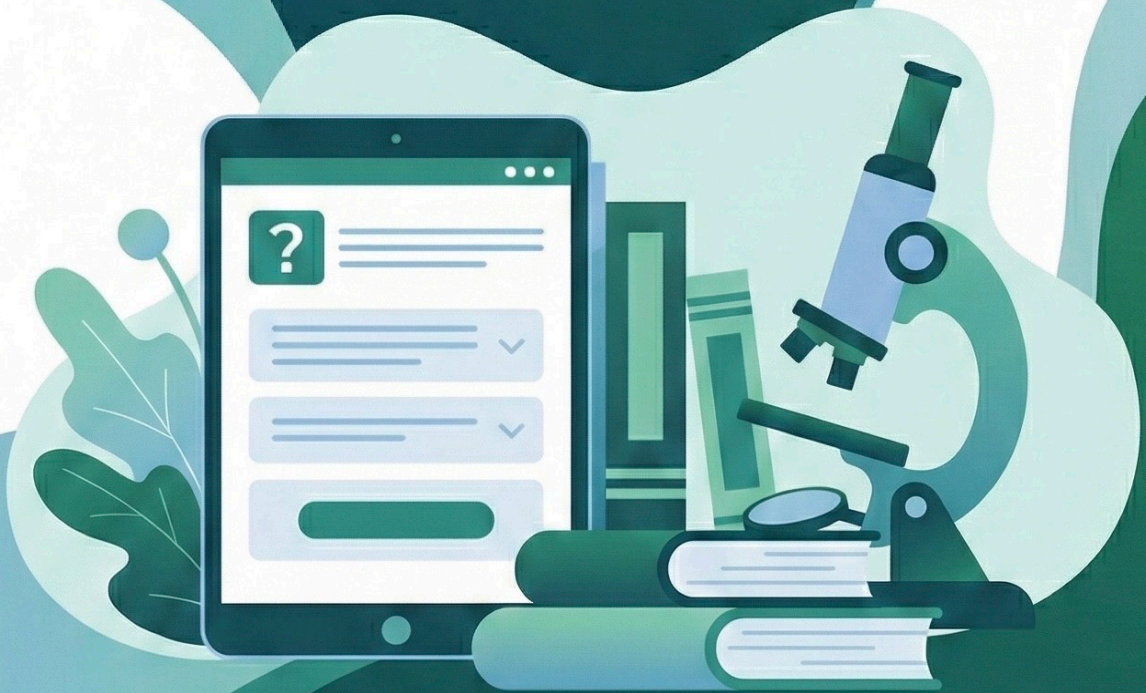




Revalida 2025/1

GABARITO | 2025 | DF | 100 Questões



Gabarito: Revalida 2025/1

2025 | DF

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do Quadro Clínico e ECG

O paciente de 62 anos apresenta um quadro de bradicardia sintomática (cansaço e tontura), porém, no momento do exame físico, encontra-se hemodinamicamente estável, com pressão arterial de 120 x 70 mmHg, lúcido, orientado e com boa perfusão periférica.

Ao analisarmos o eletrocardiograma (ECG), observamos que as ondas P são regulares entre si e os complexos QRS também são regulares entre si, mas não existe relação de condução entre eles. As ondas P aparecem em momentos variados (antes, dentro ou depois do QRS), o que caracteriza uma dissociação atrioventricular total. O diagnóstico eletrocardiográfico é de Bloqueio Atrioventricular de 3º Grau (BAVT), ou Bloqueio Atrioventricular Total.

Discussão das Alternativas

Alternativa A: Incorreta. O BAVT é uma arritmia grave com alto risco de evolução para assistolia e morte súbita. Mesmo que o paciente esteja estável no momento, ele tem indicação formal de internação para o implante de um marcapasso definitivo. Dar alta médica a um paciente com bloqueio total é um erro grave de conduta.

Alternativa B: Correta. Segundo os protocolos de suporte avançado de vida cardiovascular (ACLS), o manejo da bradicardia depende da estabilidade do paciente. Como o paciente está estável (PA normal, sem sinais de choque ou alteração de consciência), não há necessidade de intervenção imediata com drogas ou estimulação elétrica ativa. Entretanto, por ser um BAVT, a monitorização é obrigatória e o marcapasso transcutâneo deve ser solicitado para ficar disponível à beira do leito (em modo de espera ou "standby"), garantindo segurança caso o paciente se desestabilize enquanto aguarda a avaliação do cardiologista para o tratamento definitivo.

Alternativa C: Incorreta. A administração de atropina 1 mg e o início da estimulação por marcapasso transcutâneo são indicados para bradicardias instáveis (pacientes com hipotensão, dor precordial isquêmica, insuficiência cardíaca aguda ou alteração súbita do nível de consciência). Como o paciente está estável, essas medidas seriam precoces e desnecessárias no momento. Além disso, a atropina costuma ter pouca ou nenhuma eficácia em bloqueios de alto grau (BAVT) situados abaixo do nó atrioventricular.

Alternativa D: Incorreta. A dopamina é uma droga vasoativa utilizada como segunda linha no tratamento da bradicardia instável que não respondeu à atropina. Não há indicação de uso de drogas inotrópicas ou vasopressoras em um paciente com pressão arterial normal e sem sinais de má perfusão, como é o caso relatado.

Questão 2

O quadro clínico apresentado é um caso clássico de abdome agudo perfurativo. O paciente apresenta uma combinação de fatores de risco, sinais clínicos e achados de imagem que direcionam para o diagnóstico de úlcera péptica perfurada.

A análise detalhada da questão revela:

1. Fator de risco: O uso crônico de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) é a principal causa de úlceras gástricas e duodenais, pois esses medicamentos inibem a síntese de prostaglandinas, que são protetoras da mucosa gástrica.
2. Clínica: A dor epigástrica súbita e intensa, que rapidamente evolui para defesa abdominal generalizada (abdome em tábua) e sinais de peritonite (descompressão brusca dolorosa), é característica da perfuração de uma víscera oca, levando o conteúdo gastroduodenal para a cavidade peritoneal.
3. Instabilidade hemodinâmica: A taquicardia (110 bpm) e a hipotensão (90 x 50 mmHg) indicam um estado de choque, provavelmente séptico ou obstrutivo funcional, decorrente da peritonite química inicial que evolui para bacteriana.
4. Imagem: O achado de ar no recesso hepatofrênico na tomografia (pneumoperitônio) confirma a perfuração de uma víscera oca.

Análise das alternativas:

- a) Correta. A úlcera gástrica perfurada explica perfeitamente o histórico de uso de AINEs, a localização inicial da dor no epigástrico, a rápida evolução para peritonite difusa e a presença de pneumoperitônio nos exames de imagem. É a principal hipótese diante de um paciente com dor súbita e ar livre na cavidade abdominal.
- b) Incorreta. A pancreatite aguda manifesta-se com dor abdominal intensa, geralmente em faixa, e pode causar choque. No entanto, a pancreatite não causa pneumoperitônio (presença de ar livre na cavidade), que é o achado patognomônico de perfuração de víscera oca presente neste caso.
- c) Incorreta. A colecistite aguda caracteriza-se por dor no hipocôndrio direito, febre e sinal de Murphy positivo ao exame físico. Embora a vesícula possa perfurar em casos graves, isso raramente causa um pneumoperitônio vultoso e uma peritonite generalizada de forma tão súbita e dramática quanto uma úlcera péptica.

d) Incorreta. A diverticulite aguda costuma causar dor na fossa ilíaca esquerda (o cólon sigmoide é o local mais comum). Embora a perfuração diverticular possa causar pneumoperitônio e peritonite generalizada, o histórico de uso de AINEs e o início da dor no epigástrio tornam a úlcera gástrica uma hipótese muito mais provável.

Questão 3

ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta telarca (M2), que é o surgimento do broto mamário, aos 7 anos e 6 meses. Por definição, o aparecimento de caracteres sexuais secundários em meninas antes dos 8 anos de idade é classificado como puberdade precoce. O principal desafio clínico é diferenciar a Puberdade Precoce Central (PPC), que resulta da ativação prematura do eixo hipotálamo-hipófise-gônada, de variantes benignas, como a Telarca Isolada.

Neste caso, três elementos confirmam a natureza patológica do quadro:

1. Idade de início: Inferior a 8 anos.
2. Aceleração do crescimento: A estatura no escore Z +2 indica que a criança está crescendo acima do esperado para sua genética e idade, sinal de ação sistêmica do estrogênio.
3. Avanço da idade óssea: A idade óssea de 9 anos e 6 meses apresenta um avanço de 2 anos em relação à idade cronológica (7 anos e 6 meses). Em pediatria, um avanço superior a 1 ano é considerado altamente significativo para o diagnóstico de puberdade verdadeira.

COMENTÁRIOS SOBRE AS ALTERNATIVAS

Alternativa A: **ESTÁ CORRETA.** O quadro preenche os critérios de puberdade precoce central devido à idade da paciente associada a sinais claros de progressão e impacto hormonal, especificamente o avanço importante da idade óssea e a aceleração da velocidade de crescimento (estatura elevada).

Alternativa B: **ESTÁ INCORRETA.** Na telarca isolada, que é uma variante da normalidade, não há aceleração do crescimento nem avanço da idade óssea. Uma diferença de 2 anos entre a idade cronológica e a óssea é, sim, muito significativa e indica patologia.

Alternativa C: **ESTÁ INCORRETA.** A telarca isolada é um diagnóstico de exclusão. Como a paciente apresenta outros achados (estatura elevada e idade óssea avançada), o crescimento das mamas não pode ser considerado um achado isolado,

mas sim parte de uma ativação hormonal sistêmica.

Alternativa D: ESTÁ INCORRETA. O enunciado descreve o estadiamento como M2P1. A classificação P1 de Tanner significa ausência de pelos pubianos. Portanto, a paciente não apresenta pubarca, o que torna a justificativa desta alternativa factualmente incorreta em relação aos dados do exame físico fornecidos.

Questão 4

Para compreender o caso e chegar ao diagnóstico correto, devemos analisar dois pilares fundamentais: o quadro clínico (exame físico) e a evolução laboratorial do beta-hCG.

Análise clínica: A paciente apresenta sangramento vaginal em pequena quantidade e, ao exame físico, o colo uterino está fechado. A presença de sangramento com o colo fechado é o marco clínico da ameaça de aborto. Se o colo estivesse aberto, pensaríamos em aborto incompleto, inevitável ou em evolução.

Análise laboratorial: O beta-hCG subiu de 10.000 mUI/mL para 23.400 mUI/mL em 48 horas. Em uma gestação intrauterina inicial saudável, espera-se que os níveis de beta-hCG aumentem pelo menos 35 a 53 por cento a cada 48 horas. Como o valor mais que dobrou, os dados sugerem uma gestação intrauterina viável e em desenvolvimento, afastando patologias onde o hormônio estagna ou cai.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. Na gestação ectópica, o beta-hCG costuma apresentar um aumento subótimo (abaixo do esperado para 48 horas), platô ou queda. O aumento vigoroso observado no caso é típico de gestação tópica. Além disso, a conduta de laparotomia é reservada para casos de rotura com instabilidade hemodinâmica ou falha do tratamento conservador/medicamentoso, o que não se aplica aqui.

b) Correta. A combinação de sangramento vaginal, colo uterino fechado e beta-hCG com progressão adequada define o diagnóstico de ameaça de aborto. A conduta é conservadora, baseada em repouso relativo, abstinência sexual e acompanhamento da evolução da gravidez (preferencialmente com ultrassonografia transvaginal para avaliar a vitalidade embrionária).

c) Incorreta. No aborto incompleto, o colo uterino estaria aberto ao toque vaginal, permitindo a passagem do dedo ou a palpação de restos ovulares. Além disso, os níveis de beta-hCG estariam em queda progressiva devido à perda da viabilidade trofoblástica.

d) Incorreta. O aborto em evolução (também chamado de aborto em curso) se caracteriza por sangramento mais acentuado, cólicas intensas e, obrigatoriamente, o colo uterino aberto. Como o exame físico descreveu o colo fechado, essa hipótese é descartada.

Questão 5

O quadro clínico apresentado pelo paciente, caracterizado por prurido intenso com exacerbação noturna e lesões papulares/escoriadas em áreas de dobras cutâneas (braços e região posterior dos joelhos), em um contexto de superlotação carcerária, é o diagnóstico clássico de escabiose, também conhecida como sarna humana. O agente causador é o ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, cuja transmissão ocorre pelo contato direto interpessoal ou, menos comumente, por fômites (roupas e lençóis).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o isolamento de casos possa ser discutido em cenários específicos, a restrição de visitas e o isolamento total nas celas não são as condutas prioritárias nem práticas para o controle da escabiose. O erro técnico principal está na prescrição da ivermectina: a dose de 6 mg (um comprimido) é insuficiente para um paciente de 98 kg. A recomendação correta é de 200 microgramas por quilograma de peso, o que exigiria cerca de 18 a 21 mg (3 a 3,5 comprimidos) para este paciente.

Alternativa b) Incorreta. O uso de sprays inseticidas e fumigantes no ambiente não é indicado para o tratamento da escabiose, pois o ácaro é um parasita humano obrigatório e não sobrevive por longos períodos no ambiente. Além disso, a lavagem de roupas com água a 30 graus Celsius é considerada insuficiente; para a eliminação do ácaro em fômites, recomenda-se água quente em temperaturas superiores a 50 ou 60 graus Celsius.

Alternativa c) Incorreta. Medidas educativas e aumento do banho de sol não tratam a infestação ativa. O erro fundamental desta alternativa é a medicação proposta: o fluconazol é um agente antifúngico, utilizado para tratar micoses e candidíase, não possuindo qualquer ação contra o ácaro da sarna.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa apresenta a abordagem adequada para o controle de surtos em ambientes institucionais e fechados. A higienização de roupas pessoais, de cama e de banho é essencial para eliminar ácaros presentes em fômites. O tratamento com ivermectina oral é a escolha preferencial em presídios pela

facilidade de administração e adesão. A dose deve ser ajustada conforme o peso (200 mcg/kg) e repetida em 7 a 15 dias para atingir os ácaros que eclodiram dos ovos após a primeira dose (já que a ivermectina não é ovicida). O tratamento de todos os contatos da cela, mesmo os assintomáticos, é uma medida de saúde pública crucial para interromper a cadeia de transmissão e evitar a reinfestação do grupo.

Questão 6

A questão aborda o manejo da falha terapêutica na erradicação do **Helicobacter pylori**, um cenário comum na prática clínica, especialmente em pacientes com histórico de uso recorrente de antibióticos, como ocorre nesta paciente com deficiência congênita de IgA.

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresentou falha ao esquema tríplice clássico (omeprazol, amoxicilina e claritromicina). O enunciado destaca um ponto crucial: o uso prévio e recorrente de macrolídeos (como a claritromicina) e fluoroquinolonas (como o levofloxacino). Isso indica uma alta probabilidade de resistência bacteriana a essas duas classes de antibióticos.

Por que a alternativa (c) é a correta?

A alternativa (c) propõe a terapia quádrupla com bismuto: inibidor da bomba de prótons (omeprazol) + subcitrato de bismuto + duas opções de antibióticos (doxiciclina e metronidazol) por 14 dias.

Esta é a conduta de escolha para o tratamento de resgate quando há suspeita ou confirmação de resistência à claritromicina e ao levofloxacino. O bismuto tem ação bactericida direta e ajuda a vencer a resistência a outros antibióticos. A duração de 14 dias é a recomendada pelos consensos atuais (como o IV Consenso Brasileiro de **H. pylori** e o Consenso de Maastricht VI) para maximizar as taxas de erradicação em esquemas de resgate. A doxiciclina é frequentemente utilizada como substituta da tetraciclina em nosso meio devido à disponibilidade.

Análise das alternativas incorretas:

a) Incorreta. O esquema utiliza levofloxacino, ao qual a paciente provavelmente é resistente devido ao uso prévio de fluoroquinolonas. Além disso, o tempo de 7 dias é insuficiente para um tratamento de resgate, que deve preferencialmente durar 14 dias.

b) Incorreta. Este esquema insiste na claritromicina (que já falhou e tem resistência provável) e adiciona o levofloxacino (também com provável resistência pelo histórico da paciente). Reutilizar um antibiótico que já apresentou falha sem um teste de

sensibilidade é uma conduta inadequada.

d) Incorreta. Embora utilize bismuto e furazolidona (uma droga útil em casos multirresistentes), a alternativa inclui o levofloxacino, ignorando o histórico de uso recorrente de quinolonas relatado no enunciado. O tempo de 10 dias também é inferior aos 14 dias recomendados para otimizar o sucesso na terapia de resgate quádrupla.

Questão 7

A situação clínica descreve um paciente jovem com trauma de face, mandíbula e cavidade oral extremamente grave, evoluindo rapidamente para insuficiência respiratória aguda e sinais de hipóxia grave (saturação de 59% e bradicardia de 48 bpm). Trata-se de uma emergência de via aérea em que a anatomia está severamente distorcida, caracterizando uma situação de via aérea difícil ou impossível por meios convencionais.

Alternativa (a) Incorreta: A traqueostomia é um procedimento cirúrgico mais demorado, que exige maior dissecação de tecidos e é tecnicamente mais complexo do que a cricotireoidotomia. Ela é geralmente realizada em ambiente de centro cirúrgico e de forma eletiva ou semieletiva. No cenário de urgência extrema na sala de trauma, ela não é a conduta de escolha inicial para o acesso cirúrgico.

Alternativa (b) Correta: A cricotireoidotomia é a via aérea cirúrgica de escolha nas situações de emergência em adultos. O acesso é feito através da membrana cricotireoidea, que é superficial e de fácil identificação. Em pacientes com trauma maxilofacial extenso, onde a intubação orotraqueal é tecnicamente inviável devido ao sangramento e destruição de estruturas, a cricotireoidotomia é o método mais rápido e seguro para estabelecer uma via aérea definitiva e evitar a parada cardiorrespiratória por hipóxia.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a intubação orotraqueal seja o método padrão para controle da via aérea no trauma, ela pressupõe uma anatomia que permita a visualização das cordas vocais. O enunciado enfatiza múltiplas e graves lesões em face, mandíbula e cavidade oral. Tentar a intubação orotraqueal nesse cenário de desestruturação anatômica e sangramento, especialmente com o paciente já bradicárdico e com saturação de 59%, resultaria em perda de tempo crítico e provável falha.

Alternativa (d) Incorreta: A intubação nasotraqueal é contraindicada em pacientes com trauma de face grave e suspeita de fratura de base de crânio (pelo risco de o tubo atingir o sistema nervoso central através da lâmina crivosa). Além disso, é um

procedimento que requer tempo e respiração espontânea, não sendo indicado para pacientes em franca insuficiência respiratória e rebaixamento de consciência como o descrito.

Questão 8

O caso clínico descreve um quadro clássico de apendicite aguda em um adolescente de 12 anos. A história de dor que se inicia de forma difusa (fase visceral) e migra para a fossa ilíaca direita (fase somática), associada a sintomas constitucionais como inapetência e vômitos, direciona o raciocínio para um abdome agudo inflamatório.

Alternativa a) Incorreta. A dor abdominal difusa é um sintoma inicial comum em diversas patologias, tanto clínicas (como gastroenterites e linfadenite mesentérica) quanto cirúrgicas em estágio precoce. Por ser inespecífica, ela isoladamente não define a necessidade de avaliação por uma equipe de cirurgia.

Alternativa b) Correta. A descompressão brusca dolorosa, quando presente, é um sinal de irritação peritoneal (conhecido como sinal de Blumberg no ponto de McBurney). Este achado no exame físico indica que o processo inflamatório atingiu o peritônio parietal. Em um contexto de suspeita de apendicite aguda, a presença de peritonite é um marcador de gravidade e uma indicação formal de avaliação cirúrgica imediata para definir a conduta operatória.

Alternativa c) Incorreta. A associação de dor abdominal com vômitos é extremamente frequente em pediatria e pode ocorrer em condições puramente clínicas, como infecções virais, intoxicações alimentares ou quadros obstrutivos. Embora faça parte do quadro da apendicite, não é o fator decisivo para a interconsulta cirúrgica quando comparado aos sinais de irritação peritoneal.

Alternativa d) Incorreta. A presença de uma massa palpável na fossa ilíaca direita poderia sugerir um plastrão inflamatório ou um abscesso apendicular (complicações de uma apendicite evoluída). No entanto, o enunciado destaca a defesa abdominal e a descompressão brusca dolorosa como os achados principais do exame físico. Entre as opções apresentadas, a irritação peritoneal (alternativa b) é o sinal clássico de abdome agudo que exige avaliação do cirurgião.

Questão 9

ANÁLISE DA QUESTÃO

Esta paciente apresenta Hipertensão Arterial Crônica (HAC) diagnosticada antes da gestação e fatores de risco importantes para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia sobreposta, como a idade avançada (39 anos), a obesidade (IMC 35) e a própria hipertensão prévia. A conduta médica inicial deve focar na segurança fetal, na prevenção de complicações obstétricas e na avaliação basal da saúde materna.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

1. Suspensão da Losartana: Os Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRAs), como a losartana, e os Inibidores da ECA (como enalapril) são terminantemente contraindicados na gestação. O uso dessas substâncias está associado a toxicidade fetal grave, incluindo disfunção renal neonatal, oligodrômio, hipoplasia pulmonar e defeitos de ossificação do crânio.
2. Início da Metildopa: Trata-se do anti-hipertensivo de ação central considerado de primeira escolha na gestação devido ao seu perfil de segurança já amplamente consolidado para o binômio mãe-filho.
3. Início do AAS: Pacientes com hipertensão crônica e obesidade possuem alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. O uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS) em baixas doses, iniciado preferencialmente entre a 12ª e 16ª semana de gestação, é a principal medida profilática para reduzir a incidência dessa condição.
4. Pesquisa de lesão de órgãos-alvo: Na primeira consulta de uma gestante hipertensa crônica, é obrigatório realizar uma avaliação laboratorial de base (função renal, proteinúria de 24 horas ou relação proteína/creatinina, ECG, fundo de olho). Isso serve para verificar o status atual da paciente e servir de comparação futura para diferenciar a hipertensão crônica de uma eventual pré-eclâmpsia sobreposta.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): É incorreta pois jamais se deve manter a losartana na gestação. Manter essa medicação expõe o feto a riscos de malformações e óbito. Apenas solicitar função hepática é insuficiente para a avaliação inicial completa.

Alternativa (c): Está incompleta. Embora a suspensão da losartana seja necessária, a conduta inicial exige a substituição por uma droga segura (como metildopa, nifedipino ou hidralazina) e a prescrição de profilaxia para pré-eclâmpsia com AAS. A avaliação cardiológica detalhada não substitui a pesquisa laboratorial de rotina de

órgãos-alvo.

Alternativa (d): É incorreta por orientar a manutenção da losartana. Além disso, a investigação de hipertensão secundária não é a prioridade no início do pré-natal de uma paciente já diagnosticada com hipertensão essencial há dois anos, especialmente quando há medidas urgentes de ajuste terapêutico e profilaxia a serem tomadas.

Questão 10

Esta questão aborda a conduta médica diante de uma gravidez indesejada e o manejo ético e clínico em situações de vulnerabilidade social e reprodutiva. O foco principal é o acolhimento, o sigilo profissional e a redução de danos.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a entrega voluntária para adoção seja uma opção legal prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), essa conduta foca exclusivamente na continuidade da gestação. Ao sugerir apenas o pré-natal e a adoção, o médico ignora o sofrimento imediato da paciente e falha em fornecer informações sobre seus direitos e sobre os riscos de procedimentos inseguros aos quais ela possa se submeter.

Alternativa (b) Incorreta: O papel do médico não é "desencorajar" ou exercer julgamento moral sobre as decisões da paciente. Além disso, a afirmação de que a paciente "tem direito" ao aborto neste caso específico está incorreta perante a legislação brasileira atual, que permite a interrupção da gravidez apenas em três situações: estupro, risco de vida para a gestante ou anencefalia fetal. O uso do medo (elencando complicações) como estratégia de convencimento fere a autonomia e a relação médico-paciente.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa reflete a postura ética e humanizada recomendada pelo Ministério da Saúde e pelo Código de Ética Médica. O médico deve fornecer informações baseadas em evidências, garantir o sigilo profissional (fundamental para que a paciente se sinta segura) e orientar sobre a redução de danos. Informar sobre sinais de alerta (hemorragia, febre, dor intensa) é essencial para que, caso a paciente opte por um aborto inseguro, ela saiba quando procurar assistência médica emergencial para evitar complicações graves ou óbito.

Alternativa (d) Incorreta: O sigilo médico é um dever profissional e um direito do paciente. O Código de Ética Médica (Art. 73) proíbe o médico de revelar segredo profissional que possa expor o paciente a processo penal. Portanto, o médico não deve, em hipótese alguma, notificar a polícia ou registrar boletim de ocorrência caso a paciente realize um aborto. A quebra de sigilo nessas circunstâncias constitui

infração ética e crime de violação de segredo profissional.

Questão 11

Análise do caso clínico:

A paciente em questão apresenta um perfil de alta dependência nicotínica, caracterizado pelo consumo de 20 cigarros por dia há 25 anos, histórico de múltiplas tentativas frustradas de cessação e presença de sintomas claros de síndrome de abstinência (irritabilidade e ansiedade) ao tentar reduzir o consumo. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde e do Consenso Brasileiro de Terapêutica do Tabagismo, o tratamento padrão-ouro envolve uma abordagem multidisciplinar.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a terapia de reposição de nicotina (TRN) seja uma ferramenta farmacológica fundamental para reduzir os sintomas de abstinência, o tratamento do tabagismo não deve ser baseado apenas no uso de medicamentos. A abordagem isolada ignora os componentes psicológicos e comportamentais da dependência, resultando em menores taxas de sucesso a longo prazo.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão recomendada. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), seja em sessões individuais ou em grupo, é o pilar do tratamento, auxiliando o paciente a identificar gatilhos e desenvolver estratégias de enfrentamento. Para pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia, ou que apresentam falhas em tentativas anteriores apenas com TCC, a associação com farmacoterapia (como a reposição de nicotina ou bupropiona) é formalmente indicada para aumentar as chances de abstinência.

Alternativa c) Incorreta. A cessação imediata (método "abrupto") é uma estratégia válida, e a terapia comportamental é essencial. No entanto, para uma paciente com esse grau de dependência e histórico de sintomas de abstinência importantes, a ausência de suporte farmacológico torna a manutenção da abstinência muito mais difícil e aumenta o risco de recaída precoce.

Alternativa d) Incorreta. Os benzodiazepínicos não possuem indicação clínica como primeira linha no tratamento do tabagismo. Eles podem causar dependência e não tratam a raiz da fissura ou da dependência química de nicotina. Além disso, a redução gradual do número de cigarros, embora seja uma estratégia possível para alguns pacientes, é considerada menos eficaz do que a parada abrupta programada, e nunca deve ser feita utilizando benzodiazepínicos como substitutos.

Resumo terapêutico:

O plano terapêutico adequado para esta paciente combina o suporte psicológico (terapia comportamental) para lidar com a dependência psicológica, associado ao suporte farmacológico (reposição de nicotina) para mitigar os efeitos físicos da síndrome de abstinência.

Questão 12

DIAGNÓSTICO: ATRESIA DE ESÔFAGO

A questão apresenta um quadro clínico clássico de atresia de esôfago, uma malformação congênita na qual o esôfago não se desenvolve continuamente, terminando em um fundo cego.

