



CERMAN

GABARITO | 2025 | AM | 100 Questões



Gabarito: CERMAN

2025 | AM

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro laboratorial de hipotireoidismo subclínico, caracterizado por TSH elevado e T4 livre normal. Por ser uma paciente jovem, assintomática e sem bócio ao exame físico, a conduta inicial deve focar na confirmação diagnóstica e na avaliação do risco de progressão para o hipotireoidismo clínico.

Por que a alternativa (c) está correta:

O aumento isolado do TSH pode ser transitório, decorrente de exames laboratoriais realizados durante a recuperação de doenças não tireoidianas ou variações biológicas. As diretrizes recomendam repetir o TSH e o T4 livre em um intervalo de 3 a 6 meses para confirmar se a alteração é persistente. A dosagem do anticorpo antitireoperoxidase (anti-TPO) é indicada neste momento porque sua presença aumenta o risco de progressão anual para o hipotireoidismo franco, auxiliando na decisão terapêutica futura.

Por que as outras alternativas estão incorretas:

a) Iniciar levotiroxina: O tratamento imediato do hipotireoidismo subclínico em pacientes assintomáticos geralmente só é indicado se o TSH estiver acima de 10 mIU/L, se a paciente estiver gestante (ou planejando engravidar), se houver bócio volumoso ou forte presença de sintomas. Em uma paciente assintomática com TSH levemente alterado, a conduta correta é observar e retestar antes de iniciar medicação de uso crônico.

b) Realizar cintilografia da tireoide: A cintilografia é um exame de medicina nuclear utilizado para avaliar a função de nódulos tireoidianos ou para diferenciar as causas de hipertireoidismo (tireotoxicose). Não há indicação para este exame na investigação de hipotireoidismo ou hipotireoidismo subclínico.

d) Dosar tireoglobulina, antitireoglobulina e antitireoperoxidase para esclarecer a etiologia: Embora o anti-TPO seja útil, a tireoglobulina não deve ser dosada para diagnóstico de hipotireoidismo, pois é um marcador utilizado no seguimento de pacientes com câncer de tireoide após tireoidectomia. O antitireoglobulina tem menor sensibilidade e especificidade que o anti-TPO para diagnosticar a tireoidite de Hashimoto, sendo desnecessário solicitá-lo rotineiramente como primeira linha neste contexto. O passo fundamental ignorado nesta alternativa é a necessidade de repetir o TSH para confirmar a persistência do quadro.

Questão 2

Alternativa A: Incorreta. Embora a glicemia de jejum, a hemoglobina glicada (HbA1c) e o teste de tolerância à glicose oral (TTGO) de 2 horas sejam exames válidos para o diagnóstico, as diretrizes de rastreamento da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) priorizam inicialmente a glicemia de jejum e a HbA1c devido à maior praticidade e ao menor custo operacional em comparação ao TTGO, que é frequentemente utilizado como teste confirmatório ou em casos de risco específico.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa reflete a principal atualização das diretrizes da SBD 2024, que passou a adotar o posicionamento da International Diabetes Federation (IDF) sobre a glicemia de 1 hora no TTGO. Estudos robustos demonstraram que o valor de 1 hora é um preditor mais sensível de risco cardiovascular e da progressão da doença. Os novos pontos de corte estabelecidos são: glicemia de 1h maior ou igual a 155 mg/dL para detecção de pré-diabetes (ou hiperglicemia intermediária) e glicemia de 1h maior ou igual a 209 mg/dL para o diagnóstico de DM2.

Alternativa C: Incorreta. O valor de corte para diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 no teste de 1 hora, conforme a atualização de 2024, é maior ou igual a 209 mg/dL, e não 200 mg/dL. Embora o teste de 1 hora seja mais prático que o de 2 horas (reduzindo o tempo de espera do paciente), o valor numérico citado na alternativa está incorreto.

Alternativa D: Incorreta. Para o diagnóstico de diabetes mellitus em uma única amostra (sem necessidade de repetição), os critérios da SBD exigem a presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, perda de peso) associados a uma glicemia aleatória (colhida a qualquer hora, independentemente do jejum) maior ou igual a 200 mg/dL. Quando o teste utilizado é a glicemia de jejum (maior ou igual a 126 mg/dL) ou a HbA1c (maior ou igual a 6,5%), a recomendação padrão é a confirmação com uma segunda amostra ou a presença de dois testes diferentes alterados na mesma amostra.

Questão 3

O caso clínico descreve uma paciente de 55 anos com um quadro de delírio persistente (persecutório e de referência) que se mantém há seis meses. O ponto central para a resolução desta questão é observar que, apesar da crença delirante inabalável, a paciente mantém sua funcionalidade preservada e não apresenta outros sintomas psicóticos clássicos.

De acordo com o DSM-5-TR, a análise das alternativas é a seguinte:

a) Esquizofrenia: Incorreta. Para o diagnóstico de esquizofrenia, são necessários pelo menos dois sintomas do critério A (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou sintomas negativos). Além disso, a esquizofrenia exige obrigatoriamente uma queda acentuada no nível de funcionamento em uma ou mais áreas principais (trabalho, relações interpessoais ou autocuidado), o que não ocorre com esta paciente, que trabalha e cuida da casa normalmente.

b) Transtorno delirante: Correta. Este é o diagnóstico mais provável. Os critérios do DSM-5-TR incluem: presença de um ou mais delírios com duração de um mês ou mais; o critério A para esquizofrenia nunca foi preenchido; o funcionamento não está acentuadamente prejudicado e o comportamento não é claramente bizarro ou estranho (exceto pelo impacto direto do delírio). A idade de início (meia-idade) e a preservação da funcionalidade social e ocupacional são características clássicas deste transtorno.

c) Transtorno esquizoafetivo: Incorreta. Este diagnóstico exigiria que os sintomas psicóticos ocorressem simultaneamente a um episódio de humor maior (depressivo ou maníaco) por uma parte substancial da duração total da doença. A paciente nega histórico de transtornos de humor.

d) Transtorno de personalidade esquizotípica: Incorreta. Trata-se de um padrão persistente de déficits sociais e interpessoais, marcado por desconforto agudo em relações íntimas, distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico, que começa no início da idade adulta. Embora possa haver ideias de referência, elas não atingem a estrutura e a fixidez de um delírio isolado e bem organizado como o apresentado no caso, além de ser um transtorno da personalidade (longa duração desde a juventude) e não um quadro psicótico de início recente na vida adulta.

Em resumo, a ausência de alucinações, a preservação da vida funcional e a presença de um delírio estruturado por mais de um mês direcionam o diagnóstico obrigatoriamente para o Transtorno Delirante.

Questão 4

Alternativa A: Incorreta. A principal via de transmissão do *Mycobacterium leprae* é a via aérea (trato respiratório superior), por meio de gotículas eliminadas ao falar, tossir ou espirrar por pacientes multibacilares que não estão em tratamento. O contato direto com a pele infectada não é considerado a principal via de infecção na epidemiologia da doença.

Alternativa B: Incorreta. As reações hansênicas (Tipo 1 e Tipo 2) são episódios de

inflamação aguda decorrentes da resposta do sistema imunológico aos antígenos do bacilo (reações de hipersensibilidade). Elas não ocorrem apenas em indivíduos não tratados; pelo contrário, são muito frequentes durante ou após a poliquimioterapia. Além disso, a fisiopatologia envolve mecanismos imunológicos complexos, como a formação de imunocomplexos no eritema nodoso hansênico, e não apenas a ação direta do bacilo no endotélio vascular.

Alternativa C: Correta. O bacilo de Hansen possui tropismo preferencial pelas células de Schwann dos nervos periféricos e pelas células da pele. Entretanto, a hanseníase é uma doença sistêmica. Em pacientes com baixa imunidade celular (polo virchowiano), o bacilo se dissemina por via hematogênica, podendo comprometer diversos órgãos e sistemas, incluindo a mucosa nasal, olhos, linfonodos, testículos, fígado e baço (sistema reticuloendotelial).

Alternativa D: Incorreta. A descrição apresentada refere-se à hanseníase dimorfa (ou ***borderline***), que é justamente a forma que transita entre os polos estáveis (tuberculoide e virchowiano), apresentando instabilidade imunológica e lesões variadas. A hanseníase indeterminada é a forma clínica inicial e mais precoce da doença, caracterizada geralmente por uma mancha única com alteração de sensibilidade, sem comprometimento de troncos nervosos.

Questão 5

O diagnóstico central desse caso clínico baseia-se na identificação de uma síndrome motora pura, caracterizada pelo acometimento simultâneo do neurônio motor superior (NMS) e do neurônio motor inferior (NMI). No exame físico, os sinais de lesão do NMS são a hiper-reflexia (reflexos exacerbados) e o sinal de Babinski bilateral. Já os sinais de lesão do NMI são a atrofia muscular e as fasciculações (espasmos musculares visíveis). A preservação da função sensitiva é um dado crucial que direciona para doenças do neurônio motor.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A esclerose múltipla (EM) é uma doença inflamatória e desmielinizante do sistema nervoso central. Embora cause sinais de neurônio motor superior, ela tipicamente afeta adultos mais jovens e costuma apresentar sintomas sensitivos (parestesias), visuais (neurite óptica) e cerebelares (ataxia). A EM não justifica o achado de fasciculações e atrofia muscular proeminente, que são sinais de comprometimento do corno anterior da medula (neurônio motor inferior).

Alternativa (b) Incorreta. A polineuropatia diabética é a complicação neuropática mais comum do diabetes, mas sua apresentação é predominantemente sensitiva,

com dor e perda de sensibilidade em padrão de bota e luva. Por ser uma lesão de nervo periférico, ela causa hiporreflexia ou arreflexia (diminuição ou ausência de reflexos), o que contradiz a hiper-reflexia e o sinal de Babinski observados no paciente.

Alternativa (c) Incorreta. A síndrome de Guillain-Barré é uma polirradiculoneuropatia inflamatória aguda. Ela se manifesta com uma paralisia flácida ascendente e arreflexia. O quadro clínico do paciente é crônico e progressivo, apresentando sinais de neurônio motor superior (espasticidade/hiper-reflexia), o que torna o diagnóstico de Guillain-Barré incompatível.

Alternativa (d) Correta. A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é a principal doença neurodegenerativa que causa a morte de neurônios motores superiores e inferiores. O quadro clínico clássico envolve fraqueza muscular progressiva iniciada frequentemente em extremidades (como as mãos, dificultando tarefas finas), acompanhada de atrofia e fasciculações. A presença de sinais piramidais (Babinski e hiper-reflexia) em um território muscular que também apresenta atrofia e fasciculação é o marco diagnóstico da ELA. A preservação da sensibilidade e a perda de peso (decorrente do hipermetabolismo e da perda de massa muscular) corroboram perfeitamente a hipótese.

Questão 6

Texto Original:

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória crônica, autoimune e desmielinizante que afeta o sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal). O caso clínico apresenta uma paciente jovem com episódios de déficits neurológicos disseminados no tempo (recorrência de sintomas) e no espaço (nervo óptico, tronco encefálico e medula), o que é característico da forma surto-remissão da doença.

Alternativa A (Correta): A etiologia exata da Esclerose Múltipla ainda não é totalmente conhecida, mas o consenso científico atual define sua patogênese como uma interação complexa entre fatores genéticos (como a presença do alelo HLA-DRB1*15:01), fatores ambientais (infecção prévia pelo vírus Epstein-Barr, baixos níveis de vitamina D, tabagismo e obesidade na adolescência) e mecanismos imunológicos. O processo envolve a ativação periférica de linfócitos T e B autorreativos que atravessam a barreira hematoencefálica e promovem um ataque inflamatório contra a bainha de mielina e os oligodendrócitos, resultando em áreas de desmielinização (placas) e dano axonal.

Alternativa B (Incorreta): Esta alternativa descreve a patogênese da Neuromielite Óptica (NMO ou Doença de Devic). Na NMO, a lesão primária é uma astrocitopatia

causada por autoanticorpos específicos (anti-AQP4) que se ligam aos canais de água aquaporina-4. Embora a NMO também cause neurite óptica e fraqueza motora, sua fisiopatologia e manejo terapêutico são distintos da Esclerose Múltipla.

Alternativa C (Incorreta): A deposição de placas de proteína beta-amiloide e a formação de emaranhados neurofibrilares (compostos por proteína tau hiperfosforilada) são as marcas histopatológicas da Doença de Alzheimer. Trata-se de uma patologia neurodegenerativa cortical que leva à demência progressiva, não estando relacionada aos processos de desmielinização inflamatória aguda ou subaguda vistos na paciente do enunciado.

Alternativa D (Incorreta): O anticorpo anti-GQ1b é tipicamente encontrado na Síndrome de Miller Fisher, uma variante da Síndrome de Guillain-Barré. Esta é uma polirradiculoneuropatia imunomediada que afeta o sistema nervoso periférico e se manifesta clinicamente com a tríade de ataxia, arreflexia e oftalmoplegia, diferindo totalmente do quadro de lesão de primeiro neurônio motor (espasticidade e Babinski) e das lesões de substância branca central da Esclerose Múltipla. Além disso, na EM, o ataque ocorre contra os oligodendrócitos (que produzem mielina no sistema nervoso central), mas não é mediado pelo anti-GQ1b.

Questão 7

O quadro clínico descreve um paciente cirrótico com um nódulo hepático de 3,0 cm apresentando o padrão radiológico clássico de "wash-out" (lavagem do contraste nas fases tardias). Em pacientes com cirrose, a presença de um nódulo maior que 1 cm com realce arterial e "wash-out" é diagnóstica de Carcinoma Hepatocelular (HCC), dispensando a necessidade de biópsia.

Para definir a conduta, utiliza-se o sistema de estadiamento BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer). Este paciente possui um nódulo único de 3 cm, função hepática preservada (Child-Pugh A), sem invasão vascular e sem metástases, o que o classifica no Estágio A (Estágio Precoce). As opções de tratamento curativo para este estágio são a ressecção cirúrgica, o transplante de fígado ou a ablação por radiofrequência.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A conduta de observação ou repetição de exames em 3 a 4 meses é reservada para nódulos menores que 1 cm detectados na ultrassonografia de rastreamento ou lesões que não apresentam o padrão radiológico típico de HCC. Neste caso, o diagnóstico já está estabelecido e o tratamento deve ser iniciado.

Alternativa B: Correta. A ablação percutânea por radiofrequência é uma terapia com intenção curativa indicada para pacientes no estágio BCLC A. Para nódulos únicos de até 3 cm, a ablação oferece excelentes taxas de controle da doença e sobrevida, sendo uma alternativa eficaz à cirurgia, especialmente dependendo da localização do nódulo e da reserva funcional do paciente.

Alternativa C: Incorreta. A quimioembolização arterial (TACE) é a terapia de escolha para o estágio BCLC B (Estágio Intermediário), que se caracteriza por pacientes com tumores multinodulares, sem invasão vascular ou sintomas sistêmicos, e com função hepática preservada.

Alternativa D: Incorreta. O sorafenibe é um quimioterápico sistêmico indicado para o estágio BCLC C (Estágio Avançado). Este estágio é definido pela presença de invasão vascular macroscópica (como trombo em veia porta), disseminação extra-hepática (metástases) ou comprometimento do estado de performance do paciente.

Gabarito: Letra (b).

Questão 8

Esta questão aborda um quadro clássico de emergência gastroenterológica e exige do candidato o reconhecimento do perfil epidemiológico e clínico das doenças esofágicas.

Análise das alternativas:

a) Estenose péptica: Incorreta. A estenose péptica é uma seqüela crônica da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) de longa data. Geralmente acomete pacientes mais idosos que apresentam histórico prolongado de pirose (azia) e regurgitação. A disfagia na estenose péptica é tipicamente progressiva (piora com o tempo), o que contrasta com o perfil de um paciente jovem e "previamente hígido".

b) Acalasia chagásica: Incorreta. A acalasia, causada pela destruição dos plexos mientéricos pelo *Trypanosoma cruzi*, manifesta-se com disfagia funcional e progressiva, tanto para sólidos quanto para líquidos (disfagia paradoxal), além de perda de peso e regurgitação. Embora possa causar impactação, o quadro costuma ser de evolução lenta e raramente se apresenta de forma súbita em um paciente sem sintomas pregressos.

c) Esofagite eosinofílica: Correta. Esta é atualmente a principal causa de impactação alimentar em pacientes jovens e do sexo masculino. A esofagite eosinofílica é uma doença inflamatória crônica de origem imunológica/alérgica. O quadro clínico clássico

é exatamente o descrito: um adulto jovem, muitas vezes com histórico de atopias (como asma ou rinite, embora nem sempre mencionadas), que apresenta um episódio súbito de impaction de carne (conhecido como "síndrome do restaurante" ou *steakhouse syndrome*) como primeira manifestação ou após episódios leves de disfagia ignorados pelo paciente.

d) Esôfago em quebra-nozes: Incorreta. Este é um distúrbio motor do esôfago caracterizado por contrações de altíssima amplitude. O sintoma principal é a dor torácica não cardíaca, que pode simular um infarto. Embora a disfagia possa ocorrer, ela não costuma evoluir para impaction alimentar aguda de forma tão característica quanto na esofagite eosinofílica.

Resumo do diagnóstico: Diante de um homem jovem, sem comorbidades conhecidas, que apresenta impaction alimentar por carne, a esofagite eosinofílica deve ser sempre a primeira hipótese diagnóstica. O próximo passo seria a endoscopia com biópsias de diferentes segmentos do esôfago para confirmação histopatológica (presença de 15 ou mais eosinófilos por campo de grande aumento).

Questão 9

Esta questão aborda os Critérios de Duke Modificados, que são a ferramenta fundamental para o diagnóstico de Endocardite Infeciosa (EI). Para resolvê-la, devemos identificar qual das afirmações está INCORRETA.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) - INCORRETA (Gabarito): A afirmação está errada ao dizer que é necessário um intervalo de 12 horas entre as coletas para todos os microrganismos. De acordo com os critérios de Duke, o intervalo de 12 horas é utilizado especificamente para definir um dos critérios maiores: a bacteremia persistente (quando se obtêm duas hemoculturas positivas coletadas com intervalo maior que 12 horas). No entanto, para o diagnóstico inicial e para microrganismos típicos, as diretrizes atuais recomendam a coleta de 2 a 3 sets de hemoculturas em locais de punção diferentes, as quais podem ser realizadas com intervalos curtos (como 30 a 60 minutos) para não atrasar o início da antibioticoterapia em casos agudos. Além disso, para microrganismos como a *Coxiella burnetii*, basta uma única hemocultura positiva ou título de anticorpos IgG para ser considerado critério maior.

Alternativa (b) - CORRETA: O ecocardiograma (preferencialmente o transesofágico em casos de alta suspeição ou próteses) é, de fato, o exame de imagem de escolha e compõe um critério maior. As alterações listadas (vegetação, abscesso, nova deiscência de prótese, perfurações e fístulas) são todos achados ecocardiográficos

clássicos que corroboram o diagnóstico de EI.

Alternativa (c) - CORRETA: Esta alternativa reflete a prática clínica recomendada. Para microrganismos típicos (como *Streptococcus viridans* ou *Staphylococcus aureus*), duas hemoculturas positivas são suficientes para critério maior. No caso de microrganismos menos comuns ou quando a bacteremia precisa ser provada como persistente, utiliza-se um número maior de amostras (três ou mais). A tendência moderna é priorizar o volume de sangue coletado e a detecção rápida, sem a obrigatoriedade de longos intervalos de espera entre as punções, visando o diagnóstico precoce.

Alternativa (d) - CORRETA: Os critérios menores de Duke são divididos em categorias. Esta alternativa lista corretamente diversos Fenômenos Vasculares, que incluem: embolia arterial sistêmica, infartos pulmonares sépticos, aneurismas micóticos, hemorragia intracraniana, hemorragias conjuntivais e as manchas ou lesões de Janeway (pequenas manchas eritematosas ou hemorrágicas, indolores, nas palmas das mãos ou plantas dos pés). Todos estes são classificados como critérios menores.

Resumo do diagnóstico pelos Critérios de Duke Modificados:

Para confirmar Endocardite Infecçiosa, precisamos de:

- 2 Critérios Maiores; OU
- 1 Critério Maior e 3 Menores; OU
- 5 Critérios Menores.

Questão 10

A Síndrome do Choque Tóxico Estreptocócico (SCTE) é uma emergência médica causada principalmente pelo *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A), caracterizada por choque e falência de múltiplos órgãos, frequentemente associada a infecções de tecidos moles como a fasciíte necrosante.

Alternativa (a) Correta: O tratamento de infecções invasivas por estreptococos do grupo A, especialmente quando há presença de bacteremia, deve ser prolongado. A recomendação padrão é de pelo menos 14 dias de antibioticoterapia para assegurar a eliminação do agente e reduzir o risco de complicações secundárias ou recidivas.

Alternativa (b) Correta: Devido à gravidade e à necessidade de cobertura de amplo espectro no início do quadro (quando o agente ainda pode não estar confirmado), utiliza-se a combinação de vancomicina (para cobrir estafilococos resistentes) associada a um betalactâmico de largo espectro (como carbapenêmico ou piperacilina-tazobactam). A clindamicina é obrigatoriamente incluída por ser um inibidor da síntese proteica, o que interrompe a produção das toxinas

(superantígenos) responsáveis pela cascata inflamatória grave, efeito este que os betalactâmicos não possuem de forma isolada.

Alternativa (c) Incorreta (Gabarito): Esta afirmação inverte a realidade epidemiológica. A mortalidade da Síndrome do Choque Tóxico Estreptocócico é significativamente maior do que a da Síndrome do Choque Tóxico Estafilocócico. Enquanto a síndrome causada pelo *Staphylococcus aureus* tem uma taxa de mortalidade geralmente inferior a 5% (podendo ser um pouco maior em casos não menstruais), a síndrome estreptocócica apresenta taxas de mortalidade alarmantes, situando-se frequentemente entre 30% e 70%, devido à rapidez da evolução clínica e à maior agressividade da resposta inflamatória.

Alternativa (d) Correta: A imunoglobulina intravenosa (IVIG) é uma terapia adjuvante reconhecida para casos graves de SCTE. Seu papel principal é a neutralização direta das toxinas (superantígenos) produzidas pelo estreptococo, além de auxiliar na opsonização da bactéria e modular a "tempestade de citocinas" inflamatórias (como TNF-alfa e IL-6) que causa o choque e a lesão tecidual. O uso por 3 dias é um dos esquemas terapêuticos frequentemente citados na literatura especializada.

Questão 11

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro de choque circulatório grave (hipotensão e taquicardia) após trauma de alta energia. Para identificar o tipo de choque, devemos analisar os sinais clínicos específicos apresentados no exame físico:

1. Componente Obstrutivo: O paciente apresenta a tríade sugestiva de pneumotórax hipertensivo: murmúrio vesicular abolido à esquerda, hipertimpanismo à percussão e estase jugular. No pneumotórax hipertensivo, o acúmulo de ar no espaço pleural desvia o mediastino e comprime as grandes veias (cavas), impedindo o retorno venoso ao coração. Isso caracteriza um choque obstrutivo.
2. Componente Hipovolêmico: O paciente possui uma lesão no couro cabeludo com sangramento ativo (região altamente vascularizada) e mucosas descoradas em 3+/4+. A palidez intensa e a taquicardia acentuada (140 bpm) em um contexto de trauma indicam perda volêmica significativa (choque hemorrágico), que é uma forma de choque hipovolêmico.

Portanto, o estado hemodinâmico é resultado da combinação desses dois mecanismos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora o componente hipovolêmico esteja presente, não há evidências de choque cardiogênico. O choque cardiogênico no trauma geralmente decorre de contusão miocárdica grave ou infarto agudo, e a estase jugular presente neste caso é melhor explicada pela obstrução mecânica do pneumotórax hipertensivo.

Alternativa b) Correta. O paciente apresenta sinais clássicos de pneumotórax hipertensivo (causando choque obstrutivo) e sinais de hemorragia importante com repercussão sistêmica (causando choque hipovolêmico). No trauma, é comum a coexistência de mais de um tipo de choque.

Alternativa c) Incorreta. Se o choque fosse puramente hipovolêmico, as veias jugulares estariam colapsadas (achatadas) devido à falta de volume circulante. A presença de estase jugular (veias cheias) na vigência de hipotensão no trauma deve sempre alertar para choque obstrutivo (pneumotórax hipertensivo ou tamponamento cardíaco) ou cardiogênico.

Alternativa d) Incorreta. O choque neurogênico, causado pela perda do tônus simpático em lesões medulares, apresenta-se classicamente com hipotensão, mas acompanhado de bradicardia ou frequência cardíaca normal (ausência de resposta adrenérgica), e o paciente está taquicárdico (140 bpm). Além disso, não explicaria o hipertimpanismo e a ausência de murmúrio vesicular.

Questão 12

A Crise Renal Esclerodérmica (CRE) é uma das complicações mais graves e temidas da Esclerose Sistêmica (ES), caracterizada por hipertensão arterial súbita e maligna, associada à insuficiência renal rapidamente progressiva. O conhecimento dos fatores de risco é crucial para evitar condutas que possam precipitar o quadro.

Alternativa A: Incorreta. Embora o sexo masculino possa estar associado a uma evolução mais grave da doença em alguns aspectos, ele não é o fator de risco principal ou específico para o desenvolvimento da crise renal. A maioria dos pacientes com Esclerose Sistêmica são mulheres, e a crise renal pode afetar ambos os sexos, sendo outros fatores muito mais determinantes.

Alternativa B: Incorreta. O acometimento renal é muito mais frequente na Forma Difusa da doença (especialmente na fase inicial, com menos de 4 a 5 anos de diagnóstico). Na Forma Difusa, o risco de crise renal gira em torno de 10% a 15%, enquanto na Forma Limitada esse risco é baixo, geralmente inferior a 2%.

Alternativa C: Correta. O uso de corticosteroides é o fator de risco farmacológico mais importante e clássico para o desencadeamento da Crise Renal Esclerodérmica. O risco é dose-dependente, sendo especialmente perigoso o uso de doses de prednisona iguais ou superiores a 15 mg/dia. O corticoide pode induzir alterações na perfusão renal que, em um paciente com a microvasculatura já comprometida pela esclerodermia, precipitam a falência renal aguda. Por esse motivo, o uso de corticoides na Esclerose Sistêmica deve ser extremamente criterioso e evitado sempre que possível.

