



PSU

GABARITO | 2026 | MG | 75 Questões



Gabarito: PSU

2026 | MG

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Para a confirmação do diagnóstico de diabetes mellitus (DM) em pacientes assintomáticos, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA) preconizam a necessidade de dois exames alterados (acima do ponto de corte para diabetes) colhidos em uma mesma amostra ou em momentos diferentes.

Os critérios diagnósticos para DM são: glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL; hemoglobina glicada (A1c) maior ou igual a 6,5%; ou glicemia de 2 horas após o teste de tolerância com 75 g de glicose (TOTG) maior ou igual a 200 mg/dL.

Analisando os exames da paciente:

- Glicemia de jejum: 117 mg/dL (está na faixa de pré-diabetes: 100 a 125 mg/dL).
- Hemoglobina glicada (A1c): 6,7% (está na faixa de diabetes: maior ou igual a 6,5%).

Como apenas a hemoglobina glicada atingiu o critério para diabetes, a conduta correta para confirmação diagnóstica é repetir o exame que resultou alterado.

Análise das alternativas:

a) Glicemia de jejum: Incorreta. O valor inicial de 117 mg/dL não preenche o critério para diabetes. Repetir este exame não seria a forma mais direta de confirmar o diagnóstico de DM2 neste momento, pois o exame que veio alterado foi a glicada.

b) Hemoglobina glicada A1c: Correta. Como este foi o único parâmetro que ultrapassou o ponto de corte para diabetes (6,7%), a sua repetição confirmatória é o passo mais adequado para fechar o diagnóstico, conforme os protocolos vigentes.

c) Dosagem de insulina: Incorreta. A dosagem de insulina sérica ou do HOMA-IR não é utilizada para o diagnóstico de diabetes mellitus. Esses exames avaliam resistência insulínica ou reserva pancreática, mas não servem para os critérios definidores da doença.

d) Teste de tolerância oral 2 h após 50 g de dextrosol: Incorreta por dois motivos. Primeiro, o teste padrão para diagnóstico de DM2 utiliza uma carga de 75 g de glicose anidra, e não 50 g (carga utilizada em protocolos específicos de rastreamento gestacional). Segundo, embora o TOTG 75 g pudesse ser usado para diagnóstico, a repetição do exame que já se mostrou alterado (A1c) é a conduta mais indicada e prática.

Questão 2

ANÁLISE CLÍNICA:

A paciente em questão tem 60 anos e, apesar de não saber de comorbidades prévias, os exames laboratoriais revelam o diagnóstico de Diabetes Mellitus, pois sua hemoglobina glicada (HbA1c) de 6,7% está acima do valor de corte de 6,5%. Além disso, ela apresenta dislipidemia com LDL de 154 mg/dL e triglicérides de 398 mg/dL. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Diabetes, pacientes diabéticos na faixa etária entre 40 e 75 anos possuem indicação de terapia farmacológica com estatinas para prevenção primária de eventos cardiovasculares, visando à redução do LDL-colesterol. O risco cardiovascular de 8,3% (intermediário) reforça essa necessidade.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O uso de fibratos (como o ciprofibrato) é a primeira escolha para o tratamento da hipertrigliceridemia quando os níveis de triglicérides estão acima de 500 mg/dL, com o objetivo principal de prevenir a pancreatite aguda. Para valores entre 150 e 499 mg/dL, como o da paciente (398 mg/dL), a prioridade na prevenção cardiovascular é o controle do LDL com estatinas. As estatinas, inclusive, também promovem uma redução parcial nos níveis de triglicérides.

Alternativa b) Correta. A paciente tem indicação de estatina de moderada potência (como Sinvastatina 20-40 mg ou Atorvastatina 10-20 mg) por ser portadora de Diabetes Mellitus e estar na faixa etária de risco, com LDL acima de 70 mg/dL. O objetivo é reduzir o risco de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, sendo esta a medida de prevenção primária com maior evidência de benefício para o perfil clínico apresentado.

Alternativa c) Incorreta. O Doppler de carótidas não é um exame de rastreio indicado para pacientes assintomáticos. Ele não é utilizado para decidir o início da terapia de prevenção primária neste contexto, pois o diagnóstico de Diabetes e o cálculo do risco cardiovascular já são suficientes para definir a conduta terapêutica.

Alternativa d) Incorreta. O escore de cálcio é uma ferramenta de reestratificação de risco que pode ser utilizada em pacientes de risco intermediário quando há dúvida sobre o início da estatina. No entanto, em pacientes com Diabetes Mellitus confirmado, a indicação de estatina já está bem estabelecida pelas diretrizes, tornando a realização desse exame desnecessária para a conduta inicial.

Questão 3

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de síndrome nefrítica aguda, caracterizado por início súbito (duas semanas), hipertensão arterial (152/92 mmHg), edema de membros inferiores e sedimento urinário ativo (presença de cilindros hemáticos e proteinúria). O aumento da creatinina (2,8 mg/dL) com clearance reduzido configura uma Injúria Renal Aguda (IRA).

Um ponto fundamental para diferenciar entre doença aguda e crônica é a ultrassonografia: rins de dimensões normais, apesar da alteração de ecogenicidade, corroboram a hipótese de um processo agudo ou subagudo. Embora a anemia e a hiperfosfatemia sejam comuns na doença renal crônica, elas também podem estar presentes em quadros de injúria renal aguda grave e rapidamente progressiva.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

O diagnóstico mais provável é Injúria Renal Aguda decorrente de uma glomerulopatia (provável glomerulonefrite rapidamente progressiva, dado o sedimento ativo e a perda de função renal). A prescrição de furosemida é adequada para o manejo do edema e da hipertensão arterial, que neste caso são resultantes da congestão volêmica (retenção de sódio e água) típica da síndrome nefrítica.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a) Doença renal crônica – dapagliflozina: O tempo de evolução (duas semanas) e o tamanho normal dos rins sugerem um processo agudo. Além disso, os inibidores da SGLT2 (dapagliflozina) não são medicações de primeira linha para o manejo agudo de uma síndrome nefrítica com perda acelerada de função renal, e seu início geralmente não é recomendado com clearance de creatinina tão baixo (23 mL/min) em quadros agudos.

Alternativa b) Doença renal crônica – eritropoietina: Como mencionado, os achados clínicos e ultrassonográficos apontam para agudização. A eritropoietina é utilizada no tratamento da anemia da doença renal crônica estável, não sendo a prioridade no manejo de um paciente com congestão e disfunção renal aguda.

Alternativa c) Injúria renal aguda – enalapril: Embora o diagnóstico de IRA esteja correto, o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), como o enalapril, é contraindicado na fase aguda de uma injúria renal com queda significativa do ritmo de filtração glomerular e risco de hipercalemia (sugerida pelo fósforo elevado). O IECA pode reduzir ainda mais a pressão de perfusão glomerular,

agravando a azotemia neste momento inicial.

Questão 4

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de hiperpotassemia ($K = 6,1$ mEq/L) associado a uma Lesão Renal Aguda sobreposta a uma Doença Renal Crônica (creatinina subiu de 1,5 para 2,2 mg/dL). Ele possui diversos fatores de risco, incluindo o uso de medicamentos que interferem na excreção de potássio, como Losartana (BRA) e Espironolactona (antagonista da aldosterona).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Carvedilol): INCORRETA (representa uma causa contributiva). Os betabloqueadores, como o carvedilol, interferem no deslocamento do potássio do meio extracelular para o meio intracelular (shift intracelular). Eles bloqueiam os receptores beta-2 adrenérgicos que estimulam a bomba Na^+/K^+ ATPase. Sem esse estímulo, o potássio tende a permanecer no plasma, elevando seus níveis.

Alternativa B (Desidratação): INCORRETA (representa uma causa contributiva). A desidratação reduziu a perfusão renal, causando uma lesão renal aguda pré-renal. Isso diminui o fluxo de fluido e a oferta de sódio para o túbulo distal, ambos necessários para que ocorra a secreção de potássio na urina. Menos fluxo urinário distal resulta em menor excreção de potássio.

Alternativa C (Doença renal crônica): INCORRETA (representa uma causa contributiva). A DRC reduz a massa total de néfrons funcionantes. Com menos néfrons para realizar a filtração e a secreção tubular, a capacidade do rim de manter a homeostase do potássio fica severamente comprometida, especialmente em situações de estresse ou uso de fármacos.

Alternativa D (Metformina): CORRETA (NÃO representa uma causa contributiva). A metformina não possui ação direta no manejo renal ou celular do potássio. O principal risco associado à metformina em pacientes com insuficiência renal é o desenvolvimento de acidose láctica, pois a droga é excretada pelos rins e pode se acumular. No entanto, o lactato do paciente está normal (1,2 mEq/L) e a droga em si não causa hiperpotassemia. Embora seu uso deva ser evitado ou ajustado em casos de redução importante da taxa de filtração glomerular, ela não explica o potássio elevado.

Questão 5

Para resolver esta questão, é necessário analisar o quadro clínico do paciente e identificar qual medida terapêutica para hiperpotassemia é contraindicada ou inadequada diante de suas condições específicas.

O paciente apresenta uma hiperpotassemia moderada (K^+ 6,1 mEq/L) associada a uma Lesão Renal Aguda sobre Doença Renal Crônica (elevação da creatinina de 1,5 para 2,2 mg/dL e ureia de 102 mg/dL). O dado fundamental do exame físico é a desidratação (mucosas desidratadas, PA 102/54 mmHg).

Alternativa (a) Bicarbonato de sódio IV: Esta medida é considerada correta e adequada para este paciente. O uso de bicarbonato de sódio está indicado no tratamento da hiperpotassemia quando há acidose metabólica associada, o que é o caso deste paciente (bicarbonato sérico de 16 mEq/L). O bicarbonato promove a entrada de potássio para o meio intracelular através da troca por íons H^+ .

Alternativa (b) Furosemida IV: Esta é a alternativa que apresenta o tratamento INADEQUADO. Embora a furosemida seja um diurético de alça que promove a espoliação urinária de potássio, ela só deve ser utilizada se o paciente tiver reserva funcional renal e, principalmente, se houver estabilidade volêmica ou sobrecarga de volume. O paciente em questão está clinicamente desidratado. O uso de diuréticos em um cenário de hipovolemia e Lesão Renal Aguda pré-renal agravará a desidratação, reduzirá ainda mais a perfusão renal e piorará a função renal, sendo ineficaz para tratar a hiperpotassemia neste contexto.

Alternativa (c) Insulina e glicose IV: Esta medida está correta. É a chamada "solução polarizante", um dos pilares do tratamento agudo da hiperpotassemia. A insulina estimula a bomba sódio-potássio ATPase, promovendo o *shift* (deslocamento) do potássio do meio extracelular para o intracelular de forma rápida e segura.

Alternativa (d) Salbutamol inalatório: Esta medida está correta. Assim como a insulina, os agonistas beta-2 adrenérgicos (como o salbutamol ou fenoterol) estimulam a entrada de potássio nas células. É uma terapia adjuvante útil na redução rápida dos níveis séricos de potássio.

Em resumo, o foco da questão é identificar que a furosemida (um diurético) não deve ser administrada em um paciente com sinais claros de desidratação e possível insuficiência renal aguda pré-renal, mesmo que ele tenha hiperpotassemia. O tratamento inicial para este paciente deveria incluir a reposição volêmica cautelosa e medidas de *shift* intracelular.

Questão 6

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é clássico de polimialgia reumática (PMR), uma doença inflamatória que acomete preferencialmente indivíduos acima de 50 anos. Os pontos-chave para o diagnóstico neste caso são:

1. Perfil do paciente: Mulher, 65 anos.
2. Localização da dor: Cintura escapular (ombros, braços e pescoço) e cintura pélvica (quadril e coxas), com caráter bilateral e simétrico.
3. Rigidez matinal: A dor piora ao acordar e após repouso, durando geralmente mais de 45-60 minutos, o que caracteriza um padrão inflamatório.
4. Marcadores inflamatórios: Elevação significativa do VHS (65 mm/h) e da PCR (15 mg/L), além de anemia de doença crônica (Hb 9,7 g/dL).
5. Exclusão: Ausência de fator reumatoide e FAN, o que ajuda a afastar artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico.

A polimialgia reumática apresenta uma resposta dramática e rápida ao uso de corticosteroides em doses baixas, sendo esta a conduta terapêutica e, muitas vezes, um critério confirmatório do diagnóstico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Correta. O tratamento de escolha para a polimialgia reumática é a corticoterapia em doses baixas, geralmente de 12,5 mg a 20 mg de prednisona por dia. A melhora clínica costuma ocorrer em poucos dias.

Alternativa b) Incorreta. A pregabalina é utilizada para dor neuropática ou fibromialgia. Embora a fibromialgia cause dor difusa, ela não cursa com elevação de provas de atividade inflamatória (VHS e PCR) nem com o padrão de anemia observado. Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) têm eficácia limitada na PMR e não são a primeira escolha.

Alternativa c) Incorreta. A radiografia de sacroilíacas é utilizada na investigação de espondiloartrites (como a espondilite anquilosante), que tipicamente se manifestam em pacientes mais jovens (abaixo de 45 anos) e com dor lombar de ritmo inflamatório, não explicando o acometimento proximal de cinturas e a idade da paciente.

Alternativa d) Incorreta. A ressonância de coluna cervical poderia ser indicada se houvesse suspeita de radiculopatia ou compressão medular. No entanto, os sintomas são sistêmicos e proximais (cinturas escapular e pélvica), acompanhados de

marcadores inflamatórios elevados, o que direciona o raciocínio para uma doença inflamatória sistêmica e não para um problema mecânico focal da coluna.

Questão 7

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um homem de 62 anos com a tríade clássica de meningite aguda: febre, cefaleia e rigidez de nuca (sinais de Brudzinski e Kernig presentes), associada a alteração do nível de consciência (confusão mental). O exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) confirma o diagnóstico de meningite bacteriana aguda, apresentando pleocitose neutrofílica (1.200 células/uL com 95% de neutrófilos), hipoglicorraquia (25 mg/dL, bem abaixo de 2/3 da glicemia) e hiperproteiorraquia (150 mg/dL).

A escolha do esquema antibiótico empírico deve levar em conta os agentes etiológicos mais prováveis para a faixa etária e condições do paciente. Em adultos com mais de 50 anos, os principais patógenos são:

1. *Streptococcus pneumoniae* (Pneumococo)
2. *Neisseria meningitidis* (Meningococo)
3. *Listeria monocytogenes*

O diferencial epidemiológico fundamental neste caso é a idade (62 anos), que obriga à cobertura contra *Listeria monocytogenes*, um bacilo gram-positivo que acomete preferencialmente idosos, recém-nascidos e imunodeprimidos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Cefepime e vancomicina: Incorreta. O cefepime (uma cefalosporina de 4ª geração) é geralmente indicado quando há suspeita de infecção por *Pseudomonas aeruginosa*, como em casos de meningite pós-neurocirurgia ou traumatismo cranioencefálico. Além disso, esse esquema não cobre adequadamente a *Listeria monocytogenes*.

b) Ceftriaxona: Incorreta. Embora a ceftriaxona cubra o meningococo e o pneumococo (especialmente com a informação de baixa resistência local à penicilina), ela não possui atividade contra a *Listeria monocytogenes*. O uso isolado de ceftriaxona seria insuficiente para um paciente de 62 anos.

c) Ceftriaxona e ampicilina: Correta. Esta é a conduta recomendada para adultos acima de 50 anos. A ceftriaxona garante a cobertura contra *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis*. A ampicilina é adicionada especificamente para cobrir a *Listeria monocytogenes*, já que as cefalosporinas não têm ação contra esse

patógeno. A informação de que a resistência do pneumococo à penicilina é menor que 1% na localidade reforça que a ceftriaxona será eficaz contra o pneumococo sem necessidade obrigatória de vancomicina associada para este fim específico.

d) Ceftriaxona e vancomicina: Incorreta. Este é o esquema empírico padrão para adultos jovens (até 50 anos), onde a vancomicina é adicionada para cobrir cepas de pneumococo resistentes a cefalosporinas. No entanto, para um paciente de 62 anos, este esquema está incompleto por não incluir a cobertura para *Listeria* (ampicilina).

RESUMO DIDÁTICO

- Paciente > 50 anos com meningite: Pensar em Pneumococo, Meningococo e LISTERIA.
- Cobertura para *Listeria*: Ampicilina ou Penicilina Cristalina (*Listeria* é naturalmente resistente às cefalosporinas).
- Esquema empírico padrão > 50 anos: Ceftriaxona + Ampicilina (+ Vancomicina se houver alta taxa de resistência do pneumococo, o que não é o caso aqui).

Questão 8

O caso clínico descreve um paciente de 61 anos, tabagista pesado (40 maços-ano), apresentando um conjunto de sinais e sintomas que apontam para uma neoplasia pulmonar avançada. O quadro combina a Síndrome de Pancoast com a Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS). A Síndrome de Pancoast ocorre devido à presença de um tumor no sulco superior (ápice pulmonar) que invade estruturas adjacentes. A dor no ombro irradiada para o braço e a fraqueza na mão indicam acometimento do plexo braquial (raízes de C8 a T2). A tríade de ptose palpebral, miose e anidrose caracteriza a Síndrome de Horner, resultante da compressão da cadeia simpática cervical ou do gânglio estrelado. Simultaneamente, o edema de face, pescoço e membros superiores, associado à presença de circulação colateral no tórax, confirma a Síndrome da Veia Cava Superior por compressão extrínseca da veia. A radiografia de tórax apresentada mostra uma massa radiopaca densa ocupando o ápice do pulmão direito, o que guarda correlação direta com os achados do exame físico.

Alternativa a) Incorreta. Um aneurisma da aorta torácica poderia causar compressão de estruturas mediastinais e até levar à Síndrome da Veia Cava Superior se fosse muito volumoso. No entanto, ele não explica a invasão do plexo braquial nem a Síndrome de Horner no ápice pulmonar direito. O perfil de perda ponderal e tabagismo pesado direciona o raciocínio para malignidade.

Alternativa b) Incorreta. O Linfoma de Hodgkin é uma causa comum de massas mediastinais em adultos jovens e pode causar a Síndrome da Veia Cava Superior.

Contudo, em um paciente de 61 anos com carga tabágica elevada e uma massa especificamente localizada no ápice pulmonar causando invasão neurológica local (plexo braquial e sistema simpático), o câncer de pulmão é a principal hipótese.

Alternativa c) Incorreta. A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica que geralmente se manifesta com linfonodopatia hilar bilateral e simétrica ou doença intersticial pulmonar. Não é característico da sarcoidose apresentar-se como uma massa apical invasiva única capaz de desencadear Síndrome de Pancoast e SVCS.

Alternativa d) Correta. O Tumor de Pancoast é a denominação dada ao carcinoma broncogênico (geralmente de células não pequenas) localizado no ápice do pulmão. Ele é a causa clássica da Síndrome de Pancoast, que engloba a dor braquial e a Síndrome de Horner devido à invasão local. O tumor também pode comprimir a veia cava superior devido à sua localização e volume, justificando todo o quadro clínico e a imagem radiológica de massa apical à direita.

Questão 9

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de Tumor de Pancoast (tumor do sulco superior do pulmão), sugerido pelo histórico de tabagismo pesado, emagrecimento e a imagem radiológica que mostra uma massa opaca no ápice pulmonar direito. O quadro clínico manifesta-se através de três frentes: a Síndrome da Veia Cava Superior (edema em face e membros superiores e circulação colateral), a Síndrome de Pancoast (dor no ombro e fraqueza na mão por acometimento do plexo braquial, especificamente raízes C8-T1) e a Síndrome de Horner.

A questão solicita a estrutura anatômica cuja lesão resultou nos sintomas oculares e faciais (Síndrome de Horner), caracterizada por ptose palpebral, miose e anidrose ipsilateral.

Alternativa a) Incorreta. O corno posterior da coluna cervical (medula) está relacionado ao processamento de informações sensoriais aferentes. A via simpática que inerva a face e o olho tem origem no centro cilioespinal de Budge, localizado nos cornos laterais da medula entre C8 e T2, mas a estrutura periférica classicamente comprimida no ápice pulmonar que gera esses sintomas é a cadeia simpática paravertebral.