ANÁLISE DOS SINAIS CLÍNICOS:

1. Polidrâmnio: O feto não consegue deglutir o líquido amniótico adequadamente no útero, levando ao acúmulo de líquido na bolsa gestacional.
2. Sialorreia e muco: Como o esôfago está obstruído, o recém-nascido não consegue deglutir a própria saliva, que se acumula e extravasa pela boca (aspecto espumoso).
3. Crise de engasgo e cianose: Ao tentar se alimentar, o leite preenche o fundo cego esofágico e transborda para as vias aéreas. Além disso, na maioria dos casos (cerca de 85% a 90%), existe uma fístula traqueoesofágica distal, que permite a passagem de ar para o estômago e de conteúdo gástrico para os pulmões, agravando o desconforto respiratório.
4. Teste da sonda: O diagnóstico é confirmado pela impossibilidade de progressão de uma sonda orogástrica ou nasogástrica, que "enrola" no coto esofágico superior.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

- a) **CORRETA.** A atresia esofágica justifica todos os achados: o polidrâmnio (falha na deglutição fetal), a sialorreia excessiva (incapacidade de deglutir saliva pós-natal) e os sintomas respiratórios imediatos à tentativa de amamentação (aspiração do conteúdo que não progride pelo esôfago).
- b) **INCORRETA.** A atresia gástrica é uma condição extremamente rara que se manifesta com vômitos não biliosos e distensão abdominal na região do epigástrico. Embora possa causar polidrâmnio, o recém-nascido conseguiria deglutir a saliva inicialmente, não apresentando sialorreia imediata e asfixia logo no primeiro contato com o seio de forma tão característica quanto na atresia de esôfago.
- c) **INCORRETA.** As atresias intestinais (como a duodenal ou jejunal) manifestam-se

tipicamente com vômitos (frequentemente biliosos) e distensão abdominal. O recém-nascido geralmente tolera a deglutição inicial de saliva, e os sintomas de desconforto respiratório não são tão imediatos e associados à salivação excessiva quanto no caso descrito.

d) INCORRETA. A agenesia ou atresia pancreática é uma condição raríssima associada à insuficiência pancreática exócrina e diabetes neonatal. Ela não causa obstrução mecânica do trato digestivo superior que justifique a impossibilidade de passagem de sonda ou sialorreia imediata ao nascimento.

Questão 13

ANÁLISE DA QUESTÃO

O primeiro passo para resolver a questão é realizar o cálculo matemático da porcentagem de perda de peso do recém-nascido. Para isso, dividimos o peso perdido pelo peso de nascimento:

$$175\text{g} / 3.500\text{g} = 0,05$$

$$0,05 \times 100 = 5\%$$

O segundo passo é a interpretação clínica desse dado. É fisiológico que o recém-nascido perca peso nos primeiros dias de vida. Essa perda ocorre devido à eliminação de excesso de líquido extracelular, eliminação de mecônio e urina, além da baixa ingestão calórica inicial (fase do colostro). Em recém-nascidos a termo, espera-se uma perda de até 10% do peso de nascimento nos primeiros 3 a 7 dias de vida.

No caso descrito, a criança perdeu 5% em 24 horas, mas mantém-se corada, hidratada e com eliminações presentes, o que confirma que o processo é fisiológico e não exige intervenções.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Correta. O cálculo está correto (5%) e a conduta é expectante, pois a perda está dentro do limite fisiológico de até 10% e o exame físico da criança é normal.

Alternativa b) Incorreta. O cálculo de 15% está matematicamente errado (15% de 3.500g seriam 525g). Além disso, não há indicação de fórmula infantil, pois a criança está clinicamente bem e em aleitamento materno exclusivo.

Alternativa c) Incorreta. O valor de 15% está incorreto. Uma perda de 15% seria considerada patológica e exigiria investigação de técnica de amamentação ou patologias subjacentes, mas não é o caso desta paciente.

Alternativa d) Incorreta. Embora o cálculo de 5% esteja correto, a afirmação de que não deveria estar ocorrendo nesse momento é falsa. A perda ponderal inicia-se logo após o nascimento e pode ser detectada já nas primeiras 24 horas de vida.

Questão 14

Análise do caso clínico:

Paciente de 49 anos em menopausa cirúrgica (histerectomia e salpingooforectomia bilateral há 3 meses) apresentando sintomas vasomotores intensos (ondas de calor, cansaço, irritabilidade) e síndrome geniturinária da menopausa (dispareunia e secura vaginal). O ponto determinante para a escolha da conduta é o achado anatomopatológico de endometriose peritoneal e ovariana.

Alternativa a: Incorreta. Os fitoterápicos, como as isoflavonas de soja, possuem eficácia inferior à terapia hormonal (TH) no controle de sintomas vasomotores graves, especialmente em casos de menopausa cirúrgica, onde a queda hormonal é abrupta e os sintomas costumam ser mais severos. O histórico de endometriose e adenomiose não é indicação para fitoterapia em detrimento da TH.

Alternativa b: Incorreta. Antidepressivos (como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina ou tricíclicos) são opções de segunda linha, indicados apenas quando a terapia hormonal é contraindicada. A paciente não apresenta contraindicações absolutas à TH, como câncer de mama, doença arterial coronariana ou doença hepática grave.

Alternativa c: Incorreta. Esta alternativa descreve a conduta padrão para pacientes histerectomizadas (estrogenioterapia isolada). No entanto, o histórico de endometriose constitui uma exceção importante. O uso de estrogênio isolado em mulheres com focos residuais de endometriose (especialmente focos peritoneais relatados no caso) pode reativar a doença, causar dor pélvica e, mais grave, aumentar o risco de transformação maligna desses focos para carcinoma endometriode ou de células claras.

Alternativa d: Correta. Em pacientes com antecedente de endometriose, a recomendação atual, mesmo após a realização de histerectomia, é a utilização da terapia hormonal combinada (estrogênio associado ao progestogênio). A adição do progestogênio serve para antagonizar o efeito proliferativo do estrogênio sobre possíveis focos remanescentes de endometriose, prevenindo a recidiva dos sintomas

dolorosos e reduzindo o risco de cancerização desses tecidos extrauterinos. Por isso, a terapia estro-progestativa é a mais indicada para esta paciente.

Questão 15

Esta questão aborda a conduta médica diante de uma suspeita de violência sexual e exposição de vulnerável. O cenário apresenta sinais de alerta importantes: mudança súbita de comportamento (criança sociável que se torna retraída), queixas somáticas (dor abdominal sem causa orgânica aparente) e o relato externo de compartilhamento de fotos íntimas em redes sociais.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Esta é a conduta padrão preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O registro em prontuário deve ser técnico, objetivo e isento de juízos de valor, descrevendo fielmente o que foi observado e relatado. A notificação no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é compulsória e deve ser feita diante da suspeita, não necessitando de confirmação ou prova cabal. O acionamento do Conselho Tutelar e da rede de proteção social (CRAS/CREAS) é fundamental para garantir a segurança da criança, especialmente quando há suspeita de que o agressor resida no mesmo domicílio.

Alternativa B (Incorreta): O médico não deve aguardar a confirmação da violência para realizar a notificação. A legislação brasileira determina que a simples suspeita de maus-tratos ou violência contra crianças e adolescentes já obriga a notificação e a comunicação aos órgãos competentes. Além disso, a perícia médica (IML) é um procedimento de cunho criminal, mas as medidas de proteção à saúde e assistência social devem ser desencadeadas imediatamente pela unidade de saúde.

Alternativa C (Incorreta): Confrontar os pais ou responsáveis é uma conduta contraindicada e perigosa. Se um dos pais for o agressor (no caso, a criança fica a maior parte do tempo com o pai), o confronto pode colocar a criança em risco ainda maior de retaliação, além de permitir que o suspeito destrua provas, fuja ou coaja a vítima a mudar seu relato. A investigação do culpado cabe às autoridades policiais e judiciárias, não ao médico assistente.

Alternativa D (Incorreta): Embora a denúncia em delegacia seja um passo importante, ela geralmente é realizada pelo Conselho Tutelar ou pelos responsáveis legais (quando estes não são os suspeitos). Para o médico, a prioridade legal e administrativa é a notificação compulsória (SINAN) e a comunicação ao Conselho Tutelar. A Alternativa A é mais completa do ponto de vista da atuação do médico na Atenção Primária, ao destacar a importância do registro isento e do trabalho em rede

com os equipamentos sociais.

Resumo da conduta em suspeita de abuso infantil:

1. Acolhimento da criança e da família (se esta não for a suspeita).
2. Exame clínico detalhado e registro objetivo no prontuário.
3. Notificação compulsória imediata (SINAN).
4. Comunicação ao Conselho Tutelar (obrigatória pelo ECA).
5. Articulação com a rede de proteção social (CREAS) para acompanhamento psicossocial.

Questão 16

O quadro clínico descrito é clássico de Delirium Tremens (DT), a forma mais grave da síndrome de abstinência alcoólica. O paciente apresenta a tríade característica: alteração do sensório (confusão mental/desorientação), hiperatividade autonômica (taquicardia, hipertensão e sudorese) e tremores, surgindo justamente no pico de incidência da condição, que ocorre entre 48 e 96 horas após o último consumo de álcool.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o diagnóstico de Delirium Tremens esteja correto, a conduta está equivocada. O uso de antipsicóticos como o haloperidol como monoterapia ou conduta inicial é contraindicado no Delirium Tremens, pois esses medicamentos reduzem o limiar convulsivo, aumentando o risco de crises epiléticas, além de não tratarem a causa-base da hiperatividade autonômica. O haloperidol pode ser usado apenas como adjuvante em casos de agitação refratária aos benzodiazepínicos.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico é Delirium Tremens e a base do tratamento são os benzodiazepínicos (como diazepam ou lorazepam). Essas drogas atuam nos receptores GABA, compensando a falta do efeito depressor do álcool no sistema nervoso central, controlando a agitação, prevenindo convulsões e reduzindo a hiperatividade autonômica (estabilizando a frequência cardíaca e a pressão arterial).

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico de encefalopatia hipertensiva é improvável neste contexto. Embora o paciente esteja hipertenso (150x110 mmHg), esses níveis não costumam causar encefalopatia em pacientes previamente hígidos, e a história de etilismo com interrupção recente direciona o diagnóstico para a abstinência. Além disso, a conduta de restrição de líquidos não é o tratamento para encefalopatia hipertensiva.

Alternativa d) Incorreta. A conduta descrita (redução da PA média em 20-25% com nitroprussiato) é o protocolo padrão para emergências hipertensivas, como a encefalopatia hipertensiva. No entanto, o diagnóstico primário aqui é o Delirium Tremens. A hipertensão é uma manifestação secundária do estado adrenérgico da abstinência e tende a se normalizar com a sedação adequada por benzodiazepínicos, não sendo necessário o uso de anti-hipertensivos potentes por via intravenosa inicialmente.

Questão 17

A conduta de jejum pré-operatório para procedimentos eletivos em pacientes saudáveis, como o caso clínico apresentado, segue diretrizes baseadas em evidências para minimizar o risco de aspiração pulmonar (síndrome de Mendelson) e reduzir o estresse metabólico causado pelo jejum prolongado.

As recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) estabelecem tempos específicos dependendo da natureza do que foi ingerido:

Líquidos claros (água, sucos sem gomos, chá e café sem leite, bebidas com carboidratos): 2 horas.

Leite materno: 4 horas.

Leite não materno e fórmulas infantis: 6 horas.

Refeição leve (torradas ou chá com leite): 6 horas.

Refeição completa ou gordurosa (carnes e frituras): 8 horas.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O jejum de 12 horas para sólidos e 8 horas para líquidos é uma prática considerada obsoleta. O jejum prolongado acima de 8-10 horas aumenta a resistência insulínica no pós-operatório, além de causar desconforto, sede e ansiedade ao paciente sem agregar segurança.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa reflete exatamente o consenso médico atual. O intervalo de 6 a 8 horas contempla o tempo de esvaziamento gástrico para diferentes tipos de alimentos sólidos, enquanto o limite de 2 horas para líquidos claros permite que o paciente se mantenha hidratado e, em muitos protocolos, receba abreviação de jejum com bebidas contendo carboidratos, o que melhora a resposta metabólica à cirurgia.

Alternativa c: Incorreta. O tempo de 1 hora para ingestão de líquidos (mesmo bebidas proteicas) não é recomendado por nenhuma diretriz de segurança, mantendo-se o

padrão mínimo de 2 horas. O tempo de 4 horas para sólidos também é insuficiente para garantir a segurança contra aspiração, sendo reservado apenas para o leite materno.

Alternativa d: Incorreta. Um jejum de 10 horas é desnecessariamente longo para um paciente sem comorbidades. Além disso, manter o paciente em jejum de água por 4 horas é excessivo, uma vez que o esvaziamento gástrico de líquidos sem resíduos ocorre de forma rápida, permitindo o consumo seguro até 2 horas antes da anestesia.

Questão 18

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O Teste do Pezinho (Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN) é um pilar fundamental da pediatria preventiva. Para responder a essa questão, é preciso conhecer o período ideal de coleta e a conduta diante de casos que perderam esse prazo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): O termo "neonatal" refere-se aos primeiros 28 dias de vida, e esse é o período em que a maioria das triagens ocorre. No entanto, o fato de o lactente ter ultrapassado os 28 dias não impede a realização do teste. Doenças como o hipotireoidismo congênito e a anemia falciforme ainda podem ser diagnosticadas e beneficiadas pelo tratamento, mesmo que iniciado tardiamente em relação ao ideal. O sistema de saúde deve realizar a coleta assim que a falha for identificada.

Alternativa B (Incorreta): O período entre o 3º e o 5º dia de vida é considerado o intervalo IDEAL para a coleta. Isso ocorre porque o bebê já deve ter ingerido proteína (leite) suficiente para a detecção da fenilcetonúria e para que os níveis de TSH (do hipotireoidismo) tenham se estabilizado após o estresse do parto. No entanto, esse intervalo não é EXCLUSIVO. Se o bebê não colheu nesse prazo, a coleta deve ser feita o quanto antes.

Alternativa C (Incorreta): A recomendação atual do Ministério da Saúde não é a coleta de rotina nas primeiras 48 horas de vida na maternidade (salvo situações específicas ou alta precoce, com ressalvas). A coleta muito precoce (antes de 48h) aumenta o risco de resultados falso-negativos para fenilcetonúria, pois o recém-nascido ainda teve pouco tempo de ingestão proteica, e falso-positivos para hipotireoidismo congênito, devido ao pico fisiológico de TSH que ocorre logo após o nascimento.

Alternativa D (Correta): Esta alternativa descreve a conduta real frente à negligência

ou falta de acesso. O período ideal (3º ao 5º dia) visa o diagnóstico e tratamento precoces para evitar sequelas irreversíveis. Todavia, em casos de crianças que "escaparam" do sistema de triagem (como o lactente da questão, que vive em acolhimento e nunca consultou), a coleta deve ser realizada assim que possível, mesmo após o período neonatal, caracterizando uma coleta de exceção para garantir o direito da criança ao diagnóstico.

RESUMO: O período ideal para o Teste do Pezinho é do 3º ao 5º dia de vida. Coletas após o 28º dia são consideradas tardias e de exceção, mas devem ser realizadas obrigatoriamente caso a criança ainda não tenha sido testada.

Questão 19

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A questão apresenta uma gestante em trabalho de parto com frequência cardíaca fetal (FCF) de 102 bpm mantida por 10 minutos. De acordo com as diretrizes da FIGO e do ACOG, a linha de base normal da FCF situa-se entre 110 e 160 bpm. Portanto, o feto apresenta uma bradicardia fetal leve. No entanto, o enunciado destaca que a cardiotocografia mostra parâmetros normais (o que implica variabilidade preservada e ausência de desacelerações patológicas), exceto pela linha de base. Esse padrão é classificado como Categoria II (indeterminado). Diante de um traçado Categoria II, a conduta inicial não é a interrupção imediata do parto, mas sim a adoção de medidas de reanimação intrauterina para melhorar a oxigenação fetal e posterior reavaliação.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (d) descreve corretamente as medidas iniciais de reanimação intrauterina. A mudança de posição da gestante (geralmente para o decúbito lateral esquerdo) visa descomprimir a veia cava inferior, melhorando o retorno venoso materno, o débito cardíaco e, conseqüentemente, o fluxo sanguíneo placentário. A administração de oxigênio busca otimizar a transferência de oxigênio para o feto. Após essas intervenções, a FCF deve ser reavaliada. Se a bradicardia persistir ou o padrão piorar para Categoria III, outras medidas seriam tomadas.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A indicação de cesariana imediata por sofrimento fetal agudo é reservada para traçados Categoria III, que apresentam variabilidade ausente associada a desacelerações tardias recorrentes, desacelerações variáveis recorrentes ou padrão sinusoidal. Como o traçado da paciente ainda possui outros parâmetros normais, a intervenção cirúrgica imediata é precoce e inadequada.

Alternativa (b): A administração de ocitocina estimula as contrações uterinas, as quais reduzem transitoriamente o aporte de oxigênio para o feto. Em um quadro de bradicardia fetal, a conduta correta seria, na verdade, suspender a ocitocina, caso estivesse sendo infundida, para diminuir o estresse hipóxico sobre o feto.

Alternativa (c): O uso de tocolíticos (útero-inibidores) é indicado especificamente quando a alteração da FCF é causada por taquissístolia uterina (mais de 5 contrações em 10 minutos). O enunciado não menciona hiperestimulação uterina. Além disso, aguardar a "melhora espontânea" sem realizar manobras de reanimação ativa (como a mudança de decúbito) é uma conduta passiva demais para o cenário descrito.

Questão 20

ESTÁGIO DE CONTEMPLAÇÃO NO MODELO TRANSTEÓRICO

A questão aborda as etapas de mudança de comportamento propostas por Prochaska e DiClemente, ferramenta fundamental na Medicina de Família e Comunidade para o manejo de dependências e hábitos prejudiciais. Para identificar o estágio correto, devemos observar a percepção do paciente sobre seu próprio comportamento e sua prontidão para agir.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: O estágio de Ação ocorre quando o indivíduo já está efetivamente modificando seu comportamento de forma visível e consistente. No caso relatado, o homem ainda mantém o padrão compulsivo e sofre as consequências (deixa de trabalhar e tem conflitos familiares), o que indica que a execução da mudança ainda não foi iniciada.

Alternativa (b) CORRETA: O paciente está no estágio de Contemplação. As características marcantes dessa fase são o reconhecimento de que existe um problema e a presença de ambivalência. Ele admite que tem dificuldades para controlar o comportamento e reconhece os prejuízos familiares e financeiros, porém ainda não se comprometeu totalmente com uma mudança ou plano de ação imediato. Ele sabe que precisa mudar, mas ainda está "preso" ao comportamento.

Alternativa (c) INCORRETA: Na Pré-contemplação, o paciente não vê seu comportamento como um problema e não tem intenção de mudar nos próximos meses. Geralmente, nesses casos, o paciente é levado à consulta por terceiros e tende a negar ou minimizar os danos. O enunciado contradiz isso ao afirmar que o paciente admite o problema e reconhece as consequências.

Alternativa (d) INCORRETA: O estágio de Preparação (ou Determinação) é caracterizado por um planejamento concreto. O indivíduo pretende agir em um futuro próximo e já pode ter feito pequenas tentativas de mudança. Além disso, a definição dada nesta alternativa está conceitualmente errada ao dizer que na preparação a percepção dos efeitos é limitada; se a percepção fosse limitada e sem possibilidade de mudança, o quadro seria de pré-contemplação.

RESUMO DIDÁTICO DOS ESTÁGIOS:

1. Pré-contemplação: Não reconhece o problema.
2. Contemplação: Reconhece o problema e as perdas, mas está ambivalente (sabe que precisa, mas não age).
3. Preparação: Faz planos concretos para mudar em breve.
4. Ação: Implementa a mudança no comportamento.
5. Manutenção: Sustenta o novo comportamento ao longo do tempo.

Questão 21

Para classificar a gravidade da limitação ao fluxo aéreo na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), utilizamos os critérios da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). O diagnóstico de DPOC é confirmado pela espirometria quando a relação VEF1/CVF pós-broncodilatador é menor que 0,70. Na tabela apresentada, a relação pós-broncodilatador do paciente é de 0,55, o que confirma a presença da doença.

Após o diagnóstico, a classificação funcional (estadiamento GOLD 1 a 4) é feita com base no valor do VEF1 pós-broncodilatador comparado ao valor previsto para a idade, sexo e altura do paciente.

De acordo com os dados da imagem:

- VEF1 encontrado (pós-broncodilatador): 1,73
- VEF1 previsto: 3,65

Para encontrar o percentual do previsto, dividimos o valor encontrado pelo previsto: $1,73 / 3,65 = 0,4739$, ou seja, aproximadamente 47,4% do previsto.

A classificação GOLD de gravidade da obstrução é dividida da seguinte forma:

- GOLD 1 (Leve): VEF1 maior ou igual a 80% do previsto.
- GOLD 2 (Moderada): VEF1 entre 50% e 79% do previsto.
- GOLD 3 (Grave): VEF1 entre 30% e 49% do previsto.
- GOLD 4 (Muito Grave): VEF1 menor que 30% do previsto.

Como o paciente apresenta um VEF1 de 47,4%, ele se enquadra na classificação de estágio 3.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Para ser estágio 1, o VEF1 deveria ser maior ou igual a 80% do previsto (neste caso, maior que 2,92).

Alternativa B: Incorreta. Para ser estágio 2, o VEF1 deveria estar entre 50% e 79% do previsto (neste caso, entre 1,82 e 2,91).

Alternativa C: Correta. O valor calculado de 47,4% situa-se no intervalo de 30% a 49%, definindo o estágio 3 (grave).

Alternativa D: Incorreta. Para ser estágio 4, o VEF1 deveria ser menor que 30% do previsto (neste caso, menor que 1,09).

Questão 22

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta sinais claros de trauma ocular aberto (perfuração do globo ocular). O mecanismo de trauma (fragmento metálico de alta velocidade) associado ao achado de extravasamento de conteúdo gelatinoso (humor vítreo) confirma a gravidade da lesão. O objetivo imediato é proteger a integridade do olho e prevenir infecções graves, como a endoftalmite, até que o cirurgião oftalmologista possa intervir.

Alternativa a: Incorreta. A irrigação do olho é contraindicada em casos de suspeita de perfuração ocular, pois o fluxo de líquido pode empurrar contaminantes para o interior do globo ou causar a extrusão de mais conteúdo intraocular. Além disso, a penicilina cristalina não é a primeira escolha para cobertura empírica nesse tipo de trauma e o aguardo de 6 horas atrasa desnecessariamente o tratamento definitivo.

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta padrão-ouro no atendimento inicial. O escudo rígido (que deve se apoiar nos rebordos ósseos da órbita) protege o globo ocular de pressões externas acidentais, evitando que mais conteúdo interno seja expelido. O uso de antibióticos sistêmicos (como as fluoroquinolonas) é essencial, pois essas drogas possuem excelente penetração no humor vítreo e auxiliam na prevenção da endoftalmite. Por fim, como em qualquer trauma perfurante com material potencialmente contaminado, a profilaxia do tétano deve ser checada e realizada, se necessário.

Alternativa c: Incorreta. Colírios de corticoide não devem ser utilizados na fase aguda de um trauma ocular aberto, pois podem inibir a resposta imune local, predispondo a infecções, e retardar o processo de cicatrização. Embora exames de imagem como a radiografia ou, preferencialmente, a tomografia de órbita sejam importantes para localizar o corpo estranho, a prioridade é a estabilização e proteção do globo.

Alternativa d: Incorreta. O curativo oclusivo é o maior erro que se pode cometer em um trauma ocular aberto. Ao aplicar uma bandagem ou curativo que faça pressão sobre o olho, o examinador acaba "espremendo" o globo, o que força a saída de íris, lente e vítreo pela laceração, agravando o prognóstico visual. Colírios também devem ser evitados inicialmente para não introduzir substâncias não estéreis no interior do olho.

Resumo dos cuidados no trauma ocular aberto:

1. Não palpar ou exercer qualquer pressão sobre o globo ocular.
2. Não pingar colírios ou realizar irrigação.
3. Colocar um escudo protetor rígido.
4. Manter o paciente em jejum (preparação cirúrgica).
5. Iniciar antibióticos de amplo espectro por via sistêmica.
6. Atualizar vacina de tétano.
7. Encaminhamento imediato para sutura de esclera/córnea por especialista.

Questão 23

A alternativa correta é a (a). Abaixo, apresento a análise detalhada de cada opção para facilitar a diferenciação das infecções do grupo TORCHSZ:

Alternativa A (Correta): A toxoplasmose congênita é classicamente reconhecida pela Tétrade de Sabin: coriorretinite, calcificações intracranianas (geralmente difusas), hidrocefalia e retardo mental. Hepatoesplenomegalia e icterícia são achados inespecíficos comuns a várias infecções congênitas. Embora a maioria das infecções congênitas curse com plaquetopenia (diminuição de plaquetas), em alguns contextos de resposta inflamatória ou erro de transcrição da banca examinadora, a hidrocefalia permanece como o sinal patognomônico que valida a alternativa em comparação às demais, que apresentam erros grosseiros de associação.

Alternativa B (Incorreta): O rash macular com úlceras não é típico da rubéola. Na rubéola congênita, as lesões cutâneas clássicas são do tipo "blueberry muffin" (púrpura trombocitopênica neonatal). Úlceras e vesículas são mais sugestivas de herpes simples ou sífilis (quando evoluem de pênfigo palmoplantar).

Alternativa C (Incorreta): Rinite serossanguinolenta e pseudoparalisia de Parrot

(causada por periostite dolorosa que impede a movimentação do membro) são sinais patognomônicos da sífilis congênita precoce, e não do herpes simples. O herpes simples neonatal costuma manifestar-se com vesículas cutâneas, ceratoconjuntivite e comprometimento do sistema nervoso central (encefalite).

Alternativa D (Incorreta): Os achados de catarata, persistência do canal arterial e estenose de artéria pulmonar formam a Tríade de Gregg, que é característica da rubéola congênita. O citomegalovírus (CMV), embora também cause retardo de crescimento intrauterino, é mais associado a microcefalia, calcificações periventriculares e surdez neurosensorial.

Questão 24

Diagnóstico: O quadro clínico descrito é clássico de descolamento prematuro de placenta (DPP). Os principais pontos que confirmam essa suspeita são a dor abdominal súbita, o aumento do tônus uterino (hipertonia), o sangramento vaginal escuro e a presença de hipertensão arterial crônica, que é o principal fator de risco para o DPP. O sofrimento fetal grave, evidenciado pela bradicardia de 50 bpm, indica uma interrupção importante da troca de oxigênio entre a placenta e o feto.

Análise dos Sinais Vitais (Imagem): Os dados da imagem revelam uma paciente em estado crítico. A pressão arterial de 80 x 60 mmHg caracteriza choque hipovolêmico. A frequência cardíaca materna de 60 bpm, em um contexto de choque, pode sugerir uma falha nos mecanismos compensatórios ou uma resposta reflexa à gravidade do quadro. A saturação de 94% está no limite inferior da normalidade, exigindo oferta de oxigênio suplementar.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta): O diagnóstico está correto. Diante de um DPP com feto vivo e sinais de sofrimento fetal agudo (bradicardia), a resolução da gravidez deve ser imediata. Como o colo uterino está fechado, o parto vaginal não é uma opção rápida, tornando a cesárea a via de escolha. A estabilização hemodinâmica com reposição de volume e o posicionamento em decúbito lateral (para melhorar o retorno venoso ao descomprimir a veia cava) devem ser realizados simultaneamente à preparação para o centro cirúrgico.