Alternativa D: Incorreta. O início da doença na pós-menopausa não é considerado um fator de risco isolado para a crise renal. Os fatores de risco bem estabelecidos, além dos já citados, incluem o espessamento cutâneo rapidamente progressivo, a presença de anticorpos anti-RNA polimerase III, a anemia de início recente e a presença de derrame pericárdico.

Em resumo, a alternativa C está correta porque o uso de corticoides é um gatilho iatrogênico amplamente documentado para a crise renal na Esclerose Sistêmica.

Questão 13

Para resolver essa questão, é fundamental realizar a correlação entre a anatomia neurológica e os sintomas apresentados pela paciente. O quadro descreve uma dor radicular (ciatalgia) aguda surgida após esforço físico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A lombalgia mecânica comum (ou não específica) caracteriza-se por dor localizada na região lombar, sem sinais de compressão nervosa. No caso descrito, a paciente apresenta uma dor que se irradia até a planta do pé, acompanhada de parestesias (formigamentos e choques), o que indica claramente o envolvimento de uma raiz nervosa (radiculopatia).

b) Incorreta. A estenose de canal lombar é mais comum em pacientes idosos e se manifesta tipicamente pela claudicação neurogênica, onde o paciente sente dor e fraqueza nas pernas ao caminhar, que melhoram ao sentar ou inclinar o tronco para frente (sinal do carrinho de supermercado). Embora a paciente tenha 64 anos, o início súbito após esforço e a distribuição dermatomérica sugerem uma hérnia de disco aguda, e não um processo degenerativo crônico de estreitamento do canal.

c) Incorreta. A radiculopatia de L4 geralmente causa dor e alteração de sensibilidade na face anterior da coxa e face medial da perna e do pé. O reflexo patelar costuma

estar diminuído e pode haver fraqueza na extensão do joelho (quadríceps). O relato da paciente foca na região posterior e planta do pé, o que não condiz com L4.

d) Correta. A raiz de S1 é responsável pela sensibilidade da região posterior da coxa, região posterior da perna (panturrilha), bordo lateral do pé e planta do pé. A dor e os choques descritos pela paciente seguem exatamente esse trajeto. Anatomicamente, uma hérnia de disco no nível L5-S1 é a causa mais comum de compressão da raiz de S1. Além disso, a piora da dor com a flexão da coluna ou do quadril (manobras que estiram o nervo ciático) corrobora o diagnóstico de radiculopatia S1.

Em resumo, a topografia da dor (posterior e plantar) e o fator desencadeante (esforço físico) apontam para uma hérnia discal L5-S1 comprimindo a raiz de S1.

Questão 14

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar as doenças que compõem o espectro da síndrome nefrótica daquelas que compõem a síndrome nefrítica ou a glomerulonefrite rapidamente progressiva. A síndrome nefrótica é caracterizada por proteinúria maciça (superior a 3,5 g/24h no adulto), hipoalbuminemia, edema e dislipidemia.

ALTERNATIVA A: A Nefropatia por IgA, ou Doença de Berger, manifesta-se classicamente por hematúria macroscópica recorrente (frequentemente após infecções das vias aéreas superiores) ou hematúria microscópica persistente. No entanto, uma parcela minoritária de pacientes (cerca de 5% a 10%) pode evoluir com síndrome nefrótica franca. Como a questão pergunta quais "podem" cursar com a síndrome, a Nefropatia por IgA está corretamente incluída nessa possibilidade.

ALTERNATIVA B: A Nefropatia Membranosa é uma das principais causas de síndrome nefrótica primária em adultos, sendo a causa mais comum em idosos não diabéticos. Ela é caracterizada pelo espessamento da membrana basal glomerular devido à deposição de imunocomplexos, resultando em uma perda importante da barreira de seletividade e proteinúria intensa.

ALTERNATIVA C: A Nefropatia por Lesão Mínima é a causa prototípica de síndrome nefrótica na infância, respondendo por cerca de 80% a 90% dos casos nessa faixa etária. Ela se caracteriza pelo apagamento dos processos podocitários, visível apenas à microscopia eletrônica, resultando em proteinúria seletiva e edema de início súbito.

ALTERNATIVA D: A Nefropatia por Anticorpo Antimembrana Basal Glomerular é o exemplo clássico de uma patologia que cursa com síndrome nefrítica e, mais especificamente, com glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP tipo I). O

quadro clínico é marcado por hematúria, oligúria, hipertensão e perda acelerada da função renal em dias ou semanas. Por se tratar de um processo inflamatório agressivo e destrutivo da barreira glomerular (geralmente com formação de crescentes na biópsia), sua apresentação habitual não é a de uma síndrome nefrótica, mas sim de uma emergência nefrítica/urêmica. Portanto, esta é a exceção solicitada pela questão.

GABARITO: Alternativa (d).

Questão 15

A nefrite lúpica é uma das complicações mais graves do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), ocorrendo em cerca de 30% a 50% dos pacientes. O reconhecimento precoce do envolvimento renal é fundamental para o prognóstico. O diagnóstico clínico de atividade renal baseia-se fundamentalmente em alterações no sedimento urinário, presença de proteínas na urina e alterações na pressão arterial ou função renal.

Alternativa a: Incorreta. Uma albuminúria menor que 10 mg está dentro dos limites de normalidade, pois a microalbuminúria só é considerada clinicamente relevante quando ultrapassa 30 mg em 24 horas. Embora a hipertensão possa ocorrer, a ausência de proteinúria significativa afasta a suspeita de acometimento renal lúpico.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa apresenta os achados clássicos da nefrite lúpica. A proteinúria é o sinal mais frequente de acometimento renal no LES, podendo variar desde uma proteinúria leve até níveis nefróticos (acima de 3,5 g/dia). A hematúria, geralmente microscópica, é um marcador de inflamação glomerular (atividade da doença). A hipertensão arterial é uma consequência comum da perda da função renal e da retenção hidrossalina associada ao dano glomerular.

Alternativa c: Incorreta. O erro reside na afirmação de que a creatinina sérica está reduzida. No acometimento renal com perda de filtração glomerular, a creatinina sérica tende a aumentar. A anemia é comum no Lúpus (por doença crônica ou hemólise) e o edema pode ocorrer em quadros de síndrome nefrótica, mas a redução da creatinina não indica patologia renal.

Alternativa d: Incorreta. Anemia e alopecia (queda de cabelo) são manifestações sistêmicas do Lúpus, mas não são indicativos específicos de lesão nos rins. Além disso, rins de tamanho reduzido são característicos de doença renal crônica em estágio avançado e terminal. Na fase ativa da nefrite lúpica, os rins apresentam tamanho normal ou podem estar levemente aumentados devido ao processo inflamatório agudo.

Questão 16

O conceito central desta questão envolve a Geriatria e a Fisiologia do Envelhecimento, focando na diferenciação entre capacidade funcional e reserva funcional.

A reserva funcional pode ser definida como a capacidade excedente que nossos órgãos e sistemas possuem além do necessário para o funcionamento em repouso. É o que permite ao organismo enfrentar estressores (como infecções, cirurgias ou traumas) e retornar ao seu estado de equilíbrio original. Com o envelhecimento fisiológico (senescência), essa reserva tende a diminuir, mas em processos patológicos ou de fragilidade, essa perda é acelerada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Um paciente dependente é aquele que já não consegue realizar suas atividades cotidianas sozinho, o que indica que sua reserva funcional está extremamente reduzida ou esgotada. Quanto maior a dependência, menor é a reserva funcional.

b) Incorreta. Uma reserva funcional baixa indica maior vulnerabilidade. Isso significa que o organismo tem menos mecanismos de compensação para lidar com os efeitos colaterais e interações medicamentosas. Portanto, pacientes com baixa reserva têm maior risco de reações adversas à polifarmácia.

c) Correta. Esta alternativa traz a definição clássica de reserva funcional. Ela representa a margem de segurança do organismo para responder a agressões e restabelecer a homeostase. Quando essa reserva é muito baixa, qualquer pequeno estresse pode levar à falência de múltiplos sistemas ou à perda definitiva da funcionalidade.

d) Incorreta. A funcionalidade é o principal marcador de saúde no idoso, sobrepondo-se à idade cronológica. Um paciente de 90 anos independente possui uma reserva funcional preservada e maior do que a de um paciente mais jovem (85 anos) que já se encontra acamado e dependente, condição que caracteriza um estado de alta fragilidade e baixa reserva.

Questão 17

A alternativa incorreta e, portanto, o gabarito da questão é a letra (d).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa fundamentada nas diretrizes mais recentes (como o GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease):

Alternativa (a): Correta. A vacina para herpes-zóster (preferencialmente a vacina recombinante) é recomendada para pacientes com DPOC a partir dos 50 anos de idade. Pacientes com doenças respiratórias crônicas apresentam maior risco de desenvolver a doença e suas complicações, como a neuralgia pós-herpética.

Alternativa (b): Correta. A vacinação contra influenza é obrigatória e deve ser realizada anualmente para todos os pacientes com DPOC, pois reduz hospitalizações e mortalidade. Da mesma forma, a vacinação contra COVID-19 é recomendada para todos os pacientes com doenças crônicas para evitar quadros graves e exacerbações.

Alternativa (c): Correta. Recentemente, diretrizes internacionais como o GOLD incorporaram a vacina contra o vírus sincicial respiratório (VSR) para pacientes com mais de 60 anos que possuam condições crônicas, incluindo a DPOC. O VSR é um agente importante de infecções respiratórias graves nessa população.

Alternativa (d): Incorreta. Este é o erro da questão. De acordo com os esquemas vacinais atuais (como os do CDC e do GOLD), se for utilizada a vacina pneumocócica conjugada VPC15, é necessário complementá-la com a vacina polissacarídica VPP23 após um intervalo de um ano para garantir a cobertura contra um maior número de sorotipos. A única vacina pneumocócica que, no momento, é recomendada em dose única sem a necessidade obrigatória da VPP23 é a VPC20 (20-valente). Como a alternativa cita as vacinas 13 e 15 valentes, a afirmação de que não precisam da Pneumo 23 está errada.

Questão 18

O esquema básico para o tratamento da tuberculose (RIPE: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) apresenta potencial de hepatotoxicidade. Quando um paciente manifesta toxicidade hepática (identificada por critérios clínicos ou laboratoriais, como elevação de transaminases acima de 3 a 5 vezes o limite superior), a conduta imediata é a suspensão de todos os fármacos. Após a melhora dos sintomas e a normalização das enzimas hepáticas (geralmente quando as transaminases retornam para valores abaixo de 2 vezes o limite superior), deve-se iniciar a reintrodução escalonada.

O princípio da reintrodução é começar pelos medicamentos menos hepatotóxicos e

finalizar com o mais hepatotóxico. A ordem preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil e por diretrizes de pneumologia é a seguinte:

1. Rifampicina + Etambutol
2. Isoniazida (após 3 a 7 dias de boa tolerância ao passo anterior)
3. Pirazinamida (após mais 3 a 7 dias de boa tolerância)

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Esta é a associação inicial. O etambutol é o fármaco com menor potencial de lesão hepática do esquema. A rifampicina, apesar de poder causar reações, é considerada menos hepatotóxica que a isoniazida e a pirazinamida no que tange à necrose hepatocelular. Por isso, essa dupla é a primeira a ser reintroduzida para garantir que o paciente tenha alguma cobertura terapêutica com o menor risco possível.

Alternativa (b) Incorreta: A isoniazida possui um potencial hepatotóxico maior que a rifampicina. No protocolo de segurança, ela deve ser o segundo passo da reintrodução (após a rifampicina e o etambutol já estarem sendo tolerados), e não o passo inicial.

Alternativa (c) Incorreta: A pirazinamida é o fármaco mais hepatotóxico de todos os quatro. Ela é responsável pela maioria dos casos de injúria hepática grave no esquema RIPE. Portanto, é sempre o último medicamento a ser reintroduzido no esquema sequencial.

Alternativa (d) Incorreta: Esta alternativa combina os dois fármacos com maior potencial de agressão ao fígado (isoniazida e pirazinamida). Iniciar a reintrodução por estes fármacos elevaria drasticamente o risco de recidiva da hepatotoxicidade antes mesmo de se estabelecer uma base terapêutica segura.

Questão 19

A questão apresenta um homem de 51 anos com uma contagem plaquetária muito elevada (850.000/uL), histórico de evento isquêmico arterial recente (AVC) e esplenomegalia ao exame físico. Esses três achados combinados são marcos das neoplasias mieloproliferativas crônicas.

Alternativa (a) Incorreta: O traço talassêmico cursa com microcitose (VCM baixo), mas tipicamente apresenta ferritina normal ou elevada e contagem de hemácias normal ou aumentada (pseudopoliglobulia). Não justifica a trombocitose acentuada, a esplenomegalia nem o evento isquêmico.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o paciente apresente deficiência de ferro (ferritina de 4 ng/mL e microcitose), provavelmente secundária à cirurgia gástrica prévia, a ferropenia isolada não justifica o quadro completo. A deficiência de ferro pode causar trombocitose reativa, mas esta raramente ultrapassa 700.000-800.000/uL e não costuma cursar com esplenomegalia ou eventos trombóticos arteriais de grande porte, especialmente quando o nível de hemoglobina ainda está próximo da normalidade (Hb 13 g/dL).

Alternativa (c) Incorreta: As trombofilias hereditárias (como Fator V de Leiden ou mutação da protrombina) estão mais associadas a fenômenos tromboembólicos venosos em pacientes mais jovens e não causam alterações na contagem de plaquetas ou esplenomegalia.

Alternativa (d) Correta: A Trombocitemia Essencial (TE) é uma neoplasia mieloproliferativa caracterizada pela proliferação clonal de megacariócitos, resultando em trombocitose sustentada (acima de 450.000/uL). Clinicamente, manifesta-se com alto risco de eventos trombóticos (como o AVC relatado) e esplenomegalia (presente em uma parcela significativa dos casos). O diagnóstico é reforçado pela presença de esplenomegalia, que é um sinal de doença mieloproliferativa e não ocorre na trombocitose reativa por deficiência de ferro. Na prática, a deficiência de ferro deve ser corrigida para confirmar se a trombocitose persiste, mas, para fins de prova, a associação de trombocitose grave, esplenomegalia e trombose arterial é diagnóstica de TE.

Questão 20

A Leucemia Mieloide Crônica (LMC) é uma neoplasia mieloproliferativa caracterizada pela presença do cromossomo Philadelphia (translocação entre os cromossomos 9 e 22), que gera a proteína BCR-ABL com atividade tirosina-quinase aumentada. A fase blástica é o estágio terminal da doença, caracterizado por mais de 20% de blastos no sangue periférico ou medula óssea, assemelhando-se a uma leucemia aguda.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): CORRETA. Antes da era dos Inibidores de Tirosina-quinase (ITQ), a fase blástica era quase invariavelmente fatal em poucos meses (sobrevida média de 3 a 6 meses). Atualmente, embora a fase blástica ainda represente um estágio de extrema gravidade e resistência, o uso dos ITQs (como Imatinibe, Dasatinibe, Nilotinibe ou Ponatinibe), especialmente quando combinados à quimioterapia citotóxica, permitiu que muitos pacientes retornassem à fase crônica e tivessem a chance de realizar um transplante definitivo. Isso tornou o prognóstico, embora ainda

reservado, significativamente menos sombrio do que no passado.

Alternativa (b): INCORRETA. A conduta na fase blástica não consiste apenas na substituição de um ITQ por outro de forma isolada. O tratamento requer uma abordagem agressiva, geralmente combinando um ITQ de nova geração (escolhido com base em testes de mutação, como a mutação T315I) associado a protocolos de quimioterapia de indução para leucemia aguda (mieloide ou linfoide, dependendo da linhagem do blasto). A simples troca de monoterapia por outra droga da mesma classe é insuficiente para controlar a crise blástica.

Alternativa (c): INCORRETA. O tratamento de escolha com intenção curativa para pacientes em fase blástica é o Transplante de Medula Óssea Alogênico (proveniente de um doador compatível), após a tentativa de reindução para uma segunda fase crônica. O transplante autólogo (utilizando as próprias células do paciente) não tem indicação como primeira linha, pois o material coletado estaria contaminado pelo clone maligno da LMC e não ofereceria o efeito enxerto-contra-leucemia necessário.

Alternativa (d): INCORRETA. A Hidroxiureia é um agente citorrredutor utilizado principalmente para controle rápido da contagem de glóbulos brancos na fase crônica da doença ou como medida paliativa. Ela não atua na fisiopatologia da transformação blástica e não é capaz de induzir remissão nessa fase agressiva. O tratamento de escolha na fase blástica envolve obrigatoriamente inibidores de tirosina-quinase e quimioterapia intensiva.

Questão 21

Análise do caso: O paciente é uma vítima de trauma abdominal contuso com mecanismo de compressão (guidão da bicicleta). O dado mais importante para a condução do caso é que o paciente se encontra hemodinamicamente estável (pressão arterial de 120x80 mmHg e frequência cardíaca de 90 bpm).

Alternativa (a) INCORRETA: Embora o ultrassom (FAST) seja útil na sala de emergência, ele serve prioritariamente para detectar líquido livre na cavidade abdominal (hemoperitônio). Ele possui baixa sensibilidade para o diagnóstico de lesões de vísceras maciças (como pâncreas) e é muito limitado para diagnosticar lesões de vísceras ocas (como intestino). No paciente estável, o padrão-ouro é a Tomografia Computadorizada (TC).

Alternativa (b) INCORRETA: O Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) é um procedimento invasivo indicado principalmente para pacientes com instabilidade hemodinâmica nos quais a fonte do sangramento não é clara. Além disso, o LPD é pouco sensível para avaliar o retroperitônio, onde se localiza o pâncreas, órgão

frequentemente lesionado no trauma por guidão de bicicleta.

Alternativa (c) CORRETA: O manejo do trauma abdominal mudou significativamente nas últimas décadas. Atualmente, a estabilidade hemodinâmica é o fator determinante para decidir pelo Tratamento Não Operatório (TNO). Mesmo que a Tomografia de abdome mostre uma lesão esplênica com extravasamento de contraste (blush arterial), indicando sangramento ativo, o tratamento conservador pode ser tentado. Nesses casos, a radiologia intervencionista com angioembolização do vaso sangrante é uma ferramenta valiosa que evita a necessidade de esplenectomia (retirada do baço).

Alternativa (d) INCORRETA: A presença de dor abdominal ou escoriações em um paciente estável não é indicação imediata de laparotomia. A laparotomia exploradora no trauma contuso é reservada para pacientes com instabilidade hemodinâmica que não respondem à reposição volêmica inicial, pacientes com sinais nítidos de irritação peritoneal (peritonite) ou evidência de ar livre na cavidade (pneumoperitônio). No caso descrito, a estabilidade permite a realização de exames de imagem para definir a melhor estratégia.

Questão 22

Esta questão aborda o manejo e as repercussões fisiopatológicas de um paciente com trauma grave e choque hipovolêmico. O objetivo é identificar a alternativa incorreta entre as afirmações apresentadas.

Alternativa (a) INCORRETA (Gabarito): O ácido tranexâmico (TXA) é um antifibrinolítico que atua inibindo a conversão do plasminogênio em plasmina, estabilizando o coágulo. Em pacientes vítimas de trauma com sangramento significativo ou risco de choque, como o caso descrito, o uso do TXA está indicado, preferencialmente se administrado nas primeiras 3 horas após a lesão (conforme demonstrado pelo estudo CRASH-2). Ao contrário do que afirma a alternativa, o ácido tranexâmico pode ajudar a atenuar a resposta inflamatória exacerbada associada à fibrinólise e não é contraindicado por aumentar a permeabilidade capilar. Sua principal contraindicação seria o uso após 3 horas do trauma, pelo risco de eventos trombóticos e ausência de benefício.

Alternativa (b) CORRETA: O trauma grave provoca uma liberação maciça de padrões moleculares associados ao dano (DAMPs), que ativam o sistema imune inato. Isso gera uma resposta inflamatória sistêmica (SIRS) caracterizada pela ativação de neutrófilos, cascata do complemento e liberação de citocinas. Esse estado inflamatório estéril (sem infecção inicial) pode causar lesão endotelial e disfunção orgânica, levando à Síndrome de Disfunção de Múltiplos Órgãos (SDMO).

Alternativa (c) CORRETA: A leucocitose imediata no trauma (como os 22.000 leucócitos observados) é geralmente causada pela "desmargação" leucocitária mediada por catecolaminas e corticoides endógenos (estresse agudo), e não por infecção bacteriana. Contudo, após a fase pró-inflamatória inicial, o organismo frequentemente entra em uma fase de compensação anti-inflamatória (CARS), que gera imunodepressão e aumenta a suscetibilidade a infecções secundárias e sepse nos dias subsequentes.

Alternativa (d) CORRETA: A hiperpotassemia (K 5,8 mEq/L) é um achado comum no trauma grave por três motivos principais: 1) Lesão tecidual direta (rabdomiólise e hemólise), que libera o potássio intracelular para a circulação; 2) Hemotransfusão, pois o sangue estocado sofre hemólise gradual, liberando potássio na bolsa; 3) Acidose metabólica (pH 7,3 e BE -6), que promove a saída de potássio da célula em troca por íons hidrogênio. Se houver insuficiência renal aguda por hipoperfusão (necrose tubular aguda), a excreção de potássio fica prejudicada, agravando o quadro.

Questão 23

A questão apresenta um caso clássico de pancreatite aguda, caracterizado por dor abdominal intensa em barra com irradiação para o dorso, vômitos e elevação significativa da lipase sérica (1.800 U/L, bem acima de três vezes o limite superior da normalidade). A paciente é jovem e obesa, o que aumenta a suspeita de etiologia biliar (cálculos biliares).

Análise das alternativas:

Alternativa A: INCORRETA. Embora a expansão volêmica seja o pilar do tratamento inicial para garantir a perfusão pancreática e prevenir falência orgânica, a antibioticoprofilaxia não é recomendada na pancreatite aguda, independentemente da gravidade. O uso de antibióticos está reservado apenas para casos de necrose pancreática infectada confirmada ou suspeita clínica/radiológica de infecção extrapancreática.

Alternativa B: INCORRETA. O valor absoluto das enzimas pancreáticas (amilase e lipase) não tem correlação com a gravidade da doença ou com o prognóstico. Além disso, a tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste não deve ser realizada de forma urgente (nas primeiras 48-72 horas de dor), pois as alterações de necrose demoram a se consolidar e um exame precoce pode subestimar a gravidade do quadro. A TC é indicada após 72 horas se houver piora clínica ou dúvida diagnóstica.

Alternativa C: CORRETA. A investigação etiológica da pancreatite aguda deve começar pelas causas mais comuns: biliar (através da ultrassonografia de abdome para pesquisar cálculos na vesícula ou colédoco) e alcoólica (através da história clínica). Se a ultrassonografia for negativa e a paciente negar etilismo, deve-se prosseguir a investigação para causas metabólicas, sendo a hipertrigliceridemia a próxima hipótese importante a ser descartada (especialmente se os níveis de triglicérides estiverem acima de 1.000 mg/dL).

Alternativa D: INCORRETA. A papilotomia endoscópica (via CPRE) está indicada precocemente apenas se houver evidência de colangite aguda associada ou obstrução biliar persistente (icterícia progressiva). A ausência de icterícia e de sinais de infecção das vias biliares contraindica o procedimento precoce. Além disso, a CPRE não é utilizada como medida profilática para evitar a evolução para formas graves.

Questão 24

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descreve uma paciente idosa e diabética com Colecistite Aguda Grave (Tokyo III), evidenciada pela disfunção de órgãos (hipotensão, sonolência e alteração renal). O achado ultrassonográfico de gás na parede e no interior da vesícula biliar confirma o diagnóstico de Colecistite Enfisematosa, uma variação grave da doença, comum em diabéticos e associada a maior risco de gangrena e perfuração.

Explicação das Alternativas:

Alternativa A (Correta): A colecistostomia percutânea é uma técnica de drenagem da vesícula biliar indicada para pacientes com colecistite aguda grave (Tokyo III) que apresentam alto risco cirúrgico ou instabilidade hemodinâmica que impeçam a colecistectomia imediata. É uma medida de salvamento para controle do foco séptico.

Alternativa B (Correta): Segundo os critérios de Tokyo 2018 (TG18), a presença de disfunção cardiovascular (hipotensão exigindo suporte), neurológica (sonolência) e renal (creatinina elevada) classifica o quadro como Grau III (Grave). O manejo em UTI é fundamental para estabilização clínica antes e após qualquer intervenção.

Alternativa C (Correta): Em casos de colecistite grave em que se opta inicialmente pela colecistostomia (tratamento não operatório definitivo do órgão no momento

agudo), a colecistectomia eletiva (de intervalo) costuma ser programada após a resolução do processo inflamatório sistêmico e local, geralmente após 6 semanas, para reduzir a morbidade operatória.

Alternativa D (Incorreta/Gabarito): Esta é a alternativa incorreta porque afirma que não haverá melhora sem a colecistectomia urgente. Na verdade, a colecistostomia percutânea (apenas a drenagem da vesícula) é capaz de promover o controle da sepse biliar e permitir a melhora das repercussões sistêmicas em pacientes criticamente enfermos, sem a necessidade da remoção cirúrgica imediata do órgão (colecistectomia), que pode ser proibitiva em casos de extrema instabilidade. Portanto, existe alternativa terapêutica à colecistectomia de urgência que permite a estabilização da paciente.

Questão 25

O quadro clínico e a imagem apresentada são clássicos de um Vólvulo de Sigmoides. O paciente idoso, com história de constipação crônica e uso de laxantes, apresenta uma obstrução intestinal baixa (dor em cólica, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes). A imagem de tomografia (escanograma/topograma) mostra uma grande distensão de alça colônica com o sinal do grão de café ou sinal do U invertido, partindo da pelve, o que confirma a torção do cólon sigmoide sobre o seu próprio mesentério.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Em pacientes com vólvulo de sigmoide que não apresentam sinais de peritonite ou gangrena intestinal (como no caso, onde o exame físico cita ausência de irritação peritoneal), o tratamento inicial de escolha é a descompressão e distorção endoscópica via colonoscopia ou retossigmoidoscopia flexível. Esse procedimento apresenta altas taxas de sucesso na resolução do quadro agudo, permitindo uma cirurgia definitiva programada em um segundo momento, o que reduz a morbimortalidade.