Alternativa b) Correta. O gânglio cervicotorácico, também conhecido como gânglio estrelado, é formado pela fusão do gânglio cervical inferior com o primeiro gânglio torácico da cadeia simpática paravertebral. Ele está localizado anteriormente ao processo transversal da sétima vértebra cervical e acima da primeira costela,

exatamente na região onde o tumor de ápice pulmonar se desenvolve. A invasão ou compressão deste gânglio interrompe o fluxo simpático para a cabeça, resultando na tríade de Horner: miose (pela paralisia do dilatador da pupila), ptose (pela paralisia do músculo tarsal superior) e anidrose (pela interrupção da inervação das glândulas sudoríparas da hemiface).

Alternativa c) Incorreta. O nervo oculomotor (III par craniano) é responsável pela maior parte da motricidade ocular e carrega fibras parassimpáticas para a pupila. Uma lesão do nervo oculomotor causaria ptose, porém a pupila estaria dilatada (midríase) por perda do tônus constritor parassimpático, além de causar desvios no eixo do olhar, o que não condiz com a miose e as pupilas fotorreagentes descritas.

Alternativa d) Incorreta. O nervo vago (X par craniano) é o principal componente do sistema nervoso parassimpático e inerva órgãos torácicos e abdominais. Embora o nervo laríngeo recorrente (um ramo do vago) possa ser afetado por tumores no tórax, causando rouquidão, o vago não possui fibras que controlem a dilatação pupilar ou a sudorese facial.

Associação com a imagem: A radiografia de tórax apresentada mostra uma opacidade densa e homogênea ocupando todo o ápice do pulmão direito. Essa imagem é característica de um tumor de sulco superior que invade o espaço paravertebral, comprimindo tanto o gânglio cervicotorácico (causando Horner) quanto o tronco inferior do plexo braquial (causando a dor no ombro e fraqueza na mão).

Questão 10

Esta questão aborda o manejo de quedas em idosos, um evento sentinela que exige avaliação multifatorial. A paciente apresenta hipotensão ortostática documentada, definida pela queda da pressão arterial sistólica (PAS) de pelo menos 20 mmHg ou da pressão arterial diastólica (PAD) de pelo menos 10 mmHg após três minutos em pé. No caso, a PAS caiu 28 mmHg e a PAD caiu 12 mmHg.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Encaminhar para avaliação oftalmológica: Esta é uma conduta correta. A paciente tem retinopatia diabética e a acuidade visual reduzida é um dos principais fatores de risco para quedas. Otimizar a visão é parte fundamental do manejo inicial.

Alternativa b) Prescrever fludrocortisona: Esta é a conduta INADEQUADA e, portanto, o gabarito. A fludrocortisona é um mineralocorticoide usado para tratar hipotensão ortostática grave, mas nunca como primeira linha. O manejo inicial deve focar na

desprescrição de medicamentos que causam o problema (como diuréticos e benzodiazepínicos) e em medidas não farmacológicas. Adicionar uma nova droga antes de remover os agentes causadores aumenta o risco de polifarmácia e efeitos colaterais.

Alternativa c) Realizar o desmame de lorazepam: Esta é uma conduta correta. Os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais associadas a quedas em idosos devido aos efeitos de sedação, tontura e relaxamento muscular, constando nos Critérios de Beers como medicamentos potencialmente inapropriados.

Alternativa d) Suspender a hidroclorotiazida: Esta é uma conduta correta. Diuréticos reduzem o volume intravascular e são causas comuns de hipotensão ortostática. Como a paciente está apresentando quedas e queda pressórica postural importante, a revisão e suspensão de anti-hipertensivos que exacerbam esse quadro são prioritárias.

Questão 11

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente jovem com palpitações e achados clássicos de ausculta cardíaca: um estalido mesossistólico seguido por um sopro sistólico tardio no foco mitral. Esses achados são patognomônicos do Prolapso da Valva Mitral (PVM). O estalido ocorre quando as cordoalhas tendíneas se esticam abruptamente durante o prolapso na sístole, e o sopro representa a regurgitação mitral decorrente desse prolapso.

DINÂMICA DAS MANOBRAS

A manobra de Valsalva reduz o retorno venoso e, conseqüentemente, diminui o volume do ventrículo esquerdo. Com um ventrículo menor, o prolapso ocorre mais precocemente na sístole, fazendo com que o estalido e o sopro se desloquem para mais perto da primeira bulha (B1) e se tornem mais longos/intensos. Esse comportamento dinâmico é característico do PVM e da Cardiomiopatia Hipertrófica, diferenciando-os de outras valvulopatias.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A Comunicação Interatrial (CIA) tipo ostium secundum apresenta tipicamente um desdobramento fixo da segunda bulha (B2) e um sopro sistólico de ejeção no foco pulmonar (devido ao hiperfluxo pulmonar), não apresentando estalido mesossistólico ou sopro mitral tardio.

b) Incorreta. A Comunicação Interventricular (CIV) manifesta-se tipicamente com um sopro holossistólico (em toda a sístole) e rude, melhor audível na borda esternal esquerda baixa, sem a presença de estalido sistólico médio.

c) Incorreta. A Estenose Aórtica Subvalvar (como na cardiomiopatia hipertrófica) apresenta sopro sistólico ejetivo que também se intensifica com a manobra de Valsalva, porém não apresenta o estalido mesossistólico característico, e o sopro costuma ser melhor ouvido na borda esternal esquerda, e não tipicamente no foco mitral com característica tardia.

d) Correta. O Prolapso da Valva Mitral é a principal causa de estalido mesossistólico seguido de sopro sistólico tardio. A descrição da manobra de Valsalva (antecipação dos achados em direção à B1) confirma o diagnóstico, pois a redução do volume ventricular facilita o abaulamento da valva em direção ao átrio esquerdo mais cedo durante a contração ventricular.

Questão 12

DIAGNÓSTICO:

O quadro clínico descreve um caso clássico de Gastrite Atrófica Autoimune (também conhecida como Gastrite Tipo A). Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Localização: Acometimento restrito ao corpo e fundo gástrico (região das glândulas oxínticas), com preservação do antro.
2. Laboratório: Presença de anticorpo anticélula parietal e deficiência severa de vitamina B12.
3. Fisiopatologia: A destruição das células parietais leva à acloridria (ausência de ácido clorídrico). Sem o *feedback* negativo do ácido, as células G do antro produzem gastrina de forma maciça, explicando a hipergastrinemia acentuada (>1.000 pg/mL).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Polineuropatia periférica: Incorreta para o comando da questão. A deficiência de vitamina B12, resultante da perda do fator intrínseco (produzido pelas células parietais), causa danos neurológicos, incluindo degeneração combinada subaguda da medula e neuropatia periférica. Portanto, é uma complicação possível.

b) Síndrome de supercrescimento bacteriano do intestino delgado: Incorreta para o comando da questão. O ácido gástrico atua como uma barreira natural contra a proliferação de bactérias ingeridas. Na acloridria da gastrite autoimune, essa barreira desaparece, facilitando a colonização excessiva do intestino delgado por bactérias

(SIBO).

c) Tumor neuroendócrino gástrico tipo 1: Incorreta para o comando da questão. A hipergastrinemia crônica e acentuada exerce um efeito trófico (estimulante) sobre as células *enterochromaffin-like* (ECL) do corpo gástrico. Isso leva à hiperplasia dessas células e pode evoluir para o surgimento de tumores neuroendócrinos (carcinoides) tipo 1, que costumam ser pequenos e múltiplos.

d) Úlcera péptica gástrica: CORRETA (Alternativa que NÃO apresenta uma complicação). A formação de úlceras pépticas depende fundamentalmente da presença de ácido clorídrico (fisiopatologia resumida pelo aforismo "sem ácido, não há úlcera"). Como a paciente apresenta atrofia severa das células parietais e consequente acloridria, ela está virtualmente "protegida" contra o desenvolvimento de úlceras pépticas gástricas ou duodenais. Além disso, o teste para *H. pylori* (principal causa de úlceras) foi negativo.

GABARITO: Letra (d).

Questão 13

O caso descreve um homem jovem, assintomático, com um quadro de anemia microcítica e hipocrômica leve. O ponto-chave para a interpretação correta é a dissociação entre a hemoglobina baixa (11,4 g/dL) e o número elevado de hemácias (6,2 milhões/mm³), fenômeno conhecido como eritrocitose microcítica. Esse padrão, associado a um RDW normal (13%), é muito característico das talassemias e ajuda a diferenciá-la da anemia ferropriva, na qual o número de hemácias costuma estar reduzido e o RDW elevado.

A análise do perfil de ferro (ferritina de 120 ng/mL e saturação de transferrina de 38%) afasta definitivamente a deficiência de ferro. O diagnóstico confirmatório é selado pela eletroforese de hemoglobina, que demonstra um aumento da hemoglobina A2 (5,6%) e da hemoglobina fetal (3,2%). Esse perfil eletroforético é o marcador clássico do traço talassêmico beta (beta-talassemia menor).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A biópsia de medula óssea é um exame invasivo e não está indicada na investigação de anemias microcíticas quando o diagnóstico de hemoglobinopatia é sugerido por métodos menos invasivos. A medula na talassemia apresentaria apenas uma hiperplasia eritroide inespecífica.

b) Correta. Diante de um diagnóstico presuntivo de beta-talassemia menor (baseado

na eletroforese), o estudo molecular do gene da globina beta (como o sequenciamento ou PCR) é o passo sequencial para identificar as mutações específicas. Isso é fundamental para o aconselhamento genético e para a confirmação definitiva da patologia em nível genético.

c) Incorreta. A imunofenotipagem para hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) é solicitada em casos de anemias hemolíticas com Coombs negativo, trombozes em locais atípicos ou pancitopenias. O quadro do paciente é de uma anemia microcítica congênita, sem sinais de hemólise intravascular grave ou citopenias que justifiquem a triagem para HPN.

d) Incorreta. A reposição de ferro é contraindicada neste paciente, pois seus estoques de ferro estão normais (ferritina 120). Pacientes com talassemia têm uma tendência maior ao acúmulo de ferro devido à eritropoiese ineficaz e ao aumento da absorção intestinal. Fornecer ferro sem necessidade pode levar à sobrecarga férrica e toxicidade orgânica (hemossiderose).

Questão 14

O caso clínico apresenta um homem jovem de 24 anos com uma síndrome supurativa pulmonar crônica, caracterizada por tosse produtiva com expectoração purulenta há seis anos e episódios recorrentes de infecção respiratória. O exame físico destaca o baqueteamento digital, um sinal clássico de doenças pulmonares supurativas crônicas ou hipoxemia prolongada. A tomografia de tórax em corte coronal confirma o diagnóstico ao exibir dilatações brônquicas difusas e grosseiras, com espessamento de paredes e perda do afilamento normal dos brônquios em direção à periferia pulmonar.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma resposta de hipersensibilidade ao fungo *Aspergillus fumigatus* que ocorre quase exclusivamente em pacientes com asma brônquica ou fibrose cística. Embora a ABPA possa levar ao desenvolvimento de bronquiectasias (geralmente centrais), o paciente em questão não apresenta histórico de asma ou sibilância, e a imagem mostra um acometimento bronquiectásico mais amplo e periférico.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico de bronquiectasia é definido pela dilatação anormal e irreversível dos brônquios. Clinicamente, manifesta-se exatamente como descrito: tosse crônica com grande volume de secreção purulenta, infecções de repetição (pneumonias de repetição que, na verdade, costumam ser exacerbações da própria doença) e baqueteamento digital. A imagem tomográfica é o padrão-ouro,

revelando brônquios com diâmetro maior que a artéria adjacente e ausência de redução de calibre, compatível com o que se vê na questão.

Alternativa c) Incorreta. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é rara em pacientes de 24 anos, estando associada ao tabagismo pesado de longa data ou a condições genéticas como a deficiência de alfa-1-antitripsina. Além disso, a DPOC (enfisema ou bronquite crônica) apresenta achados radiológicos diferentes, como hiperinsuflação e destruição parenquimatosa, e não as dilatações brônquicas císticas evidentes na imagem.

Alternativa d) Incorreta. A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) acomete predominantemente indivíduos acima de 50 a 60 anos. Clinicamente, manifesta-se com tosse seca e dispneia progressiva aos esforços, sem a expectoração purulenta volumosa típica das bronquiectasias. Na tomografia, a FPI apresenta o padrão de pneumonia intersticial usual, caracterizado por faveolamento (microcistos subpleurais) e reticulado, e não dilatações brônquicas primárias.

Questão 15

DIAGNÓSTICO:

O quadro clínico e laboratorial aponta para Hepatite Alcoólica Grave. Os pontos-chave para esse diagnóstico são: história de etilismo pesado (300 mL de cachaça/dia equivale a mais de 100 g de etanol), icterícia de início recente, febre, hepatomegalia dolorosa e leucocitose com neutrofilia (reação leucemoide). Laboratorialmente, o padrão de transaminases é clássico: AST e ALT elevadas, porém abaixo de 500 U/L, com a relação AST/ALT maior que 2:1 (a piridoxina, necessária para a ALT, é deficiente em alcoólatras). Outras causas como hepatites virais, autoimunes e doenças metabólicas (Wilson, alfa-1) foram descartadas pelos exames negativos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Correta): A prednisolona (40 mg/dia) é o tratamento de escolha para pacientes com hepatite alcoólica grave. A gravidade é classicamente definida pelo Índice de Função Discriminante de Maddrey (DF) maior ou igual a 32. Embora o cálculo exato do DF exija o tempo de protrombina em segundos, a combinação de bilirrubina total elevada (8,4 mg/dL) e o alargamento do RNI em um contexto de insuficiência hepática aguda sobre crônica sugere alta gravidade, justificando a avaliação para o uso de corticoide para reduzir a inflamação hepática e a mortalidade a curto prazo.

Alternativa B (Incorreta): O transplante hepático não é a conduta imediata para este caso. Para pacientes com doença hepática alcoólica, a maioria dos centros exige um

período mínimo de seis meses de abstinência documentada antes de considerar o transplante (regra dos 6 meses). Embora o transplante precoce possa ser discutido em protocolos de pesquisa para casos selecionados que não respondem ao tratamento clínico, ele nunca é a primeira conduta imediata sem antes tentar a terapia medicamentosa e estabilização.

Alternativa C (Incorreta): O ácido ursodesoxicólico e a colestiramina são utilizados no manejo de doenças colestáticas crônicas (como Cirrose Biliar Primária) ou para alívio do prurido decorrente da colestase. Eles não têm papel no tratamento da fisiopatologia inflamatória da hepatite alcoólica.

Alternativa D (Incorreta): A N-acetilcisteína (NAC) é o antídoto para a intoxicação por paracetamol. O paciente relatou o uso de apenas 2,25 g de paracetamol (três comprimidos de 750 mg) em 24 horas, dose que está bem abaixo do limite de toxicidade para adultos (geralmente acima de 7,5 g a 10 g). Embora alguns estudos avaliem o uso da NAC associada ao corticoide na hepatite alcoólica para reduzir a síndrome hepatorenal, ela isoladamente não é a conduta principal nem a mais adequada para o tratamento da hepatite alcoólica por si só.

Questão 16

ANÁLISE DOS DADOS DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clínico de obstrução intestinal (dor, distensão, vômitos e história de cirurgia prévia sugerindo bridas). Os exames laboratoriais revelam:

1. pH 7,52: Indica alcalemia (pH acima de 7,45).
2. HCO₃⁻ 39 mEq/L: Elevado, confirmando que o distúrbio primário é uma alcalose metabólica.
3. PaCO₂ 52 mmHg: Elevada como resposta compensatória à alcalose metabólica (o centro respiratório reduz a ventilação para reter CO₂ e tentar acidificar o sangue).
4. Cloro 88 mEq/L e Potássio 3,2 mEq/L: Estão baixos (hipocloremia e hipocalcemia).

FISIOPATOLOGIA DA ALCALOSE NO QUADRO OBSTRUTIVO

Nos quadros de vômitos persistentes ou aspiração gástrica excessiva, ocorre perda de ácido clorídrico (HCl). A perda de íons H⁺ gera a alcalose, enquanto a perda de cloro (Cl⁻) gera a hipocloremia. Para compensar a perda de líquidos e a desidratação, o rim ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona. A aldosterona tenta reabsorver sódio e água, mas para isso precisa excretar íons potássio e H⁺ na urina, o que agrava ainda mais a alcalose e gera a hipocalcemia (o chamado distúrbio de alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalcêmica).

ANALISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. A diarreia tipicamente causa acidose metabólica com anion gap normal (pela perda de bicarbonato nas fezes), e não alcalose. O quadro do paciente é de vômitos superiores.

Alternativa b: Incorreta. Embora a PaCO₂ esteja elevada (52 mmHg), isso não configura uma acidose respiratória primária ou insuficiência respiratória neste contexto. Trata-se de uma compensação respiratória esperada e fisiológica para a alcalose metabólica primária.

Alternativa c: Correta. O distúrbio primário é a alcalose metabólica, identificada pelo pH elevado e HCO₃ elevado. A causa é a perda de suco gástrico rico em cloro e hidrogênio através dos vômitos decorrentes da obstrução intestinal, caracterizando a alcalose metabólica hipoclorêmica.

Alternativa d: Incorreta. A alcalose respiratória ocorreria se o pH estivesse elevado devido a uma PaCO₂ baixa (hiperventilação). No caso, a PaCO₂ está alta, o que descarta essa hipótese. Além disso, a compensação da alcalose metabólica é a hipoventilação (aumento do CO₂), e não a hiperventilação.

Questão 17

Esta questão aborda a Resposta Endócrina, Metabólica e Imunológica ao Trauma (REMIT), classicamente descrita por Cuthbertson em duas fases principais: a fase Ebb (Refluxo) e a fase Flow (Fluxo).

Análise das alternativas:

a) Correta. A Fase de Fluxo (Flow Phase) ocorre após a estabilização hemodinâmica inicial, geralmente a partir de 24 a 48 horas após o trauma. Ela é caracterizada por um estado hipermetabólico e catabólico intenso. O aumento da frequência cardíaca e do débito cardíaco reflete a alta demanda metabólica. A hiperglicemia é causada pela resistência periférica à insulina e pelo aumento da gliconeogênese (induzidos por cortisol e catecolaminas). O balanço nitrogenado negativo é a marca registrada dessa fase, resultante da proteólise (quebra de proteínas musculares) para fornecer aminoácidos para a cicatrização e produção de proteínas de fase aguda. A oligúria mencionada pode persistir devido à ação do ADH e da aldosterona, que visam à retenção hídrica e de sódio no período pós-operatório imediato e mediato.

b) Incorreta. A fase de recuperação, também chamada de fase anabólica, ocorre dias

ou semanas após o trauma, quando o estresse agudo diminui. Nessa etapa, o metabolismo se estabiliza, o balanço nitrogenado torna-se positivo e o corpo começa a restaurar as reservas de proteína e gordura perdidas.

c) Incorreta. A Fase de Refluxo (Ebb Phase) é a resposta imediata ao trauma (fase de choque), durando geralmente as primeiras 24 horas. Ela se caracteriza por uma "queda" geral do metabolismo: diminuição do débito cardíaco, redução do consumo de oxigênio, hipotermia e vasoconstrição. Embora a oligúria esteja presente por hipovolemia, os sinais de hipermetabolismo e o marcado balanço nitrogenado negativo do segundo dia pós-operatório são típicos da transição para a fase de fluxo.

d) Incorreta. A resposta inflamatória sistêmica é um componente da REMIT, mas "fase de resposta inflamatória sistêmica controlada" não é uma nomenclatura técnica padronizada dentro da classificação de Cuthbertson para descrever as alterações metabólicas e cinéticas do trauma.

Em resumo, o quadro de hipermetabolismo e catabolismo proteico no segundo dia pós-trauma define classicamente a Fase de Fluxo.

Questão 18

Esta questão aborda o uso clínico de vasoconstritores associados a anestésicos locais em pacientes com comorbidades cardiovasculares.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O pKa (logaritmo negativo da constante de dissociação ácida) é uma propriedade química intrínseca de cada anestésico local e determina a proporção entre a forma ionizada e a forma não ionizada da droga em determinado pH. O pKa influencia a latência (tempo para início de ação), mas a epinefrina não altera o pKa da molécula do anestésico.