Alternativa B (Incorreta): Embora identifique o DPP, a conduta de aguardar um parto vaginal induzido é inadequada. A indução do parto é um processo demorado e, neste caso, o feto apresenta bradicardia severa e a mãe está instável, exigindo uma resolução em minutos, o que só é possível via cesárea.

Alternativa C (Incorreta): O diagnóstico de placenta prévia está errado. Na placenta prévia, o sangramento costuma ser indolor, vermelho rutilante (vivo) e o tônus uterino permanece normal. Além disso, o uso de uterolíticos (tocolíticos) é contraindicado no DPP, pois o objetivo é esvaziar o útero para controlar a hemorragia, e não inibir contrações.

Alternativa D (Incorreta): O diagnóstico de placenta prévia está incorreto, conforme explicado acima. Além disso, a conduta de parto vaginal induzido não se aplica a uma emergência hemorrágica com instabilidade materna e fetal.

Questão 25

A saúde das populações ciganas ou Romani no Brasil é um tema transversal que envolve conhecimentos de Saúde Coletiva, Antropologia Médica e Políticas Públicas de Saúde (PNAISP). O planejamento de ações para esses grupos deve considerar os determinantes sociais da saúde e as vulnerabilidades específicas a que estão submetidos.

Alternativa (a) está incorreta. Embora muitas comunidades ciganas apresentem estruturas sociais patriarcais, o cuidado com a saúde e a gestão do bem-estar familiar são tradicionalmente papéis exercidos pelas mulheres dentro da unidade doméstica. A ideia de que as mulheres não devem ir ao hospital sozinhas pode ocorrer em alguns contextos culturais por proteção ou tradição, mas não é uma regra que define a condução das questões de saúde por homens, nem é o ponto central para o planejamento de ações públicas.

Alternativa (b) está correta. Esta alternativa aborda o impacto dos determinantes sociais na saúde mental. O racismo estrutural, a discriminação histórica, a exclusão social e a violência institucional geram um fenômeno conhecido como estresse de minoria. Estudos apontam que esses fatores contribuem diretamente para o aumento de quadros de depressão, ansiedade e comportamento suicida. As mulheres ciganas, muitas vezes, sofrem uma dupla vulnerabilidade (gênero e etnia), o que eleva a incidência desses problemas nesse subgrupo. O reconhecimento desses sofrimentos psíquicos é fundamental para a criação de políticas de saúde mental eficazes e humanizadas.

Alternativa (c) está incorreta. Na organização social da maioria dos povos ciganos (como os grupos Calon e Roma), a liderança política e a interlocução com o mundo exterior são predominantemente exercidas pelos homens mais velhos, os patriarcas. Embora as mulheres sejam figuras centrais na preservação da cultura e nos cuidados internos, o agente de saúde deve reconhecer as hierarquias tradicionais de liderança masculina para estabelecer os primeiros vínculos de confiança com a comunidade

como um todo.

Alternativa (d) está incorreta. Existe um senso comum equivocado de que a maioria dos ciganos é nômade. Atualmente, a grande maioria da população cigana no Brasil é sedentária, ou seja, possui residência fixa. O nomadismo hoje é praticado por uma minoria e, muitas vezes, é um nomadismo de circulação sazonal ou motivado pela dificuldade de fixação e expulsão de territórios, e não apenas por uma opção cultural estrita. O planejamento de saúde deve, portanto, focar tanto na população fixada quanto naquela em situação de acampamento.

Questão 26

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Exacerbação Aguda da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Os critérios de Anthonisen estão presentes: aumento da dispneia, aumento do volume da expectoração e mudança no aspecto da secreção (purulência). Além disso, o paciente manifesta sinais de gravidade extrema, como confusão mental (torpor), cianose e desconforto respiratório agudo, o que sugere insuficiência respiratória iminente.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A conduta para este paciente deve ser a internação hospitalar imediata devido aos sinais de gravidade (alteração do nível de consciência e cianose), que indicam a necessidade de suporte ventilatório (provavelmente ventilação não invasiva ou invasiva) e monitorização intensiva. Quanto à corticoterapia, as diretrizes internacionais (como o GOLD) e nacionais recomendam o uso de corticosteroides sistêmicos (via oral ou intravenosa) no manejo das exacerbações de DPOC. O corticoide sistêmico reduz o tempo de recuperação, melhora a função pulmonar (VEF1), a oxigenação e diminui o risco de recaída precoce e falha terapêutica.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a) Apesar de indicar corretamente a corticoterapia sistêmica, o acompanhamento ambulatorial é contraindicado para este paciente. O estado de confusão mental e a hipoxemia sugerida pela cianose são critérios mandatórios para internação hospitalar e estabilização do quadro agudo.

Alternativa b) O corticoide inalatório é utilizado principalmente como terapia de manutenção da DPOC estável para reduzir a frequência de exacerbações em pacientes específicos. Na fase aguda de uma exacerbação grave, o corticoide de

escolha deve ser o sistêmico. Além disso, o manejo ambulatorial é inadequado para a gravidade apresentada.

Alternativa c) Embora a internação hospitalar esteja correta pela gravidade do quadro, o uso isolado de corticoide inalatório não é o tratamento padrão-ouro para reverter a inflamação sistêmica e brônquica intensa de uma exacerbação grave de DPOC. O benefício comprovado na fase aguda vem da administração sistêmica.

RESUMO DA CONDUTA NA EXACERBAÇÃO DA DPOC:

1. Broncodilatadores de curta ação (B2-agonista + Anticolinérgico).
2. Corticoterapia sistêmica (ex: Prednisona 40mg/dia por 5 dias).
3. Antibioticoterapia (indicada pela purulência e gravidade).
4. Suporte de Oxigênio (alvo de saturação entre 88-92%).
5. Suporte ventilatório, se necessário.

Questão 27

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de apendicite aguda. Os pontos-chave são: dor de início insidioso que migra do epigástrio para a região inferior direita (cronologia de Murphy), presença de náuseas e hiporexia, dor exacerbada pela tosse (sinal de Dunphy) e a dissociação térmica axilo-retal acima de 1,0 grau Celsius (sinal de Dieulafoy), que sugere processo inflamatório intra-abdominal. Os exames laboratoriais mostram leucocitose com desvio à esquerda (80 por cento de neutrófilos). A presença de 6 piócitos no sedimento urinário é um achado frequente na apendicite por irritação ureteral ou vesical direta pelo apêndice inflamado (especialmente em apêndices de localização pélvica ou retrocecal), não devendo confundir o examinador com um quadro de infecção urinária primária.

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A dor à punho-percussão na região lombar, conhecida como sinal de Giordano, é típica de quadros de pielonefrite aguda. Embora o paciente apresente uma leve alteração no sumário de urina, a história clínica de dor migratória e o exame físico com dor em fossa ilíaca direita são muito mais sugestivos de apendicite.

Alternativa b: Incorreta. A presença de crepitação e gás na parede abdominal indica infecções necrotizantes de tecidos moles (como fasciite necrotizante ou gangrena gasosa) ou, em casos raros, perfuração de víscera oca com enfisema subcutâneo, o que não condiz com a apresentação clínica de apendicite inicial.

Alternativa c: Incorreta. A dor à palpação no hipocôndrio direito durante a inspiração profunda define o sinal de Murphy. Este sinal é indicativo de colecistite aguda, uma condição que se manifesta com dor no quadrante superior direito do abdome, diferentemente do caso em questão.

Alternativa d: Correta. A alternativa descreve a pesquisa do sinal de Blumberg no ponto de McBurney. O ponto de McBurney localiza-se na união do terço externo com os dois terços internos de uma linha imaginária entre a espinha ílica ântero-superior direita e o umbigo. A dor à descompressão brusca nessa região é um achado clássico de irritação peritoneal, fundamental para o diagnóstico clínico de apendicite aguda.

Gabarito: Letra d.

Questão 28

Esta questão aborda a profilaxia de infecções respiratórias em lactentes prematuros, com foco especial no Vírus Sincicial Respiratório (VSR), que é a principal causa de bronquiolite e pneumonia em bebês, especialmente durante os meses de inverno.

Análise do caso clínico: O paciente tem cinco meses de idade e nasceu com idade gestacional de 28 semanas. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde, o palivizumabe (um anticorpo monoclonal específico contra o VSR) é indicado para grupos de alto risco a fim de reduzir as taxas de hospitalização.

As indicações atuais para o uso do palivizumabe no Brasil são:

1. Crianças menores de um ano que nasceram prematuras com idade gestacional de até 28 semanas e 6 dias.
2. Crianças menores de dois anos com doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar) ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrável.

Alternativa A: Incorreta. A vacina anti-influenza é indicada para crianças a partir dos seis meses de idade. Como o bebê tem cinco meses, ele ainda não atingiu a idade mínima para a primeira dose. Além disso, embora a restrição de visitas seja uma medida de higiene válida, ela não substitui a profilaxia medicamentosa indicada para um prematuro extremo.

Alternativa B: Correta. O paciente preenche o critério de prematuridade (nasceu com 28 semanas e tem menos de um ano de vida). A administração de palivizumabe é a conduta farmacológica de escolha para prevenir complicações graves pelo VSR

durante o período de sazonalidade do vírus. Complementarmente, orientar cuidados como lavagem das mãos, evitar aglomerações e manter o aleitamento materno são medidas essenciais de prevenção.

Alternativa C: Incorreta. Manter o calendário vacinal atualizado é fundamental para qualquer criança, mas o encaminhamento para a infectologia infantil não é necessário apenas pela prematuridade ou para a indicação de profilaxia sazonal, que deve ser conduzida pelo próprio pediatra ou em serviços de referência (como o CRIE – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais).

Alternativa D: Incorreta. O omalizumabe é um anticorpo monoclonal anti-IgE indicado para o tratamento de asma grave alérgica e urticária crônica espontânea, não possuindo indicação para a prevenção de infecções respiratórias sazonais em prematuros. Além disso, a profilaxia deve ser feita de forma preventiva antes ou durante o período de circulação do vírus, e não "em caso de infecções".

Questão 29

Análise do Quadro Clínico

A paciente é uma gestante de 22 semanas que apresenta febre, cefaleia e dores articulares há 5 dias, com surgimento de exantema (manchas pelo corpo) há um dia. Na análise dos dados fornecidos, observamos pontos críticos:

1. Sinais vitais (Imagem 1): A paciente apresenta febre (38,6 graus Celsius). A pressão arterial de 90x70 mmHg mostra uma pressão diferencial (pressão de pulso) de apenas 20 mmHg. Na dengue, uma pressão diferencial menor ou igual a 20 mmHg é um sinal de alerta para choque por extravasamento plasmático.

2. Hemograma (Imagem 2): O resultado revela uma trombocitopenia grave, com apenas 28.000 plaquetas/mm³, valor muito abaixo do normal (150.000 a 450.000/mm³). O hematócrito de 38% e a hemoglobina de 11,2 g/dL estão dentro ou próximos da normalidade para o segundo trimestre de gestação.

Diagnóstico e Conduta

A principal hipótese é Dengue. Gestantes são consideradas grupo de risco e, diante de uma trombocitopenia tão expressiva (abaixo de 50.000/mm³) e sinais vitais limítrofes, a paciente deve ser classificada e tratada como um caso grave ou com sinais de alerta. A conduta imediata é a internação para hidratação venosa vigorosa e monitoramento contínuo.

Análise das Alternativas

Alternativa a: Correta. A dengue é a arbovirose que mais frequentemente cursa com plaquetopenia severa e instabilidade hemodinâmica. Devido ao estado de gestante e ao nível crítico de plaquetas (28.000), a internação é obrigatória para hidratação endovenosa e controle laboratorial diário.

Alternativa b: Incorreta. A febre de Chikungunya costuma apresentar dores articulares muito intensas e incapacitantes, o que diverge do relato de dores leves. Além disso, liberar uma gestante com plaquetopenia grave para o pré-natal básico é uma conduta de alto risco.

Alternativa c: Incorreta. O Zika vírus geralmente causa febre baixa, exantema precocemente e conjuntivite. Não é característico do Zika causar uma queda tão acentuada de plaquetas como a observada nos exames da paciente.

Alternativa d: Incorreta. Embora a Febre de Oropouche cause sintomas similares, a transfusão de plaquetas não é indicada de rotina para valores de $28.000/\text{mm}^3$ sem que haja sangramento ativo importante ou necessidade de cirurgia imediata. O foco do tratamento deve ser a hidratação e o suporte clínico.

Associação com as Imagens

A Imagem 1 destaca a febre e a proximidade entre a pressão sistólica e diastólica. A Imagem 2 confirma a gravidade laboratorial através da contagem de plaquetas, justificando a escolha da alternativa a como a única conduta segura e adequada para o caso.

Questão 30

Alternativa a: Correta. A exposição crônica a poluentes atmosféricos, como o material particulado, está diretamente associada ao desenvolvimento de processos inflamatórios sistêmicos e estresse oxidativo. Esses mecanismos contribuem para o aumento da incidência de doenças cardiometabólicas (hipertensão arterial e diabetes mellitus) e patologias cutâneas, como a dermatite atópica. A recomendação de fechar janelas durante horários de pico de tráfego é uma medida de mitigação individual reconhecida para reduzir a infiltração de poluentes externos no ambiente doméstico, diminuindo a carga de exposição do indivíduo.

Alternativa b: Incorreta. A produção em larga escala de monoculturas para biocombustíveis, como o milho, pode gerar efeitos adversos nos determinantes sociais da saúde. Frequentemente, essas práticas levam à concentração de terras, à

redução da biodiversidade e à substituição de culturas alimentares básicas, o que pode comprometer a segurança alimentar e não necessariamente melhorar a vida do pequeno produtor rural, que costuma ser pressionado pelo avanço do agronegócio industrial.

Alternativa c: Incorreta. Diferentemente do que afirma a alternativa, a exposição ao calor extremo causa vasodilatação periférica como mecanismo de termorregulação, o que tende a baixar a pressão arterial. Orientar o aumento da dose de anti-hipertensivos durante ondas de calor é clinicamente perigoso, pois eleva o risco de hipotensão severa, síncope e desidratação. O manejo correto envolve hidratação vigorosa e resfriamento corporal, mas ajustes medicamentosos devem ser feitos com cautela para evitar quedas pressóricas acentuadas.

Alternativa d: Incorreta. As atividades de educação em saúde são pilares fundamentais da promoção da saúde. Ocultar informações sobre o estresse climático nas escolas sob o pretexto de evitar sofrimento emocional priva crianças e adolescentes da oportunidade de desenvolver resiliência e consciência crítica. A abordagem deve ser adaptada à faixa etária, visando ao empoderamento para o enfrentamento de crises ambientais, e não à omissão do tema.

Questão 31

O Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) é atualmente a ferramenta de escolha para o diagnóstico inicial da tuberculose pulmonar no Brasil. Quando o resultado indica a presença do *Mycobacterium tuberculosis* associada à resistência à rifampicina, o protocolo do Ministério da Saúde estabelece fluxos específicos para garantir o manejo adequado e evitar a propagação de cepas resistentes.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A conduta de encaminhar o paciente para a unidade de referência não é inadequada; pelo contrário, é necessária diante da detecção de resistência. O TRM-TB tem valor diagnóstico superior à baciloscopia. Cancelar o encaminhamento atrasaria o início do tratamento especializado, que é fundamental para casos de resistência.

Alternativa b) Incorreta. Embora o encaminhamento seja adequado, o erro desta alternativa reside em sugerir o cancelamento do encaminhamento e o início do esquema básico (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol - RHZE). Se o teste molecular já apontou resistência à rifampicina, o esquema básico será ineficaz e poderá ampliar a resistência bacteriana. O paciente necessita de um esquema para tuberculose resistente.

Alternativa c) Correta. Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, diante de um resultado de TRM-TB com resistência à rifampicina, a conduta correta é manter o encaminhamento para o centro de referência. Nesses casos, o protocolo orienta coletar uma segunda amostra de escarro para realizar um novo TRM-TB (visando confirmar a resistência e descartar erros pré-analíticos), além de realizar obrigatoriamente a cultura para micobactéria e o teste de sensibilidade (TS) fenotípico para determinar o perfil completo de resistência aos outros fármacos.

Alternativa d) Incorreta. A conduta de encaminhamento é classificada como adequada, e não inadequada. O diagnóstico de tuberculose já foi confirmado pelo teste molecular; a necessidade do centro especializado não é para a confirmação do diagnóstico da doença em si, mas sim para o manejo clínico da resistência e a definição do esquema terapêutico de segunda linha.

Resumo do manejo: Todo caso com resistência à rifampicina detectada no TRM-TB deve ser referenciado para uma unidade de referência secundária ou terciária, com solicitação de nova amostra para repetição do TRM-TB, cultura e teste de sensibilidade.

Questão 32

A questão aborda conceitos fundamentais de responsabilidade profissional dentro da ética médica: negligência, imprudência e imperícia. Para resolvê-la, é necessário identificar qual dessas falhas de conduta ocorreu no manejo da complicação pós-operatória.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Realizar uma cirurgia em clínica privada não é, por definição, um ato imprudente. A imprudência caracteriza-se por uma ação precipitada, sem a devida cautela. Desde que a clínica possua a estrutura exigida pelas normas sanitárias e pelo Conselho Federal de Medicina para o porte da cirurgia, o local em si não define a infração ética. O erro, neste caso, ocorreu após o procedimento.

Alternativa b) Incorreta. A imperícia é a falta de conhecimento técnico, habilidade ou competência específica para realizar determinado procedimento. Não há no texto informações que sugiram que o cirurgião não possuía técnica para realizar a abdominoplastia. Complicações podem ocorrer mesmo com profissionais peritos; o que define a infração aqui é a forma como o médico lidou com a complicação instalada.

Alternativa c) Correta. A negligência é a omissão, o descaso ou a falta de zelo em relação a um dever. Perante uma paciente com instabilidade hemodinâmica no pós-operatório, o dever do médico é realizar a estabilização clínica imediata e, caso necessário, providenciar a transferência para um centro de maior complexidade por meio de transporte especializado (ambulância com suporte adequado e equipe médica). Ao delegar o transporte à família em veículo particular e sem estabilização prévia, o cirurgião omitiu cuidados essenciais e obrigatórios, configurando negligência.

Alternativa d) Incorreta. Ser diligente significa agir com presteza, cuidado e atenção às normas de segurança. A atitude do cirurgião foi o oposto da diligência, pois ele transferiu a responsabilidade de um transporte crítico para leigos (familiares), expondo a paciente ao risco fatal que se concretizou.

Conclusão: A conduta do médico configura negligência por omissão de socorro adequado e falha no dever de garantir a segurança da paciente durante uma intercorrência grave.

Questão 33

Alternativa a) Incorreta. O leite materno não deve ser fervido nem aquecido no micro-ondas. O aquecimento excessivo ou desigual destrói componentes biológicos vitais, como anticorpos (imunoglobulinas), enzimas e vitaminas, além de alterar a estrutura das proteínas. O descongelamento deve ocorrer de forma lenta, preferencialmente dentro da geladeira ou em banho-maria com a água morna e o fogo já desligado.

Alternativa b) Incorreta. A higienização das mamas com álcool 70% é contraindicada. O álcool remove a proteção natural da pele e das glândulas de Montgomery, podendo causar ressecamento e fissuras mamárias. A orientação adequada para a ordenha manual é apenas a lavagem das mãos com água e sabão e a limpeza das mamas apenas com água, ou aproveitar a higiene do banho diário.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa está em total conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH). O leite materno ordenhado, quando armazenado em frasco de vidro estéril com tampa de plástico, pode ser conservado no freezer ou congelador por até 15 dias. Se guardado apenas na prateleira da geladeira, o prazo de validade é de 12 horas.

Alternativa d) Incorreta. Para favorecer a manutenção do aleitamento materno e evitar o desmame precoce, a oferta de leite ordenhado não deve ser feita por

mamadeira. O uso de bicos artificiais gera o fenômeno da confusão de bicos, pois a técnica de sucção na mamadeira é diferente da do seio. A recomendação é que o leite seja oferecido ao lactente em um copinho ou colher.

Questão 34

Para compreender essa questão, devemos revisar a definição de amenorreia primária. A amenorreia primária é caracterizada pela ausência de menarca (primeira menstruação) em duas situações principais:

1. Ausência de menstruação até os 13 anos de idade, se a paciente não apresentar caracteres sexuais secundários (como desenvolvimento de mamas - telarca).
2. Ausência de menstruação até os 15 ou 16 anos de idade, se a paciente já apresentar caracteres sexuais secundários.

No caso clínico apresentado, a paciente tem 14 anos e já apresenta caracteres sexuais secundários (mamas desenvolvidas e pelos pubianos). Portanto, ela ainda está dentro do período de normalidade para a ocorrência da menarca.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. Não há necessidade de investigação diagnóstica imediata, pois a paciente ainda não atingiu a idade limite para o diagnóstico de amenorreia primária em quem possui caracteres sexuais secundários. Exames agora seriam precoces e gerariam ansiedade desnecessária.

b) Correta. Como a menina possui desenvolvimento mamário (o que indica produção de estrogênio e funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal), a conduta correta é a observação e a orientação. Tradicionalmente, muitos protocolos brasileiros e livros-texto ainda utilizam a idade de 16 anos como limite para aguardar a menarca na presença de mamas, embora diretrizes mais recentes sugiram 15 anos. De qualquer forma, aos 14 anos, a conduta é expectante.

c) Incorreta. O teste da progesterona é utilizado na investigação da amenorreia para avaliar os níveis de estrogênio endógeno e a patência do trato de saída. Ele só deve ser solicitado após a confirmação do diagnóstico de amenorreia, o que não ocorreu neste caso.

d) Incorreta. Assim como na alternativa A, a solicitação de ultrassonografia e dosagens hormonais (como FSH, LH e prolactina) é um passo da investigação de amenorreia já estabelecida. Realizar esses exames em uma paciente de 14 anos com desenvolvimento puberal normal é uma conduta excessiva.

Questão 35

Análise do contexto: O cenário envolve o atendimento a populações com vulnerabilidades específicas e contextos culturais distintos (indígenas e ribeirinhos) na Região Amazônica. A atuação do Médico de Família e Comunidade nesses cenários deve ser pautada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e pelas políticas específicas de Saúde Indígena e de Populações do Campo, Floresta e Águas, focando nos princípios da equidade e da interculturalidade.

Alternativa a: Incorreta. Embora a participação de profissionais locais e o conhecimento cultural sejam fundamentais para o sucesso das ações, a ausência de capacitação focada no paradigma biomédico comprometeria a segurança técnica e a integração com as redes de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deve ser o diálogo entre saberes, e não a exclusão do conhecimento científico por parte dos profissionais que compõem a equipe de saúde.

Alternativa b: Incorreta. Essa alternativa propõe uma divisão rígida e equivocada. As populações ribeirinhas também possuem saberes tradicionais, como o uso de plantas medicinais e o auxílio de benzedeiras e parteiras, que devem ser valorizados. Da mesma forma, as populações indígenas possuem o direito constitucional de acesso às tecnologias e tratamentos da medicina ocidental. A abordagem deve ser integrada e híbrida para ambos os grupos.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve a essência da competência cultural e da interculturalidade na saúde pública. Valorizar as práticas tradicionais é fundamental para estabelecer vínculo e confiança. Ao mesmo tempo, promover o uso racional de medicamentos (evitando a medicalização excessiva e iatrogenias) e integrar o saber acadêmico ao senso comum respeita a autonomia dos povos e garante uma assistência integral, adaptada à realidade local, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS para populações especiais.

Alternativa d: Incorreta. A organização padronizada é o oposto do princípio da equidade. Embora as comunidades compartilhem desafios geográficos e de acesso, suas necessidades de saúde, visões de mundo, processos de adoecimento e organizações sociais são distintas. Ignorar essas especificidades culturais em prol de um atendimento padronizado fere o conceito de cuidado centrado na pessoa e na comunidade, prejudicando a efetividade das ações de saúde.

Gabarito: Letra c.

Questão 36

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Síndrome Gripal (febre súbita, tosse, dor de garganta, mialgia, cefaleia e artralgia) com início há 36 horas. O contexto epidemiológico é fundamental, pois há um surto na comunidade indígena (outros 5 casos). A evolução para falta de ar (dispneia) e a presença de estertores crepitantes ao exame físico, mesmo com parâmetros vitais estáveis, caracterizam a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Explicação das alternativas:

- a) Correta. A hipótese de pneumonia viral (causada pelo vírus Influenza) justifica o início súbito, os sintomas sistêmicos intensos e o padrão de surto comunitário. De acordo com o Protocolo de Tratamento de Influenza do Ministério da Saúde, pacientes com SRAG ou que pertencem a grupos de risco (populações indígenas são consideradas grupo de risco) devem receber fosfato de oseltamivir. O tratamento é mais eficaz quando iniciado nas primeiras 48 horas, e a paciente está no prazo (36 horas).
- b) Incorreta. A tuberculose é uma doença de evolução crônica ou subaguda. O quadro de 36 horas de evolução com febre alta e sintomas sistêmicos agudos em vários membros da comunidade simultaneamente não é compatível com a história natural da tuberculose.
- c) Incorreta. Embora a pneumonia bacteriana possa causar febre e estertores, o quadro descrito é sistêmico (mialgia, cefaleia, artralgia) e ocorre em forma de surto, o que aponta fortemente para etiologia viral. Além disso, o tratamento inicial prioritário na SRAG, especialmente em populações vulneráveis e em vigência de surto, é a cobertura para Influenza com antiviral.
- d) Incorreta. O resfriado comum é uma infecção viral leve, restrita às vias aéreas superiores, que não costuma cursar com febre tão alta (39°C), sintomas sistêmicos proeminentes, dispneia ou sinais de comprometimento do parênquima pulmonar (estertores). O manejo apenas com sintomáticos seria insuficiente e perigoso para uma paciente com sinais de gravidade respiratória.

Questão 37

A questão aborda os aspectos éticos e legais da doação de órgãos e tecidos no Brasil, fundamentados principalmente na Lei nº 9.434/1997 e no Decreto nº 9.175/2017.

Alternativa (a) Incorreta: A presença de um rim único não constitui uma contraindicação para a doação de órgãos. Se a função renal está preservada, como afirma o enunciado, os rins podem ser avaliados para transplante. Além disso, a doação não se restringe aos rins; outros órgãos e tecidos (como coração, fígado, pulmões e córneas) poderiam ser doados independentemente da anatomia renal da paciente.

Alternativa (b) Correta: No Brasil, o modelo de consentimento adotado é o "consentimento informado familiar". Isso significa que, após a constatação da morte encefálica, a retirada de órgãos e tecidos depende obrigatoriamente da autorização do cônjuge ou de parente consanguíneo, maior de idade, na linha reta ou colateral até o segundo grau. Atualmente, a vontade da família prevalece sobre qualquer manifestação prévia do falecido (mesmo que estivesse registrada em documentos, o que não é mais exigido por lei). Como o esposo se posicionou contra, a doação não pode ser realizada.