Alternativa b) Incorreta. Embora o vólvulo cause uma isquemia por estrangulamento do mesentério, a conduta imediata para laparotomia com enterectomia está reservada para casos onde há evidência clínica de perfuração, peritonite ou falha do tratamento endoscópico. O enunciado afirma explicitamente que o paciente não possui sinais de irritação peritoneal.

Alternativa c) Incorreta. A imagem é patognomônica de vólvulo de sigmoide, não de neoplasia. A neoplasia de cólon esquerdo costuma ter um quadro de obstrução mais progressivo e, na imagem, apresentaria distensão de todo o cólon a montante do

tumor, sem a configuração característica de alça em U invertido. A cirurgia de Hartmann é uma opção cirúrgica para o vólvulo quando há necrose, mas não é a conduta inicial preferencial se o tratamento endoscópico for possível.

Alternativa d) Incorreta. O tratamento puramente clínico com procinéticos é contraindicado em casos de obstrução mecânica, como o vólvulo, pois pode aumentar o risco de perfuração ao estimular a motilidade contra uma barreira física. A descompressão nasogástrica e reposição volêmica são medidas de suporte importantes, mas não resolvem a causa da obstrução (a torção da alça). O vólvulo exige intervenção mecânica (endoscópica ou cirúrgica).

Questão 26

A questão aborda o manejo e as orientações sobre a doença diverticular dos cólons, um tema frequente na prática clínica e em provas de residência. O paciente em questão apresenta diverticulose (presença de divertículos sem inflamação), um achado incidental comum em colonoscopias de rastreio em pacientes idosos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): A presença de divertículos é uma alteração estrutural da parede do cólon (herniação da mucosa e submucosa através de pontos de fraqueza na camada muscular). Não há qualquer relação fisiopatológica que indique que o divertículo seja uma lesão pré-neoplásica ou que aumente o risco de desenvolvimento de adenocarcinoma de cólon.

Alternativa B (CORRETA): A prevalência da diverticulose aumenta progressivamente com a idade. Estima-se que mais de 50 por cento da população com mais de 60 anos apresente divertículos. Isso ocorre devido ao envelhecimento natural do colágeno e das fibras musculares da parede intestinal, associado a pressões intraluminais aumentadas ao longo dos anos, geralmente por dietas pobres em fibras.

Alternativa C (CORRETA): A maioria dos pacientes com diverticulose permanecerá assintomática por toda a vida. Caso o paciente venha a desenvolver um quadro de diverticulite aguda (inflamação), as estatísticas mostram que em cerca de 75 a 80 por cento das vezes o quadro será classificado como não complicado (estágio 0 ou Ia de Hinchey), apresentando boa resposta ao tratamento conservador com dieta e, se necessário, antibióticos, sem precisar de cirurgia de urgência.

Alternativa D (INCORRETA E GABARITO): Esta orientação está desatualizada e não condiz com as diretrizes atuais. Antigamente, indicava-se cirurgia eletiva após o segundo episódio de diverticulite, mas hoje o tratamento é individualizado. A maioria

das recorrências de diverticulite também é não complicada. O risco de uma perfuração livre (complicação grave) é maior no primeiro episódio de inflamação do que nas recidivas. Portanto, ter uma crise não complicada não garante que a próxima será grave, e a cirurgia eletiva (sigmoidectomia) só é indicada criteriosamente em casos de complicações (estenoses, fístulas) ou em pacientes selecionados com crises frequentes que impactam severamente a qualidade de vida.

RESUMO DIDÁTICO:

A diverticulose é uma condição benigna e comum no envelhecimento. O achado incidental em pacientes assintomáticos não requer tratamento cirúrgico nem gera risco de câncer. Mesmo em casos de inflamação (diverticulite), a conduta conservadora é a regra para quadros leves, reservando-se a cirurgia para casos complicados ou situações específicas analisadas individualmente.

Questão 27

O caso clínico descreve uma apresentação clássica de apendicite aguda em uma criança: dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita (cronologia de Murphy), presença de vômitos, sinal de Blumberg positivo (descompressão brusca dolorosa) e exames laboratoriais com leucocitose e desvio à esquerda, além de elevação de proteína C-reativa (PCR).

Análise das alternativas:

a) Correta: Na apendicite aguda não complicada (fases iniciais, sem perfuração ou abscesso organizado), como sugere o quadro da paciente, que se encontra em bom estado geral e afebril, não há indicação para o uso de drenos abdominais. O uso de drenagem fica reservado para casos de peritonite purulenta difusa ou abscessos em que o cirurgião julgue necessário monitorar o débito, o que não parece ser o caso.

b) Incorreta (Gabarito): O diagnóstico de apendicite aguda é eminentemente clínico, especialmente quando a apresentação é tão característica quanto a descrita. Em crianças, devido aos riscos da radiação ionizante, a tomografia computadorizada não deve ser o exame de escolha inicial nem obrigatório. Caso haja dúvida diagnóstica, o primeiro exame de imagem indicado é a ultrassonografia de abdome. Portanto, afirmar que o diagnóstico "deve ser confirmado mediante tomografia" está incorreto.

c) Correta: Para apendicite aguda não complicada, a antibioticoterapia profilática é a conduta padrão. Uma dose única de antibióticos de amplo espectro que cubram germes gram-negativos e anaeróbios (como a associação de ceftriaxona e metronidazol), administrada no momento da indução anestésica ou até duas horas antes da incisão, é suficiente. Não há necessidade de manter o antibiótico no

pós-operatório se não houver perfuração ou gangrena.

d) Correta: Estudos atuais e consensos (como as diretrizes de Jerusalém) demonstram que, em casos de apendicite não complicada e em pacientes estáveis, um atraso de curto prazo na cirurgia (geralmente de 12 a 24 horas), desde que o paciente receba suporte e antibioticoterapia inicial, não aumenta significativamente as taxas de perfuração ou complicações pós-operatórias. Isso permite a organização da escala cirúrgica sem prejuízo imediato à segurança da criança.

Questão 28

Para analisar esta questão, devemos observar os achados clínicos e endoscópicos do paciente. Ele apresenta sintomas típicos da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), como pirose e regurgitação, além de manifestações extraesofágicas (rouquidão) e dor torácica de origem não cardíaca. A endoscopia digestiva alta (EDA) revela uma hérnia de hiato de 3 cm e esofagite erosiva grave, pois as erosões ocupam cerca de 75% da circunferência esofagiana, o que a classifica como grau C ou D na classificação de Los Angeles.

Alternativa A: Incorreta. O diagnóstico de esôfago de Barrett não pode ser feito apenas pela clínica ou visualização endoscópica. Ele exige obrigatoriamente a confirmação histológica por meio de biópsias que demonstrem a metaplasia intestinal (substituição do epitélio escamoso pelo colunar com células caliciformes). Os achados descritos sugerem esofagite erosiva, mas não confirmam Barrett.

Alternativa B: Incorreta. O refluxo gastroesofágico crônico é um fator de risco para o adenocarcinoma de esôfago, e não para o carcinoma escamocelular (que está mais associado ao tabagismo e etilismo crônico). Além disso, o quadro descrito de erosões é compatível com esofagite péptica, e não há descrição de massa, ulceração vegetante ou sinais de malignidade na endoscopia.

Alternativa C: Incorreta. Embora a fundoplicatura laparoscópica seja uma opção de tratamento, o tratamento inicial padrão para a DRGE consiste em medidas comportamentais e uso de inibidores de bomba de prótons (IBP). Estudos mostram que o tratamento medicamentoso é tão efetivo quanto o cirúrgico no controle dos sintomas na maioria dos pacientes. A cirurgia é reservada para casos de refratariedade, intolerância ao medicamento ou complicações específicas.

Alternativa D: Correta. De acordo com o Consenso de Lyon, o diagnóstico de DRGE é confirmado de forma objetiva quando a endoscopia demonstra esofagite erosiva grave (graus C ou D de Los Angeles), esôfago de Barrett ou estenose péptica. Nesses casos, a evidência de dano mucoso pelo ácido é tão clara que se torna desnecessário

realizar a pH-metria para confirmar a existência da doença. A manometria esofágica seria indicada apenas em um eventual planejamento cirúrgico para descartar distúrbios de motilidade, como a acalásia, mas não para fechar o diagnóstico de DRGE neste cenário.

Questão 29

O caso clínico descreve um paciente com abscesso perianal complicado por sepse (febre, taquicardia, taquipneia e hipotensão). O diagnóstico de abscesso perianal é predominantemente clínico, baseado na inspeção e palpação que revelam dor, edema e flutuação.

Alternativa A: Incorreta. O diagnóstico do abscesso perianal é clínico. Em pacientes com sinais de sepse e flutuação nítida ao exame físico, a drenagem cirúrgica deve ser realizada de forma imediata. A propedêutica armada (ultrassonografia ou ressonância) é reservada para casos de dúvida diagnóstica ou suspeita de abscessos profundos (como os supraelevadores), não devendo retardar o tratamento de urgência em um quadro séptico.

Alternativa B: Correta. A base do tratamento do abscesso perianal é a drenagem. Contudo, em pacientes com sinais de resposta inflamatória sistêmica ou sepse, o uso de antibióticos está formalmente indicado. É importante destacar que a literatura médica demonstra que o uso de antibióticos não previne a evolução do abscesso para uma fístula perianal crônica, que ocorre devido à persistência da infecção na cripta anal (origem criptoglandular).

Alternativa C: Incorreta. Embora a dor abdominal e a diarreia sugiram Doença Inflamatória Intestinal (DII), a patologia que classicamente apresenta envolvimento perianal importante, com abscessos e fístulas complexas, é a Doença de Crohn, e não a Retocolite Ulcerativa. A Retocolite Ulcerativa é tipicamente limitada à mucosa colorretal e raramente causa doença perianal transmural.

Alternativa D: Incorreta. O quadro não é uma complicação de hemorroidas, mas sim um abscesso perianal agudo. O tratamento de um abscesso com sinais de sepse jamais deve ser conservador (pomadas e banhos de assento). A conduta correta e definitiva é a drenagem cirúrgica ampla e imediata para controle do foco infeccioso. O uso isolado de medidas clínicas neste cenário elevaria drasticamente o risco de complicações graves, como a Síndrome de Fournier.

Questão 30

O paciente em questão apresenta um quadro de hemorragia digestiva baixa (HDB) aguda e volumosa. Trata-se de um idoso com comorbidades importantes (hipertensão e diabetes) e uso de medicamentos que aumentam o risco de sangramento e dificultam a hemostasia (aspirina e clopidogrel).

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A angiotomografia (angio-TC) consolidou-se como uma ferramenta de primeira linha na avaliação da HDB aguda. É um exame rápido, não invasivo e amplamente disponível. Ela possui alta sensibilidade, sendo capaz de detectar extravasamento de contraste em taxas de sangramento tão baixas quanto 0,3 a 0,5 mL/min. Ao localizar com precisão o sítio do sangramento, a angio-TC permite que uma intervenção posterior, como a arteriografia terapêutica (angiografia) ou uma cirurgia segmentar, seja realizada com muito mais segurança e eficácia.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta porque o paciente apresenta critérios de alto risco. A idade avançada, o uso de dupla antiagregação plaquetária, a palidez cutânea, a taquipneia (FR 26 irpm) e a pressão arterial limítrofe indicam um estado que exige monitorização contínua. Mesmo que o sangramento tenha cessado momentaneamente, o risco de ressangramento volumoso é elevado. A alta hospitalar para investigação ambulatorial colocaria a vida do paciente em risco.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Embora a colonoscopia seja excelente para diagnóstico e tratamento, ela exige preparo de cólon para ser eficaz. Em um quadro de sangramento volumoso e agudo, a visualização da mucosa é frequentemente impedida pela presença de sangue e coágulos. Além disso, o paciente apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica inicial, e a colonoscopia, por ser um exame demorado e que exige sedação, não é a melhor forma inicial de determinar o local do sangramento neste momento crítico.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta por dois motivos fundamentais. Primeiro, a causa mais comum de hemorragia digestiva baixa volumosa e indolor em pacientes idosos é a doença diverticular, e não a neoplasia. Neoplasias de cólon costumam causar sangramento crônico (oculto) ou episódios de pequena monta. Segundo, a laparotomia é considerada uma conduta de exceção, indicada apenas quando o sangramento é persistente, causa instabilidade refratária e não pode ser controlado por métodos menos invasivos, como endoscopia ou radiologia intervencionista.

Resumo do manejo: Em casos de HDB volumosa com o paciente apresentando sinais de choque ou instabilidade, a prioridade é a estabilização hemodinâmica imediata (ressuscitação volêmica), seguida de exames de imagem rápidos como a angio-TC

para localização do foco hemorrágico, guiando a terapia definitiva.

Questão 31

A questão apresenta um caso clínico de câncer gástrico avançado em um paciente de 52 anos. Os sinais de alarme (perda ponderal, vômitos por obstrução pilórica e hematêmese) associados ao achado endoscópico de lesão úlcero-infiltrativa e histopatológico de adenocarcinoma tipo intestinal de Lauren direcionam para a necessidade de um estadiamento rigoroso.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta/Gabarito): Esta alternativa está errada por dois motivos principais. Primeiro, a classificação de Borrmann é uma descrição macroscópica (feita pela endoscopia) e não define, por si só, o estadiamento TNM (Tumor, Linfonodo, Metástase). Embora uma lesão Borrmann III (ulcerada e infiltrativa) sugira um tumor avançado (que ultrapassa a submucosa), não se pode afirmar categoricamente que o estadiamento mínimo é T3N2Mx apenas pela aparência visual. O envolvimento linfonodal (N) e a profundidade exata da invasão na parede gástrica (T) só podem ser determinados com precisão por exames de imagem específicos ou pela análise patológica da peça cirúrgica. Não existe uma correlação direta obrigatória entre Borrmann III e o estágio N2.

Alternativa B (Correta): A laparoscopia de estadiamento é uma ferramenta fundamental em casos de câncer gástrico que parecem ser ressecáveis nos exames de imagem iniciais, mas que apresentam sinais de doença avançada (como tumores T3 ou T4). Ela é indicada para detectar metástases peritoneais que a tomografia não consegue visualizar (carcinomatose oculta). Durante o procedimento, realiza-se o lavado peritoneal para análise citológica; a presença de células neoplásicas no lavado é considerada doença metastática (M1), o que muda completamente a conduta terapêutica.

Alternativa C (Correta): A ecoendoscopia (ultrassonografia endoscópica) é, de fato, o padrão-ouro para o estadiamento local do câncer gástrico. Ela possui alta acurácia para definir a profundidade da invasão do tumor nas camadas da parede do estômago (estadiamento T) e para avaliar linfonodos suspeitos imediatamente adjacentes ao órgão (estadiamento N), superando a tomografia computadorizada nesses quesitos específicos.

Alternativa D (Correta): A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste é o primeiro exame a ser solicitado para o estadiamento sistêmico. No entanto, ela possui limitações conhecidas: tem baixa sensibilidade para detectar

implantes peritoneais pequenos (menores que 0,5 cm) e apresenta dificuldade em diferenciar linfonodos apenas aumentados de tamanho (reacionais) de linfonodos efetivamente acometidos por metástases. Por isso, a TC é frequentemente complementada pela laparoscopia e, em alguns casos, pela ecoendoscopia.

Questão 32

Análise do Caso Clínico:

O caso descreve uma paciente de 38 anos com um achado incidental em exame de imagem (incidentaloma hepático). As características apresentadas são fundamentais para o diagnóstico diferencial das lesões hepáticas benignas:

1. Ultrassonografia: Imagem hiperecoica e homogênea. Este é o aspecto clássico do hemangioma à USG.
2. Tomografia Computadorizada (TC): Lesão com densidade de vasos sanguíneos e preenchimento centrípeto pelo contraste (realce nodular periférico que progride para o centro da lesão). Este padrão de "enchimento" é patognomônico do hemangioma cavernoso.
3. Quadro Clínico e Laboratorial: Paciente assintomática com exames de função hepática e marcadores de necrose/colestase normais, o que reforça a natureza benigna e a ausência de hepatopatia de base.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A descrição radiológica não corresponde à Hiperplasia Nodular Focal (HNF). Na TC, a HNF geralmente apresenta-se como uma lesão com realce arterial intenso e homogêneo, frequentemente com uma cicatriz central que não capta contraste precocemente. Além disso, tanto o hemangioma quanto a HNF são lesões benignas com risco de malignização praticamente nulo, não havendo indicação de hepatectomia para lesões assintomáticas e pequenas.

Alternativa B (Incorreta): Embora metástases devam ser consideradas em massas hepáticas, o padrão de preenchimento centrípeto e a densidade igual à dos vasos sanguíneos são muito específicos para hemangioma. Além disso, a paciente é jovem, está em excelente estado geral, não possui sintomas constitucionais e os exames laboratoriais são normais, o que torna a hipótese de neoplasia metastática com sítio primário oculto (como cólon) muito improvável.

Alternativa C (Incorreta): As características radiológicas descritas não são ambíguas; elas são clássicas para o diagnóstico de hemangioma. A biópsia percutânea é formalmente contraindicada quando há suspeita de hemangioma devido ao alto risco de hemorragia grave, uma vez que a lesão é composta por emaranhados de vasos sanguíneos e espaços cavernosos. O diagnóstico deve ser firmado por exames de

imagem (TC ou Ressonância).

Alternativa D (Correta): A TC com contraste, ao demonstrar o realce periférico e o preenchimento centrípeto (globular enhancement), é altamente fidedigna para o diagnóstico de hemangioma. Em pacientes assintomáticos com lesões menores que 5 cm e características típicas, a conduta é expectante (observação). A Ressonância Magnética (RM) é, de fato, o exame com maior sensibilidade e especificidade para lesões hepáticas, apresentando no hemangioma o sinal de "lâmpada brilhante" (hipersinal acentuado em T2).

Conclusão:

O diagnóstico é Hemangioma Hepático. Por ser uma lesão benigna, sem risco de malignização e, no caso, assintomática e de tamanho moderado (4 cm), não requer intervenção cirúrgica, apenas acompanhamento ou alta se o diagnóstico for inequívoco.

Questão 33

Esta é uma questão clássica sobre o atendimento inicial ao paciente pediátrico queimado, abordando critérios de internação, primeiros socorros, reposição volêmica e o uso de coloides.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): A indicação de internação hospitalar para crianças segue critérios bem definidos. No caso de crianças (especialmente aquelas com menos de 30 kg), queimaduras de segundo grau (presença de bolhas) que ultrapassam 10 por cento da Superfície Corporal Queimada (SCQ) exigem ambiente hospitalar. Além disso, a localização em áreas nobres ou funcionais, como a face (hemiface e hemicrânio), reforça a necessidade de internação para manejo de vias aéreas, dor e curativos específicos.

Alternativa B (Incorreta - Gabarito): Esta afirmação é considerada a incorreta porque o uso de coloides (como a albumina) não é terminantemente contraindicado nas primeiras horas, especialmente em pediatria. Embora a reposição inicial seja feita preferencialmente com cristaloides (Ringer lactato), muitos protocolos pediátricos modernos recomendam a introdução de coloides após as primeiras 8 a 12 horas da injúria se o paciente apresentar necessidade de volumes muito altos de cristaloides (fenômeno conhecido como fluid creep). O objetivo do coloide é justamente aumentar a pressão oncótica e reduzir o edema generalizado, e não o contrário. Além disso, as complicações citadas (ascite e derrame pleural) são mais frequentemente associadas ao excesso de cristaloides do que ao uso racional de coloides.

Alternativa C (Correta): O resfriamento da área queimada com água corrente em temperatura ambiente (não gelada) por aproximadamente 20 minutos é a medida de primeiros socorros mais eficaz. Essa ação interrompe a progressão térmica do dano tecidual (o calor continua queimando por alguns minutos após o contato inicial), promove analgesia imediata e reduz a profundidade final da ferida, melhorando o prognóstico.

Alternativa D (Correta): O cálculo do volume de ressuscitação em crianças pode variar conforme a fórmula utilizada. Se utilizarmos a fórmula de Parkland modificada ou a de Brooke (2 ml a 4 ml por kg por por cento de SCQ), o valor se aproxima do descrito. Calculando a SCQ aproximada: Hemiface/Hemicrânio (9 por cento) + Braço/Ombro (9 por cento) + Dorso/Região Lombar (18 por cento) = 36 por cento de SCQ.

Cálculo: $2 \text{ ml} \times 14 \text{ kg} \times 36 = 1.008 \text{ ml}$. O valor de 1.100 ml é uma estimativa aproximada aceitável para as primeiras 24 horas de reposição (além do volume de manutenção/Holliday-Segar, que deve ser somado em pediatria). O ponto mais importante da alternativa é a ressalva de que o débito urinário é o guia real da infusão, devendo-se manter entre 0,5 a 1,0 ml/kg/hora em crianças.

Resumo: A alternativa B está incorreta porque a medicina baseada em evidências e protocolos de grandes centros de queimados permitem e, por vezes, recomendam o uso de coloides para evitar o edema maciço causado pelo excesso de cristaloides, invalidando a afirmação de contraindicação absoluta pelos motivos expostos.

Questão 34

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): A classificação de Nyhus é utilizada para categorizar as hérnias da região inguinal com base na anatomia e na apresentação. Os tipos I e II referem-se a hérnias indiretas (anel interno normal ou dilatado, respectivamente). O tipo III refere-se a defeitos na parede posterior, sendo IIIa para hérnias diretas, IIIb para indiretas grandes/inguino-escrotais ou por deslizamento, e IIIc para hérnias femorais. O tipo IV é reservado especificamente para hérnias recidivantes (aquelas que voltaram após uma cirurgia prévia). Como o paciente apresenta uma hérnia primária, o diagnóstico de Nyhus IV está incorreto.

Alternativa B (Incorreta): A técnica de Lichtenstein é o reforço da parede posterior com tela (tension-free) e é considerada o padrão-ouro para o tratamento das hérnias inguinais na maioria das diretrizes mundiais. Não há contraindicação baseada na idade ou no tempo de evolução do paciente para o uso desta técnica. Pelo contrário,

sua baixa taxa de recidiva e a possibilidade de ser realizada sob diferentes tipos de anestesia tornam-na excelente para pacientes idosos.

Alternativa C (Incorreta): O termo domiciliação ou perda de domicílio refere-se a hérnias gigantes nas quais a maior parte das vísceras abdominais reside no saco herniário, perdendo o espaço na cavidade abdominal original. O caso descreve uma hérnia de moderado volume e, crucialmente, redutível. Hérnias redutíveis e sem sinais de estrangulamento ou encarceramento agudo não são emergências médicas e devem ser tratadas de forma eletiva após compensação de comorbidades.

Alternativa D (Correta): Esta alternativa aborda a importância da avaliação pré-operatória global. Fatores que elevam a pressão intra-abdominal aumentam o risco de falha cirúrgica e recidiva da hérnia. Nictúria e jato fraco sugerem hiperplasia prostática (esforço miccional); constipação gera esforço evacuatório; e a tosse crônica (comum em fumantes) gera picos de pressão abdominal. O tabagismo também compromete a síntese de colágeno e a cicatrização. A orientação de cessar o tabagismo por cerca de 2 meses (8 semanas) visa reduzir complicações pulmonares e otimizar a biologia tecidual para receber a prótese (tela).

Questão 35

Análise da Questão:

O paciente em questão apresenta sinais de alerta para o câncer de próstata: idade (60 anos), PSA elevado (7 ng/ml) e, principalmente, um toque retal alterado (área endurecida). Os sintomas urinários obstrutivos (jato fraco, noctúria, gotejamento) são comuns tanto na hiperplasia prostática benigna (HPB) quanto no câncer de próstata. Diante desse cenário clínico, o objetivo é identificar a alternativa que apresenta uma conduta ou conceito incorreto.

Alternativa a) Correta. A combinação de PSA alterado (acima de 4 ng/ml) e toque retal suspeito é uma indicação clássica de biópsia. O ultrassom transretal é a ferramenta padrão utilizada para guiar a agulha de biópsia e obter os fragmentos necessários para o diagnóstico de adenocarcinoma de próstata.

Alternativa b) Correta. O score de Gleason é o principal parâmetro histopatológico para definir o prognóstico do câncer de próstata. Ele avalia o grau de diferenciação celular e a arquitetura do tecido tumoral. Por meio dele, juntamente com o PSA e o estadiamento clínico, os médicos classificam o risco do paciente (baixo, intermediário ou alto), o que dita a agressividade do tratamento.

Alternativa c) INCORRETA (Gabarito). Esta alternativa apresenta múltiplos erros

conceituais:

1. Idade e Comorbidades: aos 60 anos, o paciente é considerado jovem para o diagnóstico de câncer de próstata e, se tiver uma boa expectativa de vida (geralmente acima de 10 anos), a cirurgia (prostatectomia radical) é uma das principais opções curativas. Hipertensão e diabetes não são contraindicações absolutas para o tratamento cirúrgico.
2. Terapia Hormonal: o câncer de próstata é um tumor hormônio-dependente que se alimenta de androgênios (testosterona). Portanto, o tratamento hormonal consiste na terapia de privação androgênica (antiandrogênica), e não antiestrogênica.
3. Quimioterapia: a quimioterapia não é o tratamento de escolha para doença localizada. Ela é reservada habitualmente para casos metastáticos ou quando a doença se torna resistente à castração hormonal.

Alternativa d) Correta. O estadiamento locorregional é fundamental após o diagnóstico biópsico. É preciso verificar se o tumor está confinado à próstata ou se invade estruturas adjacentes, como vesículas seminais e colo vesical, além de avaliar linfonodos. A Ressonância Magnética Multiparamétrica (RMmp) é atualmente o exame de escolha para essa avaliação detalhada da anatomia pélvica e da extensão tumoral.

Questão 36

Alternativa (a) INCORRETA: Esta é a alternativa que deve ser assinalada, pois descreve a técnica de Seldinger de forma equivocada. Na técnica de Seldinger, após a punção com a agulha e a progressão do fio-guia, a agulha é retirada, mas o fio-guia deve permanecer no interior do vaso. O cateter venoso central é então inserido sobre o fio-guia (que serve como um trilho). O fio-guia só deve ser removido após o cateter já estar devidamente posicionado dentro da veia. Retirar o fio-guia antes da inserção do cateter faria com que o examinador perdesse o trajeto alcançado, impossibilitando a finalização do procedimento.

Alternativa (b) CORRETA: A literatura médica e as diretrizes de controle de infecção (como as do CDC) demonstram que a veia femoral apresenta taxas mais elevadas de colonização bacteriana e infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter devido à proximidade com a região inguinal e maior umidade local. Além disso, o sítio femoral está associado a um risco aumentado de trombose venosa profunda em comparação aos sítios cervical e subclávio.

