impacta negativamente o prognóstico. Qualquer massa persistente e suspeita em gestantes ou lactantes deve ser investigada imediatamente com exames de imagem e, se necessário, biópsia.

Questão 102

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de Hiperêmese Gravídica (HG), definido por vômitos persistentes e graves no início da gestação, que resultam em desidratação (mucosa seca e taquicardia), perda ponderal significativa (5 kg, provavelmente >5% do peso pré-gestacional) e cetonúria (marcador de jejum prolongado e catabolismo).

Os achados laboratoriais corroboram o diagnóstico:

1. Cetonúria: Reflete o estado de inanição.
2. Elevação discreta de transaminases (TGO e TGP): Presente em até 50% dos casos de hiperêmese gravídica, sem representar hepatite primária ou medicamentosa. Os níveis costumam normalizar com a hidratação e o controle dos vômitos.
3. TSH suprimido (0,05 mUI/L) com T4 livre normal (1,1 ng/dL): Trata-se do Hipertireoidismo Transitório da Gestação. Isso ocorre porque a subunidade alfa do hormônio hCG é idêntica à do TSH. Em níveis elevados (como os 215.000 mUI/mL da paciente), o hCG estimula os receptores de TSH na glândula tireoide, suprimindo o TSH hipofisário. Não há necessidade de tratamento antitireoidiano, pois os níveis se normalizam conforme o hCG diminui após o primeiro trimestre.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A cetonúria, neste caso, é decorrente do jejum prolongado (cetose de jejum) e não de cetoacidose diabética. Não há relato de hiperglicemia ou sintomas compatíveis com diabetes descompensado.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico de hiperêmese gravídica é clínico e o hipertireoidismo é um achado laboratorial fisiopatológico esperado devido aos altos níveis de hCG. Como a paciente não tolera a via oral e apresenta sinais de desidratação, a conduta correta é a internação para hidratação venosa e otimização da terapia antiemética (esquemas parenterais).

Alternativa c) Incorreta. O dimenidrinato é um anti-histamínico seguro na gestação e raramente causa hepatotoxicidade. A alteração das transaminases é comum na própria hiperêmese. O uso de corticoides é reservado apenas para casos refratários após a 12ª semana de gestação, não sendo a primeira conduta aqui.

Alternativa d) Incorreta. O quadro é de hipertireoidismo transitório gestacional e não de doença autoimune (como doença de Graves). O uso de propiltiouracil (PTU) é contraindicado nessa situação, pois a função tireoidiana normalizará espontaneamente com o suporte clínico da gestante. Além disso, o PTU possui potencial hepatotóxico, o que poderia agravar a alteração das transaminases.

Questão 103

Para resolver essa questão, é fundamental correlacionar a cronologia do ciclo menstrual com a data da violência sexual e conhecer os aspectos legais e técnicos do abortamento previsto em lei no Brasil.

Análise da cronologia e nexos causal:

A data da última menstruação (DUM) foi em 10/08/2025. Considerando que a paciente tem ciclos de 27 a 31 dias, a ovulação ocorreria aproximadamente entre o 13º e o 17º dia do ciclo. A violência sexual ocorreu em 23/08/2025, o que corresponde exatamente ao 14º dia do ciclo (período fértil). Portanto, existe total compatibilidade entre a idade gestacional e a data do evento relatado.

Alternativa (a) CORRETA: De acordo com o Código Penal Brasileiro (Art. 128) e as normas técnicas do Ministério da Saúde, o aborto é permitido em casos de gravidez resultante de violência sexual. Para a realização do procedimento, a palavra da mulher tem presunção de veracidade. O protocolo exige um relato circunstanciado da paciente perante a equipe de saúde, além de pareceres da equipe multiprofissional (médico, psicólogo, assistente social). Não é necessária autorização judicial nem apresentação de boletim de ocorrência para que o serviço de saúde realize a interrupção.

Alternativa (b) INCORRETA: A idade gestacional não é avançada. Como a paciente buscou atendimento por atraso menstrual recente, a gestação está em estágio inicial (cerca de 5 a 6 semanas pela DUM). O suporte multiprofissional é obrigatório, mas o foco, diante do desejo expresso da paciente e do amparo legal, deve ser o acolhimento para a interrupção, e não o início de um pré-natal de alto risco contra a vontade da gestante.

Alternativa (c) INCORRETA: Esta alternativa reflete um mito jurídico. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde esclarece que o profissional de saúde não deve exigir boletim de ocorrência, autorização judicial ou qualquer documento policial para realizar o aborto legal por estupro. Exigir tais documentos configura barreira de acesso à saúde e descumprimento do dever profissional.

Alternativa (d) INCORRETA: Há uma correlação direta e clara. Como demonstrado pelo cálculo da DUM e do período fértil, a relação sem preservativo no 14º dia de um ciclo regular é o fator causal direto da gestação. Negar essa correlação seria ignorar a fisiologia reprodutiva e os fatos narrados pela paciente. Em casos de violência sexual, deve-se garantir o direito à escolha pela interrupção, conforme previsto na legislação.

Questão 104

Esta questão aborda um quadro de insuficiência placentária grave em uma gestante com provável pré-eclâmpsia. Para resolver o caso, devemos analisar os dados clínicos e as imagens de exames complementares fornecidas.