Alternativa b) Incorreta. A adição de epinefrina tende a diminuir o pH da solução anestésica (tornando-a mais ácida) para evitar a oxidação do vasoconstritor, e não a aumentá-lo. O pH mais baixo da solução pode, na verdade, aumentar a latência da anestesia, mas não é esse o motivo da preocupação clínica no caso descrito.

Alternativa c) Incorreta. O risco de necrose tecidual por vasoconstrição é um conceito classicamente associado ao uso em extremidades (como dedos, nariz e pênis), embora estudos modernos questionem essa proibição absoluta. Afirmar que a epinefrina causa necrose em qualquer área do corpo, independentemente da condição do paciente, é um erro conceitual grave.

Alternativa d) Correta. Este é o argumento central. O paciente em questão apresenta alto risco cardiovascular (doença arterial coronariana com stent e hipertensão de difícil controle). A epinefrina é uma substância simpatomimética que, se absorvida sistemicamente, atua em receptores alfa e beta-adrenérgicos. Isso pode resultar em aumento da frequência cardíaca (cronotropismo positivo), aumento da força de contração cardíaca (inotropismo positivo) e vasoconstrição periférica, elevando a pressão arterial e o consumo de oxigênio pelo miocárdio. Em um paciente coronariopata e hipertenso, esses efeitos podem desencadear arritmias, crises hipertensivas ou até mesmo um evento isquêmico agudo (infarto). Portanto, a opção por um anestésico sem vasoconstritor visa à segurança cardiovascular do paciente.

Questão 19

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clínico de choque séptico com foco infeccioso evidente em ferida cirúrgica após colecistectomia (5º dia de pós-operatório). Os critérios de gravidade incluem hipotensão (80/50 mmHg), taquicardia, alteração do nível de consciência e hiperlactatemia (lactato de 2,5 mmol/L). O exame físico aponta para uma infecção de sítio cirúrgico com sinais de gravidade, possivelmente uma fascite necrosante ou celulite grave, dada a repercussão sistêmica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Embora a antibioticoterapia de amplo espectro seja essencial e deva ser iniciada na primeira hora, a tomografia de abdome não é a prioridade inicial para um paciente em choque com foco infeccioso visível na parede abdominal. A estabilização hemodinâmica e o controle do foco são prioritários.

Alternativa B: Incorreta. Jamais se deve aguardar o resultado de culturas para iniciar o tratamento em pacientes com sepse ou choque séptico. O atraso na antibioticoterapia e na abordagem do foco aumenta drasticamente a mortalidade. As culturas devem ser colhidas, mas o tratamento deve ser empírico e imediato.

Alternativa C: Correta. Esta é a conduta inicial mais adequada seguindo os preceitos do manejo da sepse e do choque séptico (Surviving Sepsis Campaign) e os princípios cirúrgicos. O paciente está hipotenso e hipoperfundido, exigindo reposição volêmica imediata com cristaloides para restaurar a pressão arterial e a perfusão tecidual. Simultaneamente, o controle do foco infeccioso é obrigatório. Como há secreção purulenta e sinais de gravidade na ferida, a abertura da ferida e o debridamento cirúrgico são fundamentais para remover o tecido infectado/necrótico e drenar o

material purulento.

Alternativa D: Incorreta. O monitoramento passivo por seis horas em um paciente com choque séptico é conduta inaceitável e fatal. O tratamento deve ser agressivo e imediato a partir do momento do reconhecimento da sepse.

RESUMO DIDÁTICO

Diante de um paciente cirúrgico com instabilidade hemodinâmica e sinais de infecção de parede abdominal, o médico deve focar no binômio: Ressuscitação Hemodinâmica (Fluidos e Vasopressores se necessário) + Controle do Foco (Drenagem e Debridamento). A alternativa C contempla a prioridade de estabilizar o paciente e tratar a causa base diretamente.

Questão 20

O caso apresenta uma paciente com hipocalcemia moderada (potássio de 3,1 mEq/L, sendo o valor de referência normal entre 3,5 e 5,0 mEq/L), provavelmente secundária ao uso crônico de diurético tiazídico (hidroclorotiazida). Ela está programada para uma cirurgia eletiva, ou seja, um procedimento que não apresenta caráter de urgência ou emergência.

A conduta em relação aos distúrbios hidroeletrólíticos no pré-operatório depende da gravidade da alteração e da natureza da cirurgia. Em procedimentos eletivos, a segurança do paciente é a prioridade. Níveis de potássio abaixo de 3,0 a 3,2 mEq/L estão associados a um risco aumentado de arritmias cardíacas intraoperatórias, além de potenciarem os efeitos de bloqueadores neuromusculares e predisponem ao íleo paralítico pós-operatório.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A administração rápida de potássio por via intravenosa é perigosa, podendo causar arritmias graves e parada cardíaca. Além disso, por se tratar de uma cirurgia eletiva, não há justificativa para assumir os riscos de uma reposição aguda e de uma anestesia com o paciente ainda instável.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão para cirurgias eletivas. Como não há urgência no procedimento, o mais seguro é adiar a cirurgia, iniciar a reposição de potássio preferencialmente por via oral (que é mais segura que a via intravenosa) e proceder com a operação somente após a normalização dos níveis séricos. Isso minimiza o risco cardiovascular durante a indução anestésica e o ato cirúrgico.

Alternativa c) Incorreta. Proceder com a cirurgia com um nível de potássio de 3,1 mEq/L expõe a paciente a riscos desnecessários de arritmias malignas durante a anestesia. A reposição apenas no pós-operatório não corrige o risco aumentado durante o período crítico da cirurgia.

Alternativa d) Incorreta. Suspender o diurético apenas um dia antes não é suficiente para normalizar os níveis de potássio que já estão baixos. É necessária a reposição ativa do íon. Além disso, apenas monitorar no pós-operatório ignora o perigo intraoperatório.

Em resumo, em cirurgias eletivas, qualquer distúrbio metabólico ou eletrolítico significativo deve ser corrigido antes da intervenção para garantir a máxima segurança do paciente.

Questão 21

O caso clínico descreve um paciente com hiponatremia grave (sódio de 118 mEq/L) e hipotônica (osmolaridade plasmática de 240 mOsm/kg) no período pós-operatório de neurocirurgia. Para o diagnóstico diferencial das hiponatremias, devemos avaliar a osmolaridade urinária e o estado volêmico (balanço hídrico).

A osmolaridade urinária de 450 mOsm/kg indica que a urina está inadequadamente concentrada. Em um cenário de plasma diluído, o esperado seria o rim excretar urina maximamente diluída (geralmente abaixo de 100 mOsm/kg) para eliminar o excesso de água livre. A urina concentrada comprova que o hormônio antidiurético (ADH) está agindo de forma inapropriada.

Alternativa a) Incorreta. A administração excessiva de soro glicosado 5% (que se comporta como água livre após o metabolismo da glicose) causa hiponatremia por diluição. No entanto, em um indivíduo com função renal e hormonal normal, o corpo responderia suprimindo o ADH e produzindo uma urina muito diluída para compensar o excesso de fluido. A osmolaridade urinária elevada (450 mOsm/kg) invalida essa hipótese como causa isolada.

Alternativa b) Incorreta. A insuficiência adrenal aguda (crise addisoniana) pode causar hiponatremia, mas tipicamente está associada à hipercalemia (potássio elevado), devido à deficiência de aldosterona, e à hipotensão arterial severa por hipovolemia. O paciente apresenta potássio normal (4,3 mEq/L) e balanço hídrico positivo.

Alternativa c) Incorreta. A Síndrome de Perda Cerebral de Sal (CSW) é o principal diagnóstico diferencial da SIADH em pacientes com lesões intracranianas. Ambas

cursam com hiponatremia e urina concentrada. A diferença fundamental reside na volemia: na CSW, há uma perda primária de sódio pelos rins, levando à desidratação e ao balanço hídrico negativo (hipovolemia). Como o enunciado afirma que o paciente tem balanço hídrico positivo, essa opção é descartada.

Alternativa d) Correta. A Síndrome da Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIADH) é frequentemente desencadeada por tumores, cirurgias ou traumas no Sistema Nervoso Central. Os critérios diagnósticos presentes no caso são: hiponatremia hipotônica, osmolaridade urinária superior a 100 mOsm/kg, ausência de disfunção renal, adrenal ou tireoidiana, e estado de euvolemia ou leve hipervolemia (caracterizada pelo balanço hídrico positivo). O excesso de ADH retém água livre, diluindo o sódio sérico e concentrando a urina.

Questão 22

O quadro clínico descreve um paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) grave que desenvolveu insuficiência respiratória aguda, provavelmente desencadeada pelo estresse de um sangramento digestivo (hematêmese). A análise dos gases sanguíneos revela uma acidose respiratória grave (pH 7,23), hipercapnia severa (PCO₂ 75 mmHg) e hipoxemia acentuada (PO₂ 42 mmHg). O estado mental do paciente (confusão e agitação) caracteriza uma encefalopatia hipercápnic/hipóxica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora os corticoides sejam utilizados no manejo de exacerbações de DPOC para reduzir a inflamação brônquica, a dexametasona não é o corticoide de escolha nesses casos (geralmente se utiliza metilprednisolona ou prednisona) e, mais importante, essa medicação não possui ação imediata para corrigir a falência ventilatória e a acidose grave apresentadas.

b) Incorreta. O uso de bicarbonato de sódio é contraindicado na acidose respiratória. O excesso de CO₂ é o que está causando a queda do pH. A administração de bicarbonato pode, inclusive, aumentar a produção de CO₂ intracelular, piorando o quadro. O tratamento correto da acidose respiratória é a melhora da ventilação alveolar.

c) Incorreta. O fornecimento de oxigênio em alto fluxo para um paciente com DPOC grave e hipercapnia crônica pode ser perigoso. Isso ocorre porque esses pacientes muitas vezes dependem do estímulo da hipoxemia para manter o drive respiratório. O excesso de oxigênio pode suprimir esse drive, piorando a retenção de CO₂. Além disso, o oxigênio isolado não trata a hipoventilação (causa do PCO₂ elevado).

d) Correta. O paciente apresenta critérios claros para suporte ventilatório invasivo. A presença de acidose respiratória importante (pH menor que 7,25) associada a sinais de comprometimento do sensorio (confusão e agitação) indica que a ventilação não invasiva (VNI) provavelmente falharia ou seria contraindicada pelo risco de não proteção de via aérea. A intubação orotraqueal seguida de ventilação mecânica é a melhor conduta para garantir a oxigenação, permitir a remoção controlada do excesso de CO₂ e proteger a via aérea do paciente agitado e confuso.

Questão 23

O quadro clínico apresenta um paciente com tireotoxicose clara (perda ponderal, palpitações, intolerância ao calor, taquicardia, TSH suprimido e T4 livre elevado). O ponto fundamental para o diagnóstico etiológico reside no exame físico e no resultado da cintilografia de tireoide.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O carcinoma papilífero é o tumor maligno mais comum da tireoide, porém ele costuma se apresentar como um nódulo frio na cintilografia (sem captação do radiotraçador) e raramente causa hipertireoidismo. No caso descrito, o nódulo é hiperfuncionante (quente).

b) Incorreta. A Doença de Graves é a causa mais comum de hipertireoidismo, mas sua apresentação clássica na cintilografia é de uma captação aumentada de forma difusa e homogênea por toda a glândula, e não concentrada em um único nódulo. Além disso, costuma cursar com bócio difuso e, em muitos casos, manifestações extratireoidianas, como a oftalmopatia.

c) Correta. A Doença de Plummer, também conhecida como adenoma tóxico, caracteriza-se pela presença de um único nódulo autônomo que produz hormônios tireoidianos em excesso. Esse excesso de hormônio inibe a secreção de TSH pela hipófise, o que, por consequência, deixa o restante do parênquima tireoidiano (sadio) "em repouso" ou suprimido. Na cintilografia, isso se traduz exatamente como descrito: hipercaptação no nódulo e supressão do restante da glândula.

d) Incorreta. A tireoidite subaguda de De Quervain manifesta-se tipicamente com dor cervical intensa, febre e sintomas de tireotoxicose por liberação de hormônios pré-formados devido à inflamação. Contudo, na fase de tireotoxicose desta doença, a cintilografia mostra uma captação muito baixa ou nula (inferior a 1% a 2%), pois as células foliculares estão inflamadas e incapazes de captar o iodo. No caso em questão, há uma área de captação aumentada.

Questão 24

A paciente apresenta um quadro clínico e ultrassonográfico clássico de colecistite aguda calculosa: dor em hipocôndrio direito há 36 horas, vesícula biliar distendida, paredes espessadas e cálculo impactado no infundíbulo. Por ser uma paciente ASA II (com doença sistêmica leve e controlada), ela possui plenas condições cirúrgicas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A estratégia de realizar antibioticoterapia isolada para "esfriar" a inflamação e realizar a colecistectomia tardia (após 6 a 12 semanas) era comum no passado. No entanto, evidências atuais e os Critérios de Tóquio (TG18) demonstram que a cirurgia precoce é superior, pois reduz o tempo de internação e os custos hospitalares, além de evitar falhas no tratamento conservador que podem levar a novas crises ou complicações antes da cirurgia programada.

b) Correta. A colecistectomia laparoscópica precoce é o tratamento padrão-ouro para colecistite aguda. Ela deve ser realizada preferencialmente nas primeiras 72 horas do início dos sintomas, podendo ser estendida por até 7 dias. Como a paciente tem 36 horas de evolução e baixo risco cirúrgico (ASA II), esta é a conduta que oferece a melhor recuperação e a menor taxa de complicações a longo prazo.

c) Incorreta. A colecistostomia percutânea é um procedimento de exceção. Ela é reservada apenas para pacientes extremamente graves, instáveis ou com múltiplas comorbidades (geralmente ASA III, IV ou V) que não suportariam uma anestesia geral ou o estresse cirúrgico de uma colecistectomia. Não é o caso da paciente em questão.

d) Incorreta. A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) é um procedimento invasivo indicado para o tratamento de coledocolitíase (cálculo na via biliar principal). O enunciado descreve um cálculo impactado no infundíbulo da vesícula, e não há sinais de icterícia, dilatação de vias biliares ou alteração de enzimas hepáticas que sugiram a necessidade de exploração da via biliar ou realização de CPRE.

Questão 25

A questão descreve um paciente idoso com câncer de esôfago e sinais de desnutrição grave (perda ponderal acentuada de 21 kg e albumina muito baixa de 1,1 g/dL). O principal risco ao iniciar a terapia nutricional (seja parenteral ou enteral) em pacientes gravemente desnutridos é a Síndrome de Realimentação (Refeeding Syndrome).

A Síndrome de Realimentação ocorre quando a oferta de glicose estimula a liberação repentina de insulina. Esse hormônio promove o desvio de eletrólitos do meio extracelular para o meio intracelular, além de aumentar a demanda por cofatores metabólicos.

Análise das alternativas:

a) Hipercalemia: Incorreta. Na Síndrome de Realimentação, ocorre hipocalemia (redução do potássio sérico) devido ao deslocamento do potássio para dentro das células sob o estímulo da insulina.

b) Hipermagnesemia: Incorreta. Ocorre hipomagnesemia (redução do magnésio sérico) pelo mesmo mecanismo de translocação intracelular observado no potássio e no fósforo.

c) Hipocloremia: Incorreta. O cloro não é o eletrólito de maior relevância clínica imediata no contexto da Síndrome de Realimentação, sendo as alterações de fósforo, potássio e magnésio muito mais críticas para a estabilidade do paciente.

d) Hipofosfatemia: Correta. É a marca registrada e a preocupação inicial mais importante na Síndrome de Realimentação. O fósforo é consumido rapidamente dentro das células para a síntese de ATP e outros compostos fosforados durante a mudança do estado de catabolismo para o anabolismo. A queda brusca dos níveis séricos de fósforo pode levar a complicações fatais, como insuficiência respiratória (fraqueza do diafragma), arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca e disfunção neurológica.

Portanto, antes de iniciar a Nutrição Parenteral Total, é fundamental monitorar e, se necessário, corrigir os níveis de fósforo, além de iniciar a oferta calórica de forma lenta e gradual para prevenir a queda drástica desse eletrólito.

Questão 26

O quadro clínico descreve um paciente jovem com instabilidade hemodinâmica grave (hipotensão arterial e taquicardia importante) associada a sinais de resposta inflamatória sistêmica/infecção (pico febril, calafrios e taquipneia) no pós-operatório de trauma abdominal. O ponto-chave para a resolução da questão reside no exame físico: extremidades quentes, enchimento capilar rápido e pele avermelhada.

Esses achados são patognomônicos do choque distributivo, cujo principal representante é o choque séptico em sua fase inicial, também chamada de fase hiperdinâmica ou choque quente. Diferentemente dos choques hipovolêmico,

cardiogênico e obstrutivo, nos quais há vasoconstrição e extremidades frias, no choque séptico ocorre uma intensa vasodilatação sistêmica mediada por citocinas inflamatórias.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O aumento da pressão arterial pulmonar não é um achado característico do estado hiperdinâmico do choque séptico. Pressões pulmonares elevadas seriam esperadas em situações de insuficiência cardíaca esquerda, estenose mitral ou tromboembolismo pulmonar agudo, o que não condiz com o quadro de vasodilatação periférica e pele quente apresentado.

b) Incorreta. No choque distributivo, a vasodilatação sistêmica e o aumento da permeabilidade capilar geram uma hipovolemia relativa e absoluta. Portanto, a tendência inicial é que a pressão venosa central (PVC) esteja baixa ou normal-baixa. O aumento da PVC é típico de choques em que há falência do ventrículo direito ou obstrução ao fluxo sanguíneo, como no tamponamento cardíaco ou no tromboembolismo pulmonar.

c) Incorreta. A redução da resistência vascular periférica (RVP) é a alteração hemodinâmica primária do choque séptico. O aumento da RVP é um mecanismo compensatório observado nos choques hipovolêmico e cardiogênico, nos quais o organismo promove vasoconstrição periférica para tentar manter a pressão arterial e desviar o fluxo sanguíneo para órgãos nobres, resultando em extremidades frias e enchimento capilar lento.

d) Correta. No choque séptico (fase hiperdinâmica), a queda da resistência vascular periférica é severa. Como resposta compensatória para tentar manter a perfusão tecidual e a pressão arterial média, o coração aumenta significativamente sua frequência e sua contratilidade. Esse aumento do trabalho cardíaco, associado à menor pós-carga (devido à vasodilatação), resulta em um débito cardíaco elevado. É exatamente esse alto fluxo sanguíneo na periferia que causa o aspecto avermelhado da pele, o calor nas extremidades e o tempo de enchimento capilar muito rápido (flash refill).

Questão 27

Análise Clínica do Caso:

O paciente em questão apresenta o que chamamos na medicina de sinais de alarme para neoplasia colorretal. Trata-se de um homem de 58 anos (faixa etária de risco) com mudança do hábito intestinal, perda ponderal involuntária (5 kg) e

hematoquezia (sangue nas fezes). Diante desse quadro, a principal suspeita diagnóstica é o câncer colorretal, e a investigação deve ser imediata e definitiva.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Não há qualquer indício no relato que sugira um transtorno alimentar primário. A perda de peso e os sintomas gastrointestinais em um paciente de 58 anos devem ser investigados obrigatoriamente como causa orgânica, preferencialmente oncológica, antes de qualquer consideração psiquiátrica.

Alternativa (b) Incorreta: O quadro é crônico (seis meses de evolução) e acompanhado de perda de peso, o que não condiz com uma infecção intestinal aguda que justificasse antibioticoterapia empírica. O uso de antibióticos sem diagnóstico retardaria a identificação de uma possível neoplasia.

Alternativa (c) Incorreta: A pesquisa de sangue oculto nas fezes é um método de rastreamento para pacientes assintomáticos. Como o paciente já apresenta sangue visível (sintomático) e outros sinais de alarme, esse exame é desnecessário e insuficiente. O aumento da ingestão de fibras é uma medida para constipação funcional, o que não se aplica a um caso com suspeita de malignidade.

Alternativa (d) Correta: A colonoscopia é o exame de escolha (padrão-ouro) para pacientes que apresentam sinais de alarme gastrointestinais na faixa etária acima de 45-50 anos. Ela permite a visualização direta de possíveis tumores ou pólipos, além da realização de biópsias para confirmação histopatológica. É a conduta que permite o diagnóstico definitivo e o estadiamento inicial do paciente.