Alternativa (c) CORRETA: O uso da ultrassonografia à beira-leito (POCUS) para guiar a punção venosa central é atualmente o padrão-ouro, especialmente para a veia jugular interna. A visualização direta da veia, das estruturas adjacentes (como a artéria carótida) e da agulha entrando no vaso reduz drasticamente o número de

tentativas, o risco de punção arterial acidental e a incidência de pneumotórax.

Alternativa (d) CORRETA: Devido à proximidade anatômica da veia subclávia com a cúpula pleural e o ápice pulmonar, o risco de pneumotórax é inerentemente maior nesse sítio do que na veia jugular interna. Na punção da jugular, o trajeto da agulha é mais distante da pleura, o que torna as complicações mecânicas pulmonares menos frequentes, embora ainda possíveis.

Questão 37

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clínico misto que sugere tanto Insuficiência Cardíaca Congestiva (edema de membros inferiores, ritmo de galope, cardiomegalia) quanto uma possível pneumonia aspirativa (consolidação para-hilar esquerda, derrame pleural unilateral à esquerda, histórico de AVC e institucionalização). Diante de um derrame pleural unilateral de etiologia incerta ou em paciente com sinais sistêmicos, a toracocentese diagnóstica é fundamental para diferenciar transudato de exsudato.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve os Critérios de Light para identificar um transudato. Na insuficiência cardíaca, o líquido pleural é tipicamente um transudato, caracterizado por baixa concentração de proteínas (geralmente abaixo de 3,0 g/dL) e baixa relação de DHL (líquido/soro menor que 0,6). Os valores citados (proteína abaixo de 2,9 e relação de DHL menor que 0,5) estão dentro dos parâmetros que suportam a hipótese de transudato por ICC.

Alternativa B (Correta): Os dados apresentados indicam um exsudato (relação de proteína maior que 0,5). Quando um derrame pleural ocorre associado a uma infecção pulmonar e apresenta pH menor que 7,2 ou evidência de septações/complexidade ao ultrassom, ele é classificado como derrame pleural parapneumônico complicado. Nesses casos, o consenso médico indica a necessidade de drenagem fechada de tórax, pois o líquido dificilmente será resolvido apenas com antibioticoterapia.

Alternativa C (Incorreta/Gabarito): Esta afirmação está incorreta e é o gabarito da questão. Estudos clínicos modernos (como o ensaio MIST-1) e as diretrizes da British Thoracic Society demonstram que drenos de pequeno calibre (cateteres pigtail de 10 a 14 French) são tão eficazes quanto os drenos calibrosos tradicionais para drenar coleções infectadas, com a vantagem de causarem significativamente menos dor e desconforto ao paciente. Portanto, não há preferência sistemática pelos drenos mais calibrosos sob a justificativa de maior efetividade.

Alternativa D (Correta): A ultrassonografia é ferramenta indispensável no manejo do derrame pleural. Ela supera a radiografia na detecção de pequenas quantidades de líquido, permite identificar a presença de septos e debris (sugerindo exsudatos complicados) e, principalmente, aumenta a segurança do procedimento de toracocentese, reduzindo drasticamente o risco de pneumotórax iatrogênico por permitir a visualização em tempo real da agulha e da anatomia local.

Gabarito: Alternativa C.

Questão 38

Para resolver esta questão, é fundamental avaliar o escore de risco para tromboembolismo venoso (TEV) no paciente cirúrgico, utilizando critérios como o Escore de Caprini. O paciente apresenta múltiplos fatores: idade (55 anos), sobrepeso (IMC 28), cirurgia abdominal de grande porte e a presença de neoplasia maligna ativa.

Análise das alternativas:

A) Esta alternativa está correta. A presença de câncer (neoplasia maligna) associada a uma cirurgia de grande porte abdominal (mesmo que laparoscópica) e fatores como idade e sobrepeso classificam o paciente no grupo de alto/altíssimo risco. De acordo com o escore de Caprini, pacientes com pontuação igual ou superior a 5 são considerados de altíssimo risco para eventos tromboembólicos.

B) Esta alternativa está INCORRETA (Gabarito). O fato de o perfil de coagulação (TAP, TTPA, plaquetas) estar normal não indica que o paciente esteja livre do risco de TEV; esses exames avaliam a via de coagulação para riscos de sangramento, não o estado de hipercoagulabilidade induzido pelo câncer e pela cirurgia. Além disso, em cirurgias oncológicas abdominais ou pélvicas de grande porte, as principais diretrizes mundiais (como ACCP e ASCO) recomendam a profilaxia estendida por até 28 dias (4 semanas), mantendo o uso da medicação mesmo após a alta hospitalar.

C) Esta alternativa está correta. Para pacientes classificados como alto ou altíssimo risco, a conduta padrão-ouro é a profilaxia combinada: farmacológica (geralmente heparina de baixo peso molecular, como a enoxaparina) e mecânica (meias de compressão ou dispositivos de compressão pneumática intermitente), visando maximizar a proteção contra a estase venosa e a hipercoagulabilidade.

D) Esta alternativa está correta. Medidas gerais e o controle de fatores de risco modificáveis são essenciais no período perioperatório. A interrupção do tabagismo melhora a microcirculação e a função pulmonar, enquanto a deambulação precoce é

uma das medidas mais eficazes e simples para prevenir a estase sanguínea nos membros inferiores, reduzindo diretamente a incidência de trombose venosa profunda.

Questão 39

O quadro clínico descrito — paciente jovem com massa cística na linha média cervical, ao nível do osso hioide e que se move à deglutição — é a apresentação clássica do cisto do ducto tireoglosso. Esta é a anomalia congênita cervical mais comum na infância.

Alternativa a (Incorreta): A descrição de herniação do saco laríngeo refere-se à laringocele. As laringoceles podem ser internas ou externas (atravessando a membrana tireo-hioidea), mas geralmente se apresentam como massas laterais e podem variar de tamanho com a manobra de Valsalva, não sendo a principal hipótese para uma massa de linha média que se move com a deglutição em uma criança.

Alternativa b (Correta): O cisto do ducto tireoglosso ocorre devido à falha na involução do ducto que marca o caminho de descida da glândula tireoide, desde a base da língua (forame cego) até sua posição definitiva no pescoço anterior. Como o ducto possui uma relação íntima com o desenvolvimento do osso hioide, o tratamento cirúrgico definitivo é a Operação de Sistrunk. Este procedimento envolve a ressecção do cisto, de todo o trajeto do ducto até a base da língua e, obrigatoriamente, da porção central do osso hioide, medida fundamental para reduzir as taxas de recidiva.

Alternativa c (Incorreta): A descrição refere-se a uma rânula (extravasamento de glândula salivar). As rânulas localizam-se no assoalho da boca. Mesmo em sua forma mergulhante (que atinge o pescoço), elas se posicionam lateralmente no espaço submandibular e não apresentam a relação clássica de mobilidade com a deglutição e localização na linha média hioidea como o cisto tireoglosso.

Alternativa d (Incorreta): Cistos derivados do 2º arco branquial são anomalias congênitas comuns, porém localizam-se na face lateral do pescoço, especificamente ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastoideo. Além disso, o tratamento padrão é a exérese cirúrgica completa, e não a injeção de substâncias esclerosantes como conduta primária.

Questão 40

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta uma criança de 2 anos com quadro de pneumonia complicada por derrame pleural parapneumônico (saída de secreção seropurulenta indica empiema). Após 7 dias de drenagem, houve melhora clínica e laboratorial evidente. No entanto, o exame físico e as radiografias revelam um dado crucial: a presença de fuga aérea (borbulhamento/escape de ar pelo dreno) exacerbada pelo choro e pela inspiração profunda, associada a um pneumotórax persistente ("residual") mesmo com o dreno posicionado e oscilante.

A presença de ar no espaço pleural que persiste ou surge durante o tratamento de uma pneumonia/empiema, manifestando-se como fuga aérea no sistema de drenagem, é o sinal clássico de uma Fístula Broncopleural (FBP).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): Embora o componente infeccioso (empiema) esteja em resolução, a drenagem não pode ser retirada. O dreno de tórax só deve ser removido quando não há mais débito líquido significativo e, fundamentalmente, quando não há mais fuga aérea por pelo menos 24 a 48 horas. Retirar o dreno com fuga aérea ativa resultará em recidiva imediata do pneumotórax, podendo evoluir para pneumotórax hipertensivo.

Alternativa B (Incorreta): O encarceramento pulmonar ocorre quando uma carapaça de fibrina impede a reexpansão do pulmão. Embora possa causar um espaço pleural residual, o sinal clínico que define a questão é a fuga aérea, que aponta para uma comunicação com a via aérea (fístula) e não apenas uma restrição mecânica. Além disso, a toracotomia urgente não é a conduta inicial para um paciente que está em franca melhora do estado geral.

Alternativa C (Incorreta): Pneumatocelos são lesões císticas de paredes finas que surgem no parênquima pulmonar durante a resolução de pneumonias (comumente por *S. aureus*). Embora uma pneumatocele possa romper e causar pneumotórax e fístula, a conduta de retirar o dreno na presença de fuga aérea é errônea e perigosa. O diagnóstico de pneumatocele é sugerido pela radiografia ou tomografia, mas a prioridade clínica é o manejo do espaço pleural.

Alternativa D (Correta): A descrição de fuga aérea (ar saindo pelo dreno ao tossir ou chorar) associada à manutenção de pneumotórax no raio X confirma o diagnóstico de Fístula Broncopleural. Nestes casos, o parênquima pulmonar sofreu uma necrose (pneumonia necrotizante) que estabeleceu um canal entre os brônquios e o espaço

pleural. A conduta inicial correta é manter a drenagem torácica para garantir a expansão pulmonar e, se o pulmão não estiver totalmente expandido ou a fístula for de alto débito, instituir a aspiração contínua (pressão negativa controlada) para aproximar a pleura visceral da parietal e facilitar o fechamento do orifício fistuloso.

CONCLUSÃO

O diagnóstico é Fístula Broncopleural. A conduta requer a manutenção do dreno sob selo d'água e a consideração de aspiração contínua para favorecer a cicatrização da fístula e a reexpansão pulmonar completa. Portanto, a alternativa D é a correta.

Questão 41

A emese gravídica (náuseas e vômitos da gestação) é uma condição extremamente comum, atingindo até 80% das gestantes. O manejo segue uma escada terapêutica que prioriza a segurança fetal e a eficácia clínica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Embora a doxilamina seja um fármaco de primeira linha, as fenotiazinas (como a prometazina ou clorpromazina) são consideradas tratamentos de segunda ou terceira linha, reservadas para casos que não respondem à terapia inicial ou casos mais graves.

Alternativa b) CORRETA. De acordo com as principais diretrizes nacionais (FEBRASGO) e internacionais (ACOG), a associação de piridoxina (vitamina B6) e doxilamina (um anti-histamínico de primeira geração) é o tratamento farmacológico inicial de primeira escolha. Essa combinação apresenta o maior perfil de segurança para o feto e eficácia comprovada na redução dos sintomas leves a moderados. A piridoxina isolada também pode ser utilizada como o primeiro passo antes da associação.

Alternativa c) Incorreta. A piridoxina é de primeira linha, mas a ondansetrona (um antagonista dos receptores 5-HT₃) é geralmente reservada para casos refratários aos tratamentos iniciais. Além disso, existe discussão na literatura sobre o uso da ondansetrona no primeiro trimestre devido a potenciais riscos (embora baixos) de malformações, como fendas palatinas.

Alternativa d) Incorreta. Conforme explicado anteriormente, a ondansetrona não é considerada droga de primeira linha no tratamento inicial da emese gravídica, devendo ser utilizada apenas quando outras terapias falharem.

RESUMO DO PROTOCOLO:

1. Medidas dietéticas e mudança de estilo de vida (fracionamento das refeições, evitar gatilhos).
2. Primeira linha farmacológica: piridoxina isolada ou associada à doxilamina.
3. Segunda linha: anti-histamínicos (como o dimenidrinato) ou dopaminérgicos (metoclopramida).
4. Terceira linha/Casos graves: ondansetrona ou corticosteroides (estes últimos apenas após a 10ª semana de gestação).

Questão 42**CONTEÚDO DA QUESTÃO E CONTEXTO:**

O caso clínico descreve uma gestante com múltiplos fatores de risco para pré-eclâmpsia (PE): idade avançada (42 anos) e primiparidade. No rastreamento combinado do primeiro trimestre (realizado entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias), que associa fatores maternos, pressão arterial média e Doppler das artérias uterinas, foi identificado um risco de 1/40. Na obstetrícia moderna, um risco superior a 1/100 é considerado alto, indicando a necessidade de intervenção profilática.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa segue rigorosamente os protocolos nacionais (Febrasgo) e internacionais (FIGO/ACOG) para prevenção de pré-eclâmpsia. O ácido acetilsalicílico (AAS) em baixas doses (100 a 150 mg) deve ser iniciado precocemente, idealmente antes da 16ª semana de gestação, para interferir positivamente no processo de placentação e reduzir a incidência de PE pré-termo. A recomendação de uso noturno visa a otimizar o efeito cronoterápico da droga, e a suspensão na 36ª semana visa a reduzir riscos hemorrágicos no momento do parto.

Alternativa B (INCORRETA): A eficácia do AAS na prevenção da pré-eclâmpsia está diretamente ligada ao seu início precoce. Esperar até a 20ª semana para reavaliar e decidir pela prescrição faz com que se perca a principal janela de oportunidade terapêutica (que é antes da 16ª semana), quando ocorre a finalização da segunda onda de invasão trofoblástica.

Alternativa C (INCORRETA): Embora o início esteja correto, a interrupção na 20ª semana é um erro. O benefício do AAS deve ser estendido até o final da gestação (36 semanas), independentemente de exames de Doppler subsequentes estarem normais. A normalização do Doppler não exclui o risco de desenvolvimento tardio da doença.

Alternativa D (INCORRETA): O AAS é uma medicação de prevenção primária, ou seja,

deve ser usada antes que a doença se manifeste. Se o médico aguardar o aumento dos níveis pressóricos para iniciar a medicação, ele estará tratando uma condição já estabelecida, momento em que o AAS não possui mais eficácia para alterar o desfecho placentário ou reverter a pré-eclâmpsia. Além disso, o acompanhamento em pré-natal de alto risco é indicado, mas não substitui a profilaxia medicamentosa.

Questão 43

Para resolver essa questão, devemos analisar os dados clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos apresentados.

Análise do quadro clínico:

1. Amenorreia e Sangramento: A paciente tem 12 semanas de amenorreia, o que sugere uma gestação de primeiro trimestre. O sangramento vaginal indica uma intercorrência gestacional.
2. Exame Físico (Toque Vaginal): O útero encontra-se intrapélvico. Em uma gestação de 12 semanas, o útero normalmente já seria palpável acima da sínfise púbica. Um útero pequeno para a idade gestacional sugere que o conteúdo uterino já foi expelido ou que a gestação não se desenvolveu.
3. Ultrassonografia: O eco endometrial de 5,3 mm é considerado fino. Na prática obstétrica, um eco endometrial menor que 10 mm (ou 15 mm, a depender do protocolo) após um sangramento gestacional é um sinal clássico de cavidade uterina vazia. Além disso, a ausência de saco gestacional confirma que não há mais produto conceptual no útero.
4. Beta-hCG: Houve uma queda nos níveis de 3.500 mUI/mL para 2.000 mUI/mL. Níveis decrescentes de hCG confirmam uma gestação não evolutiva e em processo de resolução.

Análise das alternativas:

- a) Abortamento retido: Incorreto. No abortamento retido, o produto da concepção (saco gestacional e/ou embrião sem batimentos) permanece dentro da cavidade uterina. O eco endometrial seria condizente com a presença desses tecidos, e não apresentaria um valor fino de 5,3 mm.
- b) Abortamento evitável (ou Ameaça de abortamento): Incorreto. Caracteriza-se por sangramento vaginal com colo uterino fechado, mas a gestação ainda é viável. A ultrassonografia mostraria um saco gestacional íntegro e, geralmente, um embrião com batimentos cardíacos presentes. O Beta-hCG tenderia a subir ou se manter estável, e não cair.
- c) Abortamento completo: Correto. É a expulsão total do conteúdo uterino. Os

critérios que definem esta alternativa na questão são: o útero de tamanho normal (intrapélvico), a queda nos níveis de Beta-hCG e, fundamentalmente, o eco endometrial fino (5,3 mm) observado na ultrassonografia, indicando que não há restos ovulares.

d) Abortamento incompleto: Incorreto. No abortamento incompleto, parte do conteúdo gestacional é expelido, mas ainda restam tecidos (restos ovulares) no útero. Nesses casos, a ultrassonografia revelaria um eco endometrial espessado (geralmente acima de 15 mm) e heterogêneo, diferente do eco de 5,3 mm relatado.

Questão 44

Para compreender os fatores de risco para a gravidez ectópica, é necessário identificar condições que prejudicam o transporte do óvulo fertilizado através da trompa de Falópio ou que alteram o ambiente tubário, favorecendo a implantação extrauterina.

Alternativa (a) Incorreta. A endometriose é um fator de risco real, pois pode causar aderências pélvicas e distorções anatômicas nas trompas. No entanto, o mioma submucoso não está associado à gravidez ectópica. Os miomas submucosos crescem para dentro da cavidade uterina e estão mais relacionados a quadros de infertilidade, sangramento uterino anormal e abortamentos de repetição.

Alternativa (b) Correta. O tabagismo é um dos principais fatores de risco, pois a nicotina e outras substâncias reduzem a atividade ciliar e alteram a contratilidade da musculatura lisa das trompas, retardando o transporte do embrião. O uso de pílulas de progesterona isolada (minipílulas) também é um fator de risco clássico. A progesterona em doses baixas diminui a frequência das contrações tubárias e a motilidade dos cílios, o que pode fazer com que o embrião se implante na trompa antes de chegar ao útero.

Alternativa (c) Incorreta. A multiparidade não aumenta o risco de gravidez ectópica; pelo contrário, a nuliparidade ou a dificuldade de engravidar são frequentemente citadas em prontuários de pacientes com ectópica. Sobre a anticoncepção de emergência, embora existam relatos isolados, os grandes estudos epidemiológicos não a consideram um fator de risco primário, uma vez que o método atua evitando a gravidez de forma global.

Alternativa (d) Incorreta. Os anticoncepcionais combinados (estrogênio + progesterona) são fatores de proteção, pois inibem a ovulação, impedindo qualquer tipo de gestação. Sobre o DIU (Dispositivo Intrauterino), há um conceito importante para provas: o DIU é um excelente contraceptivo e reduz o risco ABSOLUTO de

gravidez ectópica quando comparado ao de mulheres que não usam nenhum método. Porém, caso ocorra uma falha rara do DIU e a paciente engravide, o risco RELATIVO de essa gestação ser ectópica é maior. Como a alternativa cita o anticoncepcional combinado como fator de risco, ela se torna incorreta.

Em resumo, a alternativa (b) concentra dois fatores que interferem diretamente na fisiologia tubária, facilitando a implantação fora do útero. Outros fatores importantes que o estudante deve lembrar são: história prévia de gravidez ectópica, cirurgia tubária anterior, doença inflamatória pélvica (DIP) e técnicas de reprodução assistida.

Questão 45

A questão aborda o tema da Doença Trofoblástica Gestacional, especificamente a fisiopatologia da Mola Hidatiforme.

Alternativa A (Correta): A mola hidatiforme parcial ocorre quando um óvulo normal (haploide - 23,X) é fecundado por dois espermatozoides (dispermia) ou por um espermatozoide que duplica seu material genético. Isso resulta em uma célula triploide, com 69 cromossomos (69,XXX, 69,XXY ou 69,XYY). Do ponto de vista anatomopatológico, a mola parcial caracteriza-se pela presença de tecido fetal e alguns vilos coriais normais entremeados a vilos hidrópicos.

Alternativa B (Incorreta): A mola hidatiforme completa ocorre quando um óvulo "vazio" (sem material genético materno funcional) é fecundado por um espermatozoide que duplica seu material genético (90% dos casos, resultando em 46,XX) ou por dois espermatozoides (10% dos casos, resultando em 46,XX ou 46,XY). O material genético é de origem puramente paterna (androgênese). Não há formação de tecido fetal, e todas as vilosidades são hidrópicas.

Alternativa C (Incorreta): A gemelaridade dicoriônica ocorre tipicamente na gestação dizigótica, em que dois óvulos distintos são fecundados por dois espermatozoides diferentes. Também pode ocorrer em gestações monozigóticas se a divisão do ovo ocorrer de forma muito precoce (até o 3º dia após a fecundação). A fecundação de um único óvulo por dois espermatozoides gera uma anomalia cromossômica (triploidia) e não uma gestação gemelar saudável.

Alternativa D (Incorreta): A gemelaridade monocoriônica ocorre apenas em gestações monozigóticas, quando um único óvulo é fecundado por um único espermatozoide e o zigoto resultante se divide entre o 4º e o 8º dia após a fecundação. Assim como na alternativa anterior, o mecanismo de dispermia (dois espermatozoides em um óvulo) não leva ao desenvolvimento de gêmeos, mas sim à formação de uma mola parcial.

Questão 46

Análise do caso clínico:

A questão apresenta uma paciente de 40 anos com histórico obstétrico de risco (Gestação VI, Para III com cesarianas e dois abortos com curetagem). As cicatrizes uterinas prévias, tanto de cesarianas quanto de curetagens, são os principais fatores de risco para anomalias de inserção e invasão placentária. Os achados ultrassonográficos descritos são clássicos: a localização do saco gestacional no segmento inferior no primeiro trimestre é um preditor precoce, enquanto a presença de lagos placentários com fluxo turbulento ao Doppler, o adelgaçamento do miométrio e a perda da interface entre a serosa uterina e a bexiga no segundo trimestre indicam invasão tecidual profunda.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A placenta prévia parcial diz respeito exclusivamente à localização da placenta em relação ao orifício interno do colo uterino (cobrindo-o parcialmente). Embora o acretismo placentário ocorra frequentemente em placentas de inserção baixa, a placenta prévia por si só não explica o adelgaçamento do miométrio nem a invasão da interface com a bexiga, que são sinais de invasão e não apenas de posicionamento.

Alternativa b) Correta. O termo Espectro da Placenta Acreta (EPA) engloba os diferentes graus de invasão trofoblástica: acreta (aderida ao miométrio), increta (invade o miométrio) e percreta (atravessa a serosa, podendo atingir órgãos adjacentes como a bexiga). Os sinais descritos, como a irregularidade na interface útero-bexiga e os lagos vasculares com fluxo turbulento, são marcadores ultrassonográficos de alta especificidade para essa patologia, refletindo a perda da fronteira decidual normal e a neovascularização agressiva.

Alternativa c) Incorreta. A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), como a mola hidatiforme, costuma apresentar-se na ultrassonografia com o aspecto de "tempestade de neve" ou múltiplas imagens anecoicas (vesículas), níveis de beta-hCG desproporcionalmente altos e, frequentemente, ausência de saco gestacional ou feto viável, o que não condiz com a descrição de uma placenta evoluindo no segundo trimestre.

Alternativa d) Incorreta. O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) é um evento agudo caracterizado pela separação da placenta da parede uterina antes do nascimento, manifestando-se clinicamente com dor abdominal súbita, hipertonia uterina e sangramento. Na ultrassonografia, o achado típico seria um hematoma retroplacentário, e não sinais de invasão miometrial ou vascularização turbulenta

crônica.

Questão 47

Para determinar a zigosidade em uma gestação gemelar, devemos diferenciar as características que indicam o tipo de placentação (corionicidade e amnionicidade) daquelas que indicam a origem genética dos fetos.

Alternativa a: Incorreta. A presença de duas placentas caracteriza uma gestação dicoriônica. Embora todas as gestações dizigóticas (dois óvulos) sejam dicoriônicas, cerca de 25% a 30% das gestações monozigóticas (um óvulo que se divide precocemente, nos primeiros 3 dias) também apresentam duas placentas e dois córios. Portanto, ter duas placentas confirma a dicorionicidade, mas não garante a dizigosidade.

Alternativa b: Incorreta. Duas cavidades amnióticas ocorrem em todas as gestações dizigóticas e também na grande maioria das monozigóticas (tanto nas dicoriônicas quanto nas monocoriônicas diamnióticas). Este achado é comum a quase todos os tipos de gemelaridade, não servindo para diferenciar a origem genética.

Alternativa c: Incorreta. O número de vesículas vitelínicas geralmente acompanha o número de sacos amnióticos. Assim como ocorre com as cavidades amnióticas, encontrar duas vesículas vitelínicas é o padrão tanto para gêmeos dizigóticos quanto para a maioria dos monozigóticos, não sendo um critério de diagnóstico para dizigosidade.

Alternativa d: Correta. Gêmeos dizigóticos (fraternos) são formados pela fertilização de dois óvulos distintos por dois espermatozoides diferentes. Eles possuem materiais genéticos independentes, como irmãos de gestações diferentes, o que permite que tenham sexos diferentes. Por outro lado, gêmeos monozigóticos derivam da divisão de um único zigoto e, portanto, compartilham o mesmo patrimônio genético e o mesmo sexo biológico. Dessa forma, a discordância de sexo entre os fetos é uma prova definitiva de que a gestação é dizigótica.

Questão 48

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar as complicações que dependem de uma placenta compartilhada (monocoriônicas) das que podem ocorrer quando há duas placentas independentes (dicoriônicas). Nas gestações dicoriônicas, cada feto possui seu próprio disco placentário e seu próprio saco amniótico, o que significa que não existem comunicações vasculares (anastomoses) entre as circulações dos dois fetos.

Alternativa A: Incorreta. A Sequência Anemia-Policitemia (TAPS) é uma complicação exclusiva das gestações monocoriônicas. Ela ocorre devido à presença de anastomoses vasculares de calibre muito fino, que permitem uma transfusão lenta e crônica de sangue de um feto para o outro, resultando em anemia em um e policitemia no outro, sem necessariamente haver alteração no volume de líquido amniótico.

Alternativa B: Incorreta. A Síndrome da Transfusão Feto-Fetal (STFF) também é exclusiva de gestações monocoriônicas. Ela é causada por um desequilíbrio no fluxo sanguíneo através de anastomoses arteriovenosas na placenta compartilhada. Como as gestações dicoriônicas possuem placentas separadas e sem conexões vasculares, essa síndrome não pode ocorrer.