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta hipertensão (148x90 mmHg) e edema importante em face e mãos, sugerindo um quadro de pré-eclâmpsia. A altura uterina de 29 cm para uma idade gestacional de 34 semanas indica uma restrição de crescimento intrauterino (RCIU).

Análise das Imagens:

1. **Cardiotocografia:** A primeira imagem mostra uma desaceleração tardia (DIP II) logo após uma contração uterina. O DIP II é um sinal de sofrimento fetal agudo (hipóxia fetal) decorrente de reserva placentária insuficiente.
2. **Doppler de Artéria Umbilical:** A segunda imagem revela uma "diástole zero". Isso ocorre quando a resistência placentária está tão alta que o fluxo sanguíneo para o feto para durante a diástole. É um marcador de gravidade e risco iminente de óbito fetal.

Análise das Alternativas:

a) Parto cesárea.

CORRETA. Diante de uma gestação de 34 semanas com diástole zero e presença de DIP II na cardiotocografia, o feto apresenta sinais claros de sofrimento e falta de reserva para tolerar o trabalho de parto. Além disso, a paciente possui uma cesárea prévia, o que reforça a indicação da via alta para uma interrupção imediata visando a salvaguarda fetal.

b) Indução de parto.

INCORRETA. A indução do parto é contraindicada em situações de sofrimento fetal agudo ou perda de reserva funcional placentária (como no DIP II e diástole zero), pois as contrações uterinas diminuem ainda mais a oferta de oxigênio ao feto, podendo levar ao óbito intrauterino durante o procedimento.

c) Iniciar metildopa e reavaliar.

INCORRETA. A metildopa é um anti-hipertensivo de ação central usado para controle de níveis pressóricos na hipertensão arterial crônica ou pré-eclâmpsia leve. No entanto, ela não trata a insuficiência placentária nem o sofrimento fetal. O quadro atual exige a interrupção da gestação, e não apenas o manejo medicamentoso da pressão.

d) Sulfato de magnésio endovenoso.

INCORRETA. O sulfato de magnésio é indicado para a prevenção de eclâmpsia em gestantes com sinais de gravidade ou para neuroproteção fetal (geralmente até 32 semanas, dependendo do protocolo). Embora possa ser utilizado de forma adjuvante no manejo clínico, a questão pede a "conduta obstétrica" principal, que neste caso de sofrimento fetal crítico é a interrupção imediata por cesárea. Além disso, com 34 semanas e 3 dias, a prioridade absoluta é o nascimento devido ao desequilíbrio hemodinâmico fetal.

Resumo: O achado de diástole zero associado a desacelerações tardias (DIP II) em uma gestante pré-termo com cesárea prévia define a necessidade de interrupção imediata da gestação pela via mais rápida e segura para o feto, que é a cesárea.

Questão 105

Esta questão aborda o manejo da Hemorragia Puerperal (HPP), a principal causa de morte materna no mundo. O cenário apresenta uma paciente com múltiplos fatores de risco para atonia uterina: multiparidade (quintigesta) e macrosomia fetal (recém-nascido de 4.020 g).

A análise do estado hemodinâmico é o ponto-chave. A paciente apresenta pressão arterial de 76x54 mmHg e frequência cardíaca de 120 bpm. Ao calcularmos o Índice de Choque (frequência cardíaca dividida pela pressão arterial sistólica), obtemos $120 / 76 = 1,57$. Na obstetrícia, um Índice de Choque acima de 0,9 indica hemorragia grave, e valores superiores a 1,1 estão fortemente associados à necessidade de transfusão de hemoderivados e ao risco de coagulopatia.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o Ringer-lactato seja o cristalóide de escolha inicial, a reanimação volêmica agressiva apenas com cristalóides em pacientes com choque grave deve ser evitada. O excesso de cristalóide promove hemodiluição, piora a acidose e contribui para a tríade da morte (coagulopatia, acidose e hipotermia). Diante de um choque classe III ou IV, a reposição deve ser feita com sangue e derivados.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht) para guiar a transfusão em uma hemorragia aguda é um erro clássico. Esses exames demoram a refletir a perda sanguínea real, pois a queda dos níveis laboratoriais depende da hemodiluição e da compensação de fluidos entre os compartimentos. A decisão de transfundir deve ser clínica e baseada nos sinais vitais e no Índice de Choque.

Alternativa (c) Correta: O Protocolo de Transfusão Maciça (PTM) está indicado quando há perda volêmica maciça e instabilidade hemodinâmica grave (Índice de Choque >

1,1). O objetivo é repor precocemente não apenas hemácias, mas também plasma, plaquetas e crioprecipitado, geralmente em proporções fixas (1:1:1), para prevenir ou tratar a coagulopatia dilucional e manter a homeostase.

Alternativa (d) Incorreta: O uso de drogas vasoativas, como a noradrenalina, não é o tratamento de primeira linha para o choque hipovolêmico. O problema central é a falta de volume intravascular. Introduzir vasopressores em um sistema "vazio" causa vasoconstrição periférica intensa, piorando a perfusão dos órgãos e podendo causar isquemia tecidual grave sem resolver a causa-base. A prioridade é a reposição volêmica com sangue.

Questão 106

O caso clínico apresenta uma paciente jovem, sem comorbidades conhecidas e com sintomas típicos de infecção do trato urinário inferior (cistite aguda), como disúria e urgência miccional. A ausência de febre e de dor lombar afasta a suspeita de pielonefrite, e a ausência de corrimento vaginal torna o diagnóstico de uretrite ou vulvovaginite menos provável. Trata-se, portanto, de um quadro de cistite aguda não complicada.