Questão 28

O ponto central desta questão é a correlação entre a anemia falciforme e agentes etiológicos específicos na osteomielite. Em pacientes com doença falciforme, a asplenia funcional (decorrente de sucessivos infartos esplênicos) e os microinfartos na mucosa intestinal predispoem a infecções por patógenos específicos.

Alternativa a) Incorreta: O gênero *Bacteroides* compreende bactérias anaeróbias que fazem parte da flora intestinal normal e não estão tipicamente associadas à osteomielite hematogênica característica do paciente falciforme. Elas costumam aparecer em infecções por contiguidade, como em feridas de pé diabético ou úlceras de decúbito.

Alternativa b) Incorreta: Embora o *Haemophilus influenzae* seja um organismo encapsulado e o paciente falciforme tenha maior risco de sepse e meningite por

germes encapsulados devido à hipofunção do baço, ele não é um agente frequente de infecção óssea nessa população específica.

Alternativa c) Incorreta: A *Klebsiella* spp. é um patógeno gram-negativo comum em infecções hospitalares, respiratórias e urinárias. No entanto, não apresenta uma associação epidemiológica clássica ou um aumento de incidência específica de osteomielite no contexto da anemia falciforme.

Alternativa d) Correta: A *Salmonella* spp. é o agente clássico associado à osteomielite no paciente falciforme. Devido à vaso-oclusão e aos microinfartos no trato gastrointestinal, ocorre a translocação bacteriana da *Salmonella* para a corrente sanguínea. Como esses pacientes possuem áreas de infarto ósseo (que servem como nicho para colonização) e asplenia funcional (que reduz a depuração de bactérias), a *Salmonella* acaba causando osteomielite com uma frequência muito superior à observada na população geral. Vale ressaltar que, embora o *Staphylococcus aureus* também seja uma causa comum de osteomielite nestes pacientes, a *Salmonella* é o agente que mais se destaca pela maior frequência relativa em relação aos indivíduos sem a doença.

Questão 29

O tratamento não operatório (TNO) das lesões esplênicas tornou-se o padrão-ouro para pacientes estáveis, independentemente do grau da lesão na tomografia. No entanto, existem critérios rígidos para a sua indicação. Abaixo, analisamos as alternativas:

Alternativa (b) - CORRETA: A instabilidade hemodinâmica é a principal contraindicação ao tratamento conservador no trauma abdominal de órgãos sólidos. Se o paciente apresenta sinais de choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia persistente, má perfusão) que não respondem à reposição volêmica inicial, a intervenção cirúrgica imediata (laparotomia) é mandatória para o controle da hemorragia. O TNO exige, obrigatoriamente, que o paciente esteja estável para que possa ser monitorado com segurança.

Alternativa (a) - INCORRETA: Embora distúrbios hematológicos prévios (como coagulopatias ou doenças que afetam a função plaquetária) possam aumentar o risco de falha do tratamento conservador ou dificultar a hemostasia espontânea, eles não são uma contraindicação absoluta. O manejo pode ser tentado com a correção dos fatores de coagulação, desde que o paciente esteja estável.

Alternativa (c) - INCORRETA: A presença de lesões em outros órgãos sólidos (como uma lesão hepática concomitante) não contraindica o TNO. Na verdade, é comum

que múltiplos órgãos sólidos sejam manejados conservadoramente ao mesmo tempo. A contraindicação absoluta ocorreria se houvesse suspeita de lesão de víscera oca (como perfuração intestinal), o que exigiria cirurgia.

Alternativa (d) - INCORRETA: O paciente pediátrico é, historicamente, o melhor candidato ao tratamento não operatório. A taxa de sucesso do TNO em crianças é extremamente alta (superior a 90%), devido a características anatômicas e fisiológicas da própria cápsula esplênica e dos vasos nessa faixa etária. A preservação do baço em crianças é prioritária para evitar o risco de sepse pós-esplenectomia.

Questão 30

Para compreender a resolução desta questão, o ponto de partida fundamental é a atualização dos protocolos de atendimento ao trauma, especificamente o PHTLS (*Prehospital Trauma Life Support*) e o ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) em suas edições mais recentes. Atualmente, a sequência de prioridades no trauma é definida pelo mnemônico XABCDE.

A letra X (Exsanguinação) precede as demais letras porque uma hemorragia externa maciça pode levar o paciente a óbito por choque hipovolêmico em um tempo muito menor do que uma obstrução de via aérea ou um pneumotórax.

Análise das alternativas:

a) Correta. O paciente apresenta um sangramento arterial ativo em jato na região femoral. Esta é uma hemorragia exsanguinante (o "X" do protocolo). Sem o controle imediato desse sangramento (seja por compressão direta ou uso de torniquete), o paciente perderá volume sanguíneo crítico rapidamente, tornando inúteis as manobras subsequentes de ventilação ou intubação, pois não haverá sangue para transportar oxigênio. Portanto, controlar o sangramento femoral é a medida imediata mais importante.

b) Incorreta. O ferimento "soprante" no tórax sugere um pneumotórax aberto, que deve ser tratado na etapa B (*Breathing* - Respiração). Embora seja uma lesão grave, o tratamento imediato seria o curativo de três pontas e, posteriormente, a drenagem de tórax. Contudo, na hierarquia do trauma, a exsanguinação (X) vem antes da respiração (B).

c) Incorreta. A proteção das vias aéreas (letra A - *Airway*) é prioritária em muitos cenários, especialmente em pacientes torporosos com Glasgow baixo. No entanto, no trauma moderno, reconhece-se que um sangramento arterial femoral massivo mata

mais rápido que a perda da via aérea. Não se deve "ventilar um coração vazio"; primeiro estanca-se o sangramento grave para depois garantir a via aérea definitiva.

d) Incorreta. A reposição volêmica vigorosa faz parte da etapa C (*Circulation*). Realizar reposição volêmica sem antes controlar o sítio de sangramento ativo (o "X") é ineficaz, pois o fluido infundido sairá pelo ferimento arterial (fenômeno conhecido como "beber e derramar"). Além disso, o conceito atual privilegia a hipotensão permissiva e o controle da hemorragia antes de grandes volumes de cristaloides.

Em resumo, diante de um sangramento arterial em jato, a prioridade absoluta é o controle da hemorragia externa (X), antes mesmo de se abordar a via aérea (A) ou a respiração (B).

Questão 31

COMENTÁRIO TÉCNICO E FUNDAMENTAÇÃO ÉTICA

O atendimento de adolescentes desacompanhados na Atenção Primária é fundamentado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Código de Ética Médica. O conceito central aqui é a capacidade de discernimento, que é a habilidade do jovem de compreender sua condição de saúde e as consequências de suas decisões. Se o adolescente possui essa maturidade, ele tem direito à autonomia e ao sigilo profissional.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A - INCORRETA: O adolescente que possui discernimento tem o direito garantido de receber prescrições de métodos contraceptivos e de realizar exames de forma autônoma. Negar esses procedimentos apenas pela ausência dos pais cria barreiras ao acesso à saúde e viola o direito à privacidade e à proteção contra riscos biológicos (ISTs e gravidez indesejada).

Alternativa B - CORRETA: Esta alternativa resume os preceitos éticos vigentes. O médico deve acolher o paciente e avaliar sua autonomia progressiva. O sigilo profissional deve ser mantido para proteger a intimidade do adolescente e fortalecer o vínculo de confiança. A quebra de sigilo é uma exceção absoluta, reservada apenas para casos em que haja risco iminente de morte, dano grave à saúde do paciente ou de terceiros, ou em situações de abuso em que a revelação seja necessária para a proteção do menor.

Alternativa C - INCORRETA: O médico tem o dever de realizar o atendimento. Orientar que apenas os responsáveis podem autorizar consultas é uma conduta tecnicamente

errada e contrária às normas do Conselho Federal de Medicina (CFM). O adolescente tem o direito de buscar assistência médica por iniciativa própria.

Alternativa D - INCORRETA: O sigilo profissional é a regra, não a exceção. Afirmar que o sigilo não pode ser garantido ou que a comunicação aos pais é obrigatória fere o Código de Ética Médica. A confidencialidade é um direito do paciente adolescente com discernimento. A revelação aos pais sem consentimento do jovem, fora das situações de risco grave, constitui infração ética.

RESUMO PARA ESTUDO:

1. O adolescente com discernimento pode ser atendido, examinado e medicado desacompanhado.
2. O sigilo profissional é obrigatório e deve ser respeitado pelo médico.
3. A quebra de sigilo só ocorre em situações de justo motivo (risco de vida, dano grave ou dever legal).
4. O foco deve ser sempre a proteção integral e a promoção da saúde do adolescente.

Questão 32

A alternativa (c) é a correta.

Análise detalhada das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A anemia ferropriva é classicamente associada aos ancilostomídeos (*Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*), pois esses parasitas se fixam na mucosa do intestino delgado e consomem sangue do hospedeiro. O *Ascaris lumbricoides* consome nutrientes do quimo intestinal (podendo levar à desnutrição, mas não tipicamente anemia ferropriva isolada) e o *Enterobius vermicularis* habita a região cecal e perianal, não causando perda hemática significativa.

Alternativa B: Incorreta. Nem todos os geo-helminthos possuem as duas vias de penetração. O *Ascaris lumbricoides* e o *Trichuris trichiura* são adquiridos exclusivamente pela via oral (ingestão de ovos embrionados). Já os ancilostomídeos e o *Strongyloides stercoralis* têm a penetração cutânea como principal via (embora o *Ancylostoma duodenale* também possa ser adquirido por via oral).

Alternativa C: Correta. Esta alternativa lista os principais representantes dos nematódeos (nematelmintos) que parasitam o trato gastrointestinal humano. Todos os citados são vermes cilíndricos. Embora o *Enterobius vermicularis* seja

frequentemente classificado como um verme de transmissão direta (contagioso), ele é um nematelminto e muitas vezes é agrupado didaticamente com os geo-helmintos em questões de prova por compartilhar características biológicas próximas.

Alternativa D: Incorreta. O exame direto a fresco apresenta baixa sensibilidade, especialmente em infecções leves. Ele é útil principalmente para visualizar trofozoítos de protozoários em fezes diarreicas. Para o diagnóstico de helmintos, são necessários métodos de concentração (como o método de Hoffman, Lutz ou Ritchie) ou técnicas específicas, como o método de Kato-Katz (para quantificação de ovos), o método de Baermann-Moraes (específico para larvas de *Strongyloides stercoralis*) ou a fita adesiva/método de Graham (para *Enterobius vermicularis*).

Questão 33

Essa questão aborda o manejo da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) complicada por derrame pleural na infância. Vamos analisar cada alternativa para compreender a lógica diagnóstica e terapêutica:

Alternativa A (Correta): A ampicilina é considerada o tratamento de escolha para crianças hospitalizadas com pneumonia bacteriana não complicada e também para aquelas com derrame pleural parapneumônico em estágio inicial (simples), desde que o paciente apresente estabilidade clínica. O principal agente etiológico envolvido é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), que na maioria das regiões brasileiras ainda apresenta excelente sensibilidade à ampicilina e à penicilina cristalina. Se a criança estiver hemodinamicamente estável, o tratamento inicial focado no pneumococo é a conduta padrão recomendada pelas diretrizes nacionais e pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Alternativa B (Incorreta): A ultrassonografia de tórax é, na verdade, um excelente exame para a avaliação do espaço pleural em crianças. Ela apresenta sensibilidade superior à radiografia convencional para detectar pequenas quantidades de líquido, além de ser fundamental para diferenciar derrame livre de derrame loculado (com presença de septações e fibrina) e orientar a necessidade de procedimentos como a toracocentese ou a drenagem.

Alternativa C (Incorreta): Embora a vacina pneumocócica 10-valente (VPC10), presente no PNI, tenha reduzido drasticamente a incidência de pneumonia invasiva, ela não contempla todos os sorotipos causadores de complicações. Após a introdução da VPC10, observou-se um fenômeno de substituição de sorotipos, com destaque para o 19A e o 3 (que não estão na VPC10, mas estão na VPC13), que são frequentemente associados a casos mais graves e com formação de derrame pleural e empiema.

Alternativa D (Incorreta): A drenagem de tórax não é indicada de forma automática apenas pela idade ou pela presença de pneumonia bacteriana. A indicação de drenagem pleural (colocação de dreno de selo d'água) depende de critérios específicos: derrame volumoso com compressão pulmonar e desvio de mediastino, presença de pus na toracocentese (empiema franco), pH do líquido pleural inferior a 7,2, glicose abaixo de 40-60 mg/dL ou presença de bactérias no Gram ou na cultura do líquido. Derrames moderados em pacientes estáveis podem ser inicialmente manejados apenas com antibioticoterapia sistêmica e observação clínica rigorosa.

Resumo do caso: A criança apresenta critérios de gravidade (saturação de 88% e esforço respiratório), o que justifica a internação e a oxigenoterapia. O achado de derrame pleural moderado em uma criança estável permite o início de antibioticoterapia venosa com ampicilina, sendo esta a conduta mais adequada entre as opções apresentadas.

Questão 34

Esta questão aborda a conduta nutricional em um recém-nascido pré-termo extremo com diagnóstico de enterocolite necrosante (ECN) estágio II. A ECN é a emergência gastrointestinal mais comum e grave no período neonatal, e a escolha do alimento para a reintrodução da dieta é crucial para minimizar o risco de recorrência e favorecer a recuperação da mucosa intestinal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora as fórmulas infantis para prematuros sejam hipercalóricas, elas são consideradas um fator de risco para o desenvolvimento e a recorrência da ECN. Em comparação com o leite humano, a fórmula aumenta a permeabilidade intestinal, altera a microbiota (disbiose) e carece de fatores imunológicos e tróficos essenciais para a cicatrização da mucosa.

b) Incorreta. O leite de vaca integral (em pó ou fluido) é formalmente contraindicado para recém-nascidos, especialmente prematuros. Ele possui uma carga de solutos muito elevada para os rins imaturos, baixo teor de ácidos graxos essenciais, além de ser altamente alergênico e irritante para o trato gastrointestinal, podendo agravar o quadro inflamatório.

c) Incorreta. No estágio II da classificação de Bell (ECN moderada), o protocolo padrão geralmente envolve jejum e nutrição parenteral por 7 a 10 dias. No entanto, a alternativa sugere um "jejum prolongado" de pelo menos 14 dias como regra, o que não é mais o padrão absoluto. Atualmente, busca-se a reintrodução cautelosa da

dieta enteral assim que houver estabilização clínica e melhora dos sinais radiológicos, visando evitar as complicações da nutrição parenteral prolongada, como a colestase e infecções associadas ao cateter.

d) Correta. O leite humano (da própria mãe ou de banco de leite) é o padrão-ouro na nutrição do prematuro, especialmente após quadros de ECN. Ele contém componentes bioativos, como imunoglobulinas (IgA secretora), lactoferrina, oligossacarídeos e fatores de crescimento que protegem a barreira intestinal, modulam a resposta inflamatória e promovem a reparação tecidual. O uso de leite humano pasteurizado reduz significativamente a incidência e a severidade da enterocolite quando comparado ao uso de fórmulas.

Resumo da conduta: Após o período de repouso intestinal na ECN, a reintrodução da dieta deve ser feita de forma gradual e, obrigatoriamente, preferindo-se o leite humano para garantir a segurança e a recuperação do paciente.

Questão 35

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta a tríade clássica da crupe viral (laringotraqueobronquite): tosse rouca (laringite), estridor inspiratório e rouquidão, precedidos por pródromos catarrais e febre. O quadro clínico atual é classificado como moderado a grave devido ao estridor em repouso, retração de fúrcula moderada e redução da entrada de ar.

Alternativa A (Correta):

A agitação e o choro aumentam o esforço respiratório e a demanda por oxigênio. Em uma via aérea que já se encontra estreitada pelo edema subglótico, o aumento da turbulência do ar causada pelo choro intensifica a obstrução e piora o estridor. Por isso, uma das medidas fundamentais no manejo da crupe é manter a criança calma no colo dos pais, evitando procedimentos desnecessários que causem estresse.

Alternativa B (Incorreta):

O diagnóstico da crupe viral é eminentemente clínico. A radiografia cervical pode mostrar o sinal da ponta do lápis ou sinal do campanário (estreitamento da coluna de ar subglótica), mas esse achado não é necessário para o diagnóstico e nem sempre está presente. O exame de imagem deve ser reservado para casos de dúvida diagnóstica ou suspeita de outras patologias, como aspiração de corpo estranho ou epigloteite.

Alternativa C (Incorreta):

Os corticosteroides (como a dexametasona) são o padrão-ouro no tratamento da crupe viral, reduzindo o edema da mucosa laríngea. No entanto, nos casos de crupe

bacteriana (traqueíte bacteriana), o tratamento principal envolve antibioticoterapia venosa e, frequentemente, suporte ventilatório invasivo, pois a resposta aos corticoides e à adrenalina costuma ser pobre ou inexistente devido à presença de membranas purulentas e exsudato espesso na traqueia.

Alternativa D (Incorreta):

A presença de estridor em repouso, retração de fúrcula moderada e diminuição da entrada de ar indica uma obstrução significativa. Nesses casos (crupe moderada a grave), o tratamento imediato deve ser feito no pronto-socorro com nebulização com adrenalina (para efeito rápido de vasoconstrição e redução do edema) associada à dexametasona (via oral ou intramuscular). O paciente deve permanecer em observação hospitalar por pelo menos 2 a 4 horas para monitorar o efeito rebote da adrenalina, não sendo recomendado o tratamento puramente ambulatorial inicial.

Questão 36

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma criança de sete anos com sintomas típicos de arbovirose (febre, mialgia e artralgia). No entanto, o exame físico revela sinais de alerta fundamentais: hepatomegalia dolorosa (fígado a 3 cm do rebordo costal direito) e sangramento mucoso (gengivorragia). De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo da Dengue, a presença de sinais de alerta classifica o paciente no Grupo C.

A conduta para pacientes do Grupo C exige obrigatoriamente a internação hospitalar e o início imediato de hidratação venosa para prevenção de choque, além do controle de sintomas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora a hidratação seja a base do tratamento, pacientes com sinais de alerta (Grupo C) devem receber hidratação por via intravenosa, e não apenas oral. Além disso, a transfusão de plaquetas não é indicada de rotina na dengue, mesmo com sangramentos leves ou trombocitopenia isolada, sendo reservada para casos raríssimos de hemorragia grave com repercussão hemodinâmica.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta preconizada para o Grupo C. A hidratação venosa deve ser iniciada prontamente para estabilizar o paciente e evitar a progressão para as formas graves. A dipirona é um analgésico e antitérmico seguro e indicado para o controle da dor e da febre nesses casos.

Alternativa c) Incorreta. O uso de anti-inflamatórios não esteroides (como o ibuprofeno) e de salicilatos (como o ácido acetilsalicílico/Aspirina) é terminantemente contraindicado em casos suspeitos de dengue. Essas substâncias aumentam consideravelmente o risco de sangramentos por interferirem na função plaquetária e, no caso do ácido acetilsalicílico em crianças, há o risco de Síndrome de Reye.

Alternativa d) Incorreta. O paracetamol é um medicamento adequado para a dengue, porém a prednisona (corticoide) não tem indicação no tratamento da fase aguda da doença e não substitui a necessidade de hidratação venosa. O foco principal em pacientes do Grupo C deve ser a reposição volêmica imediata.

Questão 37

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão descreve um caso clínico clássico de uma criança com infecção cutânea (impetigo) que evolui com complicações sistêmicas, especificamente uma pneumonia, durante o uso de ampicilina. A chave para resolver o problema está em identificar o agente etiológico que frequentemente causa infecções de pele e tem a capacidade de causar pneumonias graves e rapidamente progressivas, além de notar que o paciente não respondeu à ampicilina.