Alternativa C: Correta. A Restrição de Crescimento Fetal Seletiva (RCFs) é a complicação mais frequente entre as listadas para gestações dicoriônicas. Ela ocorre em cerca de 10% a 15% dessas gestações e é geralmente causada por insuficiência placentária em uma das placentas ou por uma implantação inadequada de um dos discos placentários. Como cada feto tem sua própria fonte de nutrição, um pode crescer normalmente enquanto o outro sofre restrição por problemas exclusivos à sua unidade placentária.

Alternativa D: Incorreta. A Sequência de Perfusão Arterial Reversa (TRAP), também conhecida como feto acárdico, é uma complicação raríssima e exclusiva de gestações monocoriônicas. Nela, anastomoses vasculares de grande calibre permitem que um feto (o "bomba") mantenha a circulação de um feto malformado (o "acárdico"), o que é impossível em gestações dicoriônicas devido à separação completa das circulações.

Questão 49

A condução do período expulsivo deve ser pautada na assistência baseada em evidências científicas, visando minimizar traumas maternos e garantir a segurança do neonato. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. A episiotomia de rotina não é recomendada pelas principais diretrizes médicas mundiais (como a OMS e a FEBRASGO). Evidências demonstram que o uso rotineiro desse procedimento aumenta o risco de lacerações perineais graves (3º grau e 4º grau), além de elevar as taxas de infecção e dor no pós-parto. Atualmente, a episiotomia deve ser restrita a casos selecionados e criteriosamente avaliados.

Alternativa b: Incorreta. A manobra de Kristeller, que consiste na aplicação de

pressão no fundo do útero para acelerar a saída do feto, é uma prática proscrita na obstetrícia moderna. Ela está associada a riscos graves, como ruptura uterina, descolamento prematuro de placenta, lesões de órgãos internos maternos, além de aumentar o risco de lacerações perineais severas e traumas neonatais, como a paralisia do plexo braquial.

Alternativa c: Correta. Esta é a técnica conhecida como Hands-on. Ao manter a flexão controlada da cabeça fetal durante a coroação, o obstetra ou enfermeiro obstetra garante que a maior circunferência da cabeça não passe subitamente pelo anel vulvar. Essa proteção manual do períneo e o controle da velocidade de saída permitem que os tecidos se alonguem gradualmente, minimizando o risco de traumas e protegendo a cabeça fetal de descompressões bruscas.

Alternativa d: Incorreta. O puxo dirigido (manobra de Valsalva), onde a parturiente é orientada a prender a respiração e fazer força máxima, não é a técnica ideal para a proteção perineal. O puxo espontâneo é preferível, pois o Valsalva pode levar à exaustão materna, reduzir a oxigenação fetal e aumentar a pressão sobre o assoalho pélvico de forma não controlada, favorecendo lesões.

Portanto, a manutenção da flexão controlada e a saída gradual do polo cefálico representam a melhor conduta para a preservação da integridade perineal e neonatal.

Questão 50

Para a interpretação do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75 g de dextrosol na gestação, utilizamos os critérios da Sociedade Brasileira de Diabetes e do Ministério da Saúde. O diagnóstico é baseado nos seguintes valores de referência:

- Glicemia de jejum: Normal se menor que 92 mg/dL. Diabetes Gestacional se entre 92 e 125 mg/dL. Diabetes Mellitus (Overt Diabetes) se maior ou igual a 126 mg/dL.
- Glicemia de 1 hora: Diabetes Gestacional se maior ou igual a 180 mg/dL.
- Glicemia de 2 horas: Diabetes Gestacional se entre 153 e 199 mg/dL. Diabetes Mellitus (Overt Diabetes) se maior ou igual a 200 mg/dL.

A presença de apenas um valor alterado já é suficiente para o diagnóstico. No caso da paciente em questão (28ª semana):

- Jejum: 126 mg/dL (valor de Diabetes Mellitus).
- 1 hora: 181 mg/dL (valor de Diabetes Gestacional).
- 2 horas: 190 mg/dL (valor de Diabetes Gestacional).

Análise das alternativas:

a) Hiperglicemia: Incorreta. A hiperglicemia é um termo descritivo para o excesso de glicose no sangue, mas não constitui o diagnóstico clínico ou a nomenclatura oficial da patologia identificada no rastreamento pré-natal.

b) Exame Normal: Incorreta. Os três valores apresentados estão acima dos limites da normalidade para o período gestacional. O jejum deveria ser menor que 92 mg/dL, o valor de 1 h menor que 180 mg/dL e o de 2 h menor que 153 mg/dL.

c) Diabetes Mellitus: Incorreta (segundo o gabarito da questão). Tecnicamente, uma glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL preenche o critério para Diabetes Mellitus (também chamado de Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação ou Overt Diabetes). No entanto, em questões de prova que abordam o rastreamento realizado especificamente entre a 24ª e 28ª semana com o TOTG, os examinadores frequentemente utilizam o termo "Diabetes Gestacional" como resposta padrão para qualquer alteração no teste de 75 g.

d) Diabetes gestacional: Correta. É a definição dada à intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, que não preenche os critérios para diabetes mellitus prévio. Como os valores de 1 h (181 mg/dL) e 2 h (190 mg/dL) estão claramente dentro da faixa de Diabetes Gestacional, e o exame foi realizado no período clássico de rastreamento (28ª semana), esta é a alternativa considerada correta.

Conclusão: Embora o valor de jejum de 126 mg/dL seja limítrofe para Diabetes Mellitus tipo 2 (Overt Diabetes), a contextualização do exame na 28ª semana e as alterações nos tempos de 1 h e 2 h direcionam o diagnóstico para Diabetes Gestacional conforme o gabarito oficial.

Questão 51

Esta questão aborda o tratamento do mioma submucoso em pacientes com desejo reprodutivo. Os miomas submucosos (classificados como FIGO 0, 1 ou 2) são aqueles que distorcem a cavidade endometrial, sendo frequentemente associados a sangramento uterino anormal e prejuízos à fertilidade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Os agonistas do GnRH induzem um estado de hipogonadismo. Embora reduzam o volume do mioma e melhorem os níveis de hemoglobina, seu uso é recomendado apenas no pré-operatório por um curto período (3 a 6 meses). O tratamento de longo prazo é inviável devido aos efeitos colaterais semelhantes à

menopausa, como perda de massa óssea e sintomas vasomotores, e o mioma tende a retornar ao tamanho original após a interrupção do medicamento.

b) Incorreta. A histerectomia consiste na retirada do útero. Por ser um procedimento definitivo que impede a gestação, é contraindicada para pacientes que desejam preservar a fertilidade.

c) Correta. A miomectomia histeroscópica é considerada o padrão-ouro para o tratamento de miomas submucosos sintomáticos em mulheres que desejam engravidar. Trata-se de um procedimento minimamente invasivo que permite a remoção seletiva do tumor, preservando a integridade uterina e restaurando a anatomia da cavidade endometrial, o que otimiza as chances de uma futura gestação.

d) Incorreta. A embolização das artérias uterinas (EAU) é uma alternativa à cirurgia para mulheres que não desejam a histerectomia, mas não é a primeira linha para quem deseja engravidar. Existem preocupações sobre o impacto da EAU na reserva ovariana e na vascularização endometrial/placentária, o que pode aumentar o risco de complicações obstétricas. Portanto, para miomas acessíveis por histeroscopia, a miomectomia é preferível.

Questão 52

A abordagem terapêutica da neurosífilis é um tema recorrente em provas de residência e exige conhecimento sobre a farmacocinética dos antibióticos, especificamente sobre a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica. O *Treponema pallidum*, quando atinge o sistema nervoso central, exige concentrações séricas e líquóricas elevadas e constantes de antibiótico, o que dita a escolha da via de administração e do tipo de penicilina.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A azitromicina não é o tratamento de escolha para nenhum estágio da sífilis na prática clínica atual, especialmente devido ao alto índice de resistência bacteriana do *Treponema pallidum* aos macrolídeos. Além disso, não possui penetração adequada no sistema nervoso central para tratar a neurosífilis.

b) Incorreta. Embora a ceftriaxona possa ser utilizada como uma alternativa em casos de alergia à penicilina (em doses de 2 g IV ou IM por 10 a 14 dias), a dose de 1 g apresentada na alternativa é insuficiente. Além disso, a penicilina cristalina intravenosa permanece como o padrão-ouro e a primeira escolha absoluta para o tratamento da neurosífilis.

c) Incorreta. Esta é uma armadilha comum. A penicilina G benzatina (Benzetacil) é excelente para o tratamento de sífilis primária, secundária e latente, pois mantém níveis terapêuticos no sangue por um longo período. No entanto, ela possui baixíssima penetração no líquido cefalorraquidiano (LCR), sendo incapaz de eliminar o treponema do sistema nervoso central. Este esquema de três doses semanais é o tratamento indicado para sífilis latente tardia ou sífilis terciária sem acometimento nervoso.

d) Correta. A penicilina G cristalina (ou aquosa) é a única capaz de atingir as concentrações necessárias no LCR para o tratamento da neurosífilis. A dose recomendada é de 18 a 24 milhões de unidades por dia, administrada por via intravenosa. A divisão em doses a cada 4 horas (ou infusão contínua) é necessária devido à meia-vida curta da penicilina cristalina, garantindo a manutenção do nível terapêutico durante os 10 a 14 dias de tratamento recomendados pelos protocolos do Ministério da Saúde e do CDC.

Questão 53

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve uma paciente com sinais clássicos de Vaginose Bacteriana (VB). A Vaginose Bacteriana não é considerada uma infecção sexualmente transmissível (IST), mas sim uma disbiose da flora vaginal, em que há uma redução dos lactobacilos (que mantêm o pH ácido) e um supercrescimento de bactérias anaeróbias, principalmente a *Gardnerella vaginalis*.

Os pontos-chave para o diagnóstico clínico e laboratorial presentes na questão são:

1. Corrimento branco-acinzentado e homogêneo.
2. Odor fétido (semelhante a peixe), que piora após o coito ou menstruação devido à alcalinização do meio vaginal.
3. Presença de "clue cells" ou células-alvo na microscopia (células epiteliais com bordas mal definidas devido à aderência de inúmeras bactérias).

Esses achados compõem os Critérios de Amsel, utilizados para o diagnóstico de VB.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: CORRETA. O diagnóstico é de Vaginose Bacteriana. O tratamento de escolha, conforme os protocolos do Ministério da Saúde e do CDC, é o Metronidazol 500 mg por via oral, de 12 em 12 horas, durante 7 dias. Outras opções incluiriam o uso de Metronidazol em gel vaginal por 5 dias ou Clindamicina.

Alternativa B: INCORRETA. Embora o diagnóstico esteja correto, a Azitromicina não possui espectro de ação adequado contra os agentes anaeróbios da Vaginose Bacteriana. A Azitromicina 1 g em dose única é o tratamento de escolha para a infecção por *Chlamydia trachomatis* (Cervicite).

Alternativa C: INCORRETA. O diagnóstico de Tricomoníase é afastado pela descrição das "clue cells" (típicas da VB) e do aspecto do corrimento. Na Tricomoníase, o corrimento costuma ser amarelo-esverdeado, bolhoso, acompanhado de irritação vulvar e presença de protozoários móveis na microscopia. Além disso, a Azitromicina não trata a Tricomoníase.

Alternativa D: INCORRETA. A Tricomoníase não é o diagnóstico mais provável para este caso. Vale ressaltar que o Metronidazol 2 g em dose única é, de fato, o tratamento recomendado para a Tricomoníase, porém o quadro clínico de "clue cells" e odor de peixe sem sinais inflamatórios exuberantes define a Vaginose Bacteriana. No caso da VB, a dose de 2 g de Metronidazol apresenta taxas de cura inferiores e maiores índices de recorrência quando comparada ao esquema de 7 dias.

Questão 54

As inibinas são hormônios glicoproteicos produzidos pelas gônadas que desempenham um papel crucial na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, agindo especificamente no controle da secreção do hormônio folículo-estimulante (FSH). Existem dois tipos principais no ciclo menstrual: a Inibina A e a Inibina B.

Inibina B: É produzida pelas células da granulosa dos pequenos folículos antrais em crescimento durante a fase folicular inicial. Seus níveis aumentam logo no início do ciclo, estimulados pelo FSH, e servem como um marcador da reserva ovariana. A Inibina B exerce feedback negativo sobre a hipófise para reduzir a secreção de FSH.

Inibina A: Embora sua produção comece a aumentar no final da fase folicular pelo folículo dominante, sua principal fonte é o corpo lúteo. Seus níveis atingem o pico na metade da fase lútea, acompanhando a produção de progesterona.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A principal inibina produzida pelas células da granulosa dos diversos folículos em crescimento na fase folicular inicial é a Inibina B. A Inibina A é característica da fase lútea e do folículo dominante maduro.

Alternativa b) Correta. A Inibina A é o produto predominante do corpo lúteo durante a

fase lútea do ciclo menstrual. Ela atua, junto com a progesterona e o estradiol, na supressão do FSH durante esse período. Com a regressão do corpo lúteo (luteólise), os níveis de Inibina A caem, o que contribui para a elevação do FSH que recrutará novos folículos para o ciclo seguinte.

Alternativa c) Incorreta. No ciclo menstrual fisiológico, a Inibina B é secretada pelas células da granulosa ovariana. Embora a placenta produza inibinas durante a gravidez (com predominância da Inibina A), essa não é a origem principal da Inibina B no contexto do ciclo menstrual.

Alternativa d) Incorreta. A produção de Inibina B é estimulada pelo aumento do FSH no início do ciclo, e não inibida por ele. O que ocorre é a relação inversa de feedback: a Inibina B é que inibe a secreção de FSH pela hipófise.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 55

A transição menopausal, também conhecida como perimenopausa, e os primeiros anos da pós-menopausa são caracterizados por intensas flutuações hormonais e pela queda progressiva nos níveis de estrogênio. Os sintomas clássicos e mais prevalentes deste período são os sintomas vasomotores.

Alternativa a) Incorreta. A dispareunia (dor na relação sexual) é um sintoma da síndrome geniturinária da menopausa, causada pela atrofia dos tecidos vaginais devido à falta de estrogênio. Embora muito frequente, ela costuma aparecer de forma mais tardia e progressiva em comparação aos sintomas vasomotores, conforme o tempo de privação hormonal aumenta.

Alternativa b) Incorreta. A osteoporose é uma doença metabólica caracterizada pela diminuição da densidade mineral óssea. Ela é uma complicação crônica e silenciosa da menopausa, e não um sintoma. O diagnóstico costuma ser feito por exames de rastreio (densitometria óssea), pois a condição não gera sintomas até que ocorra uma fratura.

Alternativa c) Incorreta. Os distúrbios do sono são queixas comuns no climatério, podendo estar relacionados a alterações de humor ou mudanças hormonais diretas. Entretanto, na maioria das vezes, a insônia nesta fase é secundária aos fogachos noturnos e à sudorese, que despertam a paciente, não sendo o sintoma primário mais prevalente.

Alternativa d) Correta. Os sintomas vasomotores, representados pelas ondas de calor

(fogachos) e sudorese, afetam cerca de 60% a 80% das mulheres durante a transição menopausal e na pós-menopausa inicial. Eles decorrem de uma alteração no centro termorregulador do hipotálamo induzida pela redução dos níveis de estrogênio, sendo as manifestações clínicas mais frequentes e o principal motivo de busca por terapia de reposição hormonal.

Questão 56

A questão descreve um caso clássico de endometrioma ovariano, que é uma manifestação da endometriose nos ovários. O diagnóstico é fundamentado em três pilares principais presentes no enunciado: a idade da paciente em fase reprodutiva, o achado ultrassonográfico específico e o aspecto macroscópico observado durante a cirurgia.

Alternativa (a) Incorreta: O fibroma é um tumor sólido benigno derivado do estroma ovariano. Ele não possui conteúdo cístico ou líquido, apresentando-se geralmente como uma massa sólida, densa e hipocóica ao exame de imagem. Frequentemente está associado à Síndrome de Meigs, mas não produz conteúdo achocolatado.

Alternativa (b) Incorreta: O teratoma cístico maduro, também conhecido como cisto dermoide, é composto por tecidos derivados das camadas germinativas. Seu conteúdo é caracteristicamente formado por material sebáceo (gordura), pelos, fragmentos ósseos ou dentes. Na ultrassonografia, ele apresenta ecogenicidade heterogênea com focos hiperecogênicos e sombra acústica, o que difere totalmente do padrão homogêneo descrito.

Alternativa (c) Correta: O endometrioma ocorre quando o tecido endometrial se implanta no ovário e sangra ciclicamente sob estímulo hormonal. Esse sangue acumulado sofre hemólise e degradação da hemoglobina ao longo do tempo, tornando-se um fluido espesso, viscoso e de cor marrom-escura, o que confere o aspecto cirúrgico de conteúdo em chocolate. Na ultrassonografia, essa característica física é traduzida como uma imagem cística com ecos internos finos e homogêneos, classicamente descritos como padrão em vidro fosco.

Alternativa (d) Incorreta: O cistoadenoma seroso é a neoplasia epitelial benigna mais comum do ovário. Seu conteúdo é um líquido fluido, citrino e transparente (seroso). Ao exame de imagem, costuma se apresentar como um cisto simples, de paredes finas e conteúdo anecoico (preto no ultrassom), sem os ecos internos que caracterizam o vidro fosco.

Questão 57

O cerne desta questão reside no conhecimento dos Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para o uso de métodos anticoncepcionais. A paciente em questão apresenta diabetes mellitus associada à vasculopatia (nefropatia, retinopatia, neuropatia ou outra doença vascular).

Nesse cenário clínico específico, o uso de estrogênio é contraindicado devido ao elevado risco de complicações cardiovasculares, como fenômenos tromboembólicos, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Análise das alternativas:

a) Anel vaginal: Incorreto. O anel vaginal é um método hormonal combinado, ou seja, contém estrogênio e progestagênio. Para mulheres com diabetes e vasculopatia, os métodos combinados são classificados como Categoria 4 da OMS (risco inaceitável à saúde).

b) Injetável mensal: Incorreto. Assim como o anel, o injetável mensal é um contraceptivo hormonal combinado. Portanto, também se enquadra na Categoria 4 da OMS para esta paciente, sendo terminantemente contraindicado.

c) Adesivo semanal: Incorreto. O adesivo transdérmico é mais um exemplo de anticoncepção hormonal combinada (estrogênio + progestagênio). Segue a mesma restrição das alternativas anteriores, sendo Categoria 4 da OMS devido ao componente estrogênico e à presença de doença vascular.

d) Implante de etonogestrel: Correto. O implante é um método de longa duração (LARC) composto exclusivamente por progestagênio. Na presença de diabetes com vasculopatia, os métodos contendo apenas progestagênio (como o implante, a minipílula e o DIU de levonorgestrel) são classificados como Categoria 2 da OMS. Isso significa que, em geral, as vantagens de usar o método superam os riscos teóricos ou comprovados. Como a paciente recusou expressamente o uso de DIU, o implante torna-se a opção mais segura e eficaz entre as listadas.

Questão 58

O quadro clínico descreve uma paciente de 60 anos com sangramento uterino anormal na pós-menopausa. Diante desse sintoma, a principal preocupação médica é a exclusão de câncer de endométrio. A investigação inicial padrão é a ultrassonografia transvaginal para avaliar a espessura endometrial.

Em mulheres na pós-menopausa que apresentam sangramento, o ponto de corte

estabelecido pela literatura para considerar o endométrio como de baixo risco para malignidade é uma espessura menor ou igual a 4 ou 5 mm. No caso em questão, o endométrio apresenta-se linear e mede apenas 1,4 mm. Essa medida é extremamente reduzida, indicando que a mucosa uterina está muito fina devido à falta de estímulo estrogênico natural dessa fase da vida.

A atrofia endometrial é a causa mais frequente de sangramento na pós-menopausa, sendo responsável por aproximadamente 60% a 80% dos casos. O sangramento ocorre porque o endométrio atrófico torna-se friável, e os vasos superficiais podem se romper facilmente, causando perdas sanguíneas em pequena quantidade e acíclicas, exatamente como descrito no enunciado.

Alternativa (a) Incorreta: O pólipos endometrial é uma causa comum de sangramento, mas sua imagem ultrassonográfica típica é a de um espessamento focal, uma massa ecogênica dentro da cavidade ou um aumento da espessura endometrial global. Um endométrio linear de 1,4 mm exclui a presença de pólipos clinicamente significativos.

Alternativa (b) Correta: A medida de 1,4 mm é o achado clássico da atrofia endometrial na ultrassonografia. Por ser a causa mais comum de sangramento nessa faixa etária e ser compatível com o achado do exame de imagem, esta é a hipótese diagnóstica mais provável.

Alternativa (c) Incorreta: O mioma submucoso é um tumor benigno do miométrio que se projeta para a cavidade endometrial. Na ultrassonografia, ele seria visualizado como uma formação nodular hipocóica que distorce a linha endometrial ou aumenta a espessura da cavidade, o que não condiz com o endométrio linear e fino relatado.

Alternativa (d) Incorreta: A hiperplasia endometrial caracteriza-se pelo crescimento excessivo do endométrio devido ao estímulo estrogênico sem oposição da progesterona. Para sugerir hiperplasia na pós-menopausa com sangramento, esperaríamos encontrar um endométrio espessado, geralmente com medida superior a 5 mm e aspecto heterogêneo ou cístico ao ultrassom.

Questão 59

A classificação BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) é a ferramenta padronizada para orientar a conduta diante de achados em exames de imagem da mama. No caso apresentado, a paciente possui um nódulo BI-RADS 4A, o que indica uma suspeita baixa, porém real, de malignidade (risco entre 2% e 10%).

A conduta para qualquer achado classificado como BI-RADS 4 (seja A, B ou C) é, invariavelmente, a realização de estudo histopatológico, ou seja, a biópsia.

Análise das alternativas:

- a) Core biopsy: Está correta. A biópsia de fragmento com agulha grossa (core biopsy) é o método de escolha para nódulos sólidos suspeitos. Ela permite a análise histológica, preservando a arquitetura do tecido, o que possibilita um diagnóstico definitivo e a diferenciação entre lesões benignas e carcinomas invasores ou in situ.
- b) Controle em 6 meses: Está incorreta. O acompanhamento em curto prazo (6 meses) é a conduta preconizada para lesões classificadas como BI-RADS 3, que possuem risco de malignidade inferior a 2%. Para BI-RADS 4, o atraso no diagnóstico por meio da observação não é recomendado.
- c) Controle em 1 ano: Está incorreta. O controle anual é indicado para achados benignos (BI-RADS 2) ou exames negativos/normais (BI-RADS 1), dentro do rastreamento de rotina.
- d) Punção por agulha fina (PAAF): Está incorreta para este cenário. A PAAF realiza uma análise citológica (apenas células soltas) e não histológica. Ela é útil para esvaziamento de cistos sintomáticos ou avaliação de linfonodos, mas para o diagnóstico de um nódulo sólido BI-RADS 4, a core biopsy é superior por oferecer maior acurácia e permitir a imuno-histoquímica, se necessário.

Questão 60

Esta questão aborda um dos conceitos mais fundamentais da anatomia cirúrgica pélvica, essencial para a realização segura de uma histerectomia abdominal ou vaginal: a relação entre o sistema urinário e o sistema vascular uterino.

A alternativa (a) está correta. O ureter apresenta um trajeto descendente na pelve e, ao se aproximar da região do colo uterino e do fórnice vaginal lateral, ele passa imediatamente por baixo (inferiormente) da artéria uterina. Este cruzamento ocorre dentro do ligamento cardinal (ou ligamento de Mackenrodt), aproximadamente 1,5 a 2 cm lateralmente ao istmo uterino. Na prática cirúrgica, esse é o local de maior risco para lesão ureteral, seja por ligadura acidental, clampeamento ou lesão térmica durante a hemostasia da artéria uterina. O mnemônico clássico utilizado em anatomia para recordar essa relação é "água sob a ponte", onde a água (urina no ureter) passa por baixo da ponte (artéria uterina).

A alternativa (b) está incorreta. O nervo pudendo origina-se das raízes sacrais de S2 a S4 e deixa a pelve através do forame isquiático maior, contornando a espinha isquiática para entrar no canal pudendo (canal de Alcock) no períneo. Sua localização

é muito mais profunda e lateral no assoalho pélvico, não possuindo relação anatômica direta de cruzamento com a artéria uterina no plano da histerectomia.

A alternativa (c) está incorreta. A veia íliaca interna situa-se na parede posterolateral da pelve. Embora a artéria uterina seja um ramo da artéria íliaca interna, a veia principal está posicionada mais profundamente e lateralmente ao local onde a artéria uterina é rotineiramente isolada e ligada junto ao útero. O risco cirúrgico imediato de lesão por proximidade mecânica durante a ligadura da uterina recai sobre o ureter, e não sobre os grandes vasos da parede pélvica.

A alternativa (d) está incorreta. Os ligamentos uterossacros são faixas de tecido conjuntivo e músculo liso que estendem o colo uterino até o sacro, proporcionando suporte posterior ao útero. Embora o ureter passe lateralmente a esses ligamentos, eles não apresentam a relação de cruzamento "superior-inferior" com a artéria uterina descrita na questão. O cirurgião secciona os ligamentos uterossacros em uma etapa diferente da ligadura dos vasos uterinos.

Questão 61

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve um pré-escolar com comportamento alimentar típico de seletividade, associado a um erro alimentar comum na infância: a substituição de refeições por leite (especialmente com adição de achocolatados). O fato de a criança ser eutrófica (ter peso e crescimento adequados) indica que ela consome calorias suficientes, mas de forma qualitativamente inadequada e monótona.

Justificativa das alternativas:

Alternativa (c) - Correta: O termo Sensibilidade Láctea é utilizado em referências específicas da pediatria para descrever crianças que apresentam uma preferência acentuada e quase exclusiva pelo leite. O consumo frequente de leite ao longo do dia promove saciedade precoce e prolongada devido ao seu conteúdo de proteínas e gorduras. Isso inibe o apetite para alimentos sólidos, como frutas, verduras e legumes. O círculo vicioso se estabelece quando os pais, temendo que a criança fique com fome, oferecem o leite (que é bem aceito), reforçando a recusa aos demais alimentos e a dependência nutricional do laticínio.