Em mulheres jovens, saudáveis e não gestantes que apresentam sintomas clássicos de cistite, o diagnóstico é eminentemente clínico. A solicitação de exames complementares, como o sumário de urina (urina 1) e a urocultura, é dispensável e não deve retardar o início do tratamento. O objetivo da conduta é a resolução rápida dos sintomas e a erradicação bacteriana com o uso de antibióticos de espectro direcionado.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O ciprofloxacino (uma fluoroquinolona) não é mais recomendado como primeira linha para cistite não complicada devido ao risco de efeitos colaterais graves e ao potencial de indução de resistência bacteriana. Além disso, a coleta de exames não é necessária para este caso.

b) Incorreta. A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração de uso parenteral (intramuscular ou intravenoso). Seu uso é reservado para casos de pielonefrite, infecções urinárias complicadas ou pacientes que necessitam de hospitalização, não sendo adequada para uma cistite simples ambulatorial.

c) Incorreta. Embora o sulfametoxazol/trimetoprima possa ser uma opção terapêutica em algumas diretrizes (dependendo da resistência local), a alternativa está incorreta ao exigir a coleta de urina 1 e urocultura, que são desnecessárias para o manejo

inicial deste quadro clínico.

d) Correta. A nitrofurantoína é uma das drogas de primeira escolha para o tratamento da cistite aguda não complicada (geralmente na dose de 100 mg a cada 12 horas por 5 dias). Como a apresentação é típica em uma paciente sem fatores de risco para complicações, a conduta correta é o tratamento empírico imediato, sem a necessidade de exames laboratoriais.

Questão 107

Análise do Quadro Clínico:

A paciente de 15 anos apresenta um quadro de amenorreia primária acompanhada de atraso puberal, definido pela ausência de desenvolvimento mamário (telarca) até os 13 anos. O crescimento estatural no limite inferior da normalidade (escore-z de -2) corrobora o atraso no amadurecimento biológico.

Interpretação Laboratorial:

O ponto-chave para resolver a questão é a classificação do hipogonadismo através das gonadotrofinas:

1. LH de 0,2 mUI/mL e FSH de 1,1 mUI/mL: Estão em níveis prepúberes (baixos), conforme os valores de referência.
2. Estradiol indetectável: Confirma que os ovários não estão sendo estimulados ou não estão produzindo hormônios.

Quando temos baixa produção de estradiol acompanhada de FSH e LH baixos, diagnosticamos Hipogonadismo Hipogonadotrófico. Isso indica que a falha está na hipófise ou no hipotálamo, e não nos ovários.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Correta. A hiperprolactinemia é uma causa importante de hipogonadismo hipogonadotrófico. Níveis elevados de prolactina interferem diretamente na secreção pulsátil do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) pelo hipotálamo. Sem o estímulo correto do GnRH, a hipófise não secreta FSH e LH em níveis adequados para iniciar a puberdade, mantendo a paciente em estado prepúbere.

Alternativa b) Incorreta. A disgenesia gonadal, cujo exemplo mais comum é a Síndrome de Turner, causa hipogonadismo hipergonadotrófico. Nesses casos, o ovário é a estrutura doente e não produz estradiol. Por falta de feedback negativo, a

hipófise trabalha excessivamente, resultando em níveis muito elevados de FSH (geralmente acima de 40 mUI/mL), o que é o oposto do que foi mostrado no exame da paciente.

Alternativa c) Incorreta. A hiperplasia adrenal congênita (HAC) em sua forma clássica costuma ser diagnosticada na infância por ambiguidade genital ou crise de perda de sal. Nas formas não clássicas, pode causar puberdade precoce ou sinais de excesso de androgênios (como excesso de pelos e acne), mas não costuma se apresentar com o perfil de gonadotrofinas baixas e ausência total de caracteres sexuais femininos aos 15 anos.

Alternativa d) Incorreta. Na Síndrome de Insensibilidade Androgênica, a paciente tem cariótipo 46,XY, mas o corpo não responde aos androgênios. O excesso de testosterona é convertido periféricamente em estrogênio, o que faz com que essas pacientes tenham desenvolvimento mamário normal (Tanner M4 ou M5), embora não tenham útero nem pelos púbicos. O caso da questão especifica que não há desenvolvimento mamário, descartando esta hipótese.

Conclusão:

O diagnóstico é direcionado pelos níveis baixos de FSH e LH. Entre as alternativas propostas, apenas a hiperprolactinemia justifica o bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-gônada, resultando no quadro clínico e laboratorial descrito.