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO:

O impetigo é causado principalmente por dois agentes: *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A). No entanto, o *Staphylococcus aureus* é o principal responsável pelo impetigo bolhoso e é um agente conhecido por causar pneumonia grave por via hematogênica ou após infecções cutâneas. O fato de o paciente ter piorado em uso de ampicilina sugere que o agente seja produtor de beta-lactamase (penicilinase), o que é característico de quase 100% das cepas de *S. aureus*, tornando-as resistentes a aminopenicilinas puras como a ampicilina.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. O *Haemophilus influenzae* do tipo B (Hib) teve sua incidência drasticamente reduzida após a vacinação universal. Ele costumava causar pneumonias e epiglotites, mas não é um agente relacionado ao impetigo. Além disso, se fosse uma cepa produtora de beta-lactamase, a amoxicilina isolada também não seria eficaz.

b) Correta. O *Staphylococcus aureus* é o agente mais comum de impetigo na infância atual. Ele é conhecido por causar pneumonias estafilocócicas, que são quadros

graves, muitas vezes acompanhados de derrame pleural, pneumatoceles e rápida piora clínica. Como a maioria das cepas de *S. aureus* produz penicilinase, o tratamento de escolha para casos que necessitam de internação e cobertura para MSSA (*Staphylococcus aureus* sensível à meticilina) é a oxacilina, uma penicilina resistente à penicilinase.

c) Incorreta. Embora o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) seja a causa mais comum de pneumonia bacteriana na infância, ele não é um agente de impetigo. Além disso, a cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração de uso oral, não sendo o tratamento de escolha para um quadro de pneumonia com piora clínica em ambiente hospitalar.

d) Incorreta. O *Streptococcus pyogenes* causa impetigo, mas sua associação com pneumonia é menos frequente que a do *S. aureus* neste contexto de rápida progressão a partir de foco cutâneo. Além disso, a gentamicina é um aminoglicosídeo com excelente ação contra bacilos Gram-negativos, mas possui baixíssima atividade contra estreptococos em monoterapia, não sendo o tratamento indicado.

CONCLUSÃO:

O diagnóstico é de impetigo estafilocócico com provável disseminação ou complicação pulmonar (pneumonia estafilocócica). A resistência à ampicilina corrobora a presença do *Staphylococcus aureus*, e a oxacilina é o tratamento hospitalar adequado para esse patógeno.

Questão 38

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO:

O caso apresenta um lactente de sete meses com sintomas gastrointestinais (diarreia, distensão abdominal e déficit ponderal) que se iniciaram há dois meses. O ponto crucial para o diagnóstico é a cronologia: os sintomas começaram logo após a introdução da fórmula infantil à base de leite de vaca (aos quatro meses de idade) e um mês antes da introdução do glúten (que ocorreu aos seis meses). Portanto, a principal hipótese diagnóstica é a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), e não a Doença Celíaca, visto que o quadro clínico já estava presente antes do contato com o glúten.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

O diagnóstico da APLV, especialmente nas formas não mediadas por IgE (comuns em quadros puramente gastrointestinais como este), baseia-se na exclusão diagnóstica. O padrão-ouro consiste na retirada total da proteína do leite de vaca da dieta por um período de duas a quatro semanas (dieta de exclusão). Se houver melhora dos sintomas, deve-se realizar o Teste de Provocação Oral (TPO), que consiste na

reintrodução orientada do leite para observar se os sintomas reaparecem, confirmando assim o diagnóstico.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Bebidas vegetais como arroz, aveia e amêndoas são nutricionalmente incompletas e inadequadas para lactentes, podendo levar a graves deficiências nutricionais. O substituto adequado para o leite de vaca em lactentes com APLV deve ser uma fórmula extensamente hidrolisada ou de aminoácidos.

Alternativa (b): Não se deve retirar o glúten da dieta sem uma forte suspeita de Doença Celíaca, pois a exclusão dificulta o diagnóstico posterior. Além disso, fórmulas à base de aminoácidos são isentas de lactose, e a dieta de exclusão para APLV foca na proteína, não necessariamente na retirada do glúten, que neste caso foi introduzido após o início dos sintomas.

Alternativa (d): Embora a dosagem de IgA e antitransglutaminase seja usada para investigar Doença Celíaca e o teste de IgE para APLV mediada por IgE, a cronologia clínica aponta fortemente para APLV não mediada por IgE (onde o teste de IgE costuma ser negativo). O diagnóstico inicial e manejo da APLV são fundamentalmente clínicos, através da exclusão e provocação, tornando os exames laboratoriais secundários neste momento inicial. Além disso, a Doença Celíaca é menos provável por conta do início dos sintomas antes da exposição ao glúten.

Questão 39

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descreve um pré-escolar com olhos vermelhos e, fundamentalmente, secreção amarelada abundante e adesão das pálpebras ao acordar (olhos grudados). Esses sinais são os principais marcos diferenciais para o diagnóstico das conjuntivites na infância. A ausência de dor intensa, fotofobia ou trauma exclui causas graves de acometimento do globo ocular, como uveítes ou ceratites.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A conjuntivite alérgica apresenta-se tipicamente com prurido (coceira) ocular intenso como sintoma predominante. A secreção costuma ser clara e mucoide (aspecto de fio), e não purulenta/amarelada. Além disso, o tratamento principal seria com colírios anti-histamínicos ou estabilizadores de mastócitos, e não antibióticos.

Alternativa (b) Correta: O diagnóstico de conjuntivite bacteriana é clínico e baseia-se na presença de secreção purulenta ou mucopurulenta e no relato de pálpebras coladas pela manhã. Em crianças que frequentam creches, a transmissão é comum. O tratamento envolve medidas de higiene (limpeza com soro fisiológico) e o uso de antibióticos tópicos (como tobramicina, polimixina com trimetoprima ou quinolonas) para acelerar a cura clínica, reduzir a disseminação do agente e permitir o retorno precoce à escola.

Alternativa (c) Incorreta: A conjuntivite viral é muito comum e altamente contagiosa, mas sua secreção é tipicamente serosa (aquosa/fluida) e não purulenta. Embora a conduta de suporte (higiene e observação) seja correta para a etiologia viral, a apresentação clínica deste paciente, com secreção amarelada e abundante, aponta fortemente para a etiologia bacteriana.

Alternativa (d) Incorreta: A uveíte aguda é uma inflamação intraocular que cursa com dor ocular profunda, fotofobia importante, congestão ciliar e, muitas vezes, redução da acuidade visual. Ela não apresenta secreção purulenta. O caso clínico deixa claro que a criança tem apenas leve desconforto e não tem fotofobia, o que afasta essa hipótese de urgência.

Conclusão: A característica da secreção é o fator decisivo. Secreção purulenta em criança aponta para conjuntivite bacteriana, sendo a prescrição de antibiótico tópico a conduta adequada para o manejo clínico e controle epidemiológico.

Questão 40

Para diferenciar a Síndrome Nefrótica da Glomerulonefrite Aguda (Síndrome Nefrítica), é fundamental analisar os achados laboratoriais e a intensidade das manifestações.

Análise das alternativas:

a) A idade e o sexo da paciente: Incorreta. Embora a Doença de Lesões Mínimas (causa mais comum de síndrome nefrótica em pediatria) tenha um pico de incidência entre 2 e 6 anos, essa faixa etária também é extremamente comum para a Glomerulonefrite Difusa Aguda (como a pós-estreptocócica). O sexo da paciente não é um fator determinante para distinguir as duas síndromes nessa idade.

b) A presença de hematúria microscópica: Incorreta. A hematúria é o marco clássico da Síndrome Nefrítica (glomerulonefrite aguda). Embora possa ocorrer hematúria microscópica em cerca de 20% a 30% dos casos de Síndrome Nefrótica por lesões

mínimas, ela não é um achado que "indica" síndrome nefrótica; pelo contrário, sua presença costuma direcionar o raciocínio inicial para um quadro nefrítico.

c) O edema como manifestação clínica principal: Incorreta. O edema é o sinal clínico mais evidente em ambas as patologias. Na Síndrome Nefrótica, ele costuma ser mais intenso e generalizado (podendo chegar à anasarca) devido à queda da pressão oncótica, enquanto na glomerulonefrite ele decorre principalmente da retenção de sódio e água. Como está presente em ambas, não é o achado mais específico para diferenciar as duas condições.

d) O grau da proteinúria apresentado: Correta. Esta é a característica definidora da Síndrome Nefrótica. Para ser classificada como nefrótica, a proteinúria deve ser maciça (geralmente acima de 50 mg/kg/dia ou uma relação proteína/creatinina urinária acima de 2,0). O enunciado descreve urina espumosa e proteinúria de 3+, que resultou em hipoalbuminemia significativa (2,4 g/dL). Na glomerulonefrite aguda, a proteinúria costuma ser leve a moderada (faixa não nefrótica). Portanto, a intensidade da perda proteica é o que melhor caracteriza a síndrome nefrótica neste cenário.

Resumo do raciocínio:

A Síndrome Nefrótica é definida pela tríade de proteinúria maciça, hipoalbuminemia e edema. A descrição de urina espumosa e a queda da albumina sérica para 2,4 g/dL, motivadas por uma proteinúria de 3+, confirmam que o grau da proteinúria é o elemento que define o diagnóstico nefrótico nesta questão.

Questão 41

O quadro clínico descrito é clássico de Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI) na infância. Trata-se de uma criança previamente hígida, com história recente de infecção viral, que apresenta sangramento cutâneo isolado (petéquias e equimoses), bom estado geral e plaquetopenia isolada no hemograma, sem alterações nas outras linhagens celulares.

Na PTI pediátrica, o foco do tratamento não é o valor absoluto das plaquetas, mas sim a presença e a gravidade dos sintomas hemorrágicos.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A imunoglobulina humana intravenosa (IVIG) é uma opção de tratamento eficaz para elevar rapidamente os níveis de plaquetas, porém é reservada para casos com sangramentos mucosos (púrpura úmida) ou sangramentos graves. Em pacientes com manifestações apenas cutâneas, o uso de IVIG não é a

conduta inicial mandatória, devido aos custos e efeitos colaterais.

b) Incorreta. A corticoterapia (como a prednisolona) é uma opção terapêutica para PTI, mas, assim como a IVIG, é indicada prioritariamente em casos de sangramento persistente ou quando há necessidade de elevar as plaquetas por risco hemorrágico aumentado. Além disso, na PTI típica da infância, a internação hospitalar para observação nem sempre é necessária se os pais forem bem orientados e o paciente estiver estável.

c) Correta. De acordo com os consensos atuais (como o da Sociedade Brasileira de Pediatria e o da American Society of Hematology), a conduta inicial para crianças com PTI que apresentam apenas sintomas cutâneos (petéquias e equimoses), independentemente da contagem de plaquetas, é a observação clínica e conduta expectante. A maioria dos casos na infância é autolimitada e regride espontaneamente. As orientações sobre evitar esportes de contato e monitorar sinais de alerta (sangramentos em mucosas, hematúria, sangramento gastrointestinal) são fundamentais.

d) Incorreta. A transfusão de plaquetas é raramente indicada na PTI, pois os anticorpos presentes no paciente destruirão as plaquetas transfundidas rapidamente; ela é reservada apenas para hemorragias com risco de morte. O aspirado de medula óssea não é necessário em casos típicos (plaquetopenia isolada, exame físico normal e ausência de sintomas constitucionais). Ele seria solicitado apenas se houvesse dúvidas diagnósticas, como suspeita de leucemia (presença de blastos, anemia ou leucopenia associadas).

Questão 42

A sepse neonatal de início precoce é aquela que se manifesta nas primeiras 48 a 72 horas de vida, sendo decorrente de microrganismos adquiridos no período anteparto ou intraparto (transmissão vertical). Para identificar corretamente a questão, é fundamental diferenciar o que é fator de risco, o que é sinal clínico e o que é achado laboratorial.

Alternativa (a): Correta. A febre materna no período periparto (geralmente definida como temperatura axilar maior ou igual a 38 °C) é um dos critérios clássicos e mais importantes de risco para sepse neonatal precoce. A febre é um sinal cardinal de corioamnionite ou infecção intra-amniótica, indicando que o ambiente uterino pode estar contaminado, facilitando a infecção do feto por patógenos como o **Streptococcus agalactiae** (Grupo B) e a **Escherichia coli**.

Alternativa (b): Incorreta. A leucocitose com desvio à esquerda é um achado

laboratorial (marcador inflamatório). Ela ajuda a corroborar o diagnóstico de sepse quando o quadro já está em curso, mas não é um fator que predispõe o recém-nascido a desenvolver a infecção. Vale lembrar que o hemograma isolado tem baixo valor preditivo positivo para sepse neonatal.

Alternativa (c): Incorreta. A recusa alimentar e a irritabilidade são sinais e sintomas clínicos de sepse no recém-nascido. Como os sintomas neonatais são frequentemente inespecíficos, essas alterações alertam o pediatra para a possibilidade de infecção, mas representam a manifestação da doença e não o seu fator de risco originário.

Alternativa (d): Incorreta. O parto vaginal é uma via de nascimento fisiológica. Embora a transmissão vertical ocorra frequentemente durante a passagem pelo canal de parto, o parto vaginal por si só não é considerado fator de risco. O risco surge de condições patológicas associadas ao parto, como o trabalho de parto prematuro, a rotura prolongada de membranas (superior a 18 horas) ou a colonização materna por patógenos específicos sem a devida profilaxia.

Em resumo, a febre materna é o gatilho epidemiológico que, somado aos sinais clínicos e laboratoriais apresentados pelo recém-nascido, define o alto risco e a necessidade de intervenção imediata para sepse neonatal precoce.

Questão 43

Análise do caso clínico: O lactente de quatro meses apresenta sinais de desconforto respiratório agudo, com taquipneia, crepitações e retrações intercostais e subcostais. Esse quadro é altamente sugestivo de uma infecção respiratória viral baixa, sendo a Bronquiolite Viral Aguda a principal hipótese diagnóstica, podendo também ser classificado como uma pneumonia viral.

Alternativa a (Correta): Esta alternativa aborda uma inovação recente na imunologia pediátrica. A vacina contra o Vírus Respiratório Sincicial (VRS), conhecida comercialmente como Abrysvo, foi aprovada para administração em gestantes (geralmente entre a 24ª e 36ª semana de gestação). O fundamento dessa estratégia é a imunização passiva: a mãe produz anticorpos IgG que atravessam a barreira placentária e protegem o recém-nascido e o lactente jovem nos primeiros meses de vida contra formas graves de doença respiratória causadas pelo VRS, que é o patógeno mais comum e perigoso nesta faixa etária.

Alternativa b (Incorreta): A vacina contra a Influenza não está indicada para um lactente de quatro meses. Segundo o Calendário Nacional de Vacinação e as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, a vacina contra a gripe deve ser

iniciada apenas a partir dos seis meses de idade.

Alternativa c (Incorreta): A vacinação contra a Covid-19 para crianças a partir de seis meses de idade foi incorporada ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) de forma universal para toda a faixa etária de seis meses a menores de cinco anos. Não há restrição apenas para grupos de risco; todas as crianças nessa idade devem ser vacinadas conforme o esquema vigente.

Alternativa d (Incorreta): Embora o quadro seja sugestivo de uma pneumonia viral ou bronquiolite, a principal etiologia viral em lactentes desta idade é, de longe, o Vírus Respiratório Sincicial (VRS), e não o vírus Influenza. O VRS é responsável pela vasta maioria dos casos de sibilância e desconforto respiratório em menores de dois anos.

Questão 44

A questão aborda o manejo inicial de uma criança de quatro anos com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). O foco do tratamento contemporâneo, seguindo as diretrizes da Academia Americana de Pediatria (AAP), do NICE e as definições do DSM-5, baseia-se na precocidade e na abrangência das intervenções.

Alternativa A: Incorreta. Embora a terapia fonoaudiológica seja um componente fundamental do tratamento multimodal para abordar os atrasos de linguagem, o TEA não é apenas um transtorno de fala. Ele envolve déficits na interação social e padrões de comportamento repetitivos. Focar exclusivamente na linguagem negligencia os outros pilares do diagnóstico que necessitam de intervenção simultânea.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta padrão-ouro recomendada por guidelines internacionais. A intervenção precoce utiliza a neuroplasticidade da criança para melhorar o prognóstico funcional. Terapias comportamentais estruturadas (como ABA, Modelo Denver, entre outras) visam desenvolver habilidades sociais, de comunicação e de vida diária. O treinamento parental é um pilar essencial, pois capacita os cuidadores a mediar o aprendizado e aplicar estratégias no ambiente natural da criança, aumentando a intensidade e a eficácia do tratamento.

Alternativa C: Incorreta. O uso de psicofármacos como a risperidona no TEA é indicado para o tratamento de sintomas desafiadores específicos, como irritabilidade severa, agressividade ou automutilação, quando estes não respondem às intervenções comportamentais e ambientais. Não deve ser a conduta inicial de primeira linha, especialmente em uma criança sem comorbidades graves descritas. A psicoterapia individual de apoio também não é a modalidade de intervenção de escolha para os sintomas nucleares do TEA nessa faixa etária.

Alternativa D: Incorreta. A ausência de deficiência intelectual (antigamente referida como autismo de alto funcionamento) não é motivo para adiar o tratamento. As dificuldades de socialização e a rigidez comportamental persistem e podem gerar prejuízos significativos ao longo do desenvolvimento se não forem manejadas precocemente. A recomendação atual é de intervenção imediata após a suspeita ou diagnóstico, independentemente do quociente de inteligência (QI).

Questão 45

Para compreender essa questão, primeiro precisamos definir os critérios de crise convulsiva febril. Ela ocorre em crianças entre 6 meses e 5 anos de idade, associada a febre, na ausência de infecção do sistema nervoso central ou desequilíbrios metabólicos.

A crise febril é classificada em dois tipos principais:

1. Simples: É uma crise generalizada, com duração inferior a 15 minutos e que não se repete em um período de 24 horas.
2. Complexa: Apresenta pelo menos uma das seguintes características: início focal, duração superior a 15 minutos ou recorrência (mais de um episódio) no mesmo período febril ou dentro de 24 horas.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): A questão descreve um lactente de sete meses com febre e dois episódios de convulsão. O fato de a crise ter sido focal e de ter ocorrido mais de um episódio em menos de 24 horas classifica o quadro, obrigatoriamente, como crise febril complexa. Portanto, este é o diagnóstico mais provável.

Alternativa B (Incorreta): Embora a duração tenha sido curta (5 minutos), o caráter focal e a repetição das crises impedem a classificação como crise febril simples. Na crise simples, a manifestação deve ser obrigatoriamente generalizada e única.

Alternativa C (Incorreta): A epilepsia é definida por crises convulsivas recorrentes e não provocadas. No caso relatado, existe um fator desencadeante claro, que é a febre decorrente da otite média aguda. Crises febris isoladas não definem um diagnóstico de epilepsia.

Alternativa D (Incorreta): O exame do líquido cefalorraquidiano (líquor) afasta essa hipótese. Os valores apresentados estão dentro da normalidade para a faixa etária: a

celularidade é baixa (4 leucócitos/mm³), o diferencial é de linfócitos (sem pleocitose neutrofílica), a glicose está normal (cerca de 2/3 da glicemia capilar) e as proteínas estão em níveis fisiológicos. Em uma meningite bacteriana, esperaríamos aumento de células (predomínio de neutrófilos), queda da glicose e aumento da proteína.