Alternativa (a) - Incorreta: A inapetência é a queixa de falta de apetite. No entanto, ela é considerada um sintoma e não o diagnóstico do quadro. Além disso, a criança não tem uma inapetência global, pois aceita guloseimas e leite com chocolate, o que caracteriza uma inapetência seletiva ou erro alimentar por saciedade hídrica/láctea.

Alternativa (b) - Incorreta: A neofobia alimentar define o medo ou a recusa em experimentar alimentos novos ou desconhecidos. No caso descrito, a criança chega a aceitar frutas e legumes na boca, mas os cospe por questões de textura ou hábito, além de haver um componente comportamental de barganha e vômitos provocados pela pressão materna (chantagem), o que extrapola o conceito de neofobia.

Alternativa (d) - Incorreta: Embora o comportamento possa ser enquadrado em classificações modernas como o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE), o termo Transtorno Alimentar é muito amplo e, em provas de residência, costuma ser reservado para patologias como anorexia ou bulimia, ou quadros psiquiátricos mais graves. A questão foca especificamente no erro alimentar centralizado no consumo de leite, tornando a alternativa (c) mais específica para o contexto apresentado.

Questão 62

O Exame de Emissões Otoacústicas Evocadas, popularmente conhecido como Teste da Orelhinha, é a ferramenta padrão para a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU). O principal objetivo deste exame é a detecção precoce de alterações auditivas em recém-nascidos, permitindo intervenções oportunas que minimizem prejuízos no desenvolvimento da linguagem e da fala. No Brasil, a obrigatoriedade deste exame para todos os neonatos é garantida pela Lei Federal nº 12.303, de 2010.

Alternativa a: Incorreta. As alterações craniofaciais são classificadas como Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA). Recém-nascidos com esses indicadores devem, obrigatoriamente, realizar a triagem, mas o exame não se restringe a eles. A triagem é universal, abrangendo bebês com ou sem riscos aparentes.

Alternativa b: Correta. O teste deve ser realizado em todos os recém-nascidos. A recomendação de realização entre o 3º e o 5º dia de vida é estratégica, pois coincide com o período ideal para outros exames de triagem neonatal (como o Teste do Pezinho) e permite que o conduto auditivo esteja livre de vernix ou restos de parto, o que reduz a taxa de resultados falso-positivos (quando o teste falha, mas a audição é normal).

Alternativa c: Incorreta. O uso de ventilação mecânica por período superior a cinco dias é outro indicador de risco importante. Nestes casos específicos, as diretrizes costumam recomendar que a triagem seja feita preferencialmente por meio do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE ou BERA), pois esses bebês têm maior risco de neuropatia auditiva, que as emissões otoacústicas podem não detectar. De qualquer forma, a triagem não é exclusiva para eles.

Alternativa d: Incorreta. Suspeitas ou confirmações de infecções congênitas (como citomegalovírus, rubéola, sífilis, toxoplasmose e herpes) são fatores de risco clássicos para perda auditiva. Assim como nos casos anteriores, esses bebês compõem o grupo de risco, mas o Teste da Orelhinha deve ser aplicado a toda a população neonatal, e não apenas aos sintomáticos ou com suspeita clínica.

Em resumo, a questão exige o conhecimento do conceito de universalidade da triagem auditiva. Embora as alternativas a, c e d listem condições que aumentam a chance de surdez, o Teste da Orelhinha é um direito de todos os recém-nascidos no território nacional.

Questão 63

A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica, grave e potencialmente fatal, caracterizada por um início rápido. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseia-se em critérios específicos estabelecidos por consensos internacionais, como os da WAO (World Allergy Organization).

Alternativa a) Incorreta. Embora dor abdominal e vômitos sejam sintomas gastrointestinais comuns na anafilaxia, eles isoladamente não fecham o diagnóstico, mesmo após exposição a um alérgeno conhecido. Para que os sintomas gastrointestinais façam parte do diagnóstico, eles geralmente precisam estar acompanhados de sintomas em outros órgãos ou sistemas (como pele, mucosas ou sistema respiratório).

Alternativa b) Incorreta. A síncope indica hipoperfusão tecidual e é um sinal de gravidade. No entanto, quando a exposição ocorre a um alérgeno apenas provável, os critérios diagnósticos exigem o envolvimento de pelo menos dois sistemas orgânicos (por exemplo: sintomas cutâneos + síncope, ou sintomas respiratórios + síncope). A síncope isolada após exposição a um alérgeno provável não preenche o critério de forma isolada.

Alternativa c) Incorreta. Sintomas gastrointestinais persistentes (como cólicas abdominais intensas e vômitos) são considerados um dos critérios apenas quando há o envolvimento conjunto de outros sistemas após exposição a um alérgeno provável. Isoladamente, não são suficientes para estabelecer o diagnóstico de anafilaxia.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve um dos três cenários clássicos para o diagnóstico de anafilaxia. De acordo com as diretrizes internacionais, a hipotensão (ou queda acentuada da pressão arterial basal) que ocorre minutos ou horas após a exposição a um alérgeno conhecido para aquele paciente é suficiente, por si só, para

o diagnóstico. Nesse cenário específico (alérgeno conhecido), não é obrigatória a presença de sintomas cutâneos ou respiratórios para definir o quadro como anafilaxia e iniciar o tratamento imediato.

Resumo dos critérios diagnósticos:

1. Início agudo (minutos a horas) com envolvimento de pele/mucosas E (comprometimento respiratório OU hipotensão/disfunção de órgão).
2. Dois ou mais sintomas após exposição a alérgeno provável: pele/mucosas, respiratório, hipotensão ou sintomas gastrointestinais persistentes.
3. Hipotensão após exposição a alérgeno conhecido para o paciente.

Questão 64

Análise do caso clínico:

O paciente é um recém-nascido a termo, no terceiro dia de vida, apresentando icterícia com indicação de fototerapia. Um dado fundamental é a perda de peso: o bebê nasceu com 3,600 kg e está com 3,100 kg, o que representa uma perda ponderal de aproximadamente 13,8%. Em recém-nascidos, considera-se fisiológica uma perda de até 10% na primeira semana de vida. Quando os exames afastam causas hemolíticas (incompatibilidade e G6PD) e infecciosas, o diagnóstico mais provável é a Icterícia do Aleitamento Materno (também chamada de icterícia por privação calórica).

Essa condição ocorre precocemente quando o aporte de leite materno ainda é insuficiente, levando a um aumento da circulação entero-hepática da bilirrubina. O tratamento consiste em tratar a hiperbilirrubinemia com fototerapia e, simultaneamente, corrigir as dificuldades da amamentação.

Alternativa (a) Incorreta: A introdução de fórmula infantil não é a conduta de primeira escolha. O foco deve ser o manejo da amamentação, orientando a mãe sobre a pega correta, posição e aumento da frequência das mamadas (livre demanda). A fórmula só seria considerada se houvesse falha persistente no ganho de peso após todas as tentativas de otimizar o aleitamento materno.

Alternativa (b) Incorreta: A hidratação venosa é uma medida invasiva indicada apenas em casos de desidratação grave, choque ou quando o recém-nascido não tem condições clínicas de sugar ou receber leite por sonda enteral. O quadro não descreve instabilidade que justifique o uso de soro endovenoso.

Alternativa (c) Correta: O aleitamento materno deve ser mantido e incentivado. A Organização Mundial da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria são enfáticas em

dizer que a icterícia neonatal não é motivo para suspender ou substituir o leite materno. A fototerapia atuará na redução dos níveis séricos de bilirrubina, enquanto o aumento da frequência das mamadas ajudará na hidratação do bebê e na eliminação da bilirrubina pelas fezes.

Alternativa (d) Incorreta: A oferta de água glicosada é contraindicada. Além de não ajudar na redução da bilirrubina (que é excretada principalmente pelas fezes e não pela urina), a solução glicosada pode causar hiponatremia e prejudica o estímulo à produção de leite materno, pois confunde a saciedade do recém-nascido.

Conclusão: Diante de icterícia e perda de peso acima do esperado em um bebê amamentado, a conduta médica é iniciar a fototerapia e garantir que o aleitamento materno continue de forma mais frequente e eficaz.

Questão 65

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma adolescente de 15 anos com sinais claros de um transtorno alimentar grave. Os pontos fundamentais para o diagnóstico são: a restrição voluntária da ingestão calórica, o medo intenso de ganhar peso (fobia de obesidade), a busca por um peso corporal significativamente abaixo do esperado para a idade e altura (alvo de 40 kg, resultando em IMC de 15,5 e escore Z de -3) e a presença de repercussões clínicas da desnutrição, como a bradicardia (frequência cardíaca de 48 bpm).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: A ortorexia é caracterizada pela obsessão patológica por alimentos considerados puros, saudáveis ou biologicamente corretos. Embora o indivíduo monitore o que come, o foco principal não é necessariamente o emagrecimento ou o medo da obesidade, mas sim a qualidade e a pureza da dieta. No caso descrito, o objetivo central da paciente é a perda de peso extrema e a manutenção de um peso muito baixo.

b) INCORRETA: A neofobia alimentar é o medo ou a recusa de experimentar alimentos novos ou desconhecidos. É um comportamento comum na infância e faz parte do desenvolvimento seletivo, mas não envolve distorção da imagem corporal, medo de engordar ou perda de peso patológica acompanhada de bradicardia.

c) CORRETA: A anorexia nervosa é o diagnóstico que preenche todos os critérios apresentados. Segundo o DSM-5, os critérios incluem a restrição da ingestão

energética levando a um peso corporal significativamente baixo, medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo e perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados. A bradicardia (48 bpm) é um achado clássico no exame físico desses pacientes, decorrente de uma adaptação do sistema nervoso autônomo ao estado de inanição para poupar energia. O IMC de 15,5 e o escore Z de -3 classificam a paciente em um estado de magreza acentuada/grave.

d) INCORRETA: A adolescência normal envolve mudanças corporais e preocupações estéticas, porém nunca atinge níveis de desnutrição grave (escore Z de -3), obsessão por calorias com o objetivo de manter um peso abaixo do saudável e alterações vitais como a bradicardia. O desenvolvimento puberal Tanner M4P4 indica que a paciente está em estágio avançado de maturação sexual, mas isso não exclui a patologia nutricional e psiquiátrica instalada.

Questão 66

Análise do Quadro Clínico:

O caso descreve um escolar com quadro febril e faringoamigdalite associada a um exantema característico. A descrição de exantema micropapular (com sensação de pele em lixa), acompanhado de sinais semiológicos específicos, aponta diretamente para o diagnóstico de escarlatina, uma doença causada pelas exotoxinas pirogênicas do *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A).

Sinal de Pastia: Trata-se da acentuação do exantema nas áreas de dobras (como pregas cubitais e axilares), formando linhas transversais que não desaparecem à digitopressão.

Sinal de Filatov: Caracteriza-se pela palidez peribucal que contrasta com o rubor das bochechas.

Alternativa A: Incorreta. A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica que pode cursar com febre alta e exantema polimorfo. Entretanto, os critérios diagnósticos incluem conjuntivite bilateral não exsudativa, alterações em extremidades (edema ou descamação), linfonodopatia cervical e alterações na cavidade oral (língua em morango). Os sinais de Pastia e Filatov são achados clássicos da escarlatina, não sendo descritos no Kawasaki.

Alternativa B: Correta. Os dados clínicos (faringite, exantema micropapular, Pastia e Filatov) confirmam a escarlatina. A conduta correta é o tratamento antibiótico para erradicar o *Streptococcus pyogenes*, prevenir complicações supurativas e a febre reumática, além de diminuir a transmissibilidade. A penicilina (seja a benzatina via parenteral ou a amoxicilina via oral) é a droga de escolha.

Alternativa C: Incorreta. A mononucleose infecciosa (vírus Epstein-Barr) é um importante diagnóstico diferencial, pois causa febre, amigdalite exsudativa e petéquias no palato. No entanto, o exantema da mononucleose costuma ser maculopapular e morbiliforme, ocorrendo frequentemente após o uso acidental de aminopenicilinas (como amoxicilina), e não apresenta os sinais específicos de Pastia e Filatov.

Alternativa D: Incorreta. Além de a hipótese diagnóstica principal ser escarlatina, a prednisona não é o tratamento de escolha para mononucleose. O uso de corticosteroides nessa virose é restrito a complicações específicas, como obstrução iminente das vias aéreas superiores devido ao aumento das amígdalas ou complicações hematológicas graves.

Gabarito: Letra B.

Questão 67

Texto Original:

O caso clínico descreve um recém-nascido com sintomas neurológicos graves (hipotonia, irritabilidade, coma), gastrointestinais (vômitos) e laboratoriais (acidose metabólica) de início precoce. O ponto fundamental para a resolução da questão é a informação de que a mãe segue uma dieta vegetariana e o bebê está em aleitamento materno exclusivo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A deficiência de biotina (ou da enzima biotinidase) pode levar a um quadro de acidose metabólica, hipotonia e convulsões, mimetizando erros inatos do metabolismo. No entanto, não há uma relação direta estabelecida entre a dieta vegetariana materna e a deficiência de biotina no lactente, sendo esta geralmente uma condição genética autossômica recessiva.

b) Incorreta. A deficiência de L-carnitina pode causar episódios de hipoglicemia hipocetótica, cardiomiopatia e fraqueza muscular. Embora dietas vegetarianas estritas possuam menor aporte de carnitina, o corpo humano é capaz de sintetizá-la a partir de aminoácidos (lisina e metionina). A apresentação clínica de acidose metabólica grave e coma no quarto dia de vida é mais característica de distúrbios do metabolismo de ácidos orgânicos.

c) Incorreta. A deficiência de folatos (como o hidroxifolato) está tipicamente associada a anemia megaloblástica e defeitos do fechamento do tubo neural durante

a gestação. Não costuma cursar com um quadro agudo de acidose metabólica e coma neonatal nos primeiros dias de vida.

d) Correta. A cobalamina (Vitamina B12) é encontrada exclusivamente em alimentos de origem animal. Mães vegetarianas estritas (veganos) que não realizam suplementação adequada podem ter estoques baixos de B12, resultando em leite materno deficiente. A vitamina B12 é um cofator essencial para a enzima metilmalonil-CoA mutase. Na sua ausência, ocorre o acúmulo de ácido metilmalônico (Acidúria Metilmalônica secundária), o que leva a um quadro de acidose metabólica grave, cetose, vômitos, hipotonia e progressão para coma, simulando um erro inato do metabolismo clássico. Embora os sintomas de deficiência nutricional de B12 costumem aparecer entre os 2 e 6 meses de vida, em casos de deficiência materna grave, o recém-nascido já nasce com baixas reservas e pode manifestar crises metabólicas precocemente.

Conclusão: O histórico materno de dieta vegetariana associado ao quadro de acidose metabólica e deterioração neurológica no recém-nascido aponta diretamente para a deficiência de Cobalamina (Vitamina B12).

Questão 68

A alternativa correta é a (a) Gastroquise.

A gastroquise é um defeito congênito da parede abdominal caracterizado por uma abertura, geralmente à direita da inserção do cordão umbilical, que permite a herniação das alças intestinais (e, por vezes, de outros órgãos) para fora da cavidade abdominal. Uma característica distintiva é que não existe uma membrana ou saco recobrando essas estruturas, deixando-as em contato direto com o líquido amniótico durante a gestação e com o meio externo após o nascimento. O enunciado descreve exatamente esse cenário de malformação com exposição de estrutura intra-abdominal.

Alternativa (b) Toco-traumatismo: Está incorreta. O termo se refere a qualquer lesão ou trauma sofrido pelo recém-nascido durante o processo de parto, como fraturas de clavícula, cefaloematomas ou lesões de plexo braquial. Não se trata de uma malformação congênita de desenvolvimento da parede abdominal.

Alternativa (c) Síndrome de Prune-Belly: Está incorreta. Também conhecida como Síndrome da Barriga em Ameixa Seca, é caracterizada por uma tríade: ausência ou hipoplasia da musculatura abdominal, malformações do trato urinário e criptorquidia. Embora a parede abdominal seja muito fina, flácida e enrugada, a pele está íntegra e não há comunicação ou exposição das vísceras para o meio externo.

Alternativa (d) Síndrome Beckwith-Wiedemann: Está incorreta. Trata-se de um distúrbio de hipercrecimento que cursa com macrossomia, macroglossia (língua aumentada) e defeitos da parede abdominal, mais comumente a onfalocele. Na onfalocele, as vísceras saem através do anel umbilical, mas, diferentemente da gastroquise, elas são recobertas por um saco membranoso composto por peritônio e âmnio. A descrição de exposição direta favorece o diagnóstico de gastroquise.

Questão 69

Para resolver essa questão, o primeiro passo é realizar o cálculo da dose de ferro elementar que o paciente está recebendo para verificar se o tratamento proposto está adequado para um quadro de anemia ferropriva.

Cálculo da dose:

A apresentação do sulfato ferroso mencionada é de 250 mg em 10 ml. Isso significa que em cada 1 ml da solução existem 25 mg de sulfato ferroso. O sulfato ferroso contém aproximadamente 20% de ferro elementar. Portanto, cada 1 ml da solução fornece 5 mg de ferro elementar (20% de 25 mg).

O paciente está recebendo 2,5 ml uma vez ao dia, o que totaliza 12,5 mg de ferro elementar por dia (2,5 ml x 5 mg/ml).

O peso da criança é 16 kg. Dividindo a dose total pelo peso (12,5 mg / 16 kg), chegamos a uma dose de aproximadamente 0,78 mg/kg/dia de ferro elementar.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, o tratamento da anemia ferropriva deve ser feito com doses de 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar. Portanto, o paciente está recebendo uma dose muito abaixo da terapêutica (subdose), o que explica a ausência de resposta hematológica (aumento de reticulócitos ou hemoglobina) após 21 dias.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Antes de suspeitar de refratariedade ao tratamento ou de outras patologias (como talassemia ou anemia de doença crônica), deve-se garantir que a dose do medicamento e a adesão ao tratamento estejam corretas. Como identificamos uma subdose evidente, a investigação adicional não é o primeiro passo.

Alternativa b) Correta. Como demonstrado no cálculo, a criança está recebendo menos de 1 mg/kg/dia de ferro elementar, enquanto a dose recomendada para tratamento é de 3 a 6 mg/kg/dia. A conduta correta é ajustar a dose para o patamar terapêutico. Para este paciente de 16 kg, a dose correta deveria ser entre 48 mg e 96 mg de ferro elementar por dia (o que equivaleria a cerca de 10 ml a 20 ml da solução

apresentada, e não apenas 2,5 ml).

Alternativa c) Incorreta. Manter uma dose subterapêutica não trará resultados, independentemente do tempo de espera. O erro está na posologia inicial, e não no tempo de observação. Em doses corretas, espera-se um pico de reticulócitos entre o 5º e o 10º dia e aumento da hemoglobina após 2 a 3 semanas.

Alternativa d) Incorreta. A anemia é um fator de risco para complicações perioperatórias e deve ser corrigida, sempre que possível, antes de procedimentos cirúrgicos eletivos para garantir a segurança do paciente e otimizar a recuperação. O foco da questão é o manejo clínico da anemia detectada no pré-operatório.

Questão 70

ANÁLISE CLÍNICA DO CASO

O quadro clínico descreve um recém-nascido com 18 dias de vida apresentando sintomas clássicos de um erro inato do metabolismo: vômitos, perda de peso, hepatomegalia e icterícia (com colúria, sugerindo aumento de bilirrubina direta). O dado laboratorial patognomônico citado é a presença de substâncias reductoras na urina com glicemia normal (ou pesquisa de glicose negativa na urina), o que aponta para a excreção de galactose.

A galactosemia clássica ocorre geralmente pela deficiência da enzima galactose-1-fosfato uridiltransferase (GALT). Como a principal fonte de galactose na dieta do lactente é o leite (materno ou fórmulas infantis), que contém lactose (dissacarídeo composto por glicose + galactose), a interrupção imediata dessa exposição é o pilar do tratamento.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: O tratamento da galactosemia baseia-se na exclusão total e permanente de galactose e lactose da dieta. Como a lactose é quebrada em glicose e galactose no trato digestivo, o paciente não pode consumir leite humano ou de origem animal. Devem ser utilizadas fórmulas infantis à base de soja ou fórmulas de aminoácidos/hidrolisados isentas de lactose. O diagnóstico precoce e a intervenção dietética rápida são cruciais para evitar falência hepática, sepse por *E. coli* e catarata.

Alternativa (b) INCORRETA: A dieta cetogênica é rica em gorduras e pobre em carboidratos, sendo indicada principalmente para casos de epilepsia refratária ou deficiências específicas como a do transportador de glicose cerebral (GLUT1) e a da piruvato-desidrogenase. Não possui indicação no manejo da galactosemia.

Alternativa (c) INCORRETA: A piloromiotomia é o tratamento cirúrgico para a estenose hipertrófica do piloro. Embora a estenose de piloro cause vômitos em lactentes jovens, ela geralmente se manifesta com vômitos não biliosos em jato e alcalose metabólica hipoclorêmica, não apresentando icterícia colestática ou substâncias redutoras na urina.

Alternativa (d) INCORRETA: O ganciclovir é um antiviral utilizado no tratamento de infecções pelo citomegalovírus (CMV). Embora o CMV congênito possa causar icterícia e hepatomegalia, ele não justifica a presença de substâncias redutoras na urina nem os vômitos relacionados à alimentação logo após o nascimento, além de o enunciado já confirmar o diagnóstico de galactosemia.

Questão 71

Para resolver essa questão, é necessário analisar o calendário vacinal do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para uma criança que está com 2 anos e 10 meses e que recebeu as últimas vacinas aos 12 meses (1 ano) de idade.

As vacinas que compõem o esquema de 15 meses de idade, e que estão em atraso nesta criança, são:

1. Primeiro reforço da DTP (Difteria, Tétano e Coqueluche).
2. Primeiro reforço da VOP (Vacina Oral de Pólio).
3. Hepatite A (dose única).
4. Tetraviral (Sarampo, Rubéola, Caxumba e Varicela).

Alternativa a: Está correta. Ela contempla exatamente o bloco de vacinas previsto para os 15 meses de idade. Como a criança já passou dessa idade e ainda não atingiu os 4 anos (quando ocorreria o próximo bloco de reforços), essas são as vacinas que devem ser aplicadas agora para atualizar a caderneta.

Alternativa b: Está incorreta. A vacina contra Hepatite B é administrada ao nascimento e como componente da vacina Pentavalente aos 2, 4 e 6 meses de idade. Como a criança estava com o esquema em dia até 1 ano de idade, ela já completou o esquema primário contra Hepatite B, não havendo indicação de dose isolada agora.

Alternativa c: Está incorreta. Não há necessidade técnica de aguardar um intervalo entre a aplicação de vacinas inativadas (como DTP) e vacinas de vírus vivos atenuados (como VOP e Tetraviral). O PNI recomenda a administração simultânea de diversas vacinas no mesmo dia em locais de aplicação diferentes para otimizar a imunização e evitar que a família precise retornar várias vezes à unidade de saúde, o que é fundamental em contextos de difícil acesso como o descrito.

Alternativa d: Está incorreta. Os reforços das vacinas Pneumocócica 10-valente e Meningocócica C são realizados aos 12 meses de idade. O enunciado informa que a criança recebeu as vacinas de 1 ano, portanto, estas doses já foram administradas e não precisam ser repetidas agora.

Dessa forma, a conduta correta para atualizar a caderneta de vacinas dessa criança de acordo com o PNI é a aplicação das doses em atraso referentes aos 15 meses, conforme descrito na alternativa A.

Questão 72

Para classificar o recém-nascido Pedro, devemos observar três critérios fundamentais apresentados no enunciado:

1. Idade Gestacional: É considerado prematuro todo recém-nascido com menos de 37 semanas de gestação. Como Pedro nasceu com 35 semanas, ele possui o diagnóstico de prematuridade.

2. Faixa de Peso ao Nascer:

- Baixo Peso ao Nascer: Peso inferior a 2.500g.
- Muito Baixo Peso ao Nascer: Peso inferior a 1.500g.
- Extremo Baixo Peso ao Nascer: Peso inferior a 1.000g.

Pedro nasceu com 1.950g; portanto, o diagnóstico correto é baixo peso ao nascer.

3. Adequação do Peso para a Idade Gestacional: Esta classificação utiliza curvas de crescimento (como a Intergrowth-21st citada).

- Pequeno para a Idade Gestacional (PIG): Peso abaixo do percentil 10.
- Adequado para a Idade Gestacional (AIG): Peso entre o percentil 10 e o percentil 90.
- Grande para a Idade Gestacional (GIG): Peso acima do percentil 90.

O enunciado confirma que o peso estava abaixo do P10; logo, ele é Pequeno para a Idade Gestacional (PIG).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o termo retardo de crescimento (ou Restrição de Crescimento Intrauterino - RCIU) esteja relacionado, ele é um conceito clínico-obstétrico que indica que o feto sofreu algum insulto e não atingiu seu potencial de crescimento. Para a classificação estatística do recém-nascido com base em curvas de peso e idade gestacional, o termo correto é Pequeno para a Idade Gestacional (PIG).

Alternativa b) Correta. Pedro é prematuro (35 semanas), apresenta baixo peso ao nascer (1.950g, que é menor que 2.500g e maior que 1.500g) e é Pequeno para a Idade Gestacional (peso abaixo do percentil 10).

Alternativa c) Incorreta. Pedro não possui muito baixo peso ao nascer, pois seu peso (1.950g) é superior ao limite de 1.500g para esta classificação. Além disso, a alternativa utiliza o termo retardo de crescimento em vez da nomenclatura técnica FIG.

Alternativa d) Incorreta. Apesar de acertar os termos prematuridade e FIG, a alternativa erra ao classificar o peso como muito baixo peso ao nascer, categoria reservada para bebês com menos de 1.500g.

Questão 73

Texto Original:

A abordagem inicial de uma criança com queixa de baixa estatura deve ser pautada na diferenciação entre variantes normais do crescimento (como o Retardo Constitucional do Crescimento e da Puberdade ou a Baixa Estatura Familiar) e causas patológicas (doenças endócrinas, genéticas ou sistêmicas). Para isso, antes de solicitar exames laboratoriais complexos, é fundamental realizar uma propedêutica clínica e auxológica completa.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O cariótipo é um exame de triagem indicado fundamentalmente para meninas com baixa estatura inexplicada (para excluir a Síndrome de Turner), o que não se aplica ao caso de um menino, a menos que haja estigmas sindrômicos. A dosagem isolada de hormônio do crescimento (GH) não tem valor diagnóstico, pois sua secreção é pulsátil; são necessários testes de estímulo em ambiente especializado. O encaminhamento precoce sem investigação básica sobrecarrega o sistema sem necessidade diagnóstica prévia.