Questão 108

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 6 anos apresenta sinais claros de puberdade precoce: telarca (desenvolvimento mamário) antes dos 8 anos de idade, associada a sinais de progressão, como a aceleração da velocidade de crescimento (estatura no z-score +3). Diante de um quadro de puberdade precoce central (GnRH-dependente) em meninas, especialmente naquelas com menos de 8 anos ou com rápida progressão, a investigação por imagem do Sistema Nervoso Central (SNC) é mandatória para excluir causas orgânicas, como tumores (hamartomas hipotalâmicos, por exemplo), mesmo na ausência de sintomas neurológicos.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Análise do cariótipo: Incorreta. O cariótipo é solicitado em suspeitas de anomalias cromossômicas, como a Síndrome de Turner (que cursa com baixa estatura e atraso puberal) ou distúrbios de diferenciação sexual. Não há indicação para este exame em

um quadro típico de puberdade precoce feminina.

b) Dosagem de hormônio do crescimento (GH): Incorreta. Embora a criança apresente aceleração do crescimento, isso ocorre devido à ação dos esteroides sexuais (estrogênio) sobre as placas epifisárias e ao estímulo indireto do eixo do GH. A dosagem de GH é indicada para investigar deficiência de crescimento ou gigantismo, não sendo o exame de escolha para puberdade precoce.

c) Ressonância magnética do SNC: Correta. É o exame de escolha para a investigação etiológica da puberdade precoce central. Em meninas, a maioria dos casos é idiopática, mas quanto menor a idade de início, maior o risco de uma lesão estrutural no SNC. A RM identifica hamartomas, gliomas e outras massas que podem estar ativando precocemente o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal.

d) Ultrassom pélvico: Incorreta. O ultrassom pélvico é um exame complementar útil para avaliar o volume uterino e o aspecto dos ovários, ajudando a diferenciar a puberdade verdadeira de variantes da normalidade (como a telarca precoce isolada). No entanto, diante de uma puberdade progressiva em uma criança de 6 anos, a prioridade máxima é a exclusão de patologias centrais graves via ressonância magnética. O ultrassom não define a conduta nem a causa da ativação central.

Questão 109

Análise da questão:

O manejo da Profilaxia Pós-exposição (PEP) ao HIV exige o cumprimento de critérios rigorosos de tempo para garantir sua eficácia. O limite máximo para o início da medicação é de 72 horas após o evento de risco, conforme estabelecido pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde.

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta. Embora o esquema de PEP seja prescrito pelo período de 28 dias, ele não deve ser iniciado neste caso. A paciente apresenta-se 80 horas após a exposição, o que ultrapassa o limite de 72 horas onde a intervenção possui benefício comprovado na prevenção da infecção pelo HIV.

Alternativa b: Está correta. A eficácia da PEP depende do início precoce para impedir a integração e a replicação viral no organismo. Após o prazo de 72 horas, o risco de toxicidade dos medicamentos e o potencial de desenvolvimento de resistência viral superam os benefícios da profilaxia, uma vez que a infecção já pode ter se estabelecido. Portanto, a conduta correta é não iniciar a PEP.

Alternativa c: Está incorreta. O teste rápido negativo na vítima é um pré-requisito obrigatório para o início da PEP, pois serve para documentar que a paciente não vivia com HIV previamente ao incidente. Se o teste fosse positivo, a conduta seria o tratamento antirretroviral (TARV) contínuo, e não a profilaxia. O que impede a PEP aqui é o tempo decorrido, e não o resultado do teste.

Alternativa d: Está incorreta. A soroconversão do HIV não ocorre em apenas sete dias e aguardar esse prazo não tem utilidade clínica para a decisão da profilaxia. A janela imunológica para detecção do vírus costuma ser mais longa. O acompanhamento sorológico deve ser agendado para o seguimento da paciente, mas a decisão sobre a PEP deve ser imediata no momento do primeiro atendimento.

Questão 110

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro típico de cervicite, caracterizado por conteúdo mucopurulento no orifício externo do colo uterino e colo friável (que sangra ao toque). O teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) confirmou a presença de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. O tratamento deve, obrigatoriamente, cobrir ambos os agentes etiológicos para garantir a cura e prevenir a Doença Inflamatória Pélvica (DIP).

Alternativa a) Incorreta. A doxiciclina em monoterapia é eficaz contra a *Chlamydia trachomatis*, mas não apresenta eficácia adequada contra a *Neisseria gonorrhoeae* devido aos altos índices de resistência do gonococo às tetraciclinas.

Alternativa b) Incorreta. Embora a combinação de ceftriaxona com doxiciclina seja uma opção terapêutica válida em algumas diretrizes internacionais (como o CDC atual), a alternativa (c) é a resposta esperada em provas baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde do Brasil e prioriza a dose única de azitromicina pela facilidade de adesão ao tratamento.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa segue o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento da cervicite não complicada. A ceftriaxona 500 mg IM é o tratamento de escolha para a *Neisseria gonorrhoeae*, enquanto a azitromicina 1 g VO em dose única é o tratamento padrão para a *Chlamydia trachomatis*. A administração em dose única, preferencialmente supervisionada, garante a adesão total e a eficácia do tratamento para ambos os agentes.

Alternativa d) Incorreta. Este esquema posológico (duas doses de azitromicina com intervalo de 7 dias) não faz parte dos protocolos recomendados para o tratamento de

clamídia ou gonorreia. Para a clamídia, a dose única de 1 g é suficiente. Além disso, este esquema não cobriria adequadamente a infecção gonocócica.

Questão 111

A paciente em questão apresenta um quadro de alto risco para parto prematuro espontâneo, baseado tanto em seu histórico obstétrico quanto nos achados ultrassonográficos atuais. Ela é secundigesta com parto anterior de 1.800 g (compatível com prematuridade) e, na gestação atual, com 20 semanas, apresenta um colo uterino encurtado.