Questão 46

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta uma adolescente de 16 anos com amenorreia primária. Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Desenvolvimento mamário presente (M4): Indica que houve ação de estrogênio no organismo.
2. Pilificação pubiana e axilar escassa/ausente (P2): Este é o sinal patognomônico para pensar em insensibilidade androgênica. Em uma paciente 46,XX com desenvolvimento mamário normal, espera-se pilificação normal (estimulada pelos androgênios adrenais e ovarianos). A ausência de pelos sugere que os receptores de androgênio não estão funcionando.
3. Massas em região inguinal: Em uma paciente com fenótipo feminino e amenorreia, a presença de massas móveis e firmes nos canais inguinais sugere fortemente a presença de testículos que não desceram.
4. Estatura elevada: Pacientes com Síndrome de Insensibilidade Androgênica Completa (46,XY) tendem a ser mais altas que a média feminina devido à presença do cromossomo Y.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

- a) **INCORRETA.** Na Agenesia Mülleriana (Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser), a paciente é 46,XX. Ela possui ovários funcionantes e glândulas adrenais normais, portanto, a pilificação axilar e pubiana é normal e compatível com o desenvolvimento das mamas (o que não ocorre no caso descrito). Além disso, não há presença de massas inguinais (testículos).
- b) **INCORRETA.** Na Disgenesia Gonadal Pura (Síndrome de Swyer), a paciente possui cariótipo 46,XY, mas as gônadas são em fita e não produzem hormônios. Como não há produção de estrogênio (nem por produção direta, nem por conversão periférica), a paciente apresentaria infantilismo sexual (mamas M1), o que contraria o estágio M4 descrito.
- c) **INCORRETA.** A Hiperplasia Adrenal Congênita não clássica costuma cursar com sinais de excesso de androgênios, como hirsutismo (excesso de pelos), acne e

irregularidade menstrual ou puberdade precoce, e não com ausência de pelos e amenorreia primária com massas inguinais.

d) CORRETA. A Síndrome de Insensibilidade Androgênica Completa (antigamente chamada de Síndrome de Morris) explica todos os achados: o cariótipo é 46,XY e os testículos produzem testosterona, mas o corpo não responde a esse hormônio. A testosterona é convertida periféricamente em estrogênio, gerando o desenvolvimento das mamas (M4). Como não há resposta aos androgênios, não há crescimento de pelos (P2). Os testículos frequentemente são encontrados nos canais inguinais. A propedêutica inicial correta envolve a ultrassonografia para confirmar a ausência de útero (já que o hormônio antimülleriano produzido pelos testículos impede a formação das estruturas müllerianas) e caracterizar as massas inguinais como testículos. O diagnóstico definitivo é feito pelo cariótipo.

Questão 47

Esta questão aborda o manejo clínico e os benefícios do aleitamento materno, um tema recorrente em provas de residência devido à sua importância na saúde pública e na assistência pré-natal e puerperal.

Alternativa a: Incorreta. A técnica adequada de amamentação, que envolve o posicionamento correto da dupla mãe-bebê e uma pega profunda, é justamente o principal fator preventivo para as fissuras mamilares e para o ingurgitamento mamário. A pega incorreta costuma causar trauma no mamilo e dificultar o esvaziamento efetivo da mama, levando à estase do leite e consequente ingurgitamento.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa resume com precisão os múltiplos benefícios do aleitamento materno. Para a mulher, a amamentação estimula a liberação de ocitocina, que promove a involução uterina e reduz o sangramento pós-parto, além de estar associada a menores taxas de depressão puerperal. Para a criança, o leite materno protege contra infecções (respiratórias e gastrointestinais), reduz a incidência de asma e obesidade a longo prazo, e é um fator protetor comprovado contra a Síndrome da Morte Súbita do Lactente.

Alternativa c: Incorreta. O contato pele a pele precoce e prolongado não é contraindicado para prematuros; pelo contrário, ele é a base do Método Canguru. Desde que o recém-nascido pré-termo esteja clinicamente estável, o contato pele a pele é altamente recomendado para auxiliar na termorregulação, no ganho de peso, na estabilidade fisiológica e no fortalecimento do vínculo, facilitando o início da amamentação assim que possível.

Alternativa d: Incorreta. Embora a primeira parte da frase sobre a composição nutricional do leite esteja correta, a afirmação sobre o colostro está errada. O colostro, produzido nos primeiros dias após o parto, é extremamente rico em anticorpos (especialmente a Imunoglobulina A secretora - IgA), sendo considerado a primeira vacina do bebê por conferir imunidade passiva imediata e proteção contra patógenos neonatais.

Resumo do tema: O aconselhamento em amamentação deve enfatizar que o leite materno é o alimento padrão-ouro até os 6 meses de forma exclusiva e até os 2 anos ou mais de forma complementar, trazendo vantagens metabólicas, imunológicas e psicológicas para o binômio.

Questão 48

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito apresenta os sinais e sintomas clássicos de candidíase vulvovaginal (CVV): prurido intenso, dispareunia (dor na relação sexual), corrimento esbranquiçado e grumoso (aspecto de leite coalhado) e hiperemia vulvar. O ponto fundamental para a resolução da questão é a frequência dos sintomas: a paciente refere quatro episódios em um ano. Por definição, a ocorrência de quatro ou mais episódios de candidíase em um período de 12 meses caracteriza a candidíase vulvovaginal recorrente (CVVR).

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA

A alternativa C identifica corretamente o diagnóstico de candidíase vulvovaginal recorrente. Em casos de recorrência, é mandatória a realização de cultura de secreção vaginal para identificação da espécie de *Candida*, pois espécies não albicans (como a *Candida glabrata*) são mais resistentes aos tratamentos convencionais e estão frequentemente associadas a casos recidivantes. Quanto ao manejo, o protocolo padrão envolve uma fase de indução terapêutica seguida por um esquema de manutenção prolongado, sendo o uso de fluconazol oral semanal por seis meses a estratégia mais eficaz e recomendada pelos consensos de ginecologia para evitar novas recidivas.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa A: Embora a candidíase recorrente seja considerada uma forma de candidíase complicada, o termo clínico mais específico para a frequência relatada é candidíase recorrente. O tratamento com miconazol tópico por apenas sete dias é insuficiente para tratar a recorrência, pois não contempla a fase de manutenção

necessária para evitar que o quadro retorne após algumas semanas.

Alternativa B: O ácido bórico por 14 dias é uma alternativa terapêutica geralmente reservada para casos confirmados de espécies não albicans (como *C. glabrata*) que apresentam resistência aos azóis. Não é a primeira escolha para o manejo inicial da recorrência antes da identificação da espécie por cultura, e a alternativa falha ao não mencionar o tratamento de manutenção de longo prazo.

Alternativa D: O diagnóstico está correto, porém o tempo de tratamento proposto (sete dias de fluconazol oral) é inadequado para o perfil de recorrência. O sucesso no controle da CVVR depende da manutenção por seis meses. Além disso, a cultura vaginal é o método padrão-ouro e de melhor custo-benefício para identificação de espécies na prática clínica, em detrimento de testes moleculares.

Questão 49

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma gestante saudável de 28 semanas (terceiro trimestre) com queixas clássicas de edema de membros inferiores ao final do dia e polaciúria (aumento da frequência urinária). Ambos os achados são considerados fisiológicos nesta fase da gestação, desde que os níveis pressóricos e os parâmetros laboratoriais estejam normais, como é o caso da paciente (PA 110 x 75 mmHg).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. O crescimento do útero de fato exerce uma compressão mecânica sobre a bexiga, porém isso causa uma REDUÇÃO da sua capacidade volumétrica, e não um aumento. Com a capacidade reduzida, a bexiga atinge o limite de distensão com volumes menores de urina, levando ao aumento da frequência miccional.

Alternativa b) INCORRETA. Na gestação normal, as alterações cardiovasculares são marcadas pela redução da resistência vascular sistêmica (vasodilatação) e pelo aumento do débito cardíaco (que aumenta entre 30% e 50%). O tônus vascular generalizado diminui por influência hormonal (principalmente progesterona e óxido nítrico) para acomodar o maior volume plasmático.

Alternativa c) CORRETA. Desde o início da gestação, ocorre um aumento significativo do fluxo plasmático renal e, conseqüentemente, da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), que chega a ser 50% superior aos níveis pré-gravídicos. Esse aumento da filtração, somado à queda da resistência vascular sistêmica, é o principal mecanismo fisiológico que explica o aumento da diurese e da frequência urinária relatados pela

paciente.

Alternativa d) INCORRETA. O edema de membros inferiores na gestante ocorre principalmente devido à compressão da VEIA CAVA INFERIOR e das VEIAS ILÍACAS pelo útero gravídico. Essa compressão mecânica dificulta o retorno venoso proveniente das pernas, aumentando a pressão hidrostática capilar e favorecendo o extravasamento de líquido para o espaço intersticial. A alternativa cita incorretamente a "veia uterina" como a causa desse bloqueio ao retorno venoso.

Questão 50

O diagnóstico de Mola Hidatiforme Completa exige um seguimento pós-molar rigoroso para detectar precocemente a evolução para Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG), que ocorre em cerca de 15% a 20% dos casos de mola completa. O pilar desse acompanhamento é a vigilância bioquímica e a prevenção de uma nova gravidez.

Alternativa a: Incorreta. O seguimento com β -hCG está correto, mas a solicitação de ultrassonografia endovaginal imediata não é a conduta de rotina para todas as pacientes assintomáticas. A ultrassonografia é indicada apenas se houver suspeita de esvaziamento incompleto, sangramento persistente ou se os níveis de β -hCG pararem de cair (platô) ou subirem.

Alternativa b: Incorreta. Tomografias de tórax e pelve são exames de estadiamento utilizados apenas após o diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (malignização). No momento atual, a paciente tem um diagnóstico de mola benigna em acompanhamento, tornando esses exames desnecessários e excessivos.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve exatamente o protocolo de seguimento recomendado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pelas diretrizes brasileiras. A dosagem de β -hCG deve ser semanal até que se obtenham três valores negativos consecutivos. Depois, o acompanhamento segue mensal (geralmente por 6 meses para mola completa). A anticoncepção é fundamental e deve ser iniciada imediatamente, pois uma nova gestação elevaria o β -hCG e impediria o médico de saber se o aumento é pela gravidez ou pela persistência da doença (NTG).

Alternativa d: Incorreta. A radiografia de tórax é o exame inicial para rastreamento de metástases pulmonares na doença trofoblástica, mas sua indicação protocolar ocorre no momento do diagnóstico do esvaziamento (para fins de base) ou se houver diagnóstico de NTG pela curva de β -hCG. Solicitar apenas o raio X sem garantir o controle do hCG e a contracepção é uma conduta incompleta e inadequada para o

seguimento padrão.

Questão 51

Para definir a conduta mais adequada para esta paciente, o primeiro passo é realizar o estadiamento clínico e patológico. De acordo com a classificação FIGO (2018), uma lesão com profundidade de invasão estromal de 4 mm é classificada como estágio IA2 (invasão maior que 3 mm e menor ou igual a 5 mm). O fato de o tumor apresentar 1,5 cm de diâmetro, margens exíguas na conização prévia e a paciente possuir forte desejo reprodutivo direciona o tratamento para a preservação da fertilidade com segurança oncológica.

Alternativa a) Incorreta. Embora a paciente precise de uma ampliação de margens devido ao resultado da conização anterior (margens exíguas), o estágio IA2 exige obrigatoriamente a avaliação dos linfonodos pélvicos. O risco de metástase linfonodal nesse estágio gira em torno de 1% a 5%, o que torna a conduta de não abordar os linfonodos tecnicamente incompleta e insegura.

Alternativa b) Incorreta. A quimioterapia neoadjuvante é uma estratégia experimental e excepcional, considerada apenas para tumores maiores (geralmente acima de 2 cm) em pacientes que desejam preservar a fertilidade e que não seriam candidatas imediatas a uma traquelectomia. Não se aplica a este caso, no qual o tumor tem 1,5 cm e é passível de tratamento cirúrgico primário.

Alternativa c) Incorreta. A traquelectomia radical envolve a retirada do colo uterino e dos paramétrios. Historicamente, era o padrão para o estágio IB1. No entanto, para tumores de baixo risco (tamanho menor que 2 cm, invasão estromal menor que 10 mm e ausência de invasão linfovascular), estudos recentes, como o SHAPE, demonstraram que a cirurgia radical não oferece vantagem de sobrevida em relação à cirurgia simples, mas aumenta significativamente as complicações e a morbidade reprodutiva.

Alternativa d) Correta. A traquelectomia simples consiste na retirada do colo uterino (mantendo os paramétrios e o corpo do útero). É a conduta mais adequada para pacientes com estágio IA2 ou IB1 inicial que possuem critérios de baixo risco: lesão menor que 2 cm e ausência de invasão do espaço linfovascular (LVSI), como no caso descrito. A distância de 1 cm para o orifício cervical interno permite a execução técnica segura do procedimento. A avaliação linfonodal (por pesquisa de linfonodo sentinela ou linfadenectomia pélvica) é o componente obrigatório que garante a segurança oncológica da preservação uterina.

Questão 52

Alternativa (a) Incorreta: As novas diretrizes brasileiras e as evidências internacionais demonstram que o teste de DNA-HPV isolado é suficiente como rastreamento primário. A associação com a citologia (coteste) aumenta a complexidade e os custos do rastreio sem oferecer um ganho proporcional de sensibilidade que justifique sua aplicação rotineira, além de aumentar as taxas de encaminhamentos desnecessários para colposcopia devido a resultados falso-positivos.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de testes moleculares tem impacto direto na redução da mortalidade. Ao apresentar maior sensibilidade que a citologia convencional, o teste de HPV detecta lesões precursoras com maior antecedência e precisão. O tratamento precoce dessas lesões impede a progressão para o câncer invasivo, reduzindo tanto a incidência quanto o número de mortes pela doença.

Alternativa (c) Incorreta: A genotipagem, especialmente para os tipos 16 e 18, é uma ferramenta fundamental nos testes moleculares modernos. Testes de PCR com genotipagem são superiores aos testes de hibridização simples porque permitem estratificar o risco da paciente. Sabendo que os tipos 16 e 18 são responsáveis pela maioria dos casos de câncer, a conduta clínica torna-se muito mais específica e segura do que em testes que apenas indicam a presença de qualquer HPV de alto risco sem diferenciá-los.

Alternativa (d) Correta: O grande diferencial dos testes moleculares é a sua altíssima sensibilidade, o que resulta em um Valor Preditivo Negativo (VPN) muito elevado. Isso significa que um resultado negativo confere uma segurança excepcional de que a mulher não desenvolverá lesões pré-neoplásicas em um intervalo de 5 a 10 anos. É justamente esse alto VPN que permite a extensão do intervalo de rastreamento com segurança, característica que a citologia oncótica não possui de forma tão robusta.

Questão 53

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta ciclos regulares e sinais clínicos e laboratoriais clássicos de um ciclo ovulatório normal. O aumento da temperatura basal relatado (0,5 °C a 1,0 °C) é um marcador clínico indireto da ovulação, ocorrendo devido ao efeito termogênico da progesterona sobre o hipotálamo após a liberação do óvulo.

Laboratorialmente, a confirmação da ovulação é feita pela dosagem de progesterona na fase lútea média (em torno do 21º dia em ciclos de 28 dias). Valores de progesterona acima de 3 ng/mL são indicativos de que a ovulação ocorreu, e valores acima de 10 ng/mL sugerem uma fase lútea de boa qualidade.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): O aumento da temperatura basal é provocado pela progesterona produzida pelo corpo lúteo. O resultado da dosagem de progesterona no 21º dia (18 ng/mL) é robusto e confirma de forma inequívoca que houve ovulação e que o corpo lúteo está funcionando adequadamente, produzindo hormônios necessários para uma eventual gestação.

Alternativa B (INCORRETA): O principal indício laboratorial de que a ovulação ocorreu é a progesterona elevada na fase lútea, e não o LH no 21º dia. O pico de LH (surto de LH) ocorre antes da ovulação (fase folicular tardia) para deflagrar a ruptura folicular. No 21º dia, o LH já deve estar em níveis basais. Além disso, a progesterona no 3º dia é fisiologicamente baixa e não serve para confirmar a ovulação.

Alternativa C (INCORRETA): A falha da fase lútea seria caracterizada por níveis muito baixos de progesterona ou por uma fase lútea curta (menos de 10 dias de temperatura elevada). O valor de 18 ng/mL encontrado na paciente é considerado excelente e indica uma fase lútea normal, sem prejuízo inicial para a fertilidade.

Alternativa D (INCORRETA): Os níveis de FSH e LH no 3º dia do ciclo (6,5 mUI/mL e 4,2 mUI/mL, respectivamente) estão dentro da normalidade para a fase folicular precoce e sugerem uma boa reserva ovariana. Esses valores iniciais não indicam ausência de ovulação; ao contrário, o conjunto dos exames prova que a paciente ovula normalmente, não havendo indicação para indução da ovulação com gonadotrofinas no momento.

Questão 54

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda as indicações clínicas para a dosagem de vitamina D (25-hidroxivitamina D), um tema frequentemente discutido na medicina baseada em evidências e que segue as recomendações de sociedades como a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e a USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (INCORRETA): Não há embasamento científico para a suplementação empírica de vitamina D em adultos jovens, saudáveis e assintomáticos. A suplementação sem diagnóstico de deficiência ou sem pertencer a grupos de risco

pode gerar gastos desnecessários e, em casos extremos, risco de toxicidade. Além disso, a solicitação de exame após três meses de suplementação empírica não possui finalidade clínica nesta paciente.

Alternativa B (CORRETA): Esta é a conduta preconizada pelas principais diretrizes nacionais e internacionais. O rastreamento universal (screening) de vitamina D na população geral não é recomendado. A dosagem da 25(OH)D deve ser direcionada apenas para grupos de alto risco para deficiência ou para aqueles em que a deficiência pode causar danos graves. Entre os grupos de risco estão: idosos (acima de 65 anos), pacientes com osteoporose, história de fraturas por fragilidade, doenças renais crônicas, síndromes de má-absorção (como doença celíaca ou pós-cirurgia bariátrica), gestantes, lactantes e usuários de medicações que interferem no metabolismo da vitamina D (como anticonvulsivantes ou corticoides). A paciente do caso é jovem, saudável e não apresenta qualquer fator de risco.

Alternativa C (INCORRETA): Embora doenças ósseas ou queixas musculoesqueléticas sejam indicações importantes para a investigação, a alternativa está incompleta e excessivamente restritiva. Existem diversas outras condições sistêmicas (como obesidade, doença renal e uso de certas medicações) que justificam a dosagem, mesmo na ausência de dor óssea. No entanto, o foco da questão é identificar que a paciente não precisa do exame por não ter nenhum fator de risco geral.

Alternativa D (INCORRETA): Não existe um ponto de corte aos 40 anos de idade que determine um aumento de risco relevante para deficiência de vitamina D que justifique o rastreio laboratorial. O envelhecimento cutâneo e a menor síntese de vitamina D tornam-se uma preocupação clínica mais significativa em idosos, geralmente acima dos 65 anos, e não em adultos jovens de 40 anos.

RESUMO DIDÁTICO:

A dosagem de vitamina D não é um exame de rotina (check-up). Ela só deve ser solicitada se houver uma condição clínica ou fator de risco que justifique a investigação. No caso da paciente de 40 anos, assintomática e sem comorbidades, a recomendação correta é não realizar a dosagem laboratorial.

Questão 55

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO CASO

Para o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) através do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG com 75g de glicose), habitualmente realizado entre a 24^a e 28^a semana de gestação, utilizamos os critérios da IADPSG, adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes e pelo Ministério da Saúde. Os valores de referência

são:

- Jejum: < 92 mg/dL
- 1 hora após sobrecarga: < 180 mg/dL
- 2 horas após sobrecarga: < 153 mg/dL

Basta um único valor alterado para confirmar o diagnóstico de DMG. No caso apresentado, a paciente possui o valor de 2 horas alterado (160 mg/dL, sendo o limite 152 mg/dL), enquanto os valores de jejum (90 mg/dL) e de 1 hora (170 mg/dL) estão normais. Portanto, o diagnóstico é de Diabetes Mellitus Gestacional.

CONDUTA INICIAL

Uma vez diagnosticado o DMG, a conduta inicial é conservadora na grande maioria dos casos. O tratamento baseia-se na mudança do estilo de vida, que inclui orientação nutricional individualizada, incentivo à prática de atividade física (salvo contra-indicações obstétricas) e a obrigatoriedade da monitorização glicêmica domiciliar (perfil glicêmico). O objetivo é manter as glicemias capilares dentro dos alvos (jejum < 95; 1h pós-prandial < 140 ou 2h pós-prandial < 120). A terapia farmacológica só é indicada se as metas não forem atingidas após 1 a 2 semanas de medidas dietéticas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: CORRETA. Identifica corretamente o diagnóstico de DMG com base na alteração do valor de 2 horas do TOTG e propõe as medidas iniciais preconizadas: dieta, exercício e monitorização glicêmica.

Alternativa B: INCORRETA. Embora o diagnóstico esteja correto, a introdução de insulina NPH de forma imediata está equivocada. A insulina é a terapia de escolha se as medidas de estilo de vida falharem, mas não deve ser a primeira conduta antes de testar a resposta à dieta e exercícios por pelo menos uma semana.