Alternativa (c) Incorreta: O Poder Público não tem autoridade para intervir e obrigar a doação contra a vontade expressa da família. A legislação brasileira protege a autonomia familiar no processo de luto e decisão sobre o corpo do falecido, não permitindo que o Estado obrigue a retirada de órgãos em casos de recusa dos parentes legalmente responsáveis.

Alternativa (d) Incorreta: Os resultados laboratoriais citados são favoráveis à doação. O HBsAg negativo indica ausência de infecção ativa pelo vírus da hepatite B, enquanto o anti-HBs positivo indica imunidade (seja por vacinação ou por contato prévio e cura da doença). Esses marcadores mostram que a paciente não transmitiria hepatite B aos receptores, o que validaria a segurança biológica da doação.

Gabarito: Letra (b).

Questão 38

A questão aborda as diretrizes atuais para a introdução alimentar em lactentes que atingem os 6 meses de idade, baseando-se nas recomendações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O composto lácteo não é recomendado para lactentes, especialmente para aqueles em aleitamento materno. Trata-se de um produto processado que muitas vezes contém açúcares e aditivos. A introdução alimentar deve ser feita com alimentos in natura e minimamente processados, não com substitutos do leite materno ou outros produtos lácteos desnecessários nesse estágio.

Alternativa (b) Incorreta. Embora o termo "minimamente processado" esteja correto no que diz respeito à qualidade do alimento, a alternativa é incompleta e vaga. As diretrizes especificam a composição da transição alimentar inicial, que envolve diferentes grupos alimentares e momentos do dia, e não apenas "uma refeição" genérica.

Alternativa (c) Incorreta. Atualmente, a oferta de suco de frutas é contraindicada para crianças menores de 1 ano de idade, mesmo que o suco seja natural. Isso se deve à perda de fibras no preparo e à alta carga glicêmica, sendo preferível oferecer a fruta in natura (amassada ou em pedaços). Além disso, o protocolo inicial geralmente começa com uma refeição principal, e não duas simultaneamente.

Alternativa (d) Correta. Ao completar 6 meses, a criança deve iniciar a alimentação complementar de forma lenta e gradual, mantendo o leite materno sob livre demanda. A recomendação inicial padrão é a introdução de uma fruta (papa de fruta) e de uma refeição principal (papa principal/almoço), que deve conter alimentos de diferentes grupos: cereais ou tubérculos, leguminosas, proteínas animais e hortaliças (legumes e verduras). Com o passar das semanas e a aceitação da criança, introduz-se a segunda fruta e, posteriormente, o jantar.

Resumo do raciocínio:

Aos 6 meses, o aleitamento deixa de ser exclusivo e passa a ser complementado por alimentos sólidos. O esquema inicial preconizado para o primeiro mês de introdução consiste em: Leite Materno + 1 refeição de fruta + 1 refeição principal (papa salgada). A alternativa (d) reflete exatamente essa transição fisiológica e nutricional.

Questão 39

O quadro clínico descrito é clássico da vaginose bacteriana (VB), uma disbiose vaginal caracterizada pela substituição dos lactobacilos (flora normal) por bactérias anaeróbias, principalmente a *Gardnerella vaginalis*. Para o diagnóstico clínico, utilizamos os Critérios de Amsel, dos quais a paciente preenche todos os quatro (sendo necessários apenas três):

1. Corrimento homogêneo, branco-acinzentado e de odor fétido.

2. pH vaginal superior a 4,5 (na questão, está acima de 5,0).
3. Teste do *Whiff* positivo (liberação de odor fétido, semelhante a peixe podre, ao adicionar hidróxido de potássio a 10% à secreção).
4. Presença de células-guia (*clue cells*) ao exame a fresco (células epiteliais recobertas por bactérias, conferindo aspecto pontilhado e bordos borrados).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A vaginose citolítica ocorre pelo excesso de lactobacilos, o que leva a uma hiperacidez vaginal (pH baixo, geralmente entre 3,5 e 4,5) e citólise celular. O tratamento é feito com banhos de assento com bicarbonato de sódio para elevar o pH, o que é o oposto do que ocorre na vaginose bacteriana.

b) Incorreta. A tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo *Trichomonas vaginalis*. Clinicamente, apresenta corrimento amarelo-esverdeado, bolhoso, com sinais inflamatórios nítidos (hiperemia vaginal e colo uterino com aspecto de framboesa/colpite focal). Embora o pH também seja elevado, o exame a fresco revelaria o protozoário móvel, e não *clue cells*. O tratamento da tricomoníase deve ser obrigatoriamente por via oral (o creme vaginal não atinge níveis terapêuticos nas glândulas parauretrais) e o parceiro deve ser sempre tratado.

c) Incorreta. A candidíase apresenta prurido intenso, pH vaginal baixo (menor que 4,5), corrimento branco aderido em grumos (aspecto de leite coalhado) e presença de pseudo-hifas ou esporos no exame a fresco. O teste do potássio (*Whiff*) é negativo.

d) Correta. Os achados de corrimento homogêneo, odor fétido (que piora após a menstruação e o coito devido à alcalinização do meio), pH maior que 5,0 e presença de *clue cells* confirmam a vaginose bacteriana. O tratamento de escolha, segundo os protocolos nacionais e internacionais, é o metronidazol (oral ou vaginal) ou a clindamicina (creme). Vale lembrar que, na vaginose bacteriana, não há necessidade de tratamento do parceiro sexual.

Questão 40

O caso clínico descreve um paciente com dor lombar subaguda (um mês de evolução), de provável origem mecânico-postural, relacionada à sua atividade laboral na construção civil. O ponto fundamental para a resolução dessa questão é a identificação da ausência de sinais de alerta (red flags) e a avaliação neurológica normal.

Sinais de alerta que exigiriam exames de imagem imediatos incluem: idade acima de

50 anos, trauma recente, febre, perda de peso inexplicada, uso de drogas injetáveis, história de neoplasia ou déficits neurológicos focais e progressivos. O paciente em questão não apresenta nenhum desses sinais: o exame físico é normal (força, sensibilidade e reflexos preservados) e o teste de Lasègue é negativo, o que afasta a suspeita de radiculopatia compressiva aguda, como uma hérnia de disco com repercussão clínica.

Alternativa a: Incorreta. A solicitação de ressonância magnética (RM) não está indicada neste momento. A irradiação da dor, quando desacompanhada de déficit neurológico e com teste de Lasègue negativo, não justifica exames de imagem na fase inicial. Muitos achados em exames de imagem são degenerativos e incidentais, não sendo a causa real da dor, o que pode levar a intervenções desnecessárias.

Alternativa b: Incorreta. A radiografia da coluna lombar possui baixo valor diagnóstico em quadros de dor mecânica inespecífica e expõe o paciente à radiação sem benefício clínico claro. Além disso, o uso de corticoide sistêmico não é o tratamento de primeira linha para lombalgias comuns, e a fisioterapia é geralmente indicada após a falha das medidas iniciais ou em casos crônicos.

Alternativa c: Incorreta. Embora esteja correta ao não solicitar exames iniciais, a alternativa falha ao indicar o repouso por 5 dias. As evidências científicas atuais demonstram que o repouso prolongado é prejudicial na lombalgia, podendo levar à cronificação da dor. O paciente deve ser orientado a permanecer ativo dentro de seus limites. O uso de corticoide sistêmico também não é a conduta padrão.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa segue as diretrizes de manejo da dor lombar. Na ausência de sinais de alerta, o diagnóstico é clínico e não requer exames complementares nas primeiras 4 a 6 semanas. A conduta terapêutica envolve o controle sintomático com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e relaxantes musculares, além da recomendação de atividade física e manutenção da mobilidade, evitando o repouso absoluto.

Questão 41

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito é clássico de sífilis primária, também conhecida como cancro duro. As características fundamentais que levam a esse diagnóstico são: úlcera única, indolor, de fundo limpo e, principalmente, bordas endurecidas. A presença de linfonodopatia inguinal bilateral, móvel e indolor reforça a suspeita. O período de incubação mencionado (3 semanas após a exposição) é o tempo médio esperado para o surgimento do cancro duro após o contágio pelo *Treponema*

pallidum.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) VDRL sérico (Venereal Disease Research Laboratory).

CORRETA. O VDRL é um teste não treponêmico fundamental para o diagnóstico e seguimento da sífilis. Embora na fase inicial da sífilis primária (primeiras semanas do cancro) o VDRL possa ser negativo em cerca de 30% a 50% dos casos por ainda não ter havido tempo para a produção de anticorpos, ele continua sendo, entre as opções listadas, o exame complementar de rotina indicado para a triagem e auxílio diagnóstico. Em um cenário ideal de pronto atendimento, a microscopia de campo escuro da secreção da lesão poderia ser feita para visualização direta do treponema, mas o VDRL é o exame sorológico padrão solicitado na prática clínica.

Alternativa b) Cultura de secreção uretral em meio de Thayer-Martin.

INCORRETA. O meio de Thayer-Martin é específico para o isolamento da *Neisseria gonorrhoeae*. A gonorreia manifesta-se tipicamente como um quadro de uretrite, caracterizado por corrimento uretral purulento e dor ao urinar (disúria), e não pela formação de uma úlcera com as características descritas no caso.

Alternativa c) Aspirado linfonodal com pesquisa de *Haemophilus ducreyi*.

INCORRETA. O *Haemophilus ducreyi* é o agente etiológico do cancro mole. Diferente do caso relatado, o cancro mole apresenta múltiplas úlceras extremamente dolorosas, com fundo purulento (sujo) e bordas friáveis. Além disso, a linfadenopatia no cancro mole é geralmente unilateral e tende a evoluir para a supuração (formação de bubão), o que não condiz com os linfonodos indolores e não supurativos do paciente.

Alternativa d) Pesquisa de corpúsculos de Donovan em esfregaço da lesão.

INCORRETA. Os corpúsculos de Donovan são encontrados na donovanose (granuloma inguinale), causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*. A donovanose caracteriza-se por lesões ulcerativas de evolução lenta, indolores, mas com aspecto de "carne vermelha" (fundo granulomatoso e muito vascularizado), que sangram facilmente e geralmente não apresentam linfonodopatia associada.

Questão 42

A questão aborda os protocolos de recuperação acelerada no pós-operatório, como o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) e o projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória). O foco desses protocolos é quebrar paradigmas antigos que não possuem base científica sólida, visando reduzir a resposta metabólica ao trauma, diminuir complicações e acelerar a alta hospitalar.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O estabelecimento de um horário fixo de 6 horas para início da dieta é arbitrário e herança de condutas tradicionais. Nos protocolos modernos, se a paciente está acordada, hemodinamicamente estável e sem náuseas logo após a cirurgia, não há razão fisiológica ou benefício clínico em aguardar esse período.

Alternativa B (Correta): Esta é a conduta preconizada pelos protocolos ACERTO e ERAS. A realimentação precoce (frequentemente chamada de ultraprecoce em cirurgias laparoscópicas) deve ser incentivada. Assim que o paciente recupera a consciência e manifesta desejo de comer, a dieta pode ser oferecida. Estudos comprovam que essa prática melhora o balanço nitrogenado, reduz a resistência à insulina e estimula a motilidade intestinal, sem aumentar o risco de complicações como broncoaspiração ou deiscências.

Alternativa C (Incorreta): Manter o paciente em jejum por 24 horas no pós-operatório de uma colecistectomia eletiva é uma prática obsoleta. O antigo dogma de aguardar o retorno dos ruídos hidroaéreos ou a eliminação de gases para iniciar a dieta foi refutado por evidências de que o intestino delgado recupera sua função poucas horas após o procedimento. O jejum prolongado aumenta o catabolismo proteico e retarda a recuperação.

Alternativa D (Incorreta): A dieta escalonada (iniciar obrigatoriamente com líquidos claros, depois pastosa e apenas depois sólida) não é mais considerada mandatória, especialmente em cirurgias que não envolvem anastomoses digestivas. De acordo com a tolerância e vontade da paciente, ela pode progredir diretamente para uma dieta regular. O termo "escalonada" sugere uma rigidez que os protocolos modernos buscam evitar em favor da autonomia e conforto do paciente.

Em resumo, para uma paciente estável e sem intercorrências após uma colecistectomia por vídeo de curta duração, o início da dieta deve ser imediato, pautado exclusivamente pela vontade e tolerância da própria paciente.

Questão 43

Comentário do Especialista:

Esta questão aborda o manejo de uma exacerbação pulmonar aguda em um paciente com fibrose cística (FC). O quadro clínico é de gravidade, caracterizado por insuficiência respiratória iminente (saturação de 87% em ar ambiente e frequência respiratória de 32 irpm) e sinais flogísticos de infecção (febre e escarro purulento).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Esta é a conduta mais adequada frente aos sinais de gravidade. A hipoxemia (saturação < 90%) impõe a necessidade imediata de oxigenoterapia. A taquipneia acentuada e o desconforto respiratório moderado justificam a internação hospitalar para monitorização. O tratamento de escolha para exacerbações graves em pacientes com FC envolve antibioticoterapia de amplo espectro por via intravenosa, visando patógenos comuns como *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*. A coleta de cultura de escarro é fundamental para o ajuste terapêutico baseado na sensibilidade bacteriana.

Alternativa B (Incorreta): Embora a fisioterapia respiratória seja um pilar no tratamento da fibrose cística, a prioridade absoluta inicial em um paciente hipoxêmico e febril é a estabilização ventilatória com oxigênio e o combate à infecção com antibióticos. A corticoterapia sistêmica pode ser usada em casos específicos (como hiper-reatividade brônquica associada), mas não substitui a necessidade crítica de antibioticoterapia e oxigênio nesta apresentação.

Alternativa C (Incorreta): O manejo domiciliar com antibióticos orais é reservado apenas para exacerbações leves, em pacientes sem sinais de desconforto respiratório e com saturação de oxigênio preservada. O paciente em questão apresenta critérios claros de internação devido à gravidade do comprometimento respiratório.

Alternativa D (Incorreta): Embora exames de imagem e laboratoriais (como gasometria arterial e tomografia) sejam úteis para avaliar a extensão da doença, a conduta inicial não deve retardar o tratamento. Em situações de desconforto respiratório e hipoxemia, a estabilização do paciente (oxigênio) e o início da terapêutica empírica (antibióticos) devem ocorrer simultaneamente ou imediatamente após a avaliação clínica inicial. O diagnóstico de exacerbação na FC é eminentemente clínico.

Questão 44

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta uma gestação de 13 semanas com quadro de sangramento vaginal e colo uterino fechado, o que caracteriza clinicamente uma ameaça de abortamento. No entanto, o ponto fundamental da questão reside no manejo da incompatibilidade sanguínea. A paciente é Rh-negativa (A-negativa) e já apresenta um teste de Coombs indireto POSITIVO.

O Coombs indireto positivo em uma gestante Rh-negativa significa que ela já está aloimunizada (ou isoimunizada), ou seja, seu sistema imunológico já produziu anticorpos contra o antígeno Rh (D) de uma gestação ou exposição anterior.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O diagnóstico de ameaça de abortamento (sangramento com colo fechado) não define inviabilidade gestacional. Muitas gestações evoluem normalmente após episódios de sangramento inicial. Além disso, a aloimunização Rh não torna a gestação inviável de imediato, mas exige acompanhamento especializado para tratar possíveis complicações fetais, como a anemia hemolítica.

Alternativa (b) INCORRETA: A imunoglobulina anti-Rh (anti-D) tem função profilática. Ela serve para evitar que a gestante se torne sensibilizada. Uma vez que o Coombs indireto já é positivo, a paciente já possui os anticorpos. Portanto, a administração da imunoglobulina é inócua (não traz benefício), pois não reverte a sensibilização já existente.

Alternativa (c) INCORRETA: Solicitar a tipagem do parceiro é útil no início do pré-natal quando a gestante é Rh-negativa e o Coombs é negativo, para avaliar o risco de sensibilização. No caso em tela, a paciente já está sensibilizada (Coombs positivo). Repetir o exame agora não mudaria a conduta imediata de encaminhamento para o especialista.

Alternativa (d) CORRETA: Pacientes gestantes com diagnóstico de aloimunização (Coombs indireto positivo) devem ser obrigatoriamente acompanhadas em serviço de pré-natal de alto risco. O objetivo é monitorar a saúde fetal, vigiando o surgimento de anemia fetal e hidropisia por meio de exames como a dopplervelocimetria da artéria cerebral média (ACM), que avalia o pico de velocidade sistólica para detectar precocemente a necessidade de intervenções, como a transfusão intrauterina.

Resumo da conduta: Coombs indireto negativo em paciente Rh-negativa com sangramento indica profilaxia com imunoglobulina. Coombs indireto positivo indica encaminhamento para pré-natal de alto risco para acompanhamento de aloimunização.

Questão 45

O objetivo do gerente da Unidade Básica de Saúde (UBS) é realizar um levantamento situacional para identificar a prevalência de doenças crônicas na população adulta e planejar ações a curto prazo. Para isso, o desenho de estudo deve ser rápido, de baixo custo e capaz de fornecer um "retrato" do momento atual.

Análise das alternativas:

a) Correta. O estudo transversal (ou seccional) é o desenho ideal para estimar a prevalência de doenças ou fatores de risco em uma população em um ponto específico no tempo. Ele funciona como uma fotografia da situação de saúde local. Como o gerente busca dados para planejamento imediato e precisa de resultados em um curto período de tempo, esse é o método mais eficiente e aplicado na gestão de saúde pública para diagnósticos territoriais.

b) Incorreta. Estudos experimentais, como os ensaios clínicos, envolvem a manipulação de variáveis (por exemplo, testar um novo medicamento ou intervenção) e a comparação entre grupos. Não se aplicam ao objetivo de apenas descrever a situação de saúde de uma população residente para fins de planejamento inicial.

c) Incorreta. O estudo de caso-controle é retrospectivo e parte de pessoas que já possuem a doença (casos), comparando-as com quem não a tem (controles) para investigar fatores de risco passados. Ele não serve para medir a prevalência na população geral nem para o planejamento de saúde de uma UBS de forma ampla.

d) Incorreta. O estudo de coorte prospectivo acompanha um grupo de pessoas ao longo de meses ou anos para observar o surgimento de doenças (incidência). É um estudo caro, demorado e complexo, o que contraria o objetivo do enunciado de obter informações em um curto período de tempo para planejar os cuidados de saúde.

Questão 46

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve uma mulher jovem com poliartrite simétrica crônica (duração de 4 meses), acometendo pequenas articulações (metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais) e grandes articulações (punhos e joelhos). A presença de rigidez matinal prolongada (2 horas) e a elevação de marcadores de atividade inflamatória (VHS e PCR) confirmam a natureza inflamatória da doença.

Diagnóstico:

O diagnóstico principal é de Artrite Reumatoide (AR). Embora o Fator Reumatoide

seja negativo, cerca de 20% a 30% dos pacientes com AR podem ser soronegativos, especialmente no início da doença. O padrão de acometimento (simétrico, mãos e punhos, poupando interfalangeanas distais) e o tempo de evolução (mais de 6 semanas) preenchem os critérios classificatórios para a doença.

Tratamento:

Uma vez estabelecido o diagnóstico de AR, o tratamento deve ser iniciado precocemente com Drogas Antirreumáticas Modificadoras do Curso da Doença (DMARDs), sendo o Metotrexato a droga de primeira escolha e padrão-ouro.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A osteoartrite é uma doença degenerativa que costuma acometer pessoas mais velhas, gera rigidez matinal curta (menos de 30 minutos) e não apresenta marcadores inflamatórios (VHS/PCR) elevados. Além disso, a osteoartrite tipicamente poupa as metacarpofalangeanas e o punho, preferindo as interfalangeanas distais.

b) Correta. A descrição clínica é clássica para Artrite Reumatoide: poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações, rigidez matinal superior a 1 hora e marcadores inflamatórios elevados. O Metotrexato é o tratamento inicial preferencial para o controle da progressão da doença.

c) Incorreta. A esclerose sistêmica se caracteriza clinicamente pelo espessamento da pele (esclerodermia), fenômeno de Raynaud e alterações em órgãos internos (esôfago, pulmão). O quadro de artrite isolado sem alterações cutâneas não direciona para este diagnóstico. Além disso, o uso de corticoides em doses elevadas deve ser cauteloso na esclerose sistêmica pelo risco de crise renal esclerodérmica.

d) Incorreta. O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) pode cursar com artrite simétrica, mas a paciente nega ativamente lesões cutâneas e alopecia, que são critérios comuns. Além disso, a presença de espessamento sinovial (sinovite persistente) e o tempo de rigidez matinal são mais marcantes na Artrite Reumatoide. Embora a cloroquina (ou hidroxicloroquina) seja usada no LES, a Artrite Reumatoide é o diagnóstico que melhor explica a sinovite descrita com marcadores inflamatórios elevados.

Questão 47

Esta questão aborda a priorização no atendimento ao trauma, especificamente focando na atualização do protocolo ABCDE para XABCDE, amplamente adotado pelo PHTLS e incorporado aos princípios do ATLS (10ª edição) para o controle de hemorragias externas graves.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta uma amputação traumática com sangramento ativo e abundante. Os sinais vitais (PA 80x50 mmHg, FC 130 bpm, FR 30 irpm) e a palidez cutânea indicam um estado de choque hemorrágico grave (Classe III ou IV). Em situações de hemorragia exsanguinante em extremidades, a prioridade absoluta é interromper a perda sanguínea antes mesmo de abordar as vias aéreas.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O posicionamento de uma cânula orofaríngea (Guedel) faz parte da etapa A (Airway). No entanto, o paciente apresenta pontuação 13 na Escala de Coma de Glasgow, o que indica que ele ainda mantém reflexos de proteção da via aérea. A cânula de Guedel é indicada apenas para pacientes inconscientes que não apresentam reflexo de vômito. Além disso, o X (hemorragia) precede o A.

b) Incorreta. A administração de fluidos intravenosos faz parte da etapa C (Circulação). Embora este paciente necessite de reposição volêmica e possivelmente transfusão maciça devido ao choque, a prioridade é estancar o vazamento (X) antes de tentar preencher o compartimento intravascular. Infundir fluidos sem controlar a fonte de sangramento arterial é ineficaz e pode piorar a coagulopatia.

c) Incorreta. A estabilização da coluna cervical é realizada simultaneamente à abertura das vias aéreas na etapa A. Embora seja um passo fundamental no trauma, a morte por exsanguinação ocorre mais rapidamente do que as complicações de uma lesão cervical não estabilizada em um primeiro momento, tornando o controle do sangramento (X) a prioridade.

d) Correta. A alternativa atende ao passo X (Exsanguinação). Em amputações traumáticas de membros com sangramento maciço que não pode ser controlado por pressão direta, o uso do torniquete é a intervenção inicial prioritária e salvadora de vidas. Ele deve ser aplicado precocemente para interromper o fluxo arterial e prevenir a progressão do choque e o óbito por hipovolemia.

Resumo da prioridade (XABCDE):

X: Hemorragia Exsanguinante (Controle de sangramentos externos graves).

A: Via aérea e proteção da coluna cervical.

- B: Ventilação e respiração.
- C: Circulação (Choque e hemorragias internas).
- D: Disfunção neurológica.
- E: Exposição e controle do ambiente (Prevenção de hipotermia).

Questão 48

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

1. CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL: De acordo com as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotadas pelo Ministério da Saúde para crianças de 5 a 19 anos, um índice de massa corporal (IMC) com escore Z entre +2 e +3 classifica o paciente como OBESIDADE. O termo sobrepeso é reservado para o intervalo entre +1 e +2. Adicionalmente, a relação circunferência abdominal / estatura de 0,9 está muito acima do limite de normalidade (que é 0,5), indicando obesidade central e risco metabólico aumentado.
2. ALTERAÇÃO DERMATOLÓGICA: A presença de placas hipercrômicas (escuras) e de aspecto aveludado em regiões de dobras, como pescoço e axilas, é a descrição clássica da ACANTOSIS NIGRICANS. Este achado é um importante marcador cutâneo de hiperinsulinemia e resistência à insulina, condições frequentemente associadas à obesidade.
3. CONDUTA: O pilar fundamental do tratamento da obesidade na infância é a Mudança do Estilo de Vida (MEV). Isso envolve a reeducação alimentar da família e da criança, além do estímulo à prática regular de atividades físicas (esportes). O uso de medicamentos hipoglicemiantes só é considerado em casos específicos de falha na MEV ou diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 2.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) INCORRETA. O diagnóstico nutricional está errado, pois escore Z entre +2 e +3 aos 6 anos é obesidade, não risco de sobrepeso. A conduta também está incorreta, pois o início de hipoglicemiante oral não é a primeira escolha antes de tentativas de mudança de estilo de vida.

Alternativa b) INCORRETA. O termo eutrofia refere-se a crianças com peso normal para a idade e estatura, o que não se aplica ao caso. Acrodermatite é uma condição que cursa com lesões em extremidades e orifícios, não correspondendo às manchas aveludadas no pescoço e axilas.

Alternativa c) CORRETA. A alternativa correlaciona adequadamente o escore Z (+2 a

+3) com o diagnóstico de obesidade e identifica corretamente a acantosis nigricans. A conduta de orientar alimentação e esportes é a intervenção inicial correta e mais eficaz para essa faixa etária.

Alternativa d) INCORRETA. O termo sobrepeso está incorreto para o escore Z apresentado e a acrodermatite não condiz com os achados do exame físico de pele do paciente.

Questão 49

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta um quadro clássico de osteoporose estabelecida, definida pelo T-score de -2,5 na densitometria óssea. Além da idade e do status pós-menopausa, ela possui um fator de risco agravante muito importante: o uso crônico de corticoides orais, que acelera a reabsorção óssea e inibe a formação de osso novo. O sedentarismo e a obesidade também são fatores que demandam intervenção no estilo de vida.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (D) apresenta a conduta de primeira linha para o tratamento da osteoporose. Os bisfosfonatos orais (como o alendronato ou risedronato) são os medicamentos de escolha por sua eficácia comprovada na redução do risco de fraturas vertebrais e não vertebrais. Em pacientes que utilizam corticoides, o início da terapia farmacológica é fundamental. A recomendação de exercícios físicos regulares é essencial, pois o impacto mecânico estimula a atividade dos osteoblastos (formação óssea). A suplementação de cálcio e vitamina D é o pilar básico que deve acompanhar o tratamento medicamentoso para garantir substrato para a mineralização óssea.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (A): A terapia de reposição hormonal não é a primeira escolha para o tratamento da osteoporose em mulheres com 65 anos (15 anos após a menopausa), devido ao aumento do risco cardiovascular e de eventos tromboembólicos nessa faixa etária. Além disso, a recomendação de restringir atividade física de impacto está errada, pois o osso necessita de carga para manter sua densidade.

Alternativa (B): A calcitonina nasal já foi muito utilizada no passado, mas hoje não é considerada terapia de primeira linha devido à sua baixa eficácia na prevenção de fraturas quando comparada aos bisfosfonatos. Seu uso atual é restrito quase

exclusivamente ao manejo da dor aguda em fraturas vertebrais. Apenas recomendar exercícios leves e dieta não é suficiente para uma paciente com T-score de -2,5 em uso de corticoide.