Análise das imagens e achados:

As imagens de ultrassonografia transvaginal revelam um colo uterino com medida de 10,13 mm (visível no canto inferior direito das imagens), o que caracteriza um colo curto (abaixo de 25 mm). Além disso, observa-se a presença de afunilamento (abertura do orifício interno do colo), sinal que reforça a incompetência ou fragilidade cervical.

Explicação das alternativas:

a) Medida do colo seriada: Incorreta. A conduta de acompanhamento seriado é reservada para casos em que não há indicação imediata de intervenção ou quando o colo está no limite da normalidade em pacientes de baixo risco. Com um colo de 10 mm e histórico de parto prematuro, a intervenção deve ser imediata.

b) Repouso absoluto: Incorreta. As evidências científicas atuais demonstram que o repouso absoluto não previne o parto prematuro e ainda aumenta o risco de eventos tromboembólicos na gestante. Não é uma conduta recomendada pelas principais diretrizes (FEBRASGO, ACOG).

c) Inserção de pessário: Incorreta. Embora o pessário vaginal seja uma opção em estudo para casos de colo curto, o padrão-ouro (padrão de referência) para uma paciente que possui o binômio "antecedente de parto prematuro" + "colo curto na gestação atual" é a cerclagem cervical. O pessário é geralmente discutido para pacientes sem antecedentes de prematuridade ou em protocolos de pesquisa específicos.

d) Cerclagem de emergência: Correta. De acordo com os protocolos obstétricos, a cerclagem indicada por achado de ultrassom (também chamada por alguns autores de cerclagem terapêutica ou de emergência devido à gravidade do encurtamento) está formalmente indicada quando a paciente tem história de parto prematuro anterior e apresenta colo menor que 25 mm antes de 24 semanas de gestação. O

achado de 10,13 mm com afunilamento torna a indicação cirúrgica mandatória para tentar prolongar a gestação.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 112

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente é uma primigesta com 34 semanas e 3 dias de gestação, apresentando dinâmica uterina e dilatação cervical (3 cm), o que caracteriza o diagnóstico de trabalho de parto prematuro. Um ponto crucial é que o rastreio para o estreptococo do grupo B (GBS) não foi realizado. No manejo do trabalho de parto prematuro, a idade gestacional de 34 semanas é o marco divisor para as principais condutas.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A conduta baseia-se em dois pilares principais para esta idade gestacional:

1. Conduta Obstétrica: De acordo com os protocolos da FEBRASGO e do Ministério da Saúde, a inibição do trabalho de parto (tocólise) e a administração de corticoides para maturação pulmonar (como a betametasona) são indicadas apenas até as 33 semanas e 6 dias. A partir de 34 semanas completas, o risco de complicações maternas com a tocólise e os benefícios marginais da corticoterapia não justificam o adiamento do parto. Portanto, a conduta correta é permitir a progressão e condução do parto.

2. Profilaxia Infeciosa: A antibioticoprofilaxia intraparto para o estreptococo do grupo B (GBS) deve ser realizada sempre que o status de colonização da paciente for desconhecido e ela entrar em trabalho de parto com menos de 37 semanas de gestação. Como a paciente tem 34 semanas e não possui o exame, a ampicilina (ou penicilina cristalina) deve ser iniciada imediatamente para prevenir a sepse neonatal precoce.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa (a): A escopolamina é um medicamento antiespasmódico indicado para cólicas biliares ou intestinais, não possuindo papel no manejo do trabalho de parto. A conduta de apenas reavaliar ignora a necessidade de profilaxia para GBS em um cenário de prematuridade.

Alternativa (b): Como mencionado, a betametasona e a inibição do trabalho de parto

(tocólise) são condutas reservadas para gestações abaixo de 34 semanas (até 33 semanas e 6 dias). Para esta paciente de 34 semanas e 3 dias, essas intervenções não estão mais indicadas de rotina.

Alternativa (d): O sulfato de magnésio tem indicação para neuroproteção fetal em casos de parto prematuro iminente, porém a maioria dos protocolos nacionais e internacionais limita seu uso até as 31 semanas e 6 dias (alguns protocolos estendem até 33 semanas e 6 dias). Não há indicação para 34 semanas. Além disso, a cesárea imediata não se justifica, pois o batimento cardíaco fetal está normal (156 bpm) e não há sinais de sofrimento fetal ou instabilidade materna que impeçam o parto vaginal.

Questão 113

Para resolver essa questão, é fundamental realizar uma análise clínica criteriosa dos sinais e sintomas apresentados pela paciente, separando o que é decorrente da transição menopausal (climatério) do que sugere um transtorno do humor.

A paciente tem 52 anos e apresenta irregularidade menstrual (ciclos de 45 dias), o que confirma que ela está no período do climatério. No entanto, o quadro clínico é dominado por cansaço, isolamento social (parou de ver as amigas), prejuízo de memória, aumento do apetite, ganho de peso e alteração do sono. Embora ela negue tristeza, esses sintomas são marcos de um episódio depressivo, muitas vezes classificado como depressão atípica (caracterizada por aumento do apetite e do sono, em vez da redução típica). A perda de libido e o prejuízo no relacionamento conjugal, nesse contexto, costumam ser secundários ao quadro depressivo e não apenas à queda hormonal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O uso de testosterona é indicado para o Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo em mulheres na pós-menopausa, após a exclusão de outras causas (como depressão ou problemas relacionais) e, preferencialmente, em pacientes que já estão em terapia hormonal estrogênica sem melhora da libido. No caso desta paciente, a causa provável da perda de interesse sexual é o transtorno do humor e o conflito conjugal decorrente.