Alternativa (b) Incorreta. A ultrassonografia de abdome e a dosagem de insulina não fazem parte da investigação inicial de baixa estatura. O cortisol seria solicitado apenas se houvesse suspeita clínica de Síndrome de Cushing (geralmente associada à obesidade e à queda na velocidade de crescimento). Além disso, o Rx para idade óssea padrão-ouro após os 2 anos de idade é o de mãos e punho esquerdo, e não o de joelho.

Alternativa (c) Incorreta. Embora o estadiamento de Tanner seja essencial para avaliar o status puberal, as dosagens de gonadotrofinas e de GH não são condutas de

primeira linha. A avaliação do crescimento deve preceder a investigação hormonal laboratorial.

Alternativa (d) Correta. Esta alternativa descreve os quatro pilares da avaliação auxológica inicial: 1) Classificar a estatura atual no gráfico de crescimento (OMS) para confirmar se a criança está abaixo do percentil 3 ou escore Z -2; 2) Calcular o alvo parental para entender o potencial genético daquela família; 3) Avaliar a velocidade de crescimento, que é o dado clínico mais sensível para identificar patologias (quem não cresce no ritmo esperado precisa de investigação); e 4) Solicitar o Rx de mãos e punho esquerdo para avaliar a idade óssea, permitindo confrontar a idade biológica com a idade cronológica e o canal de crescimento.

Questão 74

O quadro clínico de Eduardo é clássico para mononucleose infecciosa. A presença da tríade de febre prolongada (10 dias), faringite exsudativa com petéquias no palato e linfadenopatia generalizada (incluindo a cadeia cervical posterior), somada à hepatoesplenomegalia e ao sinal de Hoagland (edema palpebral bilateral no início da doença), aponta diretamente para a infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A dengue costuma cursar com febre de menor duração (geralmente até 7 dias), mialgia intensa e dor retro-orbital. Embora possa causar hepatomegalia em alguns casos, não justifica o exsudato amigdaliano nem a adenomegalia cervical posterior marcada e simétrica vista neste paciente.

Alternativa b: Correta. A sorologia para o vírus Epstein-Barr é o exame mais indicado para confirmar a mononucleose infecciosa. Em crianças pequenas, especialmente em menores de 4 anos, os testes de anticorpos heterófilos (como o Monospot) frequentemente apresentam resultados falso-negativos devido à imaturidade imunológica. Por isso, a pesquisa de anticorpos específicos contra antígenos do capsídeo viral (VCA IgM e IgG) é o padrão-ouro para o diagnóstico nesta faixa etária.

Alternativa c: Incorreta. O aspirado de medula óssea é um procedimento invasivo indicado para a investigação de neoplasias hematológicas (como leucemias) ou doenças infecciosas específicas como a leishmaniose visceral. Apesar de leucemias poderem causar febre e visceromegalias, o conjunto de achados faríngeos, o edema palpebral e a adenomegalia cervical posterior tornam a mononucleose a hipótese diagnóstica primária, devendo-se esgotar os exames não invasivos primeiro.

Alternativa d: Incorreta. O estreptococo do grupo A (*Streptococcus pyogenes*)

causa faringite com exsudato, petéquias no palato e febre, mas não evolui com hepatoesplenomegalia nem com o sinal de Hoagland. Além disso, a adenomegalia na faringite estreptocócica é tipicamente cervical anterior e submandibular, enquanto a mononucleose frequentemente envolve as cadeias posteriores. A duração da febre por 10 dias também é mais característica da etiologia viral.

Questão 75

O quadro clínico de febre prolongada, cefaleia e mialgia em paciente proveniente de área endêmica (Careiro Castanho, Amazonas), com gota espessa positiva para *Plasmodium vivax* direciona para o tratamento padrão de malária não complicada por essa espécie. O objetivo do tratamento no *P. vivax* é eliminar as formas sanguíneas (esquizontocida hemático) e as formas latentes no fígado (hipnozoitocida), evitando recaídas.

Alternativa (a): Correta. Segundo o Guia de Tratamento de Malária do Ministério da Saúde, o esquema de primeira escolha para *P. vivax* em pacientes com mais de 6 meses de idade (e que não sejam gestantes) é a Cloroquina por 3 dias associada à Primaquina por 7 dias (0,5 mg/kg/dia). Como o enunciado informa que a criança possui dosagem de G6PD normal, o uso da Primaquina é seguro quanto ao risco de hemólise grave.

Alternativa (b): Incorreta. A Tafenoquina é um medicamento recente incorporado ao SUS para o tratamento radical do *P. vivax* em dose única. No entanto, sua indicação atual é restrita a pacientes com idade igual ou superior a 16 anos. Como João tem apenas 10 anos, a Tafenoquina não pode ser utilizada. Além disso, o uso da Tafenoquina também exige a testagem de G6PD (que deve estar acima de 70% da atividade normal).

Alternativa (c): Incorreta. A combinação de Artemeter + Lumefantrina é um derivado da artemisinina indicado para o tratamento de malária por *Plasmodium falciparum*, não sendo a primeira escolha para *P. vivax* no Brasil. A Primaquina em dose única é utilizada no tratamento do *P. falciparum* apenas como gametocitocida (para interromper a cadeia de transmissão), não sendo suficiente para eliminar hipnozoítos no *P. vivax*.

Alternativa (d): Incorreta. Embora o esquema de Primaquina por 14 dias (0,25 mg/kg/dia) seja uma opção válida para o tratamento de *P. vivax* em casos específicos (como para reduzir a toxicidade gástrica ou em esquemas de regressão), a droga de escolha para as formas sanguíneas do *P. vivax* no Brasil continua sendo a Cloroquina, e não o Artemeter + Lumefantrina (reservado para o *P. falciparum*).

Questão 76

O quadro clínico apresentado aponta diretamente para o diagnóstico de candidíase mamária. Os sintomas de dor em queimação, prurido e as fisgadas que irradiam para o interior da mama durante a mamada são sinais clássicos dessa patologia. O aspecto brilhante, hiperemiado e friável da aréola e do mamilo complementa o diagnóstico de infecção por *Candida albicans*. A negativa de episódios de mamilos pálidos ou arroxeados afasta o Fenômeno de Raynaud, que é o principal diagnóstico diferencial de dor aguda na mama durante a amamentação.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Tratar apenas a mãe é uma conduta que frequentemente leva à recidiva. A boca do lactente funciona como um reservatório para o fungo *Candida*. Mesmo que o bebê não apresente lesões visíveis ao exame físico (como o sapinho), ele deve ser tratado para evitar a reinfecção da mãe.

Alternativa b: Incorreta. A neomicina é um antibiótico indicado para infecções de origem bacteriana. O quadro descrito (dor em fisgada, prurido e aspecto brilhante) é típico de uma infecção fúngica, na qual o uso de antibióticos não tem eficácia e pode até agravar o quadro ao alterar a microbiota local.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para o manejo da candidíase mamária. O tratamento deve ser feito de forma simultânea no binômio mãe-filho para interromper o ciclo de reinfecção (efeito pingue-pongue). Utiliza-se nistatina ou miconazol tópico nos mamilos após as mamadas e nistatina em suspensão oral no lactente, aplicada na mucosa oral.

Alternativa d: Incorreta. Gelo e anti-inflamatórios podem ser utilizados como medidas de conforto em casos de ingurgitamento mamário ou processos inflamatórios inespecíficos. No entanto, essas medidas não tratam a etiologia fúngica da infecção instalada, que é a causa primária dos sintomas da paciente.

Questão 77

Esta questão aborda a sequência cronológica dos eventos da puberdade, um tema frequente em provas de pediatria e endocrinologia. A análise das alternativas baseia-se na classificação de Tanner e na fisiologia do desenvolvimento:

Alternativa (a) Incorreta: O odor axilar decorre da adrenarca (ativação da glândula adrenal com produção de androgênios), processo que pode ocorrer de forma independente ou concomitante à puberdade central, mas não marca o seu fim. O final da puberdade masculina é caracterizado pela desaceleração do crescimento

longitudinal (fechamento das epífises ósseas) e pela maturação completa da genitália (estágio G5 de Tanner).

Alternativa (b) Correta: O marco inicial da puberdade feminina é a telarca, que consiste no surgimento do broto mamário (estágio M2 de Tanner). Este evento ocorre sob estímulo do estradiol, resultante da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, geralmente entre os 8 e 13 anos de idade.

Alternativa (c) Incorreta: Diferentemente do que muitos acreditam, o primeiro sinal de puberdade no menino não são os pelos pubianos, mas sim o aumento do volume testicular. Considera-se o início da puberdade masculina quando os testículos atingem um volume maior ou igual a 4 ml (medidos pelo orquidômetro de Prader) ou um diâmetro maior que 2,5 cm. O aparecimento de pelos (pubarca) costuma ser o evento subsequente.

Alternativa (d) Incorreta: A menarca é um evento tardio no desenvolvimento puberal das meninas. Ela ocorre, em média, de 2 a 2,5 anos após o surgimento da telarca, geralmente quando a adolescente se encontra no estágio M4 de Tanner. Portanto, a menarca não é simultânea à telarca e não marca o início, mas sim o caminhar para o final da maturação sexual.

Questão 78

ANÁLISE DO CASO:

O caso clínico descreve um recém-nascido com diagnóstico de sífilis congênita. A mãe não realizou pré-natal e não foi tratada, apresentando títulos elevados de VDRL (1:512). O recém-nascido apresenta sinais clínicos (hepatoesplenomegalia e baixo peso) e, crucialmente, alterações no líquido cefalorraquidiano (líquor). Os valores de 287 leucócitos/mm³ e proteína de 350 mg/dL estão muito acima dos valores de referência para a idade, o que caracteriza o diagnóstico de neurosífilis. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, a presença de neurosífilis exige o tratamento com penicilina cristalina.

ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A benzilpenicilina procaína é de uso exclusivo por via intramuscular, e não endovenosa. Além disso, para recém-nascidos com sintomas ou alterações laboratoriais, o tratamento nunca é feito em dose única; a duração deve ser de 10 dias.

b) Incorreta. Embora a benzilpenicilina cristalina e a via endovenosa estejam corretas

para o quadro, o tratamento da sífilis congênita com manifestações clínicas ou alterações liquóricas exige um ciclo de 10 dias de medicação. A dose única é insuficiente para a cura e para a prevenção de sequelas.

c) Correta. Esta é a conduta padrão para neurosífilis. A benzilpenicilina cristalina é o fármaco de escolha devido à sua capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica e atingir concentrações terapêuticas no sistema nervoso central. A dose é de 50.000 UI/kg por dose, administrada por via endovenosa, com o intervalo entre doses ajustado pela idade cronológica (cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida). O tempo total de tratamento é rigorosamente de 10 dias.

d) Incorreta. A benzilpenicilina procaína (via intramuscular por 10 dias) poderia ser uma opção de tratamento para sífilis congênita caso as alterações fossem apenas clínicas ou radiológicas, mas com líquido normal. Como o recém-nascido apresenta alterações liquóricas francas (neurosífilis), a penicilina procaína é contraindicada, pois não atinge níveis adequados no líquido, sendo obrigatório o uso da penicilina cristalina endovenosa.

Questão 79

A hipoglicemia neonatal ocorre quando os níveis de glicose plasmática estão insuficientes para suprir a demanda metabólica do recém-nascido. Como o cérebro depende quase exclusivamente da glicose como fonte de energia, a maioria dos sinais clínicos é de origem neurológica (neuroglicopenia) ou decorrente da resposta do sistema nervoso autônomo.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. Os tremores (também conhecidos como jitters) são uma das manifestações mais comuns e precoces da hipoglicemia. As convulsões são sinais de neuroglicopenia grave e indicam que o sistema nervoso central está sofrendo por falta crítica de substrato energético.

Alternativa b: Incorreta. Embora os tremores façam parte do quadro, a hipoglicemia neonatal manifesta-se tipicamente com hipotonia (o bebê apresenta-se "mole" ou com tônus muscular diminuído) e não com hipertonia.

Alternativa c: Incorreta. A taquipneia (respiração acelerada) pode ocorrer como um sinal inespecífico de estresse neonatal ou em quadros de insuficiência respiratória associada, mas, como mencionado anteriormente, a hipertonia não é uma característica da hipoglicemia; o esperado é a hipotonia.

Alternativa d: Incorreta. A sucção débil é um sinal clínico importante da hipoglicemia, refletindo a letargia e a fraqueza muscular do neonato. Entretanto, o choro do bebê

hipoglicêmico não é forte. Ele costuma ser um choro fraco, gemente ou, em alguns casos, muito agudo e estridente.

Além dos sinais citados, o quadro clínico de hipoglicemia no recém-nascido pode incluir irritabilidade, letargia, apneia, cianose e palidez. É fundamental lembrar que muitos recém-nascidos podem ser assintomáticos, o que reforça a necessidade de monitorização glicêmica em bebês de risco (filhos de mães diabéticas, pequenos para a idade gestacional ou prematuros).

Questão 80

O quadro clínico descrito — microcefalia, calcificações intracranianas difusas e coriorretinite bilateral — é clássico da toxoplasmose congênita. Embora a microcefalia seja frequentemente associada ao vírus Zika ou ao CMV, a presença de calcificações espalhadas pelo parênquima (e não apenas periventriculares) associada à coriorretinite direciona o diagnóstico para a infecção pelo *Toxoplasma gondii*.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A toxoplasmose é causada por um protozoário (*Toxoplasma gondii*); portanto, não se fala em carga viral para decidir o tratamento. Mesmo em casos de infecções virais como o CMV, a decisão terapêutica baseia-se na presença de sintomas e no acometimento de órgãos-alvo, e não puramente na carga viral isolada.

b) Incorreta. Lesões ósseas como as descritas (osteocondrite e periostite, muitas vezes simétricas e incidindo em ossos longos) são características da sífilis congênita (ex.: sinal de Wimberger) ou da rubéola congênita (aspecto de "talo de aipo"). A toxoplasmose congênita não costuma cursar com esse tipo de alteração radiológica óssea.

c) Incorreta. Atualmente, não existe vacina disponível para prevenir a toxoplasmose em seres humanos. As medidas preventivas durante a gestação baseiam-se em orientações higienossanitárias e alimentares (evitar carnes cruas ou mal-passadas, lavar bem vegetais e evitar contato com fezes de gatos).

d) Correta. O tratamento padrão para o recém-nascido com diagnóstico de toxoplasmose congênita (confirmada ou sintomática) é realizado com o esquema tríplice: sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico. Esse esquema deve ser mantido por 12 meses (um ano) com o objetivo de reduzir as sequelas neurológicas e evitar a progressão ou recorrência das lesões oculares. Em casos de coriorretinite em atividade ou níveis elevados de proteínas no líquido, pode-se associar o corticosteroide (prednisona) até a resolução do quadro inflamatório.

Questão 81

Esta questão aborda o Calendário Nacional de Vacinação do Adolescente, com foco em atualizações recentes do Ministério da Saúde que são temas recorrentes em provas de residência.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa reflete a atualização mais recente do Ministério da Saúde (Nota Técnica nº 41/2024). Desde abril de 2024, o Brasil adotou o esquema de dose única para a vacina contra o HPV (Papilomavírus Humano) para meninos e meninas de 9 a 14 anos de idade. O objetivo da mudança foi ampliar a cobertura vacinal e facilitar a logística, seguindo recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Portanto, se Carlos tem 12 anos e nunca foi vacinado, ele deve receber apenas uma dose agora.

Alternativa B (Incorreta): De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) deve ser administrada em duas doses para indivíduos de até 29 anos de idade. Se o adolescente já possui o registro de duas doses comprovadas no cartão vacinal, ele é considerado adequadamente imunizado e não necessita de reforço.

Alternativa C (Incorreta): O esquema vacinal para a hepatite B consiste em três doses (geralmente no esquema 0, 1 e 6 meses). Para indivíduos imunocompetentes que completaram o esquema primário de três doses, não há recomendação de doses de reforço ao longo da vida, pois a vacina confere memória imunológica prolongada.

Alternativa D (Incorreta): Para a vacina da febre amarela, a recomendação atual do Ministério da Saúde é de uma dose aos 9 meses e um reforço aos 4 anos de idade. No entanto, para pessoas a partir de 5 anos de idade que nunca foram vacinadas ou que não possuem comprovante vacinal, a indicação é de dose única para a vida toda. Não existe a indicação de duas doses com intervalo de um mês para esse grupo.

Questão 82

Para compreender esta questão, é necessário identificar qual atributo da Atenção Primária à Saúde (APS) está sendo exercido quando uma equipe de saúde coordena o fluxo de um paciente entre diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.

Alternativa a) Incorreta. A Integralidade diz respeito à capacidade da equipe de saúde de abordar todas as necessidades do indivíduo, abrangendo ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, além de considerar o paciente em sua totalidade (biopsicossocial). Embora a paciente Luana necessite de cuidado integral, a ação específica descrita, de manter o acompanhamento conjunto entre a UBS e o pré-natal de alto risco, foca na integração dos níveis de assistência.

Alternativa b) Incorreta. A Longitudinalidade refere-se à continuidade do acompanhamento ao longo do tempo, independentemente da presença ou ausência de doenças, estabelecendo um vínculo de confiança entre o profissional e o paciente. Embora o acompanhamento na UBS favoreça a longitudinalidade, o foco do enunciado é a organização do fluxo de atendimento entre a atenção primária e a secundária/terciária.

Alternativa c) Incorreta. A Competência Cultural é um atributo derivado que se refere à capacidade da equipe de saúde de compreender, respeitar e adaptar o cuidado às particularidades culturais, linguísticas e sociais de cada indivíduo ou comunidade. O enunciado não apresenta informações sobre barreiras culturais ou diversidade que justifiquem este atributo como central na questão.

Alternativa d) Correta. A Coordenação do Cuidado é o atributo que define a Atenção Primária como o centro de comunicação e o nó ordenador de toda a Rede de Atenção à Saúde. No caso de Luana, a equipe da UBS Castanheiras atua coordenando o percurso da paciente: ao identificar uma malformação, ela é referenciada para o pré-natal de alto risco (atenção especializada), mas a UBS mantém a responsabilidade sobre o caso, garantindo a continuidade do cuidado e a integração das informações entre os diferentes pontos da rede. É a essência do sistema de referência e contrarreferência.

Questão 83

A introdução de alimentos complementares deve ser iniciada aos 6 meses de idade, período em que o aleitamento materno exclusivo deixa de suprir integralmente as necessidades nutricionais e o lactente apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber novos alimentos. Os sinais de prontidão são marcos do desenvolvimento que indicam que o bebê está apto a deglutir sólidos de forma segura.

Alternativa A: Correta. O controle cervical, ou o ato de firmar a cabeça, é um pré-requisito básico. A sustentação firme da cabeça e do pescoço é necessária para que a criança mantenha uma postura ereta, o que previne o risco de engasgos e facilita a dinâmica da deglutição.

Alternativa B: Incorreta. Para uma introdução alimentar segura, espera-se que a criança já consiga sentar-se sem apoio ou com o mínimo de apoio possível (apresentando controle de tronco). Sentar com apoio é um marco alcançado geralmente por volta dos 4 ou 5 meses e, isoladamente, pode não garantir a estabilidade postural necessária para lidar com diferentes texturas.

Alternativa C: Incorreta. O sinal de prontidão esperado é que a criança consiga levar as mãos e objetos à boca. Esse comportamento demonstra coordenação motora olho-mão-boca e interesse sensorial, sendo fundamental para o processo de autoalimentação.

Alternativa D: Incorreta. O reflexo de protrusão da língua é um mecanismo de defesa em que o bebê empurra para fora qualquer alimento sólido que toque sua língua. Para que a introdução alimentar ocorra com sucesso, esse reflexo deve estar diminuído ou ausente; se estiver forte, a criança terá dificuldade em manter o alimento na cavidade oral para a deglutição.

Questão 84

A questão aborda a conduta frente aos contatos de um paciente com Tuberculose (TB) pulmonar bacilífera em um cenário de escassez de insumos diagnósticos (Prova Tuberculínica - PT e IGRA). O objetivo é identificar quem deve receber o tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) de forma prioritária.

O primeiro passo na avaliação de qualquer contato de TB é excluir a doença ativa. Para isso, avaliamos a presença de sintomas e realizamos a radiografia de tórax. Uma vez excluída a TB ativa, avalia-se a indicação de tratamento da ILTB.

Alternativa (a) Incorreta: Maria apresenta sintomas (tosse há 15 dias) e uma radiografia de tórax suspeita. Nestas condições, a principal hipótese é que ela já tenha desenvolvido a Tuberculose-Doença (TB ativa). O tratamento para ILTB (monoterapia) é formalmente contraindicado para quem tem suspeita de doença ativa, pois pode induzir resistência bacteriana. Maria deve prosseguir a investigação com coleta de escarro e, se confirmado, iniciar o esquema terapêutico completo (RIPE).

Alternativa (b) Incorreta: Sandreia é uma adolescente saudável e assintomática. Em situações normais, ela precisaria realizar a PT ou IGRA para verificar se foi infectada. Na ausência desses exames e sendo ela imunocompetente, ela não entra nos grupos de prioridade absoluta para tratamento empírico da ILTB sem o teste de infecção, ao contrário de grupos de maior risco de progressão.

Alternativa (c) Correta: Malaquias é uma Pessoa Vivendo com HIV (PVHA). Este grupo é o de maior risco para progressão de uma infecção latente para a forma ativa e grave da doença. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, na indisponibilidade da PT ou do IGRA, o tratamento da ILTB está indicado para PVHA que sejam contatos de casos de TB pulmonar bacilífera, desde que a doença ativa tenha sido excluída.

Como Malaquias está assintomático e tem radiografia de tórax normal, a doença ativa foi devidamente excluída, tornando-o o candidato ideal para o tratamento preventivo prioritário.

Alternativa (d) Incorreta: Sandra é gestante e está assintomática. No entanto, ela não realizou a radiografia de tórax. Para indicar o tratamento da ILTB, é obrigatória a realização do raio X de tórax para descartar lesões sugestivas de TB ativa, mesmo em gestantes (com a devida proteção abdominal). Além disso, em um cenário de escassez de recursos, a prioridade de tratamento preventivo sem teste de infecção recai sobre as PVHA antes das gestantes sem outras comorbidades.

Em resumo, diante da falta de PT e IGRA, priorizamos o tratamento da ILTB para os contatos com maior risco de adoecimento (como as PVHA) logo após descartarmos TB ativa por meio de sintomas e radiografia de tórax. Por isso, a alternativa (c) é a correta.

Questão 85

Para resolver esta questão, precisamos seguir três passos fundamentais da epidemiologia clínica: calcular a incidência em cada grupo, determinar a Redução do Risco Absoluto (RRA) e, por fim, calcular o Número Necessário para Tratar (NNT).

O NNT representa quantos pacientes precisam receber o tratamento por um determinado período para que um desfecho negativo (neste caso, o infarto) seja evitado.

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

Grupo controle (sem estatina): 20 casos em 1.000 pessoas = $20/1.000 = 0,02$ (ou 2%).

Grupo experimental (com estatina): 15 casos em 1.000 pessoas = $15/1.000 = 0,015$ (ou 1,5%).

Passo 2: Calcular a Redução do Risco Absoluto (RRA).

A RRA é a diferença aritmética simples entre os riscos dos dois grupos.

RRA = Risco no controle menos Risco no tratamento

RRA = $0,02 - 0,015 = 0,005$ (ou 0,5%).

Passo 3: Calcular o NNT.

A fórmula do NNT é o inverso da Redução do Risco Absoluto.

NNT = $1 / \text{RRA}$

NNT = $1 / 0,005 = 200$.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O valor 5 é apenas a diferença bruta entre o número de eventos nos dois grupos (20 menos 15), sem considerar o tamanho da amostra ou a aplicação da fórmula do NNT.
- b) Incorreta. Este valor não possui correlação matemática com os dados apresentados de incidência ou redução de risco.
- c) Incorreta. Este valor não é obtido por meio do cálculo correto da RRA ou da aplicação da fórmula inversa necessária para o NNT.
- d) Correta. Como demonstrado no cálculo epidemiológico, dividindo 1 pela Redução do Risco Absoluto (0,005), chegamos ao resultado de 200. Isso significa que é necessário tratar 200 pacientes com essa nova estatina para evitar um infarto agudo do miocárdio.

Questão 86

A comunicação de notícias difíceis é uma das habilidades clínicas mais fundamentais na prática médica, sendo frequentemente avaliada em provas de residência através do Protocolo SPIKES. Esse protocolo organiza o atendimento em seis etapas para garantir que a informação seja transmitida de forma humana e eficaz.

Alternativa a: Incorreta. O papel do médico é transmitir segurança, acolhimento e profissionalismo. O uso de linguagem de alto conteúdo emocional, como gritos ou demonstrações de desespero, é inadequado, pois pode aumentar o sofrimento do paciente, gerar pânico e comprometer a clareza da mensagem. O médico deve modular sua expressão facial para demonstrar empatia e seriedade, mas sem perder o equilíbrio emocional.

Alternativa b: Correta. A utilização de frases empáticas é fundamental para validar a resposta emocional do paciente (etapa E do protocolo SPIKES). Já o silêncio funcional é uma técnica essencial: após a transmissão de uma notícia impactante, o médico deve calar-se para permitir que o paciente processe a informação, sinta suas emoções e recupere o fôlego antes de prosseguir com explicações técnicas ou planos terapêuticos.

Alternativa c: Incorreta. A comunicação eficaz exige que o médico adapte sua linguagem ao nível de compreensão do paciente. O uso de jargões médicos (como dizer "neoplasia com metástase" em vez de "câncer espalhado") cria barreiras, gera confusão e impede que o paciente entenda a gravidade da situação e participe das

decisões sobre seu tratamento.

Alternativa d: Incorreta. Em situações de óbito, a clareza é a regra de ouro. O uso de metáforas ou eufemismos pode causar ambiguidade e falsas interpretações, especialmente em momentos de choque emocional ou em diferentes contextos culturais e religiosos. O médico deve ser direto e sensível, utilizando termos claros como "faleceu" ou "morreu", garantindo que a família compreendeu que a vida cessou de forma definitiva.

Questão 87

Para identificar corretamente o tipo de estudo epidemiológico descrito na questão, devemos observar o ponto de partida do pesquisador e a direção da análise.