Alternativa (C): A vitamina D isolada e o aumento da ingestão de proteínas são medidas auxiliares importantes, mas totalmente insuficientes para tratar a osteoporose estabelecida e combater o efeito deletério dos corticoides no metabolismo ósseo. É necessária a associação de um agente antirreabsortivo (bisfosfonato). Atividades de baixo impacto são menos eficazes para o ganho de massa óssea do que atividades que geram carga ou resistência.

Questão 50

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de esquistossomose mansoni. Os principais indícios são: procedência de área endêmica (norte de Minas Gerais), ocupação de risco (pescador em lago), histórico de prurido em membros inferiores (dermatite cercariana), sintomas digestivos, hepatoesplenomegalia (sugerindo evolução para a forma hepatoesplênica ou hepatointestinal) e a presença de eosinofilia no hemograma. O exame de Kato-Katz solicitado é o padrão-ouro para o diagnóstico parasitológico e a quantificação da carga parasitária desta helmintose.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O metronidazol é um antibiótico e antiparasitário indicado para o tratamento de protozoários (como *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*) e bactérias anaeróbias. Ele não possui eficácia contra o *Schistosoma mansoni*.

Alternativa B (Incorreta): Se o resultado do Kato-Katz for positivo, o diagnóstico de certeza está estabelecido pela visualização direta dos ovos do parasita, o que indica infecção ativa. O teste ELISA para detecção de anticorpos IgG é útil em áreas não endêmicas ou para triagem, mas não serve para confirmar a "atividade" da doença após um parasitológico positivo, pois os anticorpos podem persistir mesmo após a cura.

Alternativa C (Correta): O tratamento de escolha para a esquistossomose é o praziquantel (dose única de 50 mg/kg para adultos). Além disso, por se tratar de uma doença de relevância epidemiológica, o caso deve ser notificado. Em áreas endêmicas, a notificação e o acompanhamento são realizados por meio do SISPCE (Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose), enquanto casos graves ou em áreas não endêmicas são notificados ao SINAN.

Alternativa D (Incorreta): O método de Hoffman (sedimentação espontânea) é um exame genérico para diversos helmintos e protozoários, porém possui sensibilidade significativamente inferior ao método de Kato-Katz para a detecção de ovos de *Schistosoma mansoni*. Um resultado negativo no Kato-Katz em um paciente com alta suspeita clínica exigiria a repetição do exame com mais lâminas ou outros métodos diagnósticos mais sensíveis (como biópsia retal ou métodos imunológicos), e não a realização do método de Hoffman para "descartar" a hipótese.

Gabarito: Letra (c).

Questão 51

O caso clínico apresenta um paciente com diagnóstico de dengue, confirmado pelo teste rápido NS1 positivo em um contexto de febre, mialgia e artralgia. Para definir a conduta mais adequada, é necessário classificar o paciente de acordo com os protocolos de manejo clínico do Ministério da Saúde.

O paciente apresenta sinais de alarme claros: dor abdominal (dor em quadrantes superiores) e hepatomegalia dolorosa (fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, sendo que o critério é > 2 cm). Além disso, a presença de taquicardia (110 bpm) sugere uma compensação hemodinâmica inicial.

Classificação de Risco:

Pela presença de sinais de alarme, este paciente é classificado como Grupo C.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A alta para acompanhamento ambulatorial e hidratação oral é a conduta para pacientes do Grupo A (dengue sem sinais de alarme, sem comorbidades e sem grupos de risco). A presença de hepatomegalia e dor abdominal impede essa conduta.

b) Incorreta. Esta alternativa também descreve o manejo de pacientes de baixo risco (Grupos A ou B). Pacientes com sinais de alarme não podem aguardar o retorno em domicílio após a cessação da febre, pois é justamente no período de defervescência (saída da febre) que o risco de extravasamento plasmático e choque aumenta.

c) Correta. O protocolo para o Grupo C exige obrigatoriamente a internação hospitalar (leito de enfermaria) para hidratação venosa imediata e monitorização rigorosa. O objetivo é evitar a progressão para o choque. A monitorização deve incluir a avaliação frequente de sinais vitais e do hematócrito.

d) Incorreta. A internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é indicada para o Grupo D (dengue grave), que se caracteriza por sinais de choque (hipotensão, pulsos finos, extremidades frias, enchimento capilar lento), desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos. Embora o paciente esteja taquicárdico, ele ainda mantém pulsos cheios, extremidades quentes e pressão arterial dentro da normalidade para a idade, não preenchendo critérios de choque no momento.

Questão 52

O quadro clínico descrito — dor abdominal no quadrante superior direito, icterícia e exames laboratoriais evidenciando padrão colestático (elevação de bilirrubina direta, fosfatase alcalina e gama-GT) — aponta diretamente para uma obstrução de vias biliares. O diagnóstico de coledocolitíase (presença de cálculo no ducto biliar comum) foi confirmado pela colangiorressonância, que mostrou um cálculo de 9 mm e dilatação das vias biliares.

Alternativa a: Incorreta. A coledocolitíase é uma obstrução mecânica. Prescrever apenas antibióticos e observar a paciente é uma conduta inadequada, pois não resolve a causa da obstrução. O tratamento requer a remoção do cálculo para prevenir complicações graves, como colangite aguda ou pancreatite biliar.

Alternativa b: Incorreta. A tomografia computadorizada tem menor sensibilidade para identificar cálculos biliares quando comparada à colangiorressonância. Como a colangiorressonância já confirmou o diagnóstico e a localização exata do cálculo, a TC seria um exame redundante que não alteraria a conduta e atrasaria a intervenção necessária.

Alternativa c: Incorreta. A colecistectomia (retirada da vesícula biliar) é indicada para tratar a colelitíase e evitar novos episódios; porém, se realizada isoladamente, sem tratar o colédoco, o cálculo que está obstruindo a via biliar principal permaneceria lá, mantendo a icterícia e o risco de complicações. Em casos de coledocolitíase, deve-se realizar a limpeza da via biliar antes ou durante o ato cirúrgico da colecistectomia.

Alternativa d: Correta. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é o procedimento de escolha para o tratamento da coledocolitíase confirmada. Trata-se de um procedimento minimamente invasivo que permite a realização de papilotomia e extração de cálculos do ducto biliar comum, apresentando altas taxas de sucesso na desobstrução da via biliar.

Em resumo, diante de uma paciente com coledocolitíase sintomática confirmada por exame de imagem de alta resolução (colangiorressonância), a conduta terapêutica imediata é a desobstrução da via biliar principal, preferencialmente por via

endoscópica (CPRE).

Questão 53

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma lactente de 11 meses com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (não senta sem apoio e não engatinha) e irritabilidade. O hemograma apresenta anemia (Hb 9,5 g/dL) com macrocitose evidente (VCM de 101 fL, quando o normal para a idade seria até 86 fL) e plaquetopenia ($120.000/\text{mm}^3$).

O ponto central da questão é a dieta vegana da família. A vitamina B12 (cobalamina) é encontrada exclusivamente em produtos de origem animal. Lactentes amamentados por mães veganas que não suplementam B12, ou crianças em dieta vegana estrita sem acompanhamento, estão em alto risco de deficiência desta vitamina. A falta de B12 compromete a síntese de DNA, resultando em anemia megaloblástica (macrocitose e citopenias) e danos neurológicos, que se manifestam como atraso ou regressão do desenvolvimento, hipotonia e irritabilidade.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Embora o nutricionista seja importante para o planejamento alimentar, as vitaminas A e C não tratam a anemia macrocítica nem o atraso no desenvolvimento. A urgência médica aqui é a reposição de vitamina B12 para evitar danos neurológicos permanentes.

Alternativa B: Correta. A conduta prioritária é a reposição de vitamina B12 para tratar a causa da anemia megaloblástica e dos sintomas neurológicos. A suplementação de ferro é indicada tanto pela faixa etária (conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria) quanto pelo risco aumentado em dietas restritivas. O acompanhamento com fisioterapia é essencial para estimular a recuperação dos marcos motores atrasados enquanto a deficiência vitamínica é corrigida.

Alternativa C: Incorreta. O ácido fólico (vitamina B9) é abundante em dietas baseadas em vegetais (folhas verdes), sendo raramente a causa de deficiência em veganos. O foco deve ser a vitamina B12. Embora o neurologista possa ser consultado, o diagnóstico e o tratamento inicial da deficiência vitamínica são competências do pediatra.

Alternativa D: Incorreta. A dose de vitamina D que a criança recebe (400 UI) já é a recomendada para a prevenção do raquitismo no primeiro ano de vida. Aumentar essa dose não resolveria a anemia macrocítica nem o quadro neurológico. Além

disso, o ferro isoladamente não trata a macrocitose, que é a alteração laboratorial predominante no caso.

SÍNTESE DA CONDUTA

Diante de anemia macrocítica associada a sintomas neurológicos em paciente com dieta vegana, a deficiência de vitamina B12 é a hipótese diagnóstica principal. O tratamento envolve a reposição desta vitamina e suporte terapêutico para o desenvolvimento motor.

Questão 54

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 54 anos apresenta um quadro de sangramento uterino na pós-menopausa (definido como sangramento após um ano de amenorreia em idade compatível). Embora a causa mais comum de sangramento nessa fase seja a atrofia endometrial, o principal objetivo do médico deve ser excluir o câncer de endométrio, que está presente em aproximadamente 10% das mulheres com esse sintoma. A paciente apresenta fatores de risco importantes para o câncer de endométrio: obesidade (IMC de 32,3 kg/m²) e diabetes mellitus tipo 2, condições que geram um estado de hiperestrogenismo relativo ou resistência insulínica.

O exame físico e o hemograma mostram que a paciente está hemodinamicamente estável, sem anemia e sem lesões visíveis no colo do útero (citologia e mamografia recentes também estão normais). Portanto, não há indicação de intervenção cirúrgica de urgência.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a): CORRETA. O primeiro passo na investigação de sangramento na pós-menopausa é a realização da ultrassonografia transvaginal (USTV). Trata-se de um método de triagem excelente: se a espessura endometrial estiver abaixo de 4 ou 5 mm (dependendo do protocolo), o valor preditivo negativo para câncer é superior a 99%, permitindo a observação clínica. Se a espessura for maior que esse limite ou se houver irregularidades, deve-se prosseguir com a biópsia (preferencialmente por histeroscopia). Como a paciente está clinicamente bem, o seguimento pode ser realizado via Unidade Básica de Saúde.

Alternativa (b): INCORRETA. A ressonância magnética de pelve não é o exame inicial de escolha para investigação de sangramento uterino. Ela possui indicações específicas, como o estadiamento de tumores pélvicos já diagnosticados ou a

avaliação de miomas complexos, mas o USTV é superior como triagem inicial por ser mais acessível, barato e eficaz para medir o endométrio.

Alternativa (c): INCORRETA. A histeroscopia é considerada o padrão-ouro para a avaliação da cavidade uterina, mas a alternativa propõe a modalidade "cirúrgica" de imediato. A propedêutica correta começa pelo USTV (menos invasivo). Caso o USTV venha alterado, o próximo passo seria uma histeroscopia diagnóstica com biópsia, e não necessariamente uma intervenção cirúrgica imediata sem diagnóstico prévio.

Alternativa (d): INCORRETA. O encaminhamento hospitalar com urgência para curetagem uterina é reservado para casos de sangramento profuso, com instabilidade hemodinâmica ou anemia aguda grave, o que não é o caso da paciente (hemoglobina de 12,7 g/dL e sinais vitais normais). Além disso, a curetagem é um procedimento realizado às cegas e tem sido substituída pela histeroscopia, que permite a visão direta e biópsia dirigida de áreas suspeitas.

Questão 55

A questão aborda as diretrizes de rastreamento do câncer colorretal (CCR) no Brasil, segundo as normas do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer (INCA). O paciente em questão tem 61 anos, é assintomático e não possui fatores de risco adicionais (como histórico familiar ou doenças inflamatórias intestinais), o que o coloca no grupo de risco habitual.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O papel do médico na Unidade Básica de Saúde é seguir os protocolos clínicos e as evidências científicas integradas às políticas públicas. Estimular a judicialização para obter um exame que não está indicado como primeira linha no protocolo de rastreamento do SUS é uma conduta inadequada técnica e eticamente.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a colonoscopia seja o padrão-ouro para a detecção de neoplasias intestinais, as políticas de rastreamento populacional do Ministério da Saúde para indivíduos de risco habitual (entre 50 e 75 anos) preconizam o início da investigação com métodos menos invasivos e de menor custo operacional para o sistema. A colonoscopia, no contexto do SUS, é reservada para pacientes com sinais de alerta (diagnóstico precoce), pacientes de alto risco ou aqueles que apresentaram resultado positivo no teste de sangue oculto.

Alternativa (c) Correta: De acordo com as diretrizes brasileiras de rastreamento do câncer do intestino, a estratégia populacional indicada para pessoas sem sintomas e

sem histórico familiar, na faixa etária de 50 a 75 anos, é a realização do exame de sangue oculto nas fezes (preferencialmente o teste imunológico - FIT). Caso o resultado seja positivo, aí sim o paciente deve ser encaminhado para a realização de colonoscopia. Essa estratégia visa otimizar os recursos e garantir que os exames invasivos sejam direcionados a quem de fato possui maior probabilidade de doença.

Alternativa (d) Incorreta: O SUS prevê, sim, o rastreamento do câncer de intestino. Orientar o paciente a buscar o setor privado por uma suposta inexistência do serviço no sistema público é uma afirmação falsa e fere o princípio da integralidade do SUS. O sistema oferece o rastreio, porém utiliza uma metodologia específica (sangue oculto) para a triagem inicial da população geral.

Questão 56

Para resolver essa questão, é fundamental dominar o protocolo de profilaxia da raiva humana do Ministério da Saúde, focando especialmente na diferença entre as espécies animais envolvidas no acidente.

O ponto principal aqui é que o animal agressor é um boi (herbívoro/animal de produção). O protocolo de observação por 10 dias é exclusivo para cães e gatos domésticos. Para animais de produção e animais silvestres, a conduta é diferente.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A observação do animal por 10 dias como critério para decidir o início da profilaxia é uma conduta restrita a cães e gatos que vivem em centros urbanos ou em condições favoráveis de observação. Herbívoros (como bois, cavalos e ovelhas) não entram nessa regra, pois o período de eliminação do vírus pela saliva desses animais não é tão bem estabelecido quanto o de caninos e felinos. Portanto, não se deve aguardar a observação para intervir.

Alternativa B (Incorreta): A raiva é uma doença com letalidade de praticamente 100%. Animais de produção, especialmente em áreas rurais, podem ser infectados por morcegos hematófagos (*Desmodus rotundus*). Jamais se deve dispensar a profilaxia em caso de mordedura por animal de produção, mesmo que o ferimento seja superficial.

Alternativa C (Correta): De acordo com as normas técnicas de profilaxia da raiva humana, acidentes com animais de produção (herbívoros) são classificados como de risco. Em ferimentos leves (superficiais, como descrito no caso), a conduta indicada é a limpeza do ferimento e o início imediato do esquema vacinal. Embora existam variações nos manuais (alguns citam duas doses iniciais e reavaliação), em provas de

residência, o conceito cobrado é que animais de produção exigem vacinação imediata, independentemente da possibilidade de observação.

Alternativa D (Incorreta): O soro antirrábico (imunoglobulina) é indicado apenas em "acidentes graves". Um acidente é considerado grave quando há ferimentos profundos, múltiplos, localizados em extremidades (mãos e pés) ou cabeça/face, ou quando o animal agressor é silvestre. Como a questão descreve uma ferida superficial e o animal é de produção (não silvestre), o uso do soro não está indicado, sendo a vacina suficiente para a proteção do paciente.

Resumo do raciocínio:

1. Animal (boi): animal de produção/herbívoro -> requer vacina imediata (não se aplica apenas observação).
2. Ferimento (superficial): acidente leve -> apenas vacina (não requer soro).
3. Paciente (não vacinado): necessita do esquema completo de pós-exposição.

Questão 57

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um trauma torácico penetrante por projétil de arma de fogo. Os achados do exame físico são fundamentais para o diagnóstico: a diminuição do murmúrio vesicular associada à macicez à percussão e à ausência de frêmito toracovocal no hemitórax direito aponta diretamente para a presença de líquido no espaço pleural. Em um contexto de trauma, esse quadro clínico define um hemotórax. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável (PA 120 x 82 mmHg), apesar da leve taquicardia, o que permite a abordagem inicial preconizada pelo protocolo ATLS.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A toracotomia exploradora de urgência no trauma está indicada em situações específicas, como o hemotórax maciço (saída imediata de mais de 1.500 ml de sangue após a drenagem ou débito contínuo maior que 200 ml/h por 2 a 4 horas) ou em casos de instabilidade hemodinâmica grave que não responde à reposição. No caso descrito, o paciente está estável e o tórax ainda nem sequer foi drenado para quantificar a perda volêmica. Além disso, a simples retirada do projétil não é o objetivo primário da cirurgia de trauma.

Alternativa b) Incorreta. A toracocentese com agulha (ou descompressão por agulha) é o tratamento imediato para o pneumotórax hipertensivo. No entanto, o achado na percussão foi de macicez (sugerindo sangue/líquido) e não de timpanismo (que sugeriria ar). Portanto, a manobra não teria utilidade clínica para este paciente.

Alternativa c) Correta. O tratamento padrão para o hemotórax é a drenagem pleural fechada em selo d'água. O local correto para a inserção do dreno de tórax é no quinto espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e a linha axilar média (conhecido como triângulo de segurança), preferencialmente logo acima da borda superior da costela inferior para evitar o feixe vasculonervoso intercostal. Este procedimento permitirá a expansão pulmonar e a monitorização do volume de sangue perdido.

Alternativa d) Incorreta. Jamais se deve realizar a drenagem pleural através do orifício de entrada do projétil. A drenagem deve ser feita em local estéril, com técnica cirúrgica adequada e em local anatômico que garanta a eficácia do procedimento. Utilizar o trajeto da bala aumenta drasticamente o risco de infecção (empiema) e não garante o posicionamento correto do dreno no espaço pleural.

Questão 58

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um menino de 10 anos com diagnóstico de asma desde os 5 anos. O quadro clínico atual indica que a doença não está controlada, evidenciado pelos seguintes pontos:

1. Sintomas persistentes há 10 meses (tosse e chiado).
2. Despertares noturnos frequentes.
3. Limitação de atividades físicas (sintomas ao correr e jogar futebol).
4. Necessidade de atendimentos em serviço de urgência (duas vezes recentemente).

Além disso, a prova de função pulmonar corrobora o descontrole e a gravidade:

- VEF1 de 70% do previsto: Indica uma obstrução moderada (o esperado para o controle é acima de 80%).
- VEF1/CVF de 0,8: Valor limítrofe/baixo para a faixa etária pediátrica.
- Resposta ao broncodilatador de 15%: Demonstra uma importante reversibilidade da obstrução, característica da asma, mas que não deveria ser tão expressiva se o paciente estivesse controlado.

De acordo com as diretrizes do GINA (Global Initiative for Asthma), para crianças de 6 a 11 anos com este perfil de sintomas e função pulmonar reduzida, o tratamento deve ser escalonado para a Etapa 3 ou 4 (Step 3 ou 4), o que exige o uso de medicação de manutenção (controladora).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O uso de antileucotrienos (como o montelucaste) é uma opção adjuvante ou alternativa, mas não é o tratamento de escolha inicial para um paciente com VEF1 de 70% e sintomas frequentes. Além disso, o corticoide inalatório deve ser usado de forma diária (manutenção) para tratar a inflamação subjacente das vias aéreas, e não apenas durante as exacerbações.

Alternativa B (Correta): Esta opção reflete a necessidade de uma terapia combinada para o controle da asma moderada. O uso de um corticoide inalatório (CI) associado a um beta-agonista de longa duração (LABA) é a conduta padrão no escalonamento do tratamento (Step 3/4). A alternativa menciona o CI para "alívio", o que remete à estratégia MART (Manutenção e Alívio com a mesma bombinha), onde se utiliza a combinação de corticoide com formoterol (um LABA de início de ação rápida) tanto para controle quanto para resgate, ou o uso clássico de SABA (salbutamol) para resgate. É a única alternativa que contempla as classes farmacológicas necessárias para o manejo do paciente.

Alternativa C (Incorreta): O corticoide oral é indicado para o tratamento de crises agudas (exacerbações) por um curto período (3 a 5 dias) ou em casos de asma muito grave (Step 5). Ele não deve ser utilizado como terapia de manutenção ambulatorial devido aos graves efeitos colaterais sistêmicos. O tratamento de escolha para o controle ambulatorial é o corticoide por via inalatória.

Alternativa D (Incorreta): Embora o LABA seja parte do tratamento de manutenção, a ausência do corticoide inalatório diário torna o tratamento perigoso e incompleto, pois o LABA sozinho não trata a inflamação e aumenta o risco de morte súbita por asma. O brometo de ipratrópio é um anticolinérgico de curta duração usado como terapia adjuvante no serviço de emergência durante crises moderadas a graves, não sendo medicação de rotina para manutenção ambulatorial. O corticoide oral também não é indicado como terapia de rotina neste caso.

Questão 59

Para resolver esta questão, é fundamental diferenciar o rastreamento mamográfico da população de risco habitual daquele das mulheres pertencentes aos grupos de risco elevado.

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um fator de risco importante: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau (mãe) diagnosticado antes dos 50 anos. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e das sociedades brasileiras de Mastologia (SBM) e de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), mulheres com esse perfil são classificadas como pertencentes ao grupo de risco aumentado para câncer

de mama.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A conduta de realizar apenas o exame clínico anual e iniciar a mamografia somente após os 40 anos é aplicada a mulheres de risco habitual (conforme recomendações da SBM/FEBRASGO). No caso de uma paciente com parente de primeiro grau com câncer antes dos 50 anos, o rastreamento deve ser antecipado.

Alternativa b) Incorreta. O rastreamento bienal a partir dos 40 anos não segue a recomendação para o grupo de risco da paciente. Além disso, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento bienal para a população geral apenas entre 50 e 69 anos, enquanto a SBM recomenda o rastreamento anual a partir dos 40 anos. Para o grupo de risco elevado, ambas as diretrizes preconizam uma abordagem mais precoce e frequente.

Alternativa c) Incorreta. Iniciar o rastreamento mamográfico após os 50 anos é a recomendação do Ministério da Saúde para a população de risco habitual (rastreamento populacional). Ignorar o histórico familiar de primeiro grau antes dos 50 anos coloca a paciente em risco de um diagnóstico tardio.

Alternativa d) Correta. Pacientes que possuem parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos devem iniciar o rastreamento mamográfico anualmente a partir dos 35 anos de idade. Outros critérios que enquadram a mulher no grupo de risco elevado incluem: história familiar de câncer de mama bilateral ou em homens, em qualquer idade, e história familiar de câncer de ovário. Nesses casos, a vigilância deve ser intensificada e iniciada mais cedo do que na população geral.

Conclusão:

A alternativa (d) está correta porque identifica corretamente o fator de risco da paciente (parente de 1º grau < 50 anos) e aplica a diretriz de antecipação do rastreamento mamográfico para os 35 anos de idade, com periodicidade anual.

Questão 60

Esta questão aborda o acompanhamento do desenvolvimento infantil na Atenção Primária, focando na identificação de marcos do desenvolvimento e na valorização das queixas maternas.

A criança em questão tem 6 meses e 15 dias e apresenta ausência de marcos que

deveriam ter sido atingidos muito antes: o sorriso social (esperado por volta dos 2 meses) e a vocalização (esperada entre os 2 e 4 meses). Além disso, há uma queixa materna específica comparando o desenvolvimento com o do irmão.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) é uma ferramenta de rastreio para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) validada para crianças entre 16 e 30 meses de idade. Aplicá-lo em um lactente de 6 meses é tecnicamente inadequado, pois o teste não foi desenhado para essa faixa etária.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde e pelas diretrizes de pediatria (como as da Sociedade Brasileira de Pediatria). A preocupação dos pais é um dos preditores mais sensíveis de problemas no desenvolvimento. Diante da ausência de marcos fundamentais (sorriso social e vocalização), o médico deve realizar uma investigação detalhada, buscando fatores de risco (biológicos, psicossociais e ambientais) e outros sinais de alerta que possam guiar a propedêutica e a intervenção precoce.

Alternativa c) Incorreta. Protocolos de observação diagnóstica para TEA, como o ADOS ou outros critérios diagnósticos fechados, são complexos e geralmente aplicados em crianças mais velhas por especialistas ou equipes treinadas. Aos 6 meses, o foco deve estar na identificação de atrasos globais ou sinais de risco no desenvolvimento, e não na aplicação de protocolos diagnósticos definitivos para TEA.

Alternativa d) Incorreta. Embora o encaminhamento para o especialista possa vir a ser necessário após a investigação inicial, a conduta imediata na consulta de puericultura não deve ser o encaminhamento direto com solicitação de exames de imagem. A maioria dos atrasos de desenvolvimento não apresenta alterações em exames de imagem cerebral de rotina; o diagnóstico e a avaliação inicial são eminentemente clínicos e contextuais, focados na estimulação e no acompanhamento dos marcos.

Em resumo, a identificação de "sinais de alerta" (ausência de marcos para a idade) e a valorização da queixa materna impõem uma investigação clínica e sociofamiliar cuidadosa para determinar os próximos passos da linha de cuidado.

Questão 61

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico apresenta um homem de 48 anos com febre persistente, um achado inespecífico, mas que ganha relevância quando associado aos demais sinais do exame físico. A presença de sopro cardíaco sistólico, palidez (sugerindo anemia de doença crônica ou hemolítica) e, principalmente, os fenômenos vasculares e imunológicos periféricos são as chaves para o diagnóstico.

A lesão identificada à fundoscopia (lesão arredondada com borda eritematosa e centro pálido) é a descrição clássica das Manchas de Roth. As hemorragias subungueais (ou em estilha) são pequenas linhas longitudinais de sangue sob as unhas. Ambos são sinais periféricos clássicos de endocardite infecciosa, resultantes de microêmbolos sépticos ou fenômenos imunológicos (vasculite).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: CORRETA. A endocardite infecciosa deve ser sempre a principal suspeita em pacientes com febre e sopro cardíaco novo ou preexistente. O quadro é corroborado pelos achados periféricos típicos: Manchas de Roth (retinopatia) e hemorragias subungueais. Esses achados compõem os critérios clínicos de Duke (critérios menores) para o diagnóstico da doença. A retocolite ulcerativa mencionada no histórico pode inclusive ser uma porta de entrada para bactérias, como o *Streptococcus bovis* (atualmente *Gallolyticus*), embora seja mais associada a neoplasias colônicas.

Alternativa B: INCORRETA. Embora a leucemia mieloide aguda possa cursar com febre, anemia e até Manchas de Roth (devido à trombocitopenia ou hiperviscosidade), ela não é a hipótese mais provável diante de um sopro cardíaco e hemorragias subungueais em um contexto de febre persistente. A endocardite é uma associação muito mais clássica e direta para essa combinação de sinais.

Alternativa C: INCORRETA. A vasculite leucocitoclástica manifesta-se tipicamente como púrpura palpável, principalmente em membros inferiores. Embora a endocardite possa causar vasculites secundárias, a vasculite leucocitoclástica isolada não explicaria o sopro cardíaco nem as Manchas de Roth de forma tão característica quanto a endocardite infecciosa.