b) Incorreta. A terapia de reposição hormonal com estrogênio e progesterona é o tratamento padrão-ouro para sintomas vasomotores (fogachos e sudorese noturna) e atrofia urogenital. A paciente não relata fogachos e o exame físico mostrou mucosa vaginal sem atrofia. Embora o estrogênio tenha um efeito positivo no humor, ele não é o tratamento primário para um quadro depressivo instalado com as características

descritas.

c) Incorreta. O topiramato é um anticonvulsivante utilizado na profilaxia da enxaqueca e, por vezes, como adjuvante no controle do apetite e na perda de peso. No entanto, ele não trata a etiologia principal da paciente (depressão) e pode, inclusive, piorar queixas cognitivas e de memória que a paciente já relata possuir.

d) Correta. A sertralina é um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS), sendo um dos antidepressivos de primeira linha. Ela é indicada para tratar o quadro de depressão que a paciente manifesta por meio de sintomas somáticos (fadiga, alteração de sono, apetite e isolamento). Além de tratar o transtorno do humor, os ISRS podem auxiliar no controle da compulsão alimentar e são frequentemente utilizados para manejar sintomas de humor e labilidade emocional no climatério. Ao tratar a depressão, espera-se uma melhora secundária da libido, da memória e da disposição social.

Questão 114

ANÁLISE DO CASO

A paciente é uma mulher de 36 anos vivendo com HIV. O rastreio de câncer do colo do útero para mulheres HIV-positivas segue diretrizes específicas do Ministério da Saúde e do INCA, devido ao maior risco de persistência do vírus HPV e de progressão acelerada para lesões precursoras e câncer invasor.

Para este grupo, o rastreio deve ser iniciado imediatamente após o início da atividade sexual, independentemente da idade. O protocolo consiste em realizar a citologia oncótica (Papanicolau) a cada seis meses no primeiro ano de acompanhamento. Se ambos os resultados forem normais, a paciente deve realizar a citologia anualmente por tempo indeterminado. Como a questão informa que ela já teve duas citologias anteriores sem alterações, ela entra na fase de manutenção anual.

POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ CORRETA

Conforme as normas técnicas brasileiras para pacientes HIV-positivas, após dois resultados semestrais negativos no primeiro ano, a citologia oncótica deve ser realizada anualmente. Diferentemente da população geral, que faz o exame a cada 3 anos após dois resultados anuais normais, as mulheres imunocomprometidas não devem estender esse prazo, independentemente da contagem de CD4 ou carga viral.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ INCORRETA

O intervalo de 3 anos é o preconizado para a população geral (mulheres imunocompetentes entre 25 e 64 anos) após dois exames anuais normais. Para pacientes vivendo com HIV, esse intervalo é longo demais e inadequado, pois não

considera a biologia da doença nesse grupo de risco.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ INCORRETA

A colposcopia é um exame de avaliação diagnóstica e não deve ser utilizada como ferramenta de rastreio primário em pacientes com citologia normal. Ela está indicada apenas quando há resultados citológicos anormais (como ASC-US repetido, lesões de baixo ou alto grau) ou quando há suspeita clínica visual no colo do útero.

POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ INCORRETA

O teste de HPV a cada 5 anos é uma estratégia de rastreio primário moderna para a população geral em diversos protocolos internacionais e em fase de implementação no sistema público brasileiro. Contudo, para o grupo de mulheres vivendo com HIV, a recomendação de vigilância permanece anual com a citologia, dada a alta prevalência de infecção por HPV e o risco de evolução rápida de lesões.

Questão 115

O Método de Ovulação Billings (MOB) baseia-se na observação das alterações do muco cervical ao longo do ciclo menstrual, refletindo as variações hormonais (estrogênio e progesterona).

No período fértil, que antecede e coincide com a ovulação, ocorre um aumento nos níveis de estrogênio. Esse hormônio modifica as glândulas cervicais, fazendo com que o muco se torne progressivamente mais fluido, elástico e transparente. O "ápice" do período fértil é identificado quando a mulher sente uma sensação de lubrificação vulvar e observa um muco com características de clara de ovo.

Análise das alternativas:

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa descreve perfeitamente o muco sob influência estrogênica máxima. A transparência, a viscosidade (elasticidade ou filância) e a sensação escorregadia (lubrificação) são os sinais clássicos que indicam a proximidade da ovulação e o período de maior fertilidade.

Alternativa B (INCORRETA): Um muco espesso e opaco é característico do período infértil. Logo após a menstruação ou após a ovulação (fase lútea), sob a influência da progesterona, o muco forma um "tampão" que impede a ascensão dos espermatozoides, apresentando-se denso e sem elasticidade.

Alternativa C (INCORRETA): Embora mencione a filância (capacidade de estiramento), uma medida de apenas dois centímetros é considerada baixa. No período fértil, o muco costuma atingir uma filância de 6 a 10 centímetros ou mais. Além disso, a

opacidade é uma característica de períodos de baixa fertilidade; o muco fértil deve ser límpido/transparente.

Alternativa D (INCORRETA): O muco esbranquiçado, grumoso e aderente é típico da fase progestacional (pós-ovulatória) do ciclo. A progesterona torna o muco hostil ao espermatozoide, perdendo a água e a elasticidade, resultando em um aspecto mais seco ou pastoso, que não favorece a concepção.