Alternativa C: INCORRETA. O diagnóstico de Diabetes Mellitus prévio à gestação (ou Overt Diabetes) ocorre quando a glicemia de jejum é maior ou igual a 126 mg/dL, ou quando o valor de 2 horas no TOTG é maior ou igual a 200 mg/dL, ou ainda se a HbA1c for maior ou igual a 6,5%. Os valores da paciente não atingem esses critérios.

Alternativa D: INCORRETA. Não existe o termo pré-diabetes gestacional na nomenclatura oficial. Trata-se de DMG. Adiar a intervenção até a 34ª semana é perigoso, pois o descontrole glicêmico desde o segundo trimestre aumenta significativamente o risco de complicações como macrosomia fetal, polidrâmnio e pré-eclâmpsia. O tratamento deve ser imediato ao diagnóstico.

Questão 56

Alternativa A (Incorreta): De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, não existem contraindicações médicas absolutas ao uso da anticoncepção de emergência com levonorgestrel, mesmo que a mulher já tenha utilizado o método anteriormente no mesmo ciclo. O uso repetido não acarreta riscos graves à saúde, embora possa aumentar a incidência de irregularidades menstruais e possua menor eficácia quando comparado ao uso regular de métodos contraceptivos de rotina.

Alternativa B (Incorreta): A afirmação é o oposto da realidade clínica. A eficácia do levonorgestrel é estritamente tempo-dependente. Isso significa que quanto mais cedo o medicamento for administrado após a relação sexual desprotegida, maior será sua capacidade de evitar a ovulação e, conseqüentemente, a gestação. A maior taxa de sucesso ocorre nas primeiras 12 a 24 horas.

Alternativa C (Correta): Embora o período preferencial de uso seja nas primeiras 72 horas (3 dias), os protocolos clínicos atuais permitem a administração do levonorgestrel em até 120 horas (5 dias) após o coito desprotegido. É necessário, entretanto, esclarecer à paciente que a eficácia do método declina progressivamente com o passar dos dias, sendo consideravelmente menor após as 72 horas iniciais.

Alternativa D (Incorreta): O acetato de ulipristal e o levonorgestrel não possuem a mesma eficácia em janelas temporais tardias. O acetato de ulipristal é um modulador seletivo do receptor de progesterona que mantém sua eficácia de forma mais estável até 120 horas, sendo superior ao levonorgestrel, especialmente no intervalo entre 72 e 120 horas após a relação sexual. O levonorgestrel tem sua eficácia significativamente reduzida à medida que o tempo passa.

Questão 57

A paciente apresenta um quadro de dislipidemia caracterizado por LDL-C elevado (160 mg/dL), além de sobrepeso (IMC 29,1 kg/m²), glicemia de jejum alterada (pré-diabetes) e pressão arterial limítrofe. Um dado fundamental do caso é que, apesar de estar na pós-menopausa há cinco anos, ela não apresenta sintomas vasomotores (fogachos) ou sinais de atrofia urogenital.

O ponto principal para a resolução desta questão é o entendimento das indicações da Terapia Hormonal da Menopausa (THM). Segundo os consensos da FEBRASGO e da Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS), a THM é indicada para o tratamento de sintomas climatéricos moderados a graves e para a prevenção de osteoporose em mulheres com alto risco de fratura. A THM não deve ser prescrita com o objetivo de proteção cardiovascular ou para o tratamento isolado de

dislipidemias. Como a paciente é assintomática, não há indicação para o uso de hormônios.

Quanto ao manejo lipídico, um nível de LDL-C de 160 mg/dL em uma paciente com outros fatores de risco metabólicos associados indica a necessidade de intervenção medicamentosa com estatinas, além de mudanças no estilo de vida (MEV).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: É a conduta mais adequada. O uso de estatina visa reduzir o LDL-C e o risco cardiovascular global da paciente. As mudanças no estilo de vida são essenciais para o manejo do sobrepeso, da glicemia e para evitar a progressão da pressão arterial para níveis hipertensivos.

Alternativa (b) INCORRETA: A THM por via oral não é indicada para melhora do perfil lipídico. Pelo contrário, o estrogênio por via oral pode aumentar os níveis de triglicerídeos devido ao efeito de primeira passagem hepática. Além disso, a ausência de sintomas descarta a necessidade de THM.

Alternativa (c) INCORRETA: Embora a via transdérmica seja metabolicamente mais neutra e segura que a oral para o perfil lipídico e risco de trombose, ela continua não tendo indicação neste caso. A THM não é uma ferramenta terapêutica para otimizar lipídeos em pacientes sem sintomas de deficiência estrogênica.

Alternativa (d) INCORRETA: Diante de um valor de LDL-C de 160 mg/dL associado a múltiplos fatores de risco (idade, sobrepeso, pré-diabetes), apenas a mudança de estilo de vida costuma ser insuficiente para atingir as metas terapêuticas, sendo necessária a associação com estatinas conforme as diretrizes de dislipidemia.

Questão 58

Para resolver esta questão, é fundamental compreender a interpretação da sorologia para toxoplasmose na gestação e a conduta preconizada pelos protocolos do Ministério da Saúde e da FEBRASGO.

O cenário clínico apresenta uma gestante no primeiro trimestre (11 semanas) com sorologia apresentando IgG negativo e IgM positivo.

Análise do Resultado Sorológico:

O padrão IgG negativo e IgM positivo pode indicar duas situações principais:

1. Infecção aguda muito recente: O organismo começou a produzir IgM, mas ainda não teve tempo de produzir IgG (fase de janela imunológica).

2. IgM falso-positivo: Presença de anticorpos inespecíficos que reagem no teste, sem que haja infecção real.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Diante da possibilidade de uma infecção aguda inicial, a prioridade é proteger o feto. A espiramicina deve ser iniciada imediatamente, pois ela se concentra na placenta e reduz o risco de transmissão vertical em cerca de 50%. Como não se tem certeza se é uma infecção real ou um falso-positivo, deve-se repetir a sorologia (IgG e IgM) em 2 a 3 semanas para observar se ocorrerá a soroconversão (o IgG tornar-se positivo). Se, na segunda amostra, o IgG continuar negativo, a espiramicina é suspensa.

Alternativa (b) INCORRETA: O esquema tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico) é reservado para casos de infecção fetal confirmada (via amniocentese/PCR) ou infecção materna aguda confirmada a partir do segundo/terceiro trimestres. Além disso, a pirimetamina é formalmente contraindicada no primeiro trimestre devido ao seu potencial teratogênico (interfere no metabolismo do ácido fólico).

Alternativa (c) INCORRETA: O teste de avidéz serve para avaliar a "força" da ligação do anticorpo IgG ao antígeno, ajudando a datar a infecção. Por definição técnica, o teste de avidéz só pode ser realizado se o IgG for positivo. Se a paciente possui IgG negativo, não há anticorpos a serem testados, tornando o exame impossível de ser executado pelo laboratório.

Alternativa (d) INCORRETA: Esta alternativa comete dois erros: solicita um exame impossível de realizar no momento (teste de avidéz com IgG negativo) e indica o uso do esquema tríplice, que não é a conduta inicial e é contraindicado no primeiro trimestre.

Resumo do Fluxograma:

- IgG (-) e IgM (+): Iniciar Espiramicina + Repetir IgG em 2-3 semanas para checar soroconversão.
- IgG (+) e IgM (+): Se a idade gestacional for < 16 semanas, solicitar Teste de Avidéz imediatamente. Se for > 16 semanas, o teste de avidéz perde o valor clínico para datar o primeiro trimestre.

Questão 59

ANÁLISE DO CASO

A questão descreve uma menina de 11 anos com desenvolvimento mamário inicial (M2 de Tanner) e pelos pubianos iniciais (P2 de Tanner). De acordo com a fisiologia da puberdade feminina, o primeiro sinal visível é a telarca (surgimento do broto mamário - estágio M2), que ocorre normalmente entre os 8 e 13 anos de idade. A pubarca (aparecimento de pelos - P2) geralmente segue a telarca ou ocorre simultaneamente. Como a paciente tem 11 anos e já apresenta caracteres sexuais secundários compatíveis com o início da puberdade, seu desenvolvimento está perfeitamente normal para a idade cronológica.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (INCORRETA): A avaliação da idade óssea por radiografia de mãos e punhos é uma ferramenta útil para investigar distúrbios do crescimento ou desvios no tempo da puberdade (como puberdade precoce ou atraso puberal). No entanto, não há indicação para este exame em uma criança com estatura adequada e desenvolvimento puberal que já se iniciou dentro da janela cronológica normal (8 a 13 anos).

Alternativa B (INCORRETA): Não há atraso puberal neste caso. O atraso puberal em meninas é definido pela ausência de broto mamário (M2) após os 13 anos de idade. Como a paciente já apresenta M2 aos 11 anos, ela está dentro da normalidade. Testes de estímulo com GnRH para dosar LH e FSH são reservados para a investigação etiológica de puberdade precoce ou atraso puberal patológico.

Alternativa C (INCORRETA): A monossomia do cromossomo X (Síndrome de Turner) tem como características principais a baixa estatura acentuada e o hipogonadismo hipergonadotrófico (falência ovariana), resultando em ausência de desenvolvimento puberal espontâneo na maioria dos casos. A paciente da questão tem estatura adequada e desenvolvimento puberal iniciado, o que afasta a suspeita clínica de Turner.

Alternativa D (CORRETA): Esta é a conduta adequada. O médico deve realizar a educação em saúde, explicando que a puberdade feminina normal se inicia entre os 8 e 13 anos. Como a menina tem 11 anos e já apresenta sinais de telarca (M2) e pubarca (P2), ela está em pleno desenvolvimento fisiológico. Não há necessidade de exames complementares, apenas acompanhamento clínico de rotina.

Questão 60

Essa questão aborda as adaptações fisiológicas do organismo materno durante a gestação, um tema recorrente em provas de residência. Vamos analisar cada ponto dos exames apresentados e avaliar as alternativas.

Análise dos dados clínicos e laboratoriais:

1. Hemoglobina (11 g/dL): Na gestação, ocorre um aumento do volume plasmático proporcionalmente maior que o aumento da massa de hemácias, gerando a chamada anemia fisiológica ou dilucional. O valor de 11 g/dL está dentro do esperado para o segundo trimestre.
2. Leucócitos ($12.000/\text{mm}^3$): A contagem de glóbulos brancos aumenta fisiologicamente na gestação, podendo chegar a $15.000/\text{mm}^3$ em repouso e até $25.000\text{-}30.000/\text{mm}^3$ no trabalho de parto, sem que isso signifique infecção.
3. Creatinina (0,5 mg/dL): Devido ao aumento do fluxo sanguíneo renal e da taxa de filtração glomerular (em cerca de 50%), os níveis de creatinina e ureia tendem a cair. Valores entre 0,4 e 0,8 mg/dL são normais na gravidez.
4. Gasometria (pH 7,44; PaCO_2 30 mmHg; HCO_3^- 20 mEq/L): A progesterona estimula o centro respiratório, aumentando o volume corrente (hiperventilação). Isso reduz a PaCO_2 (alcalose respiratória). Os rins compensam excretando mais bicarbonato (HCO_3^-), mantendo o pH levemente alcalino, mas dentro da normalidade.
5. Pressão Arterial (100/60 mmHg) e Frequência Cardíaca (92 bpm): A resistência vascular periférica cai devido à ação da progesterona e do óxido nítrico, reduzindo a pressão arterial (especialmente no segundo trimestre). Para compensar e manter o débito cardíaco, a frequência cardíaca aumenta em cerca de 10 a 15 batimentos por minuto.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A creatinina de 0,5 mg/dL é um achado fisiológico e esperado. A hiperfiltração renal na gravidez é uma adaptação normal e não evolui para disfunção glomerular ou proteinúria em gestações saudáveis.
- b) Incorreta. A gasometria descrita é o padrão clássico da gestante: uma alcalose respiratória compensada. A PaCO_2 em torno de 30 mmHg e o bicarbonato reduzido são adaptações esperadas e adequadas para facilitar a transferência de CO_2 do feto para a mãe.
- c) Incorreta. A pressão de 100/60 mmHg e a frequência de 92 bpm são normais. O débito cardíaco na verdade aumenta (e não diminui) durante a gestação para garantir a perfusão de órgãos vitais e da unidade fetoplacentária.
- d) Correta. Esta alternativa resume perfeitamente o quadro: todos os achados citados

(anemia dilucional, leucocitose discreta, queda da creatinina por aumento da filtração glomerular e alcalose respiratória compensada pela hiperventilação) são alterações fisiológicas normais da gravidez. Portanto, a paciente não apresenta patologias, apenas as adaptações esperadas para a idade gestacional.

Questão 61

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam uma mudança do modelo fragmentado para um modelo integrado, focado nas necessidades da população. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Nas Redes de Atenção à Saúde, a organização dos serviços é baseada na territorialização e na definição de áreas de abrangência. O objetivo é justamente facilitar o acesso, garantindo que o paciente encontre os serviços necessários de forma oportuna e próximos à sua residência, evitando a duplicidade de ações ou vazios assistenciais.

Alternativa b) Incorreta. A atuação reativa, que responde apenas à demanda espontânea (quando o paciente já está doente), é uma característica do modelo tradicional e fragmentado de saúde. A RAS propõe uma atuação proativa, com foco na gestão de riscos e no monitoramento constante da saúde da população adscrita, antes que as condições se agravem.

Alternativa c) Correta. Este é um dos pilares do modelo assistencial das Redes. Diferente do modelo centrado na cura de doenças agudas em hospitais, as RAS são coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), que prioriza a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o manejo de condições crônicas. O foco está em manter a população saudável e intervir precocemente para evitar complicações.

Alternativa d) Incorreta. O financiamento por pagamento de procedimentos (conhecido como *fee-for-service*) incentiva a quantidade em detrimento da qualidade e é típico de sistemas fragmentados. No modelo de Redes, buscam-se modelos de financiamento mais globais, como o repasse *per capita* ou por performance, que estimulam a coordenação do cuidado, a eficiência e a busca por melhores resultados clínicos para o paciente.

Questão 62

Para resolver essa questão, é necessário correlacionar os fragmentos do texto com os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O primeiro trecho descreve a vacinação em massa, realizada inclusive em áreas públicas e disponível para todas as pessoas. Esse cenário exemplifica o princípio da Universalidade, que garante que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, assegurando o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação ou barreira.

O segundo trecho relata que as equipes de Saúde da Família intensificaram a busca ativa de pessoas com condições mais complexas. Essa ação de identificar e priorizar aqueles que possuem necessidades de saúde mais urgentes ou graves reflete o princípio da Equidade. A Equidade consiste em oferecer mais a quem mais precisa, tratando desigualmente os desiguais para diminuir as disparidades e garantir justiça social no atendimento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Integralidade pressupõe que o indivíduo deve ser visto como um todo, englobando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Embora importante, o foco da primeira ação descrita é o acesso irrestrito (Universalidade). A Coordenação do Cuidado é um atributo da Atenção Primária, mas a busca ativa por casos complexos, no contexto da questão, ressalta a priorização de necessidades, que é a base da Equidade.

Alternativa b) Incorreta. A ordem está invertida em relação ao texto, e a definição de Integralidade não é o foco principal da ação de vacinar a todos de forma indistinta. Além disso, a segunda parte do texto trata de um subgrupo específico (casos complexos) e não da coletividade total (Universalidade).

Alternativa c) Incorreta. A primeira parte está correta (Universalidade), mas a segunda parte falha ao não identificar que o foco em condições mais complexas visa atender à necessidade específica de quem mais sofre, o que caracteriza a Equidade, e não apenas o processo logístico de coordenar o cuidado.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa associa corretamente a vacinação para todos à Universalidade e a intensificação do cuidado para pessoas com condições complexas à Equidade, respeitando a ordem apresentada no enunciado.

Gabarito: Letra d.

Questão 63

Para compreender esta questão, devemos analisar as situações à luz dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde.

A situação I exemplifica o princípio da Equidade. A equidade consiste em tratar de forma diferenciada os desiguais, oferecendo maior atenção a quem possui maior necessidade. No caso, o paciente com diabetes descompensada (hemoglobina glicada de 9%) e obesidade (IMC 30) apresenta maior risco cardiovascular e metabólico do que o paciente com parâmetros controlados. Portanto, o agendamento em um intervalo menor (três meses versus seis meses) direciona os recursos do SUS de forma proporcional ao risco, garantindo o cuidado necessário para evitar complicações.

A situação II ilustra os princípios da Integralidade e da Autonomia. A integralidade pressupõe que o profissional de saúde deve enxergar o indivíduo como um todo, não se limitando à queixa principal (no caso, o transtorno ansioso-depressivo). Ao abordar a saúde sexual e reprodutiva e informar sobre métodos contraceptivos, o médico promove a saúde de forma ampla. Além disso, ao fornecer informações e acesso aos métodos no SUS, fortalece a autonomia da paciente para tomar decisões sobre sua própria vida e corpo.

A situação III representa os princípios da Participação Social e da Territorialidade. O Conselho de Saúde é a instância máxima de controle e participação da comunidade na gestão do SUS. A solicitação do líder comunitário para adequar o horário de funcionamento do posto à realidade dos trabalhadores da lavoura demonstra o exercício do controle social e o reconhecimento das especificidades do território e do contexto socioeconômico local. Adaptar o serviço às necessidades de quem trabalha no campo é uma estratégia fundamental de promoção da saúde e garantia de acesso.

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta, pois exclui a situação III, que é um exemplo clássico de participação social, princípio fundamental da PNPS.

A alternativa (b) está incorreta, pois exclui a situação II, que demonstra a visão integral do cuidado e a promoção da autonomia, também centrais na política.

A alternativa (c) é a correta, pois as três situações descritas refletem a aplicação prática dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde: equidade (I), integralidade/autonomia (II) e participação social/territorialidade (III).

A alternativa (d) está incorreta, pois exclui a situação I, que é uma representação direta do princípio da equidade no manejo de condições crônicas.

Questão 64

O conceito central desta questão é a Hierarquia de Controle de Riscos, um pilar fundamental da Medicina do Trabalho e da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Essa hierarquia prioriza medidas que atuam na fonte do risco e no ambiente (proteção coletiva) em detrimento de medidas que dependem exclusivamente do comportamento ou do equipamento individual do trabalhador.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa descreve exatamente a sequência lógica de prioridades estabelecida por organismos internacionais (como o NIOSH) e pelas Normas Regulamentadoras (NRs) no Brasil. A ordem decrescente de eficácia é: 1. Eliminação (remover o perigo do local); 2. Substituição (trocar um agente nocivo por outro menos perigoso); 3. Engenharia (isolamento da fonte, ventilação, barreiras físicas); 4. Administrativa (sinalização, treinamentos, rodízio de turnos); e 5. EPI (equipamento de proteção individual).

Alternativa (b): INCORRETA. Embora os controles de engenharia sejam muito eficazes, eles ocupam o terceiro nível na hierarquia. A prioridade máxima é sempre tentar eliminar ou substituir o risco antes de planejar barreiras de engenharia para conviver com ele.

Alternativa (c): INCORRETA. As medidas administrativas estão localizadas na parte inferior da pirâmide de controle. Elas são consideradas menos eficazes que a eliminação, substituição e engenharia porque dependem do fator humano e da adesão constante a normas e processos, não removendo o perigo do ambiente.

Alternativa (d): INCORRETA. O uso de EPI é a última medida a ser adotada e a menos eficaz de todas. Na medicina do trabalho, o EPI é considerado uma medida de controle residual, indicada apenas quando as medidas de proteção coletiva são tecnicamente inviáveis, estão em fase de implantação ou são insuficientes para garantir a segurança total.

Em resumo, a lógica da vigilância em saúde é sempre tentar modificar o processo de trabalho e o ambiente antes de colocar a responsabilidade da proteção sobre o corpo do trabalhador.

Questão 65

Análise do caso: Fernando, 50 anos, negro, tabagista e sedentário, apresenta níveis tensionais de 170 x 100 mmHg e 160 x 100 mmHg. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, esses valores o classificam como portador de Hipertensão Estágio 2 (quando a pressão sistólica está entre 160-179 e/ou a diastólica entre 100-109 mmHg).