Alternativa D: INCORRETA. O lúpus eritematoso sistêmico é uma doença multissistêmica que pode causar febre, anemia e até endocardite de Libman-Sacks (não infecciosa). No entanto, as hemorragias subungueais e as Manchas de Roth, no contexto de uma investigação de febre persistente em prova de residência, são

marcadores patognomônicos para o raciocínio clínico voltado à endocardite infecciosa.

GABARITO: ALTERNATIVA A.

Questão 62

A questão aborda a conduta médica diante de um óbito hospitalar cuja causa básica foi um evento traumático (queda de altura). Para responder corretamente, é necessário conhecer as normas de preenchimento da Declaração de Óbito (DO) estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Ministério da Saúde.

Análise do caso clínico:

O paciente sofreu uma queda de 5 metros, o que caracteriza uma causa externa (acidente). Embora tenha falecido após 60 dias por sepse (causa imediata), a causa que iniciou a cadeia de eventos que levou à morte foi o traumatismo cranioencefálico grave. Em medicina legal, o que define o destino do corpo é a natureza da causa básica, não o tempo de internação ou a complicação final.

Por que a alternativa (b) está correta?

Em mortes decorrentes de causas externas (acidentes, homicídios, suicídios ou mortes suspeitas), a necropsia e a emissão da Declaração de Óbito são responsabilidades exclusivas dos médicos peritos do Instituto Médico Legal (IML). Isso se aplica independentemente de o óbito ter ocorrido dentro de um hospital após longa permanência ou em via pública. O médico assistente ou o da UTI não deve assinar a DO nesses casos para não interferir em possíveis investigações jurídicas e policiais.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa a: Incorreta. Nem a chefia nem a coordenação da UTI têm competência legal para atestar óbitos por causas traumáticas. O médico que o faz pode ser responsabilizado por preencher irregularmente o documento, mesmo que o paciente estivesse sob seus cuidados por meses.

Alternativa c: Incorreta. O Serviço de Verificação de Óbito (SVO) é voltado apenas para mortes de causa natural (sem violência) que ocorreram sem assistência médica ou com diagnóstico clínico impreciso. O SVO tem proibição legal de realizar necropsias em casos de morte por causas externas.

Alternativa d: Incorreta. O médico de plantão no momento do óbito tem o dever de constatar a morte e providenciar o relatório médico para encaminhamento do corpo ao IML, mas nunca deve emitir a Declaração de Óbito quando a origem do processo foi um acidente ou qualquer forma de violência.

Resumo da conduta para provas:

1. Morte Natural com assistência médica: O médico assistente (ou substituto) emite a Declaração de Óbito.
2. Morte Natural sem assistência médica ou com causa mal definida: Encaminha-se ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO).
3. Morte por Causa Externa (trauma, violência, acidente), mesmo que tardia: Encaminha-se ao Instituto Médico Legal (IML).

Questão 63

O quadro clínico descreve um caso clássico de constipação intestinal funcional na infância, comum após o período de desfralde. Os critérios de Roma IV para o diagnóstico estão presentes, como a frequência reduzida de evacuações (a cada 4 dias), fezes endurecidas (cíbalos) e dor ao evacuar. O achado de massa palpável em fossa ilíaca esquerda é o ponto-chave da questão, pois indica a presença de um fecaloma (impactação fecal). Diante de um paciente com impactação, a conduta inicial obrigatória é realizar a desimpactação antes de iniciar qualquer terapia de manutenção.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico de constipação funcional é eminentemente clínico. A radiografia de abdome não deve ser solicitada de rotina, sendo reservada para casos em que o exame físico é inconclusivo ou em pacientes com suspeita de abuso sexual ou fobia de toque retal nos quais não se consegue palpar o abdome. O exame coprológico funcional não possui utilidade diagnóstica ou terapêutica no manejo da constipação funcional.

Alternativa b) Incorreta. Embora o óleo mineral possa ser utilizado em crianças maiores, a lactulose é um laxante osmótico mais suave, indicado para a fase de manutenção e não para a desimpactação aguda, pois sua ação é lenta e menos potente para desfazer um fecaloma volumoso. Além disso, a via preferencial para desimpactação em casos graves envolve agentes mais robustos.

Alternativa c) Incorreta. O treinamento de toalete, o aumento da ingestão hídrica e de fibras são pilares fundamentais do tratamento de manutenção a longo prazo. No

entanto, essas medidas sozinhas são insuficientes para resolver uma impaction fecal já estabelecida. Tentar tratar a constipação com fibras sem antes desimpactar o paciente pode, inclusive, piorar a dor e a distensão abdominal.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para pacientes com impaction fecal comprovada ao exame físico. A desimpactação deve ser a primeira etapa do tratamento e pode ser realizada tanto por via retal (enemas de fosfato ou soro fisiológico com glicerina) quanto por via oral, utilizando altas doses de polietilenoglicol (PEG 3350), tipicamente na dose de 1 a 1,5 g/kg/dia por 3 a 6 dias. O PEG oral é frequentemente preferido por ser eficaz e menos invasivo ou traumático para a criança do que os procedimentos retais.

Gabarito: Letra (d).

Questão 64

Esta questão aborda o tema da cesariana a pedido da gestante, assunto regulamentado no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução nº 2.144/2016. O foco aqui é o equilíbrio entre a autonomia da paciente e a segurança do recém-nascido.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: De acordo com a Resolução do CFM, é direito da gestante, em situações de risco habitual, optar pela cesariana, desde que ela tenha sido devidamente informada, de forma compreensível, sobre os riscos e benefícios tanto do parto vaginal quanto da cirurgia. O ponto crucial é que, para garantir a maturidade pulmonar fetal e evitar a prematuridade iatrogênica, a cesariana eletiva a pedido só pode ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação. Como a paciente está com 38 semanas, a conduta é orientar e agendar para a semana seguinte, caso o desejo persista.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora o parto vaginal seja geralmente preferível em gestações de baixo risco por apresentar menos complicações maternas, a ética médica atual valoriza a autonomia da paciente. O médico não pode proibir a escolha da via de parto, mas deve atuar como um orientador para que a decisão seja tomada de forma consciente e segura.

Alternativa (c) INCORRETA: O limite de 41 semanas é frequentemente associado ao manejo da gestação prolongada (pós-termo), em que se discute a indução do parto. Para a realização de cesariana por desejo materno, o marco temporal estabelecido pelo CFM é de 39 semanas, e não 41.

Alternativa (d) INCORRETA: Apesar de a autonomia da gestante ser um princípio fundamental, ela não é absoluta acima da segurança clínica. Realizar a cesariana imediatamente, com 38 semanas, contraria as evidências científicas que mostram maior morbidade respiratória neonatal em crianças nascidas por cesariana eletiva antes das 39 semanas. Portanto, o médico deve respeitar a autonomia, mas dentro do prazo legal e seguro de 39 semanas.

Em resumo, a conduta médica diante do desejo materno de cesariana envolve:

1. Explicação detalhada sobre riscos e benefícios.
2. Registro em prontuário e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
3. Respeito ao limite mínimo de 39 semanas de idade gestacional.

Questão 65

Comentário técnico sobre a questão:

O manejo da contracepção no puerpério exige o conhecimento do tempo adequado para a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) para minimizar riscos de complicações, como expulsão e perfuração, além da compreensão do funcionamento fisiológico do método escolhido.

Alternativa A (Incorreta): O prazo de 12 semanas é desnecessariamente longo, postergando o início da proteção contraceptiva. As recomendações atuais indicam que a inserção tardia deve ocorrer após 4 semanas do parto. Quanto ao mecanismo, o DIU de cobre não tem como ação principal o afinamento do endométrio (característica de métodos hormonais) nem atua primariamente na inibição da nidadação, sendo considerado um método que atua antes da fecundação.

Alternativa B (Incorreta): A inserção aos 15 dias pós-parto é contraindicada. O DIU deve ser inserido ou nas primeiras 48 horas após o parto (inserção imediata) ou somente após a 4ª semana (inserção de intervalo/tardia). Entre 48 horas e 4 semanas, o útero está em processo intenso de involução, o que eleva drasticamente o risco de o dispositivo ser expelido ou causar perfuração. Além disso, o espessamento do muco cervical é o mecanismo de ação do DIU de levonorgestrel (hormonal).

Alternativa C (Correta): O período de 4 a 6 semanas é o ideal para a inserção ambulatorial pós-parto, pois a involução uterina já está praticamente completa. O mecanismo de ação do DIU de cobre é essencialmente espermicida e ovocida. A presença do metal na cavidade uterina gera uma reação inflamatória estéril e a

liberação de íons de cobre, que são citotóxicos para os gametas, impedindo que o espermatozoide encontre e fecunde o óvulo.

Alternativa D (Incorreta): Como mencionado, a inserção com 15 dias de pós-parto (momento em que a paciente procurou a UBS) não deve ser realizada de forma imediata. Sobre o mecanismo, o cobre não torna o muco cervical mais fluido; ao contrário, ele altera a composição bioquímica do trato reprodutor feminino para torná-lo hostil à sobrevivência e à motilidade dos espermatozoides.

Questão 66

O diagnóstico da paciente é de hipertensão arterial estágio 1 (pressão entre 140/90 e 159/99 mmHg), associada ao diabetes mellitus tipo 2 e à presença de albuminúria (relação albumina/creatinina entre 30 e 300 mg/g), o que caracteriza uma lesão de órgão-alvo (nefropatia diabética incipiente).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a escolha do anti-hipertensivo inicial deve levar em conta as comorbidades do paciente. Em pacientes diabéticos, especialmente naqueles que já apresentam evidência de doença renal (como a albuminúria de 50 mg/g), as drogas de primeira escolha são os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Os betabloqueadores não são considerados fármacos de primeira linha para o tratamento da hipertensão arterial primária, a menos que o paciente apresente indicações específicas, como insuficiência cardíaca, pós-infarto do miocárdio ou angina. Além disso, em pacientes diabéticos, podem mascarar sintomas de hipoglicemia e interferir no metabolismo glicêmico.

b) Incorreta. Embora os diuréticos tiazídicos sejam fármacos de primeira linha para o tratamento da hipertensão em geral, eles não possuem o efeito nefroprotetor superior demonstrado pelos IECA/BRA em pacientes com albuminúria.

c) Correta. Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) são a conduta inicial mais adequada. Eles promovem a dilatação da arteríola eferente renal, reduzindo a pressão intraglomerular e, conseqüentemente, diminuindo a excreção de albumina na urina. Esse efeito nefroprotetor é fundamental para retardar a progressão da doença renal crônica no paciente diabético.

d) Incorreta. Os bloqueadores dos canais de cálcio são excelentes anti-hipertensivos

de primeira linha e podem ser associados ao tratamento no futuro, mas não são a escolha prioritária quando o objetivo principal é a nefroproteção em um paciente com albuminúria já documentada.

Gabarito: Letra (c).

Questão 67

Esta questão aborda uma das patologias cervicais congênitas mais comuns na pediatria. A chave para a resposta está na localização da lesão e no sinal clínico específico relatado no exame físico.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. O cisto dermoide é um dos principais diagnósticos diferenciais de massas na linha média cervical em crianças. Ele é composto por restos epiteliais e anexos de pele. Entretanto, ao contrário do descrito no caso, o cisto dermoide não possui conexão com o osso hioide ou com a base da língua, o que significa que ele NÃO se movimenta durante a protrusão da língua.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. A tireoide ectópica ocorre quando o tecido tireoidiano não completa sua descida embrionária até a posição pré-traqueal. Embora possa ser encontrada na linha média (frequentemente na base da língua), geralmente apresenta-se como uma massa sólida. É um diagnóstico diferencial importante porque, em muitos pacientes, a tireoide ectópica é o único tecido tireoidiano funcional presente. Contudo, a mobilidade clássica descrita com a língua é o sinal padrão-ouro para o cisto tireoglosso em provas de residência.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. O higroma cístico (ou linfangioma) é uma malformação do sistema linfático. Sua apresentação típica é na região lateral do pescoço (triângulo cervical posterior) e não na linha média. Além disso, costuma ser uma massa multiloculada, de consistência amolecida e que translumina ao exame físico, o que não corresponde à descrição da questão.

ALTERNATIVA D: CORRETA. O cisto do ducto tireoglosso é a malformação cervical congênita mais frequente. Ele se origina de remanescentes do ducto que conecta a glândula tireoide à base da língua (forame cego) durante o desenvolvimento embrionário. A descrição de uma tumoração arredondada, indolor, na linha média anterior do pescoço, que se eleva ou se move à protrusão da língua (ou à deglutição), é o sinal clínico patognomônico dessa condição. Isso ocorre porque o ducto tireoglosso tem uma relação íntima com o osso hioide e os músculos da base da língua. O tratamento é cirúrgico (Cirurgia de Sistrunk), que envolve a ressecção do cisto, do ducto e da porção central do osso hioide para evitar recidivas.

Questão 68

O caso clínico descreve uma criança com sintomas clássicos de tuberculose (TB) — tosse crônica, febre vespertina e emagrecimento — associados a um histórico epidemiológico de contato próximo com um caso confirmado (o avô). Em pediatria, o diagnóstico de tuberculose é um desafio, pois as crianças raramente conseguem expectorar para exames de baciloscopia e, quando conseguem, a carga de bacilos costuma ser baixa (paucibacilares). Por esse motivo, o Ministério da Saúde recomenda o uso de um sistema de pontuação.

Alternativa a: Incorreta. Diante de sintomas que perduram por 3 semanas e um contato domiciliar confirmado para TB, a principal suspeita deve ser tuberculose. Prescrever antibióticos comuns para pneumonia bacteriana e aguardar 15 dias apenas atrasaria o diagnóstico e permitiria a progressão da doença em um paciente de alto risco.

Alternativa b: Incorreta. Embora o tratamento em crianças seja frequentemente clínico-radiológico, ele não deve ser iniciado sem o mínimo de investigação. O sistema de pontos do Ministério da Saúde exige a realização de exames complementares para atingir a pontuação necessária que autoriza o início da terapia, evitando tratamentos desnecessários e permitindo o acompanhamento adequado da resposta ao tratamento.

Alternativa c: Correta. De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, o diagnóstico na criança que não expectora é baseado em um escore que soma pontos para: quadro clínico (15 pontos), radiografia de tórax (15 pontos), contato com adulto bacilífero (10 pontos), prova tuberculínica/PPD (15 pontos) e estado nutricional (5 pontos). Portanto, solicitar a radiografia de tórax e o PPD é o procedimento padrão e fundamental para aplicar o escore e confirmar a conduta.

Alternativa d: Incorreta. O hemograma é um exame inespecífico para tuberculose, não ajudando a confirmar o diagnóstico conforme o protocolo oficial. Além disso, a orientação de afastar a criança do avô por 6 meses é clinicamente desnecessária. Pacientes com tuberculose sensível costumam deixar de transmitir o bacilo após cerca de 15 dias de tratamento adequado, não sendo necessário o isolamento durante todo o ciclo terapêutico.

Questão 69

O ponto central desta questão é a prevenção da prematuridade em uma gestante de alto risco devido ao seu histórico obstétrico. A paciente é uma secundigesta com antecedente de parto prematuro espontâneo (32 semanas), o que aumenta significativamente o risco de recorrência na gestação atual.

Alternativa a) Incorreta. A indometacina é um anti-inflamatório não esteroidal (AINE) utilizado na obstetrícia em situações específicas, como na tocólise de urgência (para frenagem do trabalho de parto por até 48 horas) ou em casos de polidrâmnio. Seu uso crônico e profilático não é indicado para prevenção de parto prematuro, pois pode causar efeitos colaterais fetais graves, como o fechamento precoce do ducto arterioso e oligodrâmnio.

Alternativa b) Incorreta. O pessário vaginal é um dispositivo de silicone colocado ao redor do colo do útero. Sua indicação principal ocorre em casos de colo curto (geralmente menor que 25 mm) identificado pela ultrassonografia transvaginal entre 18 e 24 semanas. Embora seja uma estratégia de prevenção, a evidência para seu uso baseada apenas no antecedente obstétrico, sem a medida do colo, é limitada comparada ao uso da progesterona.

Alternativa c) Incorreta. A progesterona intramuscular (caproato de 17-alfa-hidroxiprogesterona) foi muito utilizada no passado para essa indicação. No entanto, diretrizes atuais, incluindo as da FEBRASGO, priorizam a via vaginal devido à maior eficácia demonstrada em estudos recentes e ao melhor perfil de tolerabilidade e segurança. O uso da progesterona intramuscular caiu em desuso em diversos protocolos internacionais após estudos não confirmarem seu benefício clínico superior.

Alternativa d) Correta. A progesterona natural micronizada por via vaginal é o tratamento de escolha para gestantes com história prévia de parto prematuro espontâneo. O objetivo é manter o útero em estado de quiescência. A recomendação é iniciar a aplicação diária (geralmente 200 mg) entre a 16ª e a 24ª semana de gestação, mantendo o tratamento até a 36ª ou 37ª semana. Essa medida reduz de forma comprovada o risco de um novo parto prematuro e de complicações neonatais.

Gabarito: Letra d.

Questão 70

A questão descreve uma paciente idosa, com fatores de risco cardiovascular (hipertensão, AVC prévio) e uso de medicações específicas, que apresenta um quadro agudo de déficit neurológico (dificuldade para falar) e cefaleia, iniciado há apenas 30 minutos. Esse cenário clínico é altamente sugestivo de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo.

O conceito fundamental aqui é o "Tempo é Cérebro". Diante de uma suspeita de AVC em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a prioridade absoluta é o encaminhamento imediato para uma unidade de emergência hospitalar capaz de realizar exames de imagem (tomografia de crânio) e oferecer tratamento específico, como a trombólise química ou trombectomia mecânica, que possuem janelas terapêuticas restritas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A UBS não é o local adequado para a investigação de um déficit neurológico agudo, pois não dispõe de tomografia imediata. Além disso, a redução da pressão arterial na fase aguda do AVC deve ser feita com cautela e sob monitorização rigorosa, pois a queda brusca pode reduzir a perfusão cerebral e agravar a lesão. No caso, a PA de 150x95 mmHg não exige intervenção imediata na UBS.

b) Correta. Esta é a conduta padrão em unidades de atenção primária. O médico deve reconhecer a suspeita de AVC, acionar o suporte avançado de transporte (SAMU) para garantir que a paciente chegue o mais rápido possível a um centro de referência (preferencialmente uma Unidade de AVC), enquanto mantém a estabilização básica (monitorização, oxigênio, se necessário, e vigilância de sinais vitais).

c) Incorreta. O uso de anti-hipertensivos sublinguais (como nifedipina) é contraindicado em urgências e emergências hipertensivas pelo risco de queda abrupta e descontrolada da pressão, o que pode causar isquemia cerebral ou coronariana. Além disso, esperar 30 minutos para reavaliação atrasa o tratamento definitivo do AVC, aumentando o risco de sequelas permanentes.

d) Incorreta. Essa conduta ignora a gravidade do quadro neurológico agudo. O seguimento ambulatorial e a redução gradual da pressão em 24-48 horas seriam condutas para hipertensão arterial sistêmica sem sinais de lesão de órgão-alvo aguda. No contexto de déficit neurológico súbito, a paciente necessita de intervenção hospitalar de emergência, e não de acompanhamento ambulatorial posterior para ver se os sintomas reverterem.

Questão 71

O caso clínico apresenta um homem de 45 anos com dor lombar crônica de padrão nitidamente inflamatório. O principal indício é a rigidez matinal prolongada (cerca de 2 horas) que melhora com a movimentação. Além disso, o exame físico revela um Teste de Schober de apenas 1 cm (o normal é um aumento superior a 5 cm na flexão lombar), indicando uma limitação importante da mobilidade da coluna. Embora a radiografia tenha mostrado alterações degenerativas (esclerose e redução de espaço), que podem ocorrer em pacientes obesos, o quadro clínico sugere fortemente o diagnóstico de Espondiloartrite Axial (como a Espondilite Anquilosante).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O marcador genético associado às espondiloartrites é o HLA-B27, e não o HLA-B37. Além disso, os anti-inflamatórios hormonais (corticosteroides) não são o tratamento de primeira linha para o acometimento axial nessas doenças e não devem ser usados de forma isolada sem investigação diagnóstica correta.

Alternativa B: Correta. Diante de uma suspeita de espondiloartrite axial pela clínica de dor inflamatória e limitação funcional (Schober reduzido), o próximo passo é a investigação laboratorial com provas de atividade inflamatória (VHS e PCR) e a avaliação por imagem das articulações sacroilíacas. Como a radiografia convencional pode ser normal no início da doença ou mostrar apenas alterações degenerativas inespecíficas, a Ressonância Magnética é o exame padrão-ouro para detectar sacroiliíte precocemente (edema ósseo).

Alternativa C: Incorreta. Esta conduta seria voltada para uma lombalgia mecânica comum ou osteoartrose. Embora a ergonomia seja importante, ela não aborda a patologia inflamatória sugerida pela rigidez matinal de 2 horas e pelo teste de Schober significativamente alterado. O uso de anti-inflamatórios "sob demanda" também não é a conduta ideal para o manejo de doenças inflamatórias crônicas em fase diagnóstica.

Alternativa D: Incorreta. Embora a redução de peso e a fisioterapia sejam recomendadas para pacientes obesos com dor lombar, o uso de opioides não é a conduta de escolha para espondiloartrites. Além disso, essa alternativa ignora a necessidade de investigação diagnóstica para uma doença sistêmica inflamatória, focando apenas no tratamento sintomático e mecânico.

Questão 72

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um lactente de 40 dias com um quadro clássico de colestase neonatal. Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Início da icterícia após a primeira semana de vida (característica de icterícia patológica).
2. Presença de colúria (urina escura) e acolia fecal (fezes claras), que indicam hiperbilirrubinemia direta (obstrutiva).
3. Exame físico com hepatomegalia de consistência firme e esplenomegalia, sugerindo doença hepatobiliar estabelecida.
4. Bom estado geral e ganho ponderal, o que paradoxalmente é comum nas fases iniciais da atresia de vias biliares.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A presença de colúria e acolia fecal define obrigatoriamente uma icterícia do tipo obstrutiva (colestática), e não "não obstrutiva". Embora a dosagem de gama-GT e aminotransferases faça parte da investigação, o foco principal deve ser a exclusão de causas cirúrgicas urgentes.

Alternativa B: Incorreta. Embora doenças metabólicas possam causar icterícia obstrutiva, elas geralmente se manifestam com comprometimento do estado geral e dificuldade de ganho de peso. Além disso, nunca se deve suspender o aleitamento materno para investigar colestase neonatal sem uma justificativa específica e comprovada.

Alternativa C: Incorreta. A icterícia relacionada ao aleitamento materno (icterícia do leite materno) ocorre por aumento da bilirrubina indireta. Ela não causa colúria nem acolia fecal. Adotar conduta expectante diante de um lactente com fezes acólicas é um erro grave, pois retarda o diagnóstico de patologias que exigem intervenção rápida.

Alternativa D: Correta. A atresia de vias biliares (AVB) é a principal causa de colestase neonatal com indicação cirúrgica. O quadro de icterícia progressiva, colúria e acolia fecal em um lactente que parece "saudável" é a apresentação clássica. A urgência no encaminhamento é fundamental porque o sucesso do tratamento cirúrgico (Portoenterostomia de Kasai) é inversamente proporcional à idade do paciente, apresentando melhores resultados quando realizado antes dos 60 dias de vida. Como o paciente já tem 40 dias, o tempo para diagnóstico e intervenção é extremamente curto.

Destaque: Em qualquer lactente com icterícia além de 14 dias de vida, é obrigatório avaliar a cor das fezes e dosar as frações de bilirrubina. A presença de componente obstrutivo (bilirrubina direta elevada) exige investigação imediata para atresia biliar.

Questão 73

O caso clínico descreve um lactente de 10 meses com febre alta isolada que, após a remissão da febre (crise), apresenta o surgimento de um exantema maculopapular iniciado no tronco e no pescoço. Este é o quadro patognomônico do exantema súbito (também conhecido como roséola infantil), causado principalmente pelo herpesvírus humano tipo 6 (HHV-6).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A síndrome mão-pé-boca, causada geralmente pelo vírus Coxsackie A16, manifesta-se com febre, estomatite (vesículas e úlceras orais) e exantema pápulo-vesicular localizado preferencialmente nas mãos, pés e região glútea. No caso descrito, o exantema é maculopapular, central (tronco e cervical) e surgiu especificamente após o desaparecimento da febre, o que não é o padrão da síndrome mão-pé-boca.

Alternativa b) Incorreta. O sarampo apresenta um período prodrômico marcado por sintomas catarrais intensos (tosse, coriza, conjuntivite com fotofobia) e manchas de Koplik. No sarampo, o exantema surge no pico da febre e o estado geral da criança é bastante comprometido. No exantema súbito, a criança costuma estar em bom estado geral e a febre desaparece exatamente quando as manchas surgem. Embora o sarampo seja uma doença de notificação compulsória, o quadro clínico descrito é clássico de roséola, não justificando a investigação para sarampo neste contexto específico de "febre que some para o exantema aparecer".

Alternativa c) Correta. O diagnóstico de exantema súbito é eminentemente clínico. A história de febre alta que dura de 3 a 5 dias e desaparece subitamente com o aparecimento concomitante do exantema maculopapular é suficiente para a confirmação diagnóstica em lactentes. Não há necessidade de exames complementares, como hemograma ou sorologias, pois o quadro é benigno e autolimitado.

Alternativa d) Incorreta. A escarlatina é uma doença causada pela toxina do estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Ela se manifesta com faringite estreptocócica (dor de garganta), língua em framboesa e um exantema micropapular (com aspecto de "lixa") que surge durante a febre, acentuando-se em áreas de dobras (sinal de Pastia) e com palidez perioral (sinal de Filatov). O quadro descrito de

desaparecimento da febre antes do exantema e a idade do paciente (mais comum em escolares) afastam o diagnóstico de escarlatina.

Questão 74

O quadro clínico apresenta uma mulher de 35 anos com um cisto ovariano simples de 6 cm. As características ultrassonográficas descritas (anecoico, paredes finas, sem septos, sem áreas sólidas e sem vascularização interna) são fortes indicadores de benignidade. Em pacientes na pré-menopausa (menacme), a imensa maioria desses achados corresponde a cistos funcionais, como o folicular ou o de corpo lúteo, que tendem a desaparecer espontaneamente.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A dosagem do marcador tumoral CA 125 não é recomendada para a avaliação inicial de cistos nitidamente simples em mulheres jovens. O CA 125 possui baixa especificidade na pré-menopausa, podendo estar elevado em diversas condições benignas, como endometriose, miomatose e processos inflamatórios pélvicos, o que pode levar a intervenções cirúrgicas desnecessárias.

Alternativa b: Incorreta. O acompanhamento ginecológico de rotina (geralmente anual) é aceitável para cistos simples menores que 5 cm em pacientes assintomáticas. No entanto, para cistos entre 5 e 7 cm, as diretrizes internacionais recomendam um controle em curto prazo para confirmar a involução da imagem e descartar neoplasias benignas que não regredem sozinhas.

Alternativa c: Incorreta. A ressonância magnética é um exame de alta complexidade indicado para caracterizar massas anexiais que permanecem indeterminadas ou suspeitas após a ultrassonografia. Como o ultrassom foi capaz de definir claramente as características de um cisto simples, a ressonância não traria benefício adicional neste momento.