Questão 116

Para entender a escolha do melhor método contraceptivo nesta paciente, devemos considerar três fatores principais: o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), a presença da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF) com histórico de trombose e o uso de anticoagulante oral (varfarina).

O ponto central da questão é a contraindicação absoluta ao uso de estrogênios. De acordo com os Critérios de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), a presença de anticorpos antifosfolípidos positivos ou o diagnóstico de SAF classifica os métodos combinados (que contêm estrogênio) como Categoria 4 (risco inaceitável à saúde), devido ao altíssimo risco de novos eventos tromboembólicos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o DIU de cobre não contenha hormônios e seja seguro do ponto de vista trombótico, ele tem como efeito colateral comum o aumento do fluxo menstrual e das cólicas. Como a paciente faz uso de varfarina (anticoagulante), o risco de menorragia (sangramento menstrual excessivo) e anemia é muito alto, tornando-o uma opção menos favorável que o DIU de levonorgestrel.

b) Correta. O DIU com levonorgestrel (SIU-LNG) é considerado a opção mais segura e adequada para esta paciente. Por ser um método apenas com progestagênio de ação local, não aumenta o risco de trombose (é Categoria 2 em pacientes com SAF). Além disso, ele promove a atrofia do endométrio, reduzindo significativamente o fluxo menstrual, o que é um benefício adicional para pacientes anticoaguladas, prevenindo hemorragias uterinas.

c) Incorreta. A pílula combinada contém etinilestradiol (estrogênio). O estrogênio aumenta a síntese de fatores de coagulação e o risco de fenômenos tromboembólicos, sendo formalmente contraindicada para pacientes com Lúpus em atividade ou com anticorpos antifosfolípidos/SAF.

d) Incorreta. O adesivo transdérmico também é um método combinado (estrogênio +

progestagênio). Independentemente da via de administração (oral, transdérmica ou vaginal), o uso de estrogênio permanece contraindicado pelo risco de trombose nesta paciente.

Resumo didático: Em pacientes com SAF e histórico de trombose, evitamos estrogênio. Em pacientes anticoaguladas, preferimos métodos que reduzam o fluxo menstrual. Portanto, o DIU de levonorgestrel une segurança vascular e controle de sangramento.

Questão 117

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro de Incontinência Urinária Mista (IUM). Isso é evidenciado pela perda de urina em duas situações distintas: precedida por urgência (incontinência de urgência) e aos esforços, como carregar peso (incontinência de esforço). O estudo urodinâmico confirma ambos os componentes.

Quando estamos diante de uma incontinência mista, a regra de ouro na prática médica e em provas de residência é tratar inicialmente o componente que mais incomoda a paciente ou priorizar o tratamento clínico/farmacológico do componente de urgência antes de propor intervenções cirúrgicas para o componente de esforço. Isso ocorre porque a cirurgia para incontinência de esforço pode, em alguns casos, agravar os sintomas de urgência.

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. A uretrotomia interna é um procedimento cirúrgico indicado para o tratamento de estenose (estreitamento) de uretra. Não há qualquer indicação para esse procedimento no quadro de incontinência urinária descrito.

b) Incorreta. A colpouretropexia (como a cirurgia de Burch) é uma técnica cirúrgica para o tratamento da incontinência urinária de esforço. Embora a paciente tenha esse componente, a conduta imediata na incontinência mista deve priorizar o tratamento clínico da urgência. Além disso, atualmente, os "slings" são mais utilizados que a colpouretropexia para o componente de esforço.

c) Incorreta. O estrogênio tópico é uma terapia adjuvante importante em mulheres na pós-menopausa com síndrome geniturinária, podendo melhorar a trofia vaginal e alguns sintomas urinários leves. No entanto, não é o tratamento de escolha inicial ou mais eficaz para controlar a urgência miccional em um quadro de incontinência mista estabelecida.

d) Correta. Os anticolinérgicos (ou antimuscarínicos), como a oxibutinina e a tolterodina, são a primeira linha de tratamento farmacológico para a bexiga hiperativa/incontinência de urgência. Como a conduta inicial na incontinência urinária mista deve focar no controle dos sintomas de urgência e na estabilização do detrusor, a prescrição dessa classe medicamentosa é a conduta imediata mais apropriada.

Questão 118

Análise da questão:

O caso descreve uma paciente de 29 anos com diagnóstico de endometriose peritoneal confirmado e tratado cirurgicamente (excisão de lesões). Além da dor (cólica), ela apresenta uma queixa fundamental para a escolha da conduta: menstruação excessiva (hipermenorreia). O objetivo do tratamento pós-operatório na endometriose é o controle da dor, a melhora da qualidade de vida e a prevenção da recorrência das lesões.

Alternativa A: Incorreta. Os anti-inflamatórios não hormonais (AINEs) agem inibindo a síntese de prostaglandinas, sendo úteis apenas para o alívio sintomático da dor durante o período menstrual. Eles não tratam a patologia de base, não evitam a progressão da endometriose e não são eficazes para o controle definitivo do fluxo menstrual excessivo a longo prazo.