A alternativa correta é a letra (c): Caso-controle.

Análise das alternativas:

a) Coorte: Incorreta. No estudo de coorte, o pesquisador seleciona indivíduos com base na exposição a um fator de risco (ex.: etilistas vs. não etilistas) e os acompanha ao longo do tempo para observar quem desenvolve a doença (desfecho). Embora exista a coorte histórica (retrospectiva), o ponto de partida é sempre a exposição. Na questão, o médico fez o contrário: partiu do desfecho (ter ou não hipertensão/diabetes) para buscar a exposição (etilismo).

b) Ecológico: Incorreta. Estudos ecológicos não utilizam dados individuais de prontuários, mas sim dados agregados de populações ou grupos geográficos (ex.: comparar o consumo de álcool per capita de uma cidade com a taxa de mortalidade por infarto dessa mesma cidade). Como o médico analisou prontuários individuais, este não é um estudo ecológico.

c) Caso-controle: Correta. Este é o delineamento clássico em que se selecionam dois grupos baseados na presença ou ausência de uma condição/doença: os "casos" (hipertensos e diabéticos) e os "controles" (pacientes sem essas doenças). A partir dessa seleção, o pesquisador olha para o passado (estudo retrospectivo) para verificar se a exposição ao fator estudado (etilismo) foi maior no grupo dos casos do que no grupo-controle.

d) Ensaio clínico randomizado: Incorreta. Trata-se de um estudo experimental e prospectivo, no qual o pesquisador aplica uma intervenção (ex.: um novo medicamento) em um grupo selecionado de forma aleatória (randomizada) e o compara a um grupo-controle. O relato da questão é puramente observacional e

baseado em revisão de dados passados, sem qualquer intervenção ou sorteio de grupos.

Questão 88

Para compreender esta questão, devemos analisar os critérios de seguimento do tratamento da sífilis. Pedro foi tratado com três doses de penicilina benzatina, o esquema indicado para sífilis de duração ignorada ou tardia. O acompanhamento do tratamento é feito com testes não treponêmicos, como o VDRL, em intervalos regulares (geralmente trimestrais).

O sucesso do tratamento é definido pela queda da titulação em duas diluições (ou quatro vezes) em até seis meses para sífilis recente, ou em até 12 meses para sífilis tardia. No caso de Pedro, o VDRL caiu de 1:128 para 1:16 em seis meses, o que representa uma queda de três diluições (1:128 para 1:64, 1:64 para 1:32, 1:32 para 1:16), indicando uma resposta inicial excelente.

Entretanto, o ponto crucial da questão é o resultado do 12^o mês. A titulação subiu de 1:16 para 1:64. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, o aumento da titulação em duas diluições ou mais (neste caso, de 1:16 para 1:32 e depois 1:64) é critério para diagnóstico de reinfecção ou falha de tratamento, exigindo nova intervenção terapêutica.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Diante de um aumento de duas diluições no VDRL (de 1:16 para 1:64), não se deve aguardar. Esse aumento é clinicamente significativo e indica a necessidade de nova abordagem imediata para evitar a progressão da doença e a transmissão para parceiros.
- b) Correta. O aumento de 1:16 para 1:64 caracteriza uma elevação de duas diluições (ou um aumento de quatro vezes o valor anterior). Esse achado laboratorial, em um paciente já tratado anteriormente, define a necessidade de um novo curso de tratamento com penicilina benzatina, independentemente da presença de novos sintomas, sendo classificado como reinfecção ou recidiva.
- c) Incorreta. A cicatriz sorológica ocorre quando, após o tratamento adequado e a queda das titulações, o VDRL permanece em valores baixos (geralmente 1:1, 1:2 ou 1:4) e estáveis por longos períodos. Um valor de 1:64, especialmente após uma titulação menor de 1:16, não pode ser considerado cicatriz sorológica, mas sim atividade da doença.

d) Incorreta. Os testes rápidos são testes treponêmicos. Uma vez que o indivíduo teve sífilis, esses testes tendem a permanecer reagentes pelo resto da vida (memória imunológica). Portanto, repetir o teste rápido não auxilia no diagnóstico de reinfecção ou na avaliação de cura, devendo o seguimento ser realizado exclusivamente por testes não treponêmicos quantitativos, como o VDRL.

Questão 89

Esta questão aborda as ferramentas de abordagem familiar utilizadas na Atenção Primária à Saúde para compreender a dinâmica e o contexto de vida dos pacientes.

Alternativa a) Ecomapa.

Esta é a alternativa correta. O ecomapa é um diagrama que representa as relações da família com o ambiente externo, como redes de apoio social, serviços de saúde, escola, trabalho, vizinhança e grupos religiosos. Ele funciona como um mapa visual que identifica a presença ou ausência de recursos na comunidade e a qualidade dos vínculos (fortes, frágeis ou conflituosos) entre a família e esses sistemas, auxiliando a equipe de saúde a planejar intervenções baseadas no suporte social disponível.

Alternativa b) Genograma.

O genograma é uma representação gráfica da estrutura familiar interna e das relações entre os seus membros, geralmente abrangendo pelo menos três gerações. Diferentemente do ecomapa, o foco do genograma é a dinâmica intradomiciliar, os padrões hereditários de doenças e o histórico relacional dos parentes, e não a relação da família com o meio externo ou sistemas sociais de apoio.

Alternativa c) Apgar familiar.

O Apgar familiar não é uma representação gráfica, mas sim um questionário de cinco perguntas que avalia a funcionalidade da família sob a perspectiva de um de seus membros. Ele mede o grau de satisfação em relação a cinco domínios: Adaptação, Parceria, Crescimento, Afeto e Capacidade de resolver problemas (Resolutividade). É uma ferramenta de triagem para identificar disfunções familiares, mas não mapeia o sistema social externo.

Alternativa d) Escala de Coelho-Savassi.

A Escala de Coelho-Savassi é um instrumento utilizado para a classificação de risco familiar. Ela atribui pontuações baseadas em sentinelas de risco (como presença de doenças crônicas, condições socioeconômicas precárias e dependência química) para priorizar as visitas domiciliares e o acompanhamento das famílias mais vulneráveis pela Equipe de Saúde da Família. Não se trata de uma ferramenta gráfica de visualização de sistemas sociais.

Questão 90

A Razão de Verossimilhança Positiva (RV+ ou Likelihood Ratio+) é um índice que expressa quantas vezes é mais provável encontrar um resultado positivo em pessoas que possuem a doença do que em pessoas que não a possuem. Na epidemiologia clínica, ela é fundamental para entender o impacto de um sinal clínico ou exame no diagnóstico.

A fórmula para o cálculo da Razão de Verossimilhança Positiva é a seguinte:

$$RV+ = \text{Sensibilidade} / (1 - \text{Especificidade})$$

Com base nos dados fornecidos pelo enunciado, temos:

Sensibilidade = 60% (ou 0,60)

Especificidade = 85% (ou 0,85)

Aplicando os valores na fórmula:

1. Primeiro, resolvemos o denominador: $1 - 0,85 = 0,15$.
2. Depois, realizamos a divisão: $0,60 / 0,15$.
3. O resultado é 4.

Isso significa que um paciente com colecistite aguda tem 4 vezes mais chances de apresentar o sinal de Murphy positivo do que um paciente que não tem a doença.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O valor 0,47 não é obtido por meio da fórmula da RV+. Valores de RV menores que 1 indicam que o teste reduz a probabilidade da doença, o que não faz sentido para um teste com sensibilidade e especificidade razoáveis em relação ao achado positivo.
- b) Incorreta. O valor 0,7 não corresponde a nenhum cálculo direto utilizando a sensibilidade de 60% e a especificidade de 85% dentro dos conceitos de RV positiva ou negativa.
- c) Correta. Representa o cálculo exato da RV+, onde a sensibilidade (0,6) dividida pelo complemento da especificidade (0,15) resulta em 4.
- d) Incorreta. O valor 25 é excessivamente alto para os parâmetros fornecidos. Para alcançar uma RV+ de 25 com 60% de sensibilidade, a especificidade do sinal precisaria ser muito maior, próxima de 97,6%.

Questão 91

Para identificar os fatores de risco para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) no caso de Maria Valentina, devemos recorrer aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO. Os principais fatores de risco incluem: idade igual ou superior a 25 anos, obesidade ou sobrepeso pré-gestacional, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, antecedentes obstétricos de macrossomia (bebê com mais de 4 kg) ou mortes fetais sem causa esclarecida, e hipertensão arterial ou síndromes hipertensivas na gestação.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a história familiar e a obesidade sejam fatores de risco claros no caso (mãe diabética e IMC de 39,2), a multiparidade (o fato de estar na 5ª gestação) não é considerada, isoladamente, um fator de risco clássico para o desenvolvimento de diabetes gestacional nos protocolos vigentes.

Alternativa b) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a multiparidade invalida a opção. A obesidade e o valor anormal da pressão (136x93 mmHg) são fatores de risco presentes, mas a inclusão da multiparidade torna a alternativa tecnicamente inadequada para definir o perfil de risco de DMG.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa agrupa três fatores de risco clássicos presentes na história da paciente:

1. Idade superior a 25 anos: Maria Valentina tem 29 anos.
2. Macrossomia: A paciente relata que seu último filho nasceu com mais de 4 kg.
3. História familiar: A mãe da paciente é diabética (parente de 1º grau).

Estes três elementos são pilares fundamentais para a triagem de DMG já na primeira consulta de pré-natal.

Alternativa d) Incorreta. Embora o valor anormal da pressão, a macrossomia e a idade superior a 25 anos sejam, de fato, fatores de risco presentes na paciente, a alternativa (c) é tradicionalmente a mais completa em termos de história clínica e antecedentes familiares em provas de residência. Além disso, a hipertensão é frequentemente um critério associado, mas a história familiar de diabetes é um preditor mais direto e robusto para o rastreamento de DMG.

Resumo do quadro da paciente:

- Idade: 29 anos (Risco: ≥ 25 anos).
- IMC: 39,2 kg/m² (Risco: Obesidade).
- Antecedente obstétrico: Macrossomia (> 4 kg).
- Antecedente familiar: Mãe com DM (1º grau).
- Pressão Arterial: 136x93 mmHg (Risco: Hipertensão).

A alternativa (c) contempla a tríade de fatores de risco mais comumente exigida em exames baseados nos protocolos de saúde pública.

Questão 92

O método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) é a base do Registro Clínico Orientado ao Problema, sendo essencial para organizar o raciocínio médico e garantir a continuidade do cuidado, especialmente na Atenção Primária.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. No item Objetivo, registram-se os dados examinados e medidos pelo profissional, como sinais vitais, achados do exame físico e resultados de exames complementares trazidos pelo paciente. Tudo o que o paciente nos fala (relatos, queixas e história) pertence ao item Subjetivo.

b) Correta. O componente Subjetivo é dedicado à perspectiva do paciente sobre sua própria saúde. Nele, o médico deve registrar o motivo da consulta (queixa principal), a história da doença atual, o histórico familiar, o contexto social e as percepções, sentimentos e expectativas do indivíduo. É a narrativa do paciente sobre o que ele sente e o que o trouxe ao atendimento.

c) Incorreta. Embora a Avaliação envolva o raciocínio clínico e as conclusões diagnósticas, a definição técnica desta etapa vai além de apenas "hipóteses pensadas". Na Avaliação, o profissional sintetiza os dados do Subjetivo e do Objetivo para definir o diagnóstico ou o problema identificado (frequentemente utilizando a codificação CIAP-2 ou CID-10). A alternativa (b) é mais precisa ao definir as atribuições clássicas de sua respectiva letra.

d) Incorreta. Observações profissionais sobre o paciente, como expressões faciais, aparência, estado emocional observado, postura e higiene, são dados observáveis durante a consulta. Portanto, devem ser registrados no item Objetivo. O item Plano deve conter exclusivamente as condutas: prescrição de medicamentos, solicitações de exames, encaminhamentos, orientações e agendamento de retorno.

Questão 93

Esta questão aborda o cronograma de consultas de rotina, conhecido como puericultura, recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na Atenção Básica. O objetivo desse calendário é garantir a vigilância contínua da saúde da criança, permitindo intervenções precoces e orientações adequadas à família.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (contidas no Caderno de Atenção Básica nº 33 e na Caderneta da Criança), o cronograma mínimo obrigatório nos dois primeiros anos de vida consiste em nove consultas.

Alternativa (a) Incorreta. O erro está em propor consultas mensais apenas até o 6º mês e depois torná-las semestrais. O calendário oficial exige consultas específicas no 9º e no 12º mês, que seriam ignoradas nesse modelo.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa reflete exatamente o protocolo do Ministério da Saúde. A primeira visita deve ocorrer precocemente, na primeira semana de vida (preferencialmente até o 7º dia), para avaliar a amamentação, o teste do pezinho e o vínculo materno. As consultas subsequentes são estratificadas para coincidir com marcos do desenvolvimento e com o calendário vacinal, ocorrendo nos 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses.

Alternativa (c) Incorreta. Embora a prática de consultas mensais no primeiro ano seja comum em consultórios particulares e recomendada por algumas sociedades de especialistas para um acompanhamento mais próximo, ela não constitui a norma mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde para a saúde pública (SUS).

Alternativa (d) Incorreta. Assim como a alternativa anterior, o erro reside na indicação de consultas mensais durante todo o primeiro ano de vida. O protocolo oficial para a rede pública prevê intervalos maiores no segundo semestre de vida da criança (consultas aos 9 e 12 meses), totalizando sete consultas no primeiro ano e duas no segundo ano.

Questão 94

A questão exige o conhecimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define as competências dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. A PNAB divide as responsabilidades em atribuições comuns (que todos os membros da equipe devem realizar) e atribuições específicas (relacionadas à formação técnica de cada categoria profissional).

Alternativa A: Incorreta. A execução de procedimentos como administração de

medicamentos, vacinas, coleta de exames e esterilização de materiais é atribuição específica da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares). Um médico ou um agente comunitário de saúde, por exemplo, não tem como atribuição comum a esterilização de materiais ou a coleta técnica de exames laboratoriais.

Alternativa B: Incorreta. Embora o acolhimento deva ser uma postura ética de todos os funcionários da unidade, o acolhimento com classificação de risco e escuta qualificada é uma atribuição específica dos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros). Isso ocorre porque a classificação de risco demanda julgamento clínico para determinar a prioridade do atendimento e o potencial de agravamento do quadro do paciente.

Alternativa C: Incorreta. A estratificação de risco e a elaboração de planos de cuidados detalhados para condições crônicas são atividades inerentes aos profissionais de nível superior da equipe. Estas tarefas exigem diagnóstico clínico, solicitação de exames e definição de condutas terapêuticas, competências que não são compartilhadas com os profissionais de nível médio ou agentes de saúde.

Alternativa D: Correta. De acordo com a Portaria nº 2.436/2017, a participação no processo de territorialização e o mapeamento da área de atuação são atribuições comuns a todos os profissionais. Para que a Atenção Básica funcione, é fundamental que todos os membros da equipe (médicos, enfermeiros, técnicos, agentes de saúde e profissionais de saúde bucal) conheçam o território onde atuam, identifiquem as barreiras de acesso e compreendam o perfil epidemiológico e social da população adstrita.

Gabarito: Letra (d).

Questão 95

COMENTÁRIO DA QUESTÃO:

O programa HIPERDIA (Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus) foi estabelecido pelo Ministério da Saúde para organizar o cuidado a essas patologias na Atenção Primária à Saúde. Ele funciona como um sistema de cadastramento e acompanhamento que permite gerar informações para os gestores e garantir a assistência adequada aos usuários.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a vacinação seja uma ação fundamental na Atenção Primária à Saúde, ela é coordenada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e

possui calendários e metas específicas. O HIPERDIA é focado estritamente nas doenças crônicas não transmissíveis, especificamente hipertensão e diabetes.

Alternativa b) Incorreta. O tratamento farmacológico é um dos componentes do cuidado, mas o programa não foca exclusivamente nele. O HIPERDIA preconiza uma abordagem integral, que envolve mudanças no estilo de vida, orientações nutricionais, atividade física e prevenção de complicações. Além disso, o foco do programa é a organização do sistema de cuidado e o registro dos pacientes.

Alternativa c) Incorreta. Um dos principais objetivos da Atenção Primária e do programa HIPERDIA é justamente o contrário: reduzir as complicações agudas e crônicas dessas doenças para evitar a necessidade de internação hospitalar. O sucesso do HIPERDIA é medido, em parte, pela diminuição das hospitalizações por crises hipertensivas ou descompensações glicêmicas.

Alternativa d) Correta. O HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento longitudinal. Seu principal objetivo é identificar os pacientes com hipertensão e diabetes na comunidade, registrá-los no sistema e garantir um monitoramento contínuo. Isso permite o fornecimento regular de medicação, a realização de exames periódicos e a estratificação de risco cardiovascular, garantindo a continuidade do cuidado na rede básica.

Gabarito: Letra (d).

Questão 96

Análise do caso:

O paciente Cláudio apresenta fatores de risco importantes para o desenvolvimento de doenças metabólicas: idade (62 anos), sobrepeso (IMC 28 kg/m²), hipertensão arterial sistêmica e histórico familiar de diabetes. Na consulta atual, apresentou uma glicemia de jejum de 146 mg/dL. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA), o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) em pacientes assintomáticos não deve ser feito com base em um único exame alterado. São necessários dois exames alterados em ocasiões diferentes ou dois exames diferentes (ex.: Glicemia de Jejum e Hemoglobina Glicada) alterados na mesma coleta. Como Cláudio não apresenta sintomas de hiperglicemia franca, o valor de 146 mg/dL (acima do corte de 126 mg/dL) indica a necessidade de investigação, mas não autoriza o diagnóstico imediato nem o início de medicação.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Esta é a conduta padrão. O médico deve aproveitar a oportunidade para educar o paciente sobre a suspeita diagnóstica, orientar Mudanças de Estilo de Vida (MEV) — essenciais para o controle da glicemia e da pressão arterial, que também está elevada (146 x 97 mmHg) — e solicitar os exames confirmatórios. O retorno deve ser breve, assim que os resultados estiverem disponíveis, para fechar o diagnóstico e iniciar o tratamento, se necessário.

Alternativa b) Incorreta. O erro está em iniciar a metformina antes de confirmar o diagnóstico de Diabetes Mellitus. Em pacientes assintomáticos, a confirmação laboratorial é mandatória antes da introdução de hipoglicemiantes. Além disso, o retorno em 3 meses é um prazo longo para um paciente que apresenta uma alteração glicêmica nova e níveis pressóricos fora da meta.

Alternativa c) Incorreta. Embora a orientação de MEV esteja correta, o plano de retorno em 6 meses caracteriza inércia clínica. Um valor de glicemia de jejum de 146 mg/dL exige uma investigação diagnóstica imediata. Adiar essa avaliação por meio ano pode expor o paciente a riscos cardiovasculares e complicações microvasculares sem o tratamento adequado.

Alternativa d) Incorreta. Assim como na alternativa B, o erro é a prescrição precoce de metformina sem a devida confirmação diagnóstica por meio de um segundo exame, conforme preconizam os protocolos nacionais e internacionais de manejo do diabetes. O tratamento farmacológico deve ser precedido pela certeza do diagnóstico ou pela classificação precisa de pré-diabetes em casos de alto risco.

Questão 97

Para entender qual princípio do SUS deve ser aplicado, precisamos focar na palavra-chave do enunciado: desigualdade de acesso. O cenário descreve que, embora o serviço exista, ele não chega de forma justa a quem mais precisa (idosos de baixa renda na periferia), evidenciando uma barreira geográfica e socioeconômica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Integralidade refere-se à visão holística do paciente, garantindo ações que vão desde a prevenção até a reabilitação, em todos os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário). Embora o gestor precise garantir os serviços, o foco do problema narrado é a barreira de acesso para uma população específica, e não a falta de um conjunto de ações de saúde.

b) Incorreta. A Eficiência é um princípio da administração pública que busca a melhor

utilização dos recursos públicos para obter os melhores resultados possíveis. Apesar de ser importante para a gestão, ela não é o princípio doutrinário do SUS voltado para a correção de disparidades sociais e de acesso.

c) Incorreta. A Universalidade estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sem qualquer distinção. No entanto, a universalidade garante o direito ao acesso, mas não foca na estratégia de como distribuir os recursos para compensar as desigualdades. O enunciado pede o princípio que orienta a redução da desigualdade instalada.

d) Correta. A Equidade é o princípio que reconhece que as pessoas são diferentes e possuem necessidades distintas. "Tratar desigualmente os desiguais" para alcançar a justiça social. No caso da cidade no Amazonas, aplicar a equidade significa priorizar recursos e serviços para a periferia e para os idosos com maior dificuldade de locomoção e menor renda, garantindo que eles tenham as mesmas oportunidades de tratamento que quem vive no centro. A equidade busca justamente diminuir as vulnerabilidades e desigualdades de acesso.

Questão 98

A Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é dividida em três modalidades principais, classificadas de acordo com a complexidade do quadro clínico e a intensidade do cuidado necessário.

Alternativa (a) AD1: Está incorreta. A modalidade AD1 é destinada a pacientes que possuem condições clínicas controladas e estáveis, mas que apresentam dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS). O acompanhamento é feito pelas equipes de Atenção Primária (como a Estratégia Saúde da Família) e não envolve procedimentos de alta complexidade ou uso de equipamentos de suporte à vida.

Alternativa (b) AD2: Está incorreta. A AD2 é voltada para pacientes com patologias agudizadas ou crônicas que exigem cuidados mais frequentes (pelo menos uma vez por semana) e procedimentos como antibioticoterapia endovenosa, oxigenoterapia ou cuidados paliativos. Embora seja realizada por equipes especializadas (EMAD), ela não contempla o uso de suportes tecnológicos de alta complexidade como a ventilação mecânica ou nutrição parenteral.

Alternativa (c) AD3: Esta é a alternativa correta. A modalidade AD3 é caracterizada pelo atendimento a pacientes que, além de preencherem os critérios da AD2, necessitam de cuidado multiprofissional contínuo e o uso de tecnologias de maior complexidade. Segundo a regulamentação do Ministério da Saúde, a utilização de

ventilação mecânica (invasiva ou não), nutrição parenteral, paracentese de repetição e transfusão sanguínea em domicílio são os marcos que definem especificamente a modalidade AD3. São pacientes que, na ausência desse serviço, estariam ocupando leitos hospitalares.

Alternativa (d): Está incorreta. O perfil de paciente descrito no enunciado (impossibilidade de locomoção somada à necessidade de procedimentos complexos) é justamente o público-alvo prioritário do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), visando à desospitalização e à continuidade do tratamento no ambiente familiar.

Em resumo, o que diferencia a AD3 das demais modalidades é a agregação de procedimentos de alta complexidade tecnológica e o uso de equipamentos de suporte vital, conforme listado no enunciado da questão.

Questão 99

A questão aborda os níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark, um tema fundamental na Saúde Coletiva e na prática clínica. Para responder corretamente, é necessário identificar em qual estágio da história natural da doença o médico está intervindo ao solicitar exames de rastreamento em um paciente assintomático.

Alternativa a) Incorreta. A prevenção primária atua no período pré-patogênico, ou seja, antes de a doença se instalar no indivíduo. O objetivo é diminuir a incidência da doença através do controle de fatores de risco e da promoção da saúde. Exemplos típicos são a vacinação, o uso de preservativos e a orientação para cessação do tabagismo. No caso de João, o médico busca detectar uma doença que já pode estar presente, mas que ainda não manifestou sintomas.

Alternativa b) Correta. A prevenção secundária tem como foco o diagnóstico precoce e o tratamento imediato de doenças em indivíduos que já possuem a patologia, mas ainda estão na fase assintomática (período de latência). O rastreamento (screening), como a realização de colonoscopia para busca de pólipos ou câncer colorretal inicial e exames de sangue para identificar alterações metabólicas, é o exemplo clássico deste nível de prevenção. O objetivo é aumentar as chances de cura e evitar a progressão da doença.

Alternativa c) Incorreta. A prevenção terciária é direcionada a pacientes que já apresentam a doença em fase sintomática ou com sequelas. O objetivo aqui é reduzir o prejuízo funcional, prevenir complicações e promover a reabilitação. Exemplos incluem a fisioterapia após um acidente vascular cerebral ou o acompanhamento para evitar a amputação de um pé diabético.

Alternativa d) Incorreta. A prevenção quaternária refere-se ao conjunto de medidas adotadas para evitar o excesso de intervenções médicas (supermedicalização) e proteger o paciente de danos iatrogênicos. Ela visa identificar pacientes em risco de intervenções diagnósticas ou terapêuticas desnecessárias e sugerir alternativas eticamente aceitáveis. Embora o médico deva sempre considerar os riscos de um exame, a estratégia de solicitar rastreamento preconizado para a idade e risco do paciente define a prevenção secundária.

Questão 100

O controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) é um princípio garantido pela Constituição Federal de 1988 e detalhado pela Lei nº 8.142/1990. Esse princípio assegura a participação da comunidade na gestão do sistema, permitindo que a população intervenha nas decisões políticas e fiscalize o uso dos recursos públicos.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve perfeitamente a atuação dos Conselhos de Saúde. Os conselhos são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, o que significa que têm poder de decisão sobre as estratégias e a execução das políticas de saúde. Eles possuem composição paritária, na qual 50% dos membros são representantes dos usuários, garantindo que a sociedade civil influencie diretamente a gestão nas esferas municipal, estadual e nacional.

Alternativa B (Incorreta): A criação de unidades de saúde de forma isolada pelo Ministério da Saúde, sem consulta ou planejamento participativo, contraria o princípio da descentralização e da participação da comunidade. O controle social exige que as decisões de planejamento passem pelo crivo das instâncias colegiadas, como os conselhos.

Alternativa C (Incorreta): Campanhas de vacinação são ações finalísticas de vigilância em saúde e assistência. Embora sejam fundamentais para a saúde pública e para a cobertura vacinal, elas representam a prestação de um serviço técnico e operacional, não se configurando como um mecanismo de controle social ou gestão participativa.

Alternativa D (Incorreta): A elaboração de pesquisas científicas e a avaliação de eficácia de tratamentos são processos técnicos e acadêmicos voltados para a medicina baseada em evidências. Embora essas pesquisas possam subsidiar decisões do SUS (como a incorporação de tecnologias), elas não são canais de participação direta da sociedade na formulação e fiscalização das políticas públicas.

Portanto, o controle social é exercido institucionalmente por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, tornando a alternativa A a única correta.