Alternativa d: Correta. Segundo os principais consensos de radiologia e ginecologia (como os da Society of Radiologists in Ultrasound), cistos simples entre 5 e 7 cm em mulheres em idade fértil devem ser reavaliados em 6 a 12 semanas. Este intervalo permite observar se o cisto é funcional (pois ele deverá regredir espontaneamente após um ou dois ciclos menstruais). Caso a imagem persista ou mude de característica, a estratégia de seguimento é modificada.

Gabarito: Letra d.

Questão 75

Esta questão aborda o manejo de nódulos mamários detectados durante a gestação, um cenário que exige rapidez no diagnóstico para não retardar o tratamento de um eventual câncer de mama associado à gravidez.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a biópsia (preferencialmente por agulha grossa ou core biopsy) seja o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo, ela geralmente não é a conduta inicial imediata. O protocolo de investigação de um nódulo palpável deve começar com exames de imagem para caracterizar a lesão e classificar o risco de malignidade (sistema BI-RADS), orientando a necessidade e o melhor local para a biópsia.

Alternativa B: Incorreta. O achado de um nódulo mamário requer investigação diagnóstica específica (mastologia/oncologia), mas não define, por si só, uma gestação de alto risco do ponto de vista obstétrico convencional. O foco deve ser o diagnóstico da patologia mamária paralelamente ao acompanhamento pré-natal.

Alternativa C: Correta. A ultrassonografia é o exame de escolha inicial para avaliar massas palpáveis em gestantes, devido à maior densidade do tecido mamário nesse período e à ausência de radiação ionizante. Caso a ultrassonografia revele achados suspeitos ou inconclusivos, a mamografia pode ser realizada com segurança, desde que seja utilizada a proteção abdominal (aventais de chumbo) para minimizar a exposição fetal à radiação dispersa. A investigação deve ser rápida, pois o câncer de mama gestacional costuma ser diagnosticado em estágios avançados devido ao atraso na propedêutica.

Alternativa D: Incorreta. Esta é uma conduta perigosa e contraindicada. Nunca se deve aguardar o término da gestação ou da lactação para investigar um nódulo mamário suspeito. O atraso no diagnóstico é o principal fator que impacta negativamente o prognóstico de pacientes com câncer de mama diagnosticado na gravidez.

Resumo do manejo: Diante de um nódulo palpável na gestante, realiza-se a ultrassonografia. Se houver suspeita, prossegue-se com mamografia (se necessário) e biópsia, seguindo os mesmos critérios diagnósticos utilizados em pacientes não grávidas.

Questão 76

A hipótese diagnóstica principal para esta paciente é o melanoma. O quadro clínico fundamenta-se na regra do ABCDE, que é o padrão-ouro clínico para a identificação de lesões melanocíticas suspeitas de malignidade:

A (Assimetria): A questão cita expressamente que a lesão é assimétrica. Na imagem, observa-se que as metades da lesão não coincidem.

B (Bordas): As bordas são descritas como irregulares, apresentando contornos mal definidos e chanfraduras, o que é visível na foto.

C (Cor): A lesão é descrita como escurecida. Na imagem anexa, nota-se a policromia (presença de várias cores), variando entre tons de marrom-claro, marrom-escuro, preto e áreas avermelhadas (eritematosas).

D (Diâmetro/Dimensões): A paciente relata que a lesão tem aumentado de tamanho.

E (Evolução): O relato de mudança rápida nas últimas quatro semanas, acompanhado de prurido (coceira) e sangramento, é um sinal de alerta clássico para o comportamento invasivo de um melanoma.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O melanoma maligno origina-se dos melanócitos e é a neoplasia cutânea mais agressiva devido ao seu alto potencial de metástase. A descrição de uma lesão pigmentada com assimetria, bordas irregulares e crescimento recente torna esta a hipótese obrigatória. O sangramento e o prurido indicam uma fase de evolução ativa da doença.

b) INCORRETA. O queratoacantoma é um tumor de crescimento muito rápido, mas apresenta-se classicamente como um nódulo em forma de cratera ou vulcão, com um centro preenchido por um tampão de queratina. Não se manifesta como uma mancha plana, escura e assimétrica seguindo o padrão ABCDE.

c) INCORRETA. O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais comum e está relacionado à exposição solar. Embora exista a variante pigmentada, o CBC tipicamente se apresenta como uma pápula perlácea, com brilho translúcido e vasos finos (telangiectasias) na superfície. A descrição detalhada de forte assimetria e bordas geográficas favorece amplamente o melanoma.

d) INCORRETA. O carcinoma espinocelular (CEC) geralmente se manifesta como lesões ceratóticas (ásperas), crostosas ou ulceradas, muitas vezes sobre uma base de pele danificada pelo sol (ceratose actínica). Embora possa sangrar ao crescer, não é caracterizado primariamente por ser uma lesão pigmentada com os critérios específicos de assimetria e policromia descritos.

Questão 77

Para resolver essa questão, é fundamental aplicar o protocolo do ATLS (Advanced Trauma Life Support), que estabelece a sistematização do atendimento ao trauma por meio do ABCDE. O ponto crucial aqui é entender que, independentemente do que foi realizado no Atendimento Pré-Hospitalar (APH), ao dar entrada na sala de emergência de um hospital, a equipe deve obrigatoriamente reiniciar a avaliação primária para garantir a segurança do paciente.

Alternativa (a) Incorreta. A realização de exames de imagem, como a tomografia computadorizada, faz parte da avaliação secundária ou é considerada um exame complementar após a estabilização do paciente. Jamais deve ser a conduta prioritária antes de completar o ABCDE inicial, especialmente em um paciente com rebaixamento do nível de consciência.

Alternativa (b) Incorreta. A administração de volume e ácido tranexâmico refere-se à etapa "C" (Circulação) do protocolo. Embora seja vital no trauma, ela só deve ser priorizada após a garantia de que as etapas "A" (Vias aéreas) e "B" (Respiração) estejam asseguradas. No caso clínico, o paciente já vem intubado, mas essa intervenção precisa ser conferida primeiro.

Alternativa (c) Correta. Ao receber um paciente que foi intubado no campo (pré-hospitalar), a primeira e mais importante ação do médico na sala de emergência é avaliar a patência e a segurança dessa via aérea. É necessário confirmar se o tubo orotraqueal está posicionado corretamente, se não houve deslocamento durante o transporte e se o paciente está sendo ventilado de forma eficaz. No ATLS, o "A" (Airway) é sempre a prioridade zero. O rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 7) justifica a via aérea definitiva, mas o médico receptor deve validá-la imediatamente.

Alternativa (d) Incorreta. A estabilização da coluna cervical faz parte da etapa "A" (Vias aéreas com controle da coluna cervical). No entanto, o enunciado busca a conduta prioritária diante de um paciente que já chega com uma intervenção crítica (intubação). Garantir que o suporte ventilatório e a via aérea estejam funcionando adequadamente precede outras manobras, embora a restrição de movimento cervical deva ser mantida simultaneamente. Entre avaliar se o tubo está no lugar (garantia de vida imediata) e checar a estabilização cervical, a avaliação da via aérea é o foco inicial do "A" no repasse do caso.

Em resumo, a regra de ouro no trauma é: ao receber o paciente, reavalie o ABCDE. Como a via aérea é o primeiro item da lista, e o paciente possui uma via aérea artificial instalada fora do ambiente hospitalar, confirmar sua eficácia é o passo primordial.

Questão 78

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro clínico descreve um paciente de 7 anos com a tétrede clássica da Vasculite por Imunoglobulina A (antigamente denominada Púrpura de Henoch-Schönlein):

1. Púrpura palpável: Lesões hemorrágicas que não desaparecem à digitopressão, localizadas preferencialmente em áreas de declive (membros inferiores e nádegas).
2. Artralgia ou Artrite: Envolvimento de grandes articulações, como tornozelos e joelhos.
3. Dor abdominal: Resultante de vasculite na parede intestinal, podendo ser intensa e associada a complicações como intussuscepção.
4. Comprometimento renal: Manifestado por hematúria e/ou proteinúria.

O antecedente de infecção de vias aéreas superiores (quadro gripal) é um gatilho clássico para essa patologia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) Incorreta. A Doença de Kawasaki é uma vasculite de médios vasos que cursa com febre alta e persistente (pelo menos 5 dias), acompanhada de conjuntivite não purulenta, alterações em cavidade oral (língua em morango), linfonodopatia cervical, exantema polimorfo e alterações em extremidades (edema e descamação). A púrpura palpável em membros inferiores e a dor abdominal intensa com achados urinários não são características primárias do Kawasaki.

Alternativa (b) Incorreta. A Artrite Reumatoide Juvenil (atualmente Artrite Idiopática Juvenil - AIJ) exige um critério de cronicidade (artrite por pelo menos 6 semanas) em pacientes com menos de 16 anos. O quadro do paciente é agudo e está claramente associado a manifestações sistêmicas de vasculite (púrpura e hematúria), o que não condiz com o diagnóstico de AIJ isolado.

Alternativa (c) Incorreta. Embora o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) possa cursar com artralgia e nefrite (hematúria/proteinúria), a púrpura palpável em nádegas e membros inferiores após quadro gripal em um menino de 7 anos aponta muito mais fortemente para uma vasculite de pequenos vasos (IgA). O LES é mais comum em adolescentes e no sexo feminino, e geralmente apresenta outros marcadores como fotossensibilidade e rash malar.

Alternativa (d) Correta. Esta é a principal vasculite da infância. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado nos critérios da EULAR/PRINTO/PRES: presença obrigatória de púrpura palpável associada a pelo menos um dos seguintes critérios:

dor abdominal, artrite/artralgia, envolvimento renal (hematúria/proteinúria) ou biópsia demonstrando deposição predominante de IgA. O caso apresenta todos os elementos clássicos, justificando perfeitamente a hipótese diagnóstica.

Questão 79

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma paciente em período de lactação (2º mês de amamentação) com sinais inflamatórios clássicos de mastite puerperal (dor, calor, rubor e febre) que evoluiu com um ponto de flutuação. A presença de flutuação é o sinal clínico patognomônico de um abscesso mamário, uma das principais complicações da mastite quando o tratamento inicial falha ou a estase láctea persiste.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: O tratamento padrão para o abscesso mamário com ponto de flutuação evidente é a drenagem. Esta pode ser realizada por punção com agulha grossa ou, mais comumente no caso de abscessos maiores e superficiais, pela drenagem cirúrgica (incisão e drenagem). Fundamentalmente, a amamentação não deve ser interrompida. Manter a amamentação ou o esvaziamento da mama é essencial para o tratamento, pois a estase láctea é o fator que perpetua a infecção. O leite não é prejudicial ao lactente, exceto se houver saída direta de pus pelo mamilo (o que é raro, já que o abscesso geralmente ocorre no estroma mamário).

Alternativa (b) INCORRETA: Embora a drenagem guiada por ultrassonografia seja uma opção moderna para abscessos menores e para evitar cicatrizes, a conduta de suspender a amamentação na mama afetada está incorreta. A interrupção da lactação na mama doente piora o ingurgitamento, favorece a proliferação bacteriana e aumenta o risco de recorrência do abscesso.

Alternativa (c) INCORRETA: A antibioticoterapia é necessária no tratamento da mastite e do abscesso, mas se houver coleção purulenta (flutuação), o uso isolado de antibióticos não é suficiente; o esvaziamento do pus é obrigatório. Além disso, a recomendação de ferver o leite materno é totalmente equivocada, pois o calor destrói os anticorpos e nutrientes do leite, além de ser um procedimento desnecessário do ponto de vista infeccioso no manejo desta patologia.

Alternativa (d) INCORRETA: A mamografia não é o exame inicial de escolha para pacientes lactantes devido à alta densidade mamária nesse período, que reduz a sensibilidade do exame; o ultrassom é o exame preferencial. Embora o carcinoma inflamatório seja um diagnóstico diferencial importante em mastites que não

respondem ao tratamento, o quadro clínico atual (febre aguda e flutuação em lactante) é típico de abscesso bacteriano. A suspensão da amamentação e a punção esvaziadora seguida de interrupção da lactação não são condutas recomendadas.

RESUMO DO MANEJO:

Diante de abscesso mamário puerperal:

1. Esvaziamento da coleção (drenagem cirúrgica ou punção aspirativa).
2. Antibioticoterapia sistêmica (geralmente cobrindo *Staphylococcus aureus*).
3. Manutenção da amamentação ou ordenha rigorosa (esvaziamento mamário).
4. Analgesia e suporte local.

Questão 80

Essa questão aborda as mudanças recentes no Calendário Nacional de Vacinação do Brasil em relação à vacina contra o HPV (Papilomavírus Humano). Em abril de 2024, o Ministério da Saúde atualizou a estratégia de vacinação, adotando o esquema de dose única.

Para responder corretamente, é necessário conhecer os critérios atuais:

1. Público-alvo: Meninos e meninas de 9 a 14 anos.
2. Esquema vacinal: Dose única (substituindo o esquema anterior de duas doses).

Análise dos pacientes do caso:

- Menina de 13 anos: Enquadra-se na faixa etária (9 a 14 anos) e deve receber a dose única.
- Menino de 8 anos: Não se enquadra na faixa etária de rotina, que se inicia apenas aos 9 anos. Portanto, ele ainda não tem indicação vacinal no momento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O menino possui 8 anos e a vacinação de rotina no Programa Nacional de Imunizações (PNI) começa aos 9 anos. Portanto, ele não pode ser vacinado nesta visita.

Alternativa b) Incorreta. Além de o menino não ter idade para ser vacinado, o esquema atual não prevê mais a segunda dose após 60 dias para imunocompetentes nessa faixa etária; a recomendação atual é de dose única.

Alternativa c) Incorreta. A menina de 13 anos deve, sim, ser vacinada, pois está dentro da faixa prioritária. Quanto ao menino, ele poderá iniciar o esquema ao completar 9 anos, e não aos 11 anos (11 anos era a idade inicial para meninos em protocolos mais antigos).

Alternativa d) Correta. A menina está na faixa etária preconizada (9 a 14 anos) e, conforme a atualização de 2024, deve receber apenas uma dose (dose única). O menino, por ter 8 anos, ainda não atingiu a idade mínima de 9 anos para a vacinação de rotina pelo SUS.

Questão 81

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico típico de pancreatite crônica. Os principais indícios são o etilismo crônico e pesado (desde os 16 anos) e a dor epigástrica recorrente com irradiação para o dorso (dor em faixa). A ultrassonografia negativa para litíase biliar e dilatação das vias biliares afasta a etiologia biliar, apontando para a causa alcoólica. O desafio na pancreatite crônica é o diagnóstico por imagem das alterações estruturais do pâncreas e o manejo da dor crônica, que possui componentes neuropáticos e de sensibilização central.

ALTERNATIVA A (CORRETA)

A tomografia computadorizada (TC) de abdome é um dos exames de imagem de escolha para o diagnóstico de pancreatite crônica, pois permite identificar calcificações pancreáticas (sinal patognomônico), dilatações do ducto pancreático principal e atrofia do parênquima. No que se refere à conduta terapêutica, a dor da pancreatite crônica é frequentemente de difícil controle. A amitriptilina, um antidepressivo tricíclico, é utilizada como medicação adjuvante para o controle da dor crônica, atuando na modulação das vias de dor neuropática e na sensibilização central comum nesses pacientes.

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) é um procedimento invasivo e não deve ser utilizada como ferramenta de primeira linha para o diagnóstico de pancreatite crônica. A CPRE está associada a riscos significativos, como pancreatite aguda pós-procedimento, sendo atualmente reservada para intervenções terapêuticas (como retirada de cálculos no ducto pancreático ou tratamento de estenoses). Embora a gabapentina possa ser usada para dor neuropática, a escolha do exame inviabiliza a alternativa.

ALTERNATIVA C (INCORRETA)

Embora a tomografia computadorizada esteja correta como exame diagnóstico, o ácido ursodesoxicólico não tem indicação no manejo da pancreatite crônica. Este medicamento é utilizado para o tratamento de doenças colestáticas (como a cirrose biliar primária) ou para a dissolução de cálculos biliares de colesterol em casos muito específicos.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

A alternativa está incorreta principalmente pela indicação da CPRE para diagnóstico inicial, pelos motivos já citados (procedimento invasivo com riscos elevados). Quanto à conduta, o uso de enzimas pancreáticas pode ser empregado para o controle da dor em alguns pacientes (mecanismo de feedback negativo), mas a combinação com o exame CPRE torna a alternativa errada frente à opção de TC e amitriptilina.

Questão 82

O quadro clínico descrito é clássico de um trauma de uretra bulbar, comumente causado por queda a cavaleiro (impacto direto no períneo). Os sinais cardinais apresentados são a uretrorragia (sangue no meato uretral), a incapacidade de micção com globo vesical palpável (retenção urinária aguda) e a equimose em "asa de borboleta" no períneo, que ocorre devido ao extravasamento de sangue e urina limitado pela fásia de Colles.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A presença de uretrorragia e de hematoma perineal é sinal de alerta para lesão uretral. Nesses casos, a passagem de sonda vesical de demora é contraindicada como manobra inicial cega, pois pode converter uma lesão uretral parcial em uma lesão completa, além de aumentar o risco de infecções e falso trajeto.

b) Correta. Diante da suspeita de lesão de uretra e da necessidade de esvaziar a bexiga (paciente com globo vesical e dor), a conduta de escolha é a cistostomia por punção. Esse procedimento garante a drenagem urinária segura, desviando o fluxo da uretra lesionada, permitindo a estabilização do paciente para posterior avaliação diagnóstica definitiva (como a uretrocistografia retrógrada).

c) Incorreta. O uso de diuréticos aumentaria a produção de urina, o que agravaria a distensão vesical e o desconforto do paciente, uma vez que o problema é obstrutivo/traumático na via de saída e não uma falha na produção renal.

d) Incorreta. O incremento da hidratação venosa seguiria a mesma lógica do diurético: aumentaria o volume urinário em um sistema que está obstruído pela lesão uretral, piorando o globo vesical e a dor.

Em resumo, diante de sinais de trauma uretral, a regra de ouro é: não sondar a uretra e realizar a derivação urinária por cistostomia.

Questão 83

O caso clínico apresenta uma criança de 2 anos e 6 meses com um quadro clássico de anemia ferropriva, evidenciado pela palidez, consumo excessivo de leite de vaca (um litro/dia) e baixa ingestão de carne. Os exames laboratoriais iniciais confirmam anemia microcítica (VCM 64 fL) com baixos estoques de ferro (ferritina 12 ng/mL) e presença de anisocitose.

Após 3 meses de tratamento, observa-se que a hemoglobina subiu apenas de 9,0 g/dL para 9,2 g/dL, o que caracteriza uma falha terapêutica, já que o esperado seria um aumento de pelo menos 1,0 g/dL no primeiro mês de tratamento adequado.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A resposta não é a esperada. Em um tratamento eficaz para anemia ferropriva, espera-se a normalização dos níveis de hemoglobina em cerca de 2 meses. Um aumento de apenas 0,2 g/dL após 3 meses indica que o tratamento falhou.

b) Incorreta. Antes de considerar a administração de ferro endovenoso ou investigar doenças absorptivas como a doença celíaca, deve-se revisar a adesão ao tratamento, a dose prescrita e a correção dos erros alimentares. A dose utilizada foi insuficiente e os fatores dietéticos não foram corrigidos.

c) Incorreta. Embora o traço talassêmico seja um diagnóstico diferencial de anemias microcíticas, a ferritina baixa (12 e 15 ng/mL) é patognomônica de deficiência de ferro. No traço talassêmico, a ferritina costuma ser normal ou elevada. Além disso, a história dietética é muito sugestiva de causa ferropriva.

d) Correta. A dose terapêutica recomendada para o tratamento de anemia ferropriva na infância é de 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar. O médico utilizou 2 mg/kg/dia, o que é considerado uma subdose para tratamento (esta dose é geralmente usada para profilaxia). Somado a isso, a manutenção do consumo de 1 litro de leite de vaca por dia prejudica a absorção do ferro e pode causar micro-hemorragias intestinais, perpetuando a anemia. Portanto, a conduta correta é ajustar a dose e orientar a dieta.

Questão 84

Análise do caso: O quadro clínico apresenta uma paciente jovem com diagnóstico de gravidez ectópica tubária à direita. Os pontos-chave para a decisão terapêutica são a estabilidade hemodinâmica (sinais vitais normais), o valor do beta-hCG de 3.500 mUI/mL, o tamanho da massa anexial de 3 cm e a ausência de batimentos cardíacos embrionários.

Alternativa A: Incorreta. A laparoscopia é o tratamento cirúrgico de escolha quando a intervenção invasiva é necessária. Contudo, como a paciente está estável e preenche os critérios clássicos para o tratamento medicamentoso, a cirurgia não deve ser a primeira opção. O tamanho da massa (3 cm) e o nível de beta-hCG (3.500 mUI/mL) ainda permitem a abordagem farmacológica antes de se optar pelo centro cirúrgico.

Alternativa B: Correta. O tratamento medicamentoso com metotrexato intramuscular é a conduta preferencial para casos de gravidez ectópica íntegra que apresentem os seguintes critérios: estabilidade hemodinâmica, massa anexial menor que 3,5 a 4 cm, ausência de atividade cardíaca fetal e níveis de beta-hCG preferencialmente abaixo de 5.000 mUI/mL. A paciente em questão atende a todos esses requisitos, o que torna o uso do metotrexato a conduta mais adequada e menos invasiva para preservar a fertilidade futura.

Alternativa C: Incorreta. A laparotomia (cirurgia aberta) é reservada para situações de urgência extrema, como na gravidez ectópica rota acompanhada de choque hipovolêmico ou quando a via laparoscópica não é tecnicamente possível. A paciente apresenta estabilidade hemodinâmica e exame abdominal normal, o que contraindica uma cirurgia de grande porte como abordagem inicial.

Alternativa D: Incorreta. A conduta expectante (monitoramento) só é segura em casos muito específicos em que os títulos de beta-hCG são baixos (geralmente menores que 1.000 mUI/mL) e já estão em declínio espontâneo. No caso descrito, os níveis de beta-hCG estão aumentando (subiram de 2.500 para 3.500 mUI/mL), indicando que a gestação está em desenvolvimento e há risco iminente de rotura tubária se não houver intervenção ativa.

Questão 85

A questão aborda os maus-tratos e a violação de direitos da pessoa idosa no contexto de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), fundamentando-se no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003).

A alternativa (c) está correta porque a negligência é definida como a recusa ou omissão de cuidados básicos e indispensáveis ao idoso, como higiene, saúde,

proteção e alimentação. No caso descrito, a falta de troca de fraldas e a manutenção do idoso em condições de dor e restrição física indevida configuram essa omissão. Como o fato ocorre dentro de uma estrutura de atendimento que deveria garantir o zelo pelo indivíduo, caracteriza-se a violência institucional.

Alternativa (a) Incorreta: A institucionalização do idoso em uma ILPI não configura violência por si só. Essas instituições fazem parte da rede de assistência e são opções legítimas para o cuidado, desde que operem dentro das normas de dignidade e segurança. A violência reside na má prestação do serviço e no descaso, e não no ato da internação pela família.

Alternativa (b) Incorreta: Diagnósticos de demência ou episódios de agitação psicomotora não justificam a falta de higiene ou o uso de contenção física de forma punitiva ou por conveniência da equipe. A restrição de mobilidade deve ser um ato terapêutico excepcional, com prescrição e acompanhamento. Além disso, a falta de funcionários é um problema de gestão que não pode ser usado para legitimar a violação da dignidade do paciente.

Alternativa (d) Incorreta: A violência patrimonial ou financeira refere-se à exploração imprópria ou ilegal dos recursos do idoso, ao uso não consentido de seus bens ou à retenção de seu cartão bancário e rendimentos. Embora a instituição esteja falhando na prestação do serviço contratado, o cenário clínico descrito (dor, sujeira e restrição no leito) foca diretamente na integridade física e no descaso assistencial, o que define negligência, e não especificamente violência patrimonial.

Questão 86

Esta questão aborda um tema fundamental da ética médica e dos cuidados paliativos: a autonomia do paciente e a validade das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV).

Análise do cenário: O paciente possui uma doença oncológica avançada e irreversível (câncer gástrico com linfangite carcinomatosa) e manifestou previamente o desejo de não ser submetido a procedimentos invasivos, registrando isso em prontuário. De acordo com o Código de Ética Médica e a Resolução CFM 1.995/2012, a vontade do paciente, expressa por meio das diretivas antecipadas, deve prevalecer sobre o desejo de familiares ou sobre a opinião da equipe assistente, desde que esteja em conformidade com os preceitos éticos. Diante de um quadro terminal e sem possibilidade de reversão da causa-base, a prioridade deve ser o conforto e o alívio do sofrimento (ortotanásia).

Alternativa (a) Incorreta: Realizar a intubação orotraqueal desrespeita a autonomia

do paciente e sua diretiva antecipada. Além disso, no contexto de linfangite carcinomatosa extensa em câncer avançado, a intubação seria considerada distanásia (obstinação terapêutica), prolongando o processo de morte e o sofrimento sem trazer benefício curativo.

Alternativa (b) Correta: A morfina é o padrão-ouro no manejo da dispneia em pacientes em cuidados paliativos de fim de vida. Ela atua diminuindo a sensação subjetiva de falta de ar ("fome de ar") e a ansiedade associada, sem necessariamente acelerar o óbito. Esta conduta foca na promoção de conforto e dignidade, respeitando a decisão do paciente de não ser submetido a medidas invasivas.

Alternativa (c) Incorreta: A tomografia revelou apenas um pequeno derrame pleural, o que indica que este não é a causa principal da insuficiência respiratória grave (que é causada pela linfangite). Realizar uma toracocentese seria um procedimento invasivo com baixa probabilidade de alívio clínico significativo neste caso, contrariando a vontade do paciente.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a ventilação não invasiva (VNI) possa ser utilizada em alguns contextos paliativos para alívio de sintomas, a alternativa a associa obrigatoriamente à intubação subsequente ("seguida de intubação"). Como a intubação é expressamente rejeitada pelo paciente em sua diretiva, essa estratégia é eticamente inadequada.

Questão 87

O ponto fundamental para resolver esta questão é a identificação do objeto através do sinal radiológico descrito. Uma imagem radiopaca circular com duplo contorno (ou sinal do halo) em uma radiografia é característica patognomônica de uma pilha-botão (button battery). Diferente de outros corpos estranhos inertes, a pilha-botão no nariz é uma emergência médica devido ao alto risco de necrose tecidual rápida e perfuração do septo nasal.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A conduta de alta com encaminhamento ambulatorial é perigosa. A pilha-botão pode causar danos graves, como necrose por liquefação e destruição de cartilagem, em poucas horas (entre 2 a 4 horas de contato). O tratamento deve ser imediato.

Alternativa B: Correta. Diante da suspeita de pilha-botão (confirmada pelo sinal do duplo contorno), a remoção deve ser feita em caráter de urgência. Se o

pronto-socorro onde a criança se encontra não dispõe de otorrinolaringologista ou equipamentos adequados (como a nasofibrosopia para visualização e remoção segura), a transferência imediata para um centro de referência é a conduta obrigatória.

Alternativa C: Incorreta. A lavagem nasal é expressamente contraindicada em casos de suspeita de pilha-botão. A umidade e a presença de líquidos aceleram a corrente elétrica da pilha e podem facilitar o vazamento de conteúdo alcalino, agravando a queimadura química e a corrosão dos tecidos locais.