Por que a alternativa B está correta:

Para pacientes com Hipertensão Estágio 2 ou 3, a recomendação inicial é o início imediato do tratamento farmacológico. A estratégia preferencial nessas fases, ou mesmo no Estágio 1 com risco cardiovascular alto, é a terapia combinada (dois fármacos em doses baixas ou plenas). A associação de um bloqueador do sistema renina-angiotensina (como os BRA) com um diurético tiazídico ou um bloqueador de canais de cálcio é uma das combinações de primeira linha. No caso de pacientes negros, as diretrizes destacam que há uma excelente resposta a diuréticos tiazídicos e bloqueadores de canais de cálcio, tornando a combinação da alternativa B tecnicamente adequada e preconizada.

Explicação das alternativas incorretas:

Alternativa A: Incorreta. A monoterapia é geralmente reservada para pacientes com Hipertensão Estágio 1 de risco cardiovascular baixo ou para pacientes muito idosos e/ou frágeis. Fernando possui Hipertensão Estágio 2 e fatores de risco (tabagismo), o que exige uma abordagem mais agressiva com dois fármacos para atingir a meta terapêutica.

Alternativa C: Incorreta. Embora a solicitação de exames para avaliação de lesão de órgão-alvo e estratificação de risco seja necessária na rotina, o diagnóstico de Hipertensão Estágio 2 com duas medidas elevadas já permite o início do tratamento. Além disso, a monoterapia com IECA é menos eficaz em pacientes negros quando comparada a outras classes ou à terapia combinada.

Alternativa D: Incorreta. O MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial) ou o MAPA são úteis para confirmar o diagnóstico em casos de dúvida ou suspeita de hipertensão do avental branco. No entanto, em um paciente com níveis de 170 x 100 mmHg (Estágio 2) e presença de outros fatores de risco, o início do tratamento não deve ser retardado, pois o benefício da redução pressórica imediata supera a necessidade de confirmação por métodos de monitorização domiciliar.

Questão 66

A alternativa correta é a (a).

O genograma e o ecomapa são ferramentas fundamentais na abordagem familiar dentro da Atenção Primária à Saúde. Eles auxiliam o profissional de saúde a compreender a dinâmica, a estrutura e o contexto social dos indivíduos e suas famílias.

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa define com precisão o papel de cada ferramenta. O genograma é uma representação gráfica da árvore genealógica que, por convenção, deve abranger ao menos três gerações, permitindo identificar padrões de doenças hereditárias, comportamentos e ciclos de vida. O ecomapa, por sua vez, complementa o genograma ao focar nas relações da família (ou de um indivíduo) com o meio externo, evidenciando o suporte social, redes de apoio e possíveis pontos de conflito ou estresse na comunidade.

Alternativa (b): INCORRETA. A alternativa inverteu os conceitos. O genograma é o que descreve a estrutura interna e as relações de parentesco (árvore genealógica), enquanto o ecomapa é o instrumento que representa as relações com instituições, grupos sociais e recursos comunitários.

Alternativa (c): INCORRETA. Ambas as ferramentas são típicas da prática clínica na Atenção Primária à Saúde, sendo amplamente utilizadas por médicos de família e comunidade, enfermeiros e equipes multiprofissionais. Elas não são restritas a especialistas focais, nem servem apenas para gestão; são instrumentos de uso cotidiano no atendimento individual e familiar para a elaboração de planos terapêuticos mais eficazes.

Alternativa (d): INCORRETA. O principal valor dessas ferramentas é justamente ir além do aspecto biológico. O genograma utiliza símbolos específicos para descrever a qualidade dos vínculos emocionais (como relações conflituosas, harmoniosas ou distantes). O ecomapa é desenhado especificamente para incluir os aspectos sociais e de apoio, mapeando como a família se conecta com o mundo ao seu redor.

Questão 67

A questão aborda o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no manejo de pacientes em cuidados paliativos, fundamentado na Política Nacional de Cuidados Paliativos e nas diretrizes do SUS.

Alternativa A: Incorreta. A necessidade de visitas domiciliares frequentes, mesmo que semanais, não é critério para internação hospitalar. Um dos pilares dos cuidados

paliativos na APS é justamente a desospitalização e a manutenção do paciente no seu ambiente familiar e social, desde que haja suporte adequado. A internação deve ser indicada apenas para controle de sintomas de difícil manejo ou em situações de instabilidade que não possam ser resolvidas no domicílio.

Alternativa B: Incorreta. Embora a alternativa mencione corretamente o cuidado integral (aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais), ela peca ao excluir a família e os cuidadores. Em cuidados paliativos, a unidade de cuidado é composta pelo paciente e por sua família. Como o enunciado destaca a sobrecarga da filha, a equipe da APS deve obrigatoriamente incluí-la no plano de cuidados, oferecendo suporte emocional e orientações para mitigar essa sobrecarga.

Alternativa C: Correta. A elaboração das diretivas antecipadas de vontade é uma conduta essencial e prioritária. Trata-se do registro dos desejos e preferências da paciente sobre tratamentos e intervenções que ela aceita ou recusa para o momento em que não puder mais responder por si. Na APS, devido ao vínculo longitudinal entre a equipe e a paciente, há um cenário ideal para essa discussão. O registro no prontuário garante a continuidade do cuidado e o respeito à autonomia da paciente em todos os níveis de atenção.

Alternativa D: Incorreta. A APS não deve transferir a responsabilidade total para o serviço especializado. De acordo com a Política Nacional de Cuidados Paliativos, a APS é a porta de entrada e a coordenadora do cuidado. O modelo ideal é o cuidado compartilhado (matriciamento), onde a oncologia oferece suporte especializado enquanto a equipe da APS mantém o acompanhamento territorial e domiciliar, visto que possui maior proximidade com a realidade da paciente.

Questão 68

Alternativa (a): CORRETA. A febre maculosa brasileira (FMB) possui uma alta taxa de letalidade (que pode ultrapassar 50% em algumas regiões) e uma evolução clínica muito rápida. Como o diagnóstico laboratorial é predominantemente sorológico e exige tempo para a detecção de anticorpos (conversão sorológica), o tratamento com o antibiótico de escolha (doxiciclina) deve ser iniciado imediatamente após a suspeita clínica e epidemiológica. Retardar o início do tratamento esperando resultados laboratoriais aumenta drasticamente o risco de óbito.

Alternativa (b): INCORRETA. Embora evitar áreas infestadas e usar roupas claras e compridas sejam medidas preventivas fundamentais para facilitar a visualização e evitar o contato com carrapatos, a alternativa está errada porque não existe vacina contra a febre maculosa para seres humanos.

Alternativa (c): INCORRETA. Embora cães e gatos possam transportar carrapatos para o ambiente doméstico, os principais hospedeiros amplificadores e reservatórios na cadeia de transmissão da *Rickettsia rickettsii** no Brasil são animais silvestres e de grande porte, com destaque para a capivara (*Hydrochoerus hydrochaeris**) e o cavalo.

Alternativa (d): INCORRETA. A confirmação da picada de carrapato não é obrigatória para a definição de caso suspeito, pois o paciente pode não ter percebido o contato com o vetor (as formas de larva e ninfa são muito pequenas e a picada é indolor). Além disso, o período de incubação típico varia de 2 a 14 dias (média de 7 dias), tornando o prazo de 30 dias inadequado para a definição clássica de suspeita clínica.

Questão 69

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são dispositivos centrais na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o processo de desinstitucionalização no Brasil. Eles consistem em moradias inseridas no contexto urbano destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram internadas por dois anos ou mais em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia.

Alternativa a: Incorreta. A legislação vigente (Portaria nº 3.090/2011) estabelece limites específicos para o número de moradores a fim de preservar o caráter residencial do serviço. O SRT Tipo I pode abrigar até 8 moradores e o SRT Tipo II até 10 moradores. Além disso, a vinculação a uma equipe de referência da RAPS (obrigatoriamente um CAPS) é condição obrigatória para o funcionamento do serviço, e o suporte de cuidadores é exigido conforme a modalidade.

Alternativa b: Incorreta. Embora garantam a moradia, o foco principal dos SRT é a reabilitação psicossocial. O serviço deve obrigatoriamente buscar a inserção do morador na rede social, incentivando atividades de lazer, trabalho, educação e o convívio comunitário. O objetivo é o resgate da cidadania e não apenas o fornecimento de um teto.

Alternativa c: Incorreta. Os SRT são, por definição, unidades residenciais extra-hospitalares. Um de seus princípios fundamentais é estar situado no espaço urbano, fora do perímetro de hospitais, para romper definitivamente com a lógica de segregação e institucionalização dos antigos manicômios.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa define adequadamente o perfil do SRT Tipo I. Esse modelo é voltado para pessoas egressas de internações de longa permanência que apresentam um nível de autonomia que permite a retomada das atividades da vida cotidiana com suporte técnico da rede de saúde, mas sem a necessidade de

monitoramento presencial 24 horas por dia, como ocorre no Tipo II.

Questão 70

A questão apresenta o caso de uma idosa de 72 anos com queixas cognitivas (esquecimento, repetição), prejuízo funcional (dificuldade em tarefas que fazia sozinha, como usar celular e banco) e sintomas comportamentais (apatia). Este quadro sugere um possível Declínio Cognitivo Maior (Demência).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Um teste de rastreio negativo não exclui o diagnóstico de demência, especialmente em fases iniciais ou em pacientes com alta reserva cognitiva. Além disso, se há queixa da família e perda funcional, a investigação deve prosseguir. O acompanhamento na atenção primária é fundamental para qualquer paciente idoso com doenças crônicas.

Alternativa b) Incorreta. A equipe de atenção primária deve realizar a avaliação inicial. Aplicar instrumentos de rastreio (como o Mini-Mental, o Teste do Relógio ou o MoCA) e avaliar a funcionalidade ajudam a documentar o declínio e permitem um encaminhamento mais qualificado, caso seja necessário, além de iniciar a exclusão de causas reversíveis.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro na atenção primária. Diante de uma suspeita de declínio cognitivo, o médico deve realizar uma anamnese detalhada para entender o tempo de evolução e o impacto no cotidiano (funcionalidade), investigar o histórico familiar e aplicar testes validados de rastreio cognitivo. É o primeiro passo para diferenciar o envelhecimento normal de um quadro demencial.

Alternativa d) Incorreta. O quadro descrito (perda de autonomia e mudança de comportamento) não faz parte do envelhecimento normal (senescência), mas sim de um processo patológico (senilidade). Jamais se deve prescrever estimulantes ou qualquer medicação para demência sem um diagnóstico firmado e sem realizar exames complementares para afastar causas secundárias e reversíveis, como hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12, depressão ou neurosífilis.

Questão 71

Análise do quadro clínico:

Janaina apresenta uma descompensação diabética importante, com glicemia capilar de 426 mg/dL e sinais de catabolismo (perda de peso significativa e sintomas de poliúria, polidipsia e polifagia). Apesar de estar clinicamente estável (hidratada e sem alteração de consciência), o nível glicêmico muito elevado requer uma conduta de segurança.

Alternativa A: Incorreta. Níveis de glicemia acima de 300 mg/dL associados à perda ponderal não devem ser manejados apenas com ajuste de medicação oral na UBS. Esse quadro sugere falência da terapia oral e risco de complicações agudas, exigindo uma intervenção mais assertiva.

Alternativa B: Incorreta. Embora a insulinoterapia seja indicada devido aos sinais de catabolismo, o manejo inicial de uma glicemia de 426 mg/dL deve ser feito com suporte laboratorial. Iniciar insulina em ambiente ambulatorial sem a devida monitorização de eletrólitos e estabilização prévia não é a conduta recomendada para níveis tão elevados.

Alternativa C: Incorreta. A paciente não apresenta sinais clínicos de cetoacidose diabética, como desidratação, náuseas, vômitos ou alteração do nível de consciência. O quadro não configura uma emergência de transporte imediato via SAMU, mas sim uma urgência que permite o encaminhamento para avaliação.

Alternativa D: Correta. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo da hiperglicemia na Atenção Básica, pacientes com glicemia capilar acima de 300 mg/dL devem ser encaminhados para uma unidade de urgência. Essa conduta é necessária para realizar exames complementares, principalmente a dosagem de potássio, pois a administração de insulina pode causar uma queda rápida nos níveis de potássio sanguíneo (hipocalcemia), o que representa risco de arritmias. Na urgência, a paciente receberá hidratação e insulina regular sob supervisão até a estabilização dos níveis glicêmicos.

Questão 72

A questão aborda o manejo da sífilis na gestação, focando nos critérios de diagnóstico, tratamento e seguimento sorológico para evitar a sífilis congênita.

Análise das alternativas:

a) INCORRETA: Na gestação, a conduta diante de um teste treponêmico (como o teste rápido) reagente deve ser imediata. Não se deve aguardar o resultado do VDRL

para iniciar o tratamento ou para notificar o caso, visando reduzir ao máximo o tempo de exposição fetal ao *Treponema pallidum*. O VDRL é solicitado simultaneamente para fins de seguimento e confirmação, mas não deve retardar a primeira dose de penicilina.

b) INCORRETA: A sífilis latente recente é definida quando há documentação de teste não reagente no último ano. No caso descrito, a paciente já era reagente e apresentou um aumento significativo dos títulos (de 1/4 para 1/32, uma elevação de três diluições). Quando não se pode definir com precisão o tempo de evolução da nova infecção ou da falha terapêutica, a classificação correta é sífilis latente de duração ignorada (tardia), o que exige o tratamento com três doses de penicilina benzatina, e não dose única.

c) INCORRETA: É impossível realizar o manejo adequado da sífilis na gestação sem o teste não treponêmico (VDRL). O teste treponêmico costuma permanecer reagente pelo resto da vida (cicatriz sorológica) e não serve para monitorar a resposta ao tratamento. O VDRL basal e o seguimento mensal são as únicas formas de garantir que o tratamento foi eficaz e que não houve reinfeção.

d) CORRETA: A conduta terapêutica de três doses e a notificação estão corretas, pois o aumento dos títulos (de 1/4 para 1/32) comprova que a paciente apresenta uma infecção ativa (reinfecção ou falha). O erro na conduta médica foi a ausência do VDRL basal no momento da primeira dose (essencial para comparar a queda posterior) e a falta de programação do seguimento mensal, que é o protocolo padrão para todas as gestantes em tratamento de sífilis.

Questão 73

Esta questão aborda o manejo inicial de um paciente com suspeita de tuberculose pulmonar e as particularidades do atendimento a populações vulneráveis, além das normas de biossegurança.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O fato de o paciente estar em situação de rua não justifica, por si só, a internação compulsória ou obrigatória. As diretrizes do Ministério da Saúde preconizam que o tratamento da tuberculose deve ser preferencialmente ambulatorial, utilizando a estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para garantir a adesão, especialmente em grupos de maior vulnerabilidade social. A internação é reservada para casos com complicações clínicas graves ou situações sociais extremas nas quais não haja possibilidade de acompanhamento fora do hospital.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve corretamente as medidas de precaução para aerossóis. Em casos de suspeita de tuberculose pulmonar ou laríngea, o paciente deve utilizar uma máscara cirúrgica, que serve como uma barreira física para impedir a dispersão de gotículas maiores no ambiente. Já o profissional de saúde deve utilizar um respirador com eficácia de filtração de 95% (máscara N95 ou PFF2), que é capaz de filtrar os aerossóis (partículas menores que 5 micra) que permanecem em suspensão no ar.

Alternativa (c) Incorreta: Embora para a população geral a definição de "sintomático respiratório" seja frequentemente associada a uma tosse com duração de três semanas ou mais, esse critério é reduzido para populações de maior risco. No caso de pessoas em situação de rua, populações privadas de liberdade e indígenas, qualquer duração de tosse ou a presença de outros sintomas sugestivos (como febre vespertina e emagrecimento) já deve ser considerada suspeita para investigação imediata de tuberculose.

Alternativa (d) Incorreta: O tratamento da tuberculose no Brasil não deve aguardar o resultado da cultura e do teste de sensibilidade, que podem levar semanas. O diagnóstico é prioritariamente realizado por meio do Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), que detecta o DNA do *Mycobacterium tuberculosis* e a resistência à rifampicina em poucas horas. Uma vez confirmado o diagnóstico pelo TRM-TB ou por baciloscopia positiva em locais sem acesso ao teste molecular, o tratamento deve ser iniciado prontamente.

Questão 74

Esta questão exige conhecimento sobre o diagnóstico diferencial em saúde mental e a correta condução de casos na Atenção Primária, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

Análise do caso clínico: Hilda apresenta um quadro de longa data (tristeza crônica) associado a traços marcantes de personalidade, como o comportamento dramático e a labilidade afetiva. O ponto fundamental para o raciocínio clínico é a incoerência entre o relato e a realidade: ela afirma usar a medicação em excesso para "não acordar mais", mas apresenta as cartelas completas e pede novas receitas. Isso, somado à ausência de um plano suicida estruturado e à negação de sintomas psicóticos, sugere que as ameaças de autoextermínio fazem parte de um padrão de comportamento para obter atenção ou ganhos secundários, comum em certos transtornos de personalidade.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O enunciado afirma explicitamente que a paciente nega alucinações ou delírios, o que descarta sintomas psicóticos. Além disso, não há critérios de urgência imediata que justifiquem o acionamento do SAMU, visto que o risco de suicídio não é iminente nem estruturado.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a paciente apresente tristeza, o quadro é crônico e permeado por traços de personalidade dramática. O manejo de episódios depressivos na UBS, mesmo que graves, deve primeiro avaliar a rede de apoio e o risco real. O encaminhamento via SAMU é reservado para crises agudas com risco de vida imediato, o que não se aplica ao comportamento crônico de Hilda.

Alternativa (c) Incorreta: Não há elementos na história que sugiram Transtorno Afetivo Bipolar, como episódios prévios de mania ou hipomania (euforia, taquipsiquismo, redução da necessidade de sono). O uso de estabilizadores do humor sem diagnóstico claro e o encaminhamento de urgência estão incorretos para este cenário.

Alternativa (d) Correta: O diagnóstico de Transtorno de Personalidade Histriônica é sugerido pelo comportamento dramático, busca de atenção e labilidade. Nestes casos, as ameaças de suicídio devem ser monitoradas com cautela, mas frequentemente são gestos sem intenção letal imediata. A conduta adequada na Linha de Cuidado é o acompanhamento longitudinal na UBS, a otimização do tratamento medicamentoso para sintomas depressivos/ansiosos adjacentes e, principalmente, o encaminhamento para psicoterapia, que é a base do tratamento para transtornos de personalidade. Não há indicação de internação ou emergência psiquiátrica no momento.

Questão 75

Análise detalhada das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Ao contrário da dengue, zika e chikungunya, cujo principal vetor é o mosquito *Aedes aegypti*, a febre Oropouche tem como seu principal transmissor no ciclo urbano o *Culicoides paraensis*, um pequeno inseto popularmente conhecido como maruim ou mosquito-pólvora. Mosquitos do gênero *Culex* também podem participar da transmissão, mas o *Aedes* não é o vetor primário.

Alternativa b: Incorreta. Esta afirmação está desatualizada frente aos eventos epidemiológicos recentes. No ano de 2024, o Ministério da Saúde do Brasil confirmou e publicou os primeiros registros de transmissão vertical (da gestante para o feto) do vírus Oropouche em humanos. Esses casos foram associados a desfechos graves,

como óbito fetal e malformações congênitas (microcefalia), o que mudou o entendimento sobre a patogênese da doença.

Alternativa c: Incorreta. Historicamente, a circulação do vírus era concentrada na região amazônica. No entanto, a partir de 2024, observou-se uma dispersão significativa do vírus para outras regiões do Brasil, com registros de transmissão autóctone e surtos em estados do Nordeste (como a Bahia) e do Sudeste (como Minas Gerais e Rio de Janeiro). Portanto, a doença não é mais restrita ao Norte do país.

Alternativa d: Correta. O quadro clínico da febre Oropouche é classicamente inespecífico, apresentando-se com febre de início súbito, cefaleia intensa (muitas vezes retro-orbitária), mialgia, artralgia e, em alguns casos, náuseas, vômitos e exantema. Uma característica importante para provas de residência é que o vírus Oropouche é neurotrópico. Embora a doença seja geralmente autolimitada, ela pode evoluir para complicações do sistema nervoso central, como meningite asséptica ou meningoencefalite, especialmente em casos que apresentam uma "recidiva" dos sintomas após alguns dias de melhora aparente.