Alternativa B: Incorreta. Os contraceptivos hormonais orais combinados podem ser utilizados no tratamento da dor associada à endometriose. No entanto, em uma paciente que apresenta especificamente menstruação excessiva, os métodos que promovem maior atrofia endometrial ou amenorreia são preferíveis. Além disso, o componente estrogênico do combinado pode, em alguns casos, não ser o ideal para o controle total da doença quando comparado ao uso isolado de progestagênios.

Alternativa C: Correta. O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) é uma das melhores opções para o manejo pós-operatório. Ele aborda simultaneamente as duas queixas da paciente: promove atrofia do endométrio, sendo altamente eficaz no tratamento do fluxo menstrual excessivo, e libera progestagênio localmente, o que auxilia no controle da dor pélvica e reduz o risco de recorrência das lesões de endometriose. É um método de longa duração (LARC) com excelente perfil de adesão.

Alternativa D: Incorreta. Os análogos do GnRH são medicações potentes que causam um estado de hipoestrogenismo severo (menopausa farmacológica). Devido aos efeitos colaterais (perda de massa óssea, sintomas vasomotores e atrofia urogenital)

e ao alto custo, são geralmente reservados para casos de dor persistente ou refratária a outros tratamentos, não sendo a primeira escolha para uma paciente jovem logo após a cirurgia inicial.

Questão 119

Esta questão aborda o manejo clínico do Sangramento Uterino Anormal (SUA) secundário a leiomiomas uterinos (FIGO tipo L-2 a L-5, no caso descrito). O Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNG ou DIU de progesterona) é uma opção terapêutica eficaz para o controle do fluxo menstrual intenso quando a cavidade uterina não está distorcida.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O objetivo principal do SIU-LNG não é a redução do fluxo sanguíneo global para o útero (como faria uma embolização de artérias uterinas), mas sim uma ação local sobre o tecido que reveste a cavidade uterina.

b) Incorreta. Diferentemente dos anovulatórios combinados ou de certas progesteronas sistêmicas em altas doses, o DIU de progesterona atua majoritariamente de forma local. A maioria das usuárias mantém seus ciclos ovulatórios e a produção hormonal ovariana, ocorrendo o bloqueio da ovulação em apenas uma pequena porcentagem dos casos.

c) Incorreta. O levonorgestrel não tem a propriedade de reduzir o volume dos leiomiomas (involução). Para a redução do volume dos miomas, os medicamentos mais indicados seriam os análogos do GnRH, que promovem um estado de hipoenstrogenismo. O SIU-LNG foca no controle do sintoma (sangramento) e não na redução da patologia estrutural em si.

d) Correta. O mecanismo de ação fundamental do levonorgestrel liberado diretamente na cavidade uterina é a decidualização do estroma endometrial, seguida de uma atrofia endometrial profunda. Como o sangramento menstrual é resultado da descamação do endométrio, um tecido atrófico e menos vascularizado resulta em menor volume de perda sanguínea, sendo este o principal objetivo do tratamento neste cenário clínico.

Questão 120

Esta questão exige do candidato o conhecimento sobre duas indicações distintas de antibioticoterapia no periparto: a profilaxia para endocardite infecciosa (EI) e a profilaxia para o estreptococo do grupo B (GBS - *Streptococcus agalactiae*).

Análise dos critérios para a paciente em questão:

1. Profilaxia para Endocardite Infecciosa:

Embora a paciente possua uma valvulopatia (estenose mitral reumática), as diretrizes atuais da American Heart Association (AHA) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) recomendam que o parto (vaginal ou cesáreo) não seja mais uma indicação de profilaxia antibiótica rotineira para prevenir endocardite, independentemente da gravidade da lesão valvar, a menos que haja uma infecção ativa estabelecida (como corioamnionite). O risco de bacteremia durante o parto vaginal é considerado baixo e não justifica o uso profilático de antibióticos para este fim.

2. Profilaxia para Estreptococo do Grupo B (GBS):

Quando o status de colonização por GBS é desconhecido no momento do parto, a profilaxia intraparto só está indicada se houver pelo menos um dos seguintes fatores de risco:

- Trabalho de parto pré-termo (menor que 37 semanas);
- Ruptura de membranas (bolsa rota) há 18 horas ou mais;
- Febre intraparto (temperatura maior ou igual a 38 °C);
- História de recém-nascido anterior com doença invasiva por GBS;
- GBS isolado em urocultura na gestação atual.

No caso clínico: a paciente está a termo (37 semanas e 6 dias), a bolsa rompeu há apenas 8 horas e não há relato de febre ou antecedentes sugestivos. Portanto, ela não preenche critérios para profilaxia de GBS.

Explicação das alternativas:

a) Ampicilina: Incorreta. Seria a droga de escolha para profilaxia de GBS ou endocardite se houvesse indicação, o que não ocorre neste caso.

b) Cefazolina: Incorreta. É utilizada como profilaxia cirúrgica em cesarianas ou como alternativa para GBS em pacientes alérgicas à penicilina com baixo risco de anafilaxia. Não há indicação para parto vaginal não complicado sem fatores de risco.

c) Ampicilina e clindamicina: Incorreta. Essa associação não faz parte do protocolo padrão para profilaxia intraparto de GBS ou endocardite nessas condições.

d) Não há indicação: Correta. Como a paciente não possui fatores de risco para transmissão vertical de GBS e o parto vaginal isolado não requer profilaxia para endocardite infecciosa, a conduta correta é a observação clínica sem antibióticos.