Alternativa D: Incorreta. O termo eletiva refere-se a um procedimento que pode ser agendado e realizado posteriormente, sem urgência. Como mencionado, o corpo estranho em questão é corrosivo e exige intervenção imediata para evitar sequelas permanentes, como a perfuração septal e deformidades nasais.

Resumo do caso: A presença de um corpo estranho nasal que apresente o sinal do duplo contorno na radiografia exige remoção imediata por especialista, sendo contraindicada qualquer tentativa de irrigação ou adiamento do tratamento.

Questão 88

Análise do transplante de células-tronco hematopoiéticas (TMO) na Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) pediátrica:

Alternativa A: Incorreta. O encaminhamento para TMO não deve ser feito para todos os pacientes "o quanto antes" a partir do diagnóstico. Na pediatria, a grande maioria dos casos de LLA apresenta excelente resposta apenas com a quimioterapia convencional. O transplante é reservado para subgrupos específicos de alto risco ou casos de recaída.

Alternativa B: Correta. A falha na terapia de indução (quando o paciente não atinge a remissão completa após a fase inicial da quimioterapia) é um marcador de péssimo prognóstico e uma indicação clássica de TMO. Nesses casos, a inscrição no centro de referência deve ser imediata para iniciar a busca por doadores compatíveis e organizar o procedimento, pois o tempo é um fator determinante para o sucesso antes que a doença progrida ou o paciente apresente complicações graves.

Alternativa C: Incorreta. Embora a tipagem HLA dos irmãos seja o primeiro passo na busca por um doador, não é pré-requisito que todos os familiares de primeiro grau tenham exames prontos antes da inscrição no centro de referência. O próprio centro especializado coordena a investigação de doadores familiares e, se necessário, a busca em registros de doadores não aparentados (como o REDOME).

Alternativa D: Incorreta. O critério para encaminhamento é a indicação clínica e a gravidade da doença, e não o status de internação. Se um paciente internado apresenta critérios para transplante, como a falha de indução mencionada na alternativa B, o processo de encaminhamento e avaliação pela equipe de TMO deve ser iniciado prontamente, sem aguardar uma alta hospitalar que pode ser tardia para o sucesso do tratamento.

Questão 89

A questão aborda a conduta diante de uma Neoplasia Intraepitelial Cervical de Grau III (NIC III). A compreensão do manejo dessa lesão precursora é fundamental na ginecologia oncológica.

NIC III é uma lesão precursora de alto grau que atinge toda a espessura do epitélio escamoso, mas sem ultrapassar a membrana basal. O manejo padrão-ouro para essa condição é o tratamento excisional, sendo a conização (seja por bisturi a frio ou cirurgia de alta frequência - CAF) o procedimento de escolha.

Alternativa (a) Incorreta: A histerectomia não é o procedimento mais indicado para NIC III. A conduta inicial deve ser conservadora, por meio da conização. Realizar uma histerectomia como primeira linha para uma lesão intraepitelial é considerado um sobretratamento e uma conduta cirúrgica excessivamente invasiva para o momento.

Alternativa (b) Incorreta: O fato de a paciente ter prole constituída não altera a recomendação técnica para o tratamento da lesão cervical. A decisão médica baseia-se na segurança oncológica e na menor morbidade possível. A histerectomia sem antes realizar a conização pode ser perigosa, pois, se houver um câncer invasor oculto (não detectado na biópsia inicial), a paciente precisaria de uma cirurgia radical (Wertheim-Meigs) ou radioterapia, e uma histerectomia simples seria um tratamento insuficiente e inadequado.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa apresenta a justificativa técnica correta. A biópsia realizada em ambulatório retira apenas pequenos fragmentos da lesão (amostragem). Existe o risco de invasão estromal (câncer invasor) em outras áreas do colo uterino não alcançadas pela biópsia. A conização retira toda a zona de transformação e permite ao patologista analisar a peça inteira. Isso é fundamental para descartar a microinvasão ou invasão oculta. Somente após a análise do cone é que se pode afirmar com segurança o diagnóstico definitivo e se o tratamento foi completo.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a conização seja menos invasiva e, na maioria das

vezes, suficiente para tratar a NIC III (quando as margens vêm livres), a alternativa está incompleta do ponto de vista clínico. O motivo principal de não se realizar a histerectomia de imediato não é apenas por ser "suficiente", mas sim pela necessidade mandatória de excluir invasão estromal oculta antes de qualquer cirurgia maior, garantindo que a paciente não seja submetida a um tratamento inadequado para um possível câncer invasor.

Portanto, a conização possui papel diagnóstico-terapêutico fundamental: trata a lesão pré-cancerosa e fornece o diagnóstico definitivo de exclusão de câncer invasor.

Questão 90

Esta questão aborda o protocolo de vacinação contra a febre amarela e a conduta diante de uma epizootia (morte de primatas não humanos), conforme as normas do Ministério da Saúde do Brasil.

Alternativa A: Incorreta. O Brasil é considerado um país endêmico para a febre amarela. Embora existam áreas com diferentes níveis de risco, a recomendação de vacinação foi estendida para todo o território nacional devido à expansão da circulação do vírus para regiões anteriormente consideradas indenes, como as regiões Sul e Sudeste.

Alternativa B: Correta. Atualmente, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) segue a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotando o esquema de dose única para a febre amarela. Para pessoas que receberam a primeira dose a partir dos 5 anos de idade, essa dose é considerada suficiente para conferir imunidade por toda a vida. Como o paciente tem 38 anos e foi vacinado há 9 anos (ou seja, recebeu a vacina aos 29 anos), ele já está devidamente protegido e não necessita de reforço, mesmo diante do encontro de um animal morto (sentinela de circulação viral).

Alternativa C: Incorreta. O encontro de um macaco morto é um evento sentinela importante para a vigilância epidemiológica e deve ser notificado imediatamente para que os órgãos de saúde realizem a coleta de material e a investigação. No entanto, a conduta clínica individual em relação à imunização do paciente não deve aguardar esses resultados, mas sim basear-se no histórico vacinal prévio do indivíduo.

Alternativa D: Incorreta. Não se indica o reforço de forma indiscriminada. A administração de doses desnecessárias da vacina contra a febre amarela aumenta o risco de eventos adversos graves, como a doença viscerotrópica aguda associada à vacina. O reforço só seria indicado se o paciente nunca tivesse sido vacinado ou se

tivesse recebido apenas uma dose antes de completar 5 anos de idade.

Questão 91

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro de íleo paralítico (ou adinâmico) no pós-operatório, caracterizado por distensão abdominal, ruídos hidroaéreos hipoativos e ausência de eliminação de gases e fezes. O ponto-chave para a resolução da questão é o volume de 2 litros drenados pela sonda nasogástrica (SNG). O suco gástrico é rico em eletrólitos, especialmente hidrogênio (H⁺), cloro (Cl⁻) e potássio (K⁺). A perda maciça desse conteúdo predispõe a distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos específicos.

Explicação das Alternativas:

Alternativa a) Correta. A hipocalemia (baixos níveis de potássio no sangue) é uma causa clássica de íleo paralítico. O potássio é fundamental para a manutenção do potencial de repouso da membrana das células musculares lisas do trato gastrointestinal. Quando os níveis de potássio estão baixos, a excitabilidade celular diminui, resultando em redução da motilidade intestinal. No caso clínico, a perda de 2 litros de secreção gástrica via SNG removeu uma quantidade significativa de potássio. Além disso, a perda de H⁺ gera alcalose metabólica, que promove o desvio do potássio do meio extracelular para o intracelular, agravando a hipocalemia sérica.

Alternativa b) Incorreta. A hipercalemia (excesso de potássio) não é esperada em um cenário de grandes perdas digestivas por sonda. Clinicamente, o excesso de potássio está mais associado a alterações na condução cardíaca (arritmias) do que à paralisia da musculatura lisa intestinal.

Alternativa c) Incorreta. A hipermagnesemia ocorre geralmente em pacientes com insuficiência renal avançada ou por ingestão excessiva de magnésio (antiácidos ou laxantes). Embora níveis muito elevados de magnésio possam causar fraqueza muscular e hipotensão, esse distúrbio não é justificado pela drenagem gástrica nem é a causa principal do quadro de íleo adinâmico descrito.

Alternativa d) Incorreta. A hipomagnesemia pode ocorrer em pacientes desnutridos ou com grandes perdas de fluidos e pode até contribuir para a dificuldade de correção de uma hipocalemia. No entanto, na prática clínica e em provas de residência, a relação direta e mais frequente entre grandes drenagens de sonda nasogástrica, íleo paralítico e distúrbio eletrolítico aponta prioritariamente para a hipocalemia.

Questão 92

O quadro clínico descreve um paciente com Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) sintomática. O ponto crucial para a resolução desta questão é identificar que o paciente já está em terapia medicamentosa otimizada com o uso combinado de um alfa-bloqueador (doxazosina) e um inibidor da 5-alfa-redutase (finasterida), porém não apresentou melhora clínica dos sintomas obstrutivos e irritativos.

Alternativa a) Incorreta. A biópsia de próstata é indicada quando há forte suspeita de câncer de próstata, geralmente baseada em toque retal alterado (nódulos ou irregularidades) ou PSA elevado para a idade. Embora o uso de finasterida reduza o PSA pela metade (o que significaria um PSA real de aproximadamente 6,2 ng/mL neste paciente), o exame físico não descreve nódulos e a conduta prioritária aqui é resolver a obstrução urinária refratária ao tratamento clínico. A biópsia, por si só, não trata os sintomas miccionais.

Alternativa b) Incorreta. O paciente nega dor ao urinar (disúria) e não apresenta sinais sistêmicos de infecção, como febre. Não há elementos no caso que sugiram prostatite ou infecção do trato urinário que justifiquem o uso de antibioticoterapia empírica.

Alternativa c) Incorreta. A ultrassonografia já foi realizada e confirmou o aumento prostático (40 gramas) condizente com o quadro clínico e o toque retal. Repetir o exame de imagem em curto intervalo não traria informações novas que mudassem o planejamento terapêutico.

Alternativa d) Correta. A Ressecção Transuretral da Próstata (RTU de próstata) é considerada o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da HPB em próstatas com volume abaixo de 80 gramas (o paciente possui 40 g). As principais indicações para a transição do tratamento clínico para o cirúrgico são: falha ou intolerância ao tratamento medicamentoso (presente no caso), retenção urinária aguda de repetição, infecções urinárias recorrentes, hematúria macroscópica persistente, cálculos na bexiga ou insuficiência renal obstrutiva. Como o paciente mantém sintomas importantes apesar da terapia dupla, a conduta cirúrgica é a mais adequada.

Questão 93

Esta questão aborda um cenário de oncologia pediátrica avançada em que as possibilidades de cura ou controle da doença de base foram esgotadas. O foco da assistência deve migrar do modelo curativo para o modelo de Cuidados Paliativos, visando à dignidade, ao alívio do sofrimento e ao respeito à terminalidade da vida (ortotanásia), evitando a distanásia (prolongamento fútil do processo de morrer).

Alternativa (a) CORRETA: O controle de sintomas, especialmente da dor por meio de opioides, é um pilar fundamental nos cuidados paliativos. Diante de um tumor do sistema nervoso central em progressão e sem resposta terapêutica, a parada cardiorrespiratória é o evento final natural da doença. A realização de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em pacientes terminais é considerada uma medida fútil, pois não reverte a patologia de base e impõe sofrimento adicional ao paciente e à família. Portanto, a decisão compartilhada com a família para a não realização de RCP é a conduta ética e tecnicamente adequada.

Alternativa (b) INCORRETA: A intubação orotraqueal é um procedimento invasivo que, em pacientes terminais sem possibilidade de melhora, costuma aumentar o desconforto e o isolamento, dificultando o contato com a família e a despedida. O conforto respiratório e a ansiedade devem ser manejados com medicações (como opioides e benzodiazepínicos) em doses adequadas, sem a necessidade de suporte ventilatório mecânico invasivo, o que caracterizaria obstinação terapêutica neste caso.

Alternativa (c) INCORRETA: O enunciado afirma explicitamente que a equipe de oncologia considera que não há mais possibilidades terapêuticas para o tratamento do tumor. Insistir em novos ciclos de quimioterapia nesse contexto, com substâncias que possuem alta toxicidade e nenhum benefício esperado na sobrevida ou na qualidade de vida, configura distanásia e desrespeita o princípio bioético da não maleficência.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora a descompressão cirúrgica possa ser utilizada de forma paliativa em situações específicas, o quadro clínico descrito (paciente acamado, pouco responsivo, tumor em franco crescimento após cirurgia prévia e quimioterapia) indica que uma nova neurocirurgia seria uma intervenção desproporcional e fútil. O objetivo médico deve ser garantir o máximo de conforto no fim da vida, e não prolongar o processo de morte por meio de procedimentos invasivos de grande porte.

Questão 94

Esta questão aborda um cenário clássico de ginecologia geriátrica e ética médica, envolvendo o manejo do sangramento pós-menopausa e a autonomia da paciente.

Análise clínica: Uma paciente de 60 anos com sangramento vaginal na pós-menopausa e um espessamento endometrial de 12 mm (o ponto de corte habitual é de 4 a 5 mm) apresenta sinais de alerta significativos para hiperplasia endometrial ou câncer de endométrio. A investigação histopatológica, geralmente via

histeroscopia com biópsia, é mandatória.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a autonomia da paciente deva ser respeitada, o médico tem o dever ético de fornecer todas as informações necessárias para que a decisão da paciente seja informada. Omitir o diagnóstico provável (neoplasia) impede que a paciente compreenda a gravidade da situação e os riscos de sua recusa. O Código de Ética Médica veda ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano.

Alternativa (b) Correta: O princípio da autonomia só é plenamente exercido quando o paciente possui todas as informações relevantes. Neste caso, o médico deve explicar que o sangramento na pós-menopausa com endométrio espessado é um sinal de alerta para câncer de endométrio. Ao reforçar a necessidade do exame de forma empática e transparente, o médico busca a beneficência, garantindo que a paciente decida com base na realidade clínica e não em uma percepção equivocada de normalidade.

Alternativa (c) Incorreta: Esta conduta viola o sigilo médico e a autonomia da paciente. Como a paciente está lúcida, orientada e possui autonomia, ela é a única detentora do direito de receber as informações sobre sua saúde. Revelar diagnósticos à família omitindo-os da paciente é uma prática paternalista inadequada e eticamente incorreta.

Alternativa (d) Incorreta: A recusa de um exame não justifica o abandono do paciente ou a interrupção do acompanhamento. O médico deve continuar assistindo a paciente e tentar, por meio do diálogo e da educação em saúde, convencê-la da importância da investigação, mantendo a porta aberta para cuidados futuros, conforme previsto nos princípios fundamentais do Código de Ética Médica.

Questão 95

A hesitação vacinal é um fenômeno complexo definido pela Organização Mundial da Saúde como o atraso na aceitação ou a recusa de vacinas, apesar da disponibilidade de serviços de vacinação. Esse comportamento é influenciado por três fatores principais, conhecidos como os 3 Cs: Confiança (nas vacinas ou no sistema de saúde), Complacência (baixa percepção de risco das doenças) e Conveniência (facilidade de acesso). Abaixo, analisamos cada alternativa sob a ótica da Medicina de Família e Comunidade e da Saúde Coletiva:

Alternativa A: Correta. A internet e as redes sociais alteraram a forma como a informação de saúde é consumida. Os algoritmos das plataformas tendem a entregar conteúdos que reforçam as crenças prévias dos usuários (exposição seletiva), criando bolhas informativas. Além disso, grupos antivacina frequentemente vinculam a recusa vacinal a questões de liberdade individual, religião ou posicionamentos políticos, o que abala o pilar da confiança e dificulta o diálogo técnico-científico.

Alternativa B: Incorreta. A hesitação vacinal não é um fenômeno exclusivo ou predominante em estratos de menor renda. Historicamente, observa-se que grupos de maior renda e escolaridade também apresentam altos índices de hesitação, muitas vezes motivados por filosofias de vida naturalistas, críticas à indústria farmacêutica ou uma falsa sensação de segurança proporcionada pelo saneamento e acesso a tratamentos individuais.

Alternativa C: Incorreta. O paradoxo epidemiológico citado é real: o sucesso das vacinas faz com que as doenças desapareçam da vista do público, levando à percepção de que a vacina não é mais necessária (complacência). No entanto, a estratégia de saúde pública jamais utiliza a redução temporária da oferta de vacinas como ferramenta de engajamento. O objetivo do Programa Nacional de Imunizações é a manutenção constante de coberturas vacinais elevadas para garantir a imunidade de rebanho.

Alternativa D: Incorreta. As fake news têm um impacto significativo em todas as camadas sociais. O acesso à internet móvel e a aplicativos de mensagens como o WhatsApp é amplamente disseminado no Brasil, inclusive entre populações de menor poder aquisitivo. Essas ferramentas são os principais vetores de desinformação, atingindo de forma transversal diferentes perfis socioeconômicos e influenciando diretamente a tomada de decisão sobre a saúde dos filhos.

Questão 96

Esta questão aborda os princípios fundamentais da Bioética e as diretrizes do Código de Ética Médica (CEM) brasileiro, especificamente no que tange à autonomia do paciente e à recusa terapêutica.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Adiar a decisão esperando uma situação de maior gravidade para tentar convencer o paciente fere o princípio da transparência e da autonomia. O médico não deve utilizar a fragilidade clínica extrema como uma ferramenta de pressão ou manipulação para sobrepor sua vontade à do paciente.

Alternativa b: Correta. De acordo com o Código de Ética Médica e a Resolução CFM 2.232/2019, o médico deve respeitar o direito do paciente adulto, lúcido e capaz de recusar tratamentos, desde que não haja risco iminente de morte. No caso clínico apresentado (síndrome mielodisplásica), trata-se de um manejo crônico de anemia. Respeitar a autonomia do paciente implica em buscar alternativas terapêuticas tecnicamente viáveis e aceitáveis pelas crenças do indivíduo, como o uso de eritropoietina, ferro intravenoso ou outros estimuladores da eritropoese, visando reduzir a dependência de transfusão.

Alternativa c: Incorreta. O dever do médico é informar de maneira clara e objetiva os riscos e benefícios de cada conduta. No entanto, insistir repetidamente na argumentação após uma recusa consciente e fundamentada configura uma postura paternalista que desconsidera os valores e a dignidade do paciente. Se o paciente compreende as consequências da sua escolha, sua decisão deve ser respeitada.

Alternativa d: Incorreta. O Comitê de Ética Médica possui funções consultivas, educativas e de mediação em casos de conflitos éticos complexos. Ele não deve ser utilizado como um instrumento de coerção ou de convencimento para forçar o paciente a aceitar um procedimento que ele já recusou de forma lúcida e orientada.

Conclusão: Diante de um paciente adulto e capaz que recusa hemotransfusão por motivos religiosos em um contexto eletivo ou de tratamento crônico, a conduta médica correta é o respeito à autonomia, acompanhado da oferta de tratamentos alternativos disponíveis na literatura médica.

Questão 97

O caso clínico descreve um paciente com sintomas clássicos de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) de longa data e sem tratamento, que evoluiu com disfagia progressiva e perda de peso. Os achados da endoscopia (estenose em terço distal e esofagite crônica) associados a biópsias negativas para malignidade direcionam o diagnóstico para Estenose Péptica do Esôfago, uma complicação cicatricial do refluxo crônico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A esofagectomia é uma cirurgia de grande porte, indicada para casos de neoplasia maligna ou megaesôfago chagásico em estágio avançado (grau IV). Como as biópsias foram negativas para câncer e o quadro sugere uma complicação benigna da DRGE, essa conduta é excessivamente invasiva e desproporcional.

b) Incorreta. A aplicação de toxina botulínica é uma opção terapêutica para a acalásia

(distúrbio motor do esôfago), agindo no relaxamento do esfíncter esofágico inferior. Não tem indicação no tratamento de estenoses mecânicas cicatriciais, como a estenose péptica.

c) Incorreta. Embora a funduplicatura seja o tratamento cirúrgico para a DRGE, ela não deve ser a conduta inicial em um paciente com estenose esofágica manifesta. Primeiramente, é necessário tratar a complicação (estenose) e garantir a perviedade do órgão. Além disso, a cirurgia antirrefluxo em um esôfago estenosado e com prejuízo da motilidade pode agravar a disfagia se realizada antes da dilatação e estabilização do quadro.

d) Correta. A conduta padrão para a estenose péptica consiste na dilatação endoscópica para alívio imediato da obstrução mecânica (melhora da disfagia), associada ao uso de inibidores de bomba de prótons (IBP) em doses otimizadas. O IBP é fundamental para tratar a esofagite subjacente, permitir a cicatrização da mucosa e, principalmente, reduzir a taxa de recorrência da estenose, diminuindo a necessidade de novas dilatações.

Questão 98

Análise do Tema:

O tema central desta questão é o conflito entre o direito à vida e a liberdade religiosa (autonomia), especificamente no contexto de pacientes menores de idade. Segundo o Código de Ética Médica e as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM), o médico tem o dever legal e ético de intervir quando há risco iminente de morte, priorizando a preservação da vida acima de convicções religiosas, especialmente quando o paciente não possui plena capacidade civil.

Alternativa A (Correta):

Esta alternativa reflete o posicionamento ético e jurídico vigente no Brasil. Em situações de urgência e emergência com risco de morte, o dever do médico de salvar a vida sobrepõe-se ao desejo dos responsáveis. No caso de crianças e adolescentes, o princípio do melhor interesse do menor garante que o tratamento vital não seja negado por decisões de terceiros, mesmo que estes sejam os pais ou responsáveis legais.

Alternativa B (Incorreta):

O princípio da autonomia não é absoluto e encontra limites no direito à vida de terceiros. Pais não possuem o direito de recusar tratamentos que salvem a vida de seus filhos com base em convicções religiosas. A autonomia do paciente só é plenamente respeitada quando este é capaz e a decisão não implica risco de morte iminente ou quando se trata de paciente terminal, o que não se aplica a uma criança

em choque hemorrágico por trauma.

Alternativa C (Incorreta):

A recusa de atendimento em situação de urgência configura omissão de socorro, infração ética e crime previsto no Código Penal. O médico tem a obrigação de prestar a assistência necessária para estabilizar o paciente, independentemente da autorização familiar em casos de risco de vida. Condicionar o socorro a uma autorização seria uma falha grave na conduta profissional.

Alternativa D (Incorreta):

Embora em casos eletivos (sem urgência) o médico possa e deva buscar orientação ou autorização judicial perante a recusa dos pais, em casos de emergência com choque hemorrágico a intervenção deve ser imediata. O tempo necessário para acionar o Ministério Público ou o Conselho Tutelar e aguardar uma decisão judicial seria fatal para o paciente. Portanto, o médico deve realizar a transfusão primeiro e, se necessário, comunicar as autoridades posteriormente.

Questão 99

Análise do caso clínico:

A paciente é uma mulher de 45 anos em uso de tamoxifeno para tratamento adjuvante de câncer de mama. O tamoxifeno é um Modulador Seletivo do Receptor de Estrogênio (SERM) que possui ação antagonista no tecido mamário, mas ação agonista (estimuladora) no endométrio. Por esse motivo, mulheres em uso dessa medicação apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento de pólipos, hiperplasia endometrial e carcinoma de endométrio.

Além do uso do tamoxifeno, a paciente apresenta outros fatores de risco para patologias endometriais: obesidade (IMC 28 kg/m²) e uma provável história de anovulação crônica prévia (menstruava apenas duas vezes ao ano antes do tratamento), o que indica exposição prolongada ao estrogênio sem a contraoposição da progesterona. No momento, ela apresenta um quadro de sangramento uterino anormal (SUA) e uma ultrassonografia transvaginal que revela um endométrio espessado (15 mm) e de aspecto heterogêneo.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O DIU hormonal (levonorgestrel) pode ser utilizado para proteger o endométrio e tratar o sangramento, mas ele jamais deve ser inserido antes de se excluir uma neoplasia maligna em uma paciente com endométrio heterogêneo e espessado. Além disso, o uso de dispositivos hormonais em pacientes com histórico

de câncer de mama é um tema sensível e deve ser avaliado individualmente após o diagnóstico endometrial.

b) Incorreta. O tamoxifeno é fundamental para reduzir o risco de recidiva do câncer de mama e aumentar a sobrevida da paciente. A conduta diante de uma suspeita de complicação endometrial não é a suspensão imediata da droga, mas sim a investigação diagnóstica rigorosa. Se houver patologia confirmada, a equipe de oncologia e mastologia discutirá a substituição por outra classe de medicamentos (como os inibidores da aromatase).

c) Correta. Esta é a conduta padrão. Toda paciente em uso de tamoxifeno que apresente sangramento uterino anormal deve ser submetida a uma avaliação histológica do endométrio. O achado ultrassonográfico de um endométrio de 15 mm e heterogêneo reforça a necessidade de descartar hiperplasia com atipia ou carcinoma endometrial. A coleta de material pode ser feita por biópsia ambulatorial (como a curetagem de Pipelle) ou, preferencialmente, por histeroscopia com biópsia dirigida, que permite visualizar a cavidade uterina.

d) Incorreta. A prescrição de progestogênios em altas doses seria uma tentativa de tratamento hormonal para o sangramento ou para uma eventual hiperplasia. No entanto, assim como o DIU, não se deve tratar sem diagnóstico definitivo. Além disso, o uso de progestogênios em pacientes com antecedente de câncer de mama deve ser evitado ou usado com extrema cautela, apenas após a confirmação histológica e discussão multidisciplinar.

Resumo: Diante de sangramento uterino anormal em usuária de tamoxifeno com endométrio espessado ao ultrassom, a investigação histológica é obrigatória.

Questão 100

Para resolver essa questão, é necessário aplicar os conceitos fundamentais de bioestatística aplicados ao diagnóstico médico, focando especificamente na definição de sensibilidade.

A sensibilidade é definida como a capacidade de um teste diagnóstico identificar corretamente os indivíduos que realmente possuem a doença. Em termos matemáticos, é a proporção de resultados "Verdadeiros Positivos" em relação ao total de indivíduos doentes.

A fórmula é: $\text{Sensibilidade} = (\text{Verdadeiros Positivos} / \text{Total de Doentes}) \times 100$.

Analisando os dados fornecidos pelo enunciado:

1. Total de pessoas acometidas por hanseníase (doentes): 100.
2. Número de verdadeiros positivos: 98.
3. Total de pessoas não acometidas (saudáveis): 100.
4. Número de verdadeiros negativos: 90.

Cálculo:

Sensibilidade = $(98 / 100) \times 100 = 98\%$.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de 90% refere-se à especificidade do teste. A especificidade mede a capacidade do teste de dar negativo nos indivíduos que não têm a doença (90 verdadeiros negativos em 100 pessoas saudáveis).

Alternativa b) Incorreta. Este valor não corresponde aos cálculos de sensibilidade ou especificidade baseados nos dados brutos da questão.

Alternativa c) Incorreta. Valor que não encontra respaldo nos dados apresentados, tratando-se de um distrator para confundir o candidato no momento do cálculo.

Alternativa d) Correta. Conforme calculado, a sensibilidade é a relação entre os 98 verdadeiros positivos e o total de 100 doentes, resultando em 98%.

Gabarito: Letra (d).
