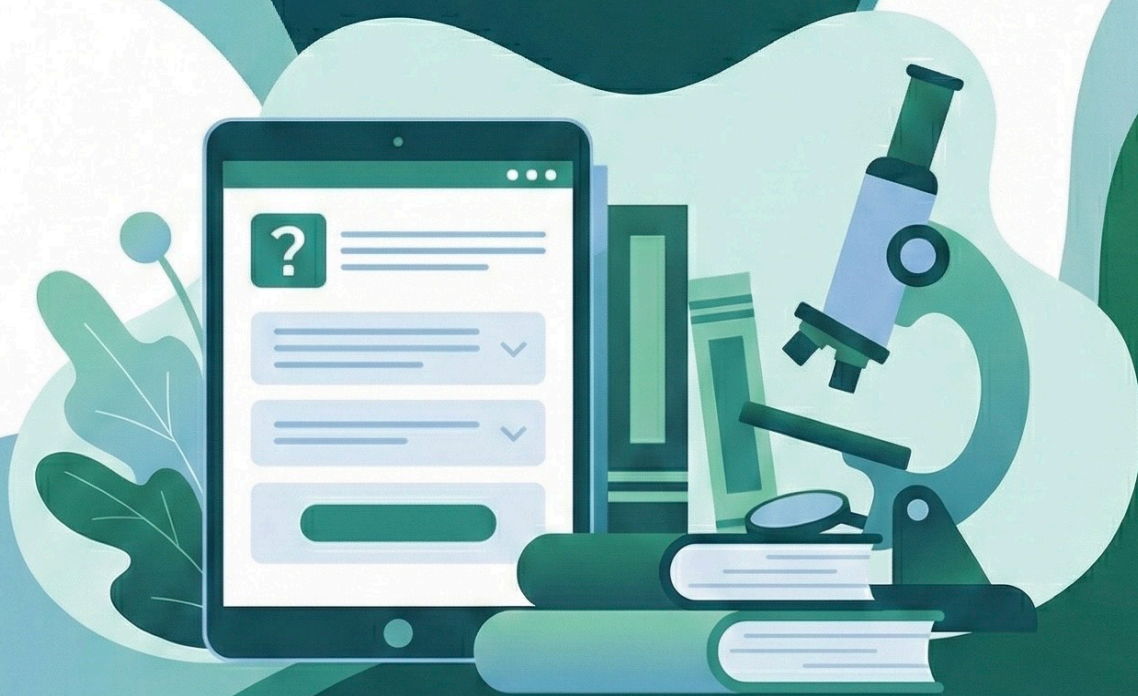


Instituto de olhos de Goiânia

GABARITO | 2026 | GO | 50 Questões



Gabarito: Instituto de olhos de Goiânia

2026 | GO

- | | |
|--------|--------|
| 1 - D | 40 - A |
| 2 - D | 41 - A |
| 3 - D | 42 - B |
| 4 - B | 43 - C |
| 5 - D | 44 - B |
| 6 - D | 45 - A |
| 7 - D | 46 - C |
| 8 - A | 47 - D |
| 9 - D | 48 - A |
| 10 - B | 49 - C |
| 11 - A | 50 - B |
| 12 - A | |
| 13 - D | |
| 14 - A | |
| 15 - B | |
| 16 - A | |
| 17 - D | |
| 18 - A | |
| 19 - B | |
| 20 - A | |
| 21 - C | |
| 22 - A | |
| 23 - B | |
| 24 - D | |
| 25 - C | |
| 26 - D | |
| 27 - D | |
| 28 - C | |
| 29 - D | |
| 30 - A | |
| 31 - B | |
| 32 - B | |
| 33 - D | |
| 34 - B | |
| 35 - C | |
| 36 - C | |
| 37 - B | |
| 38 - C | |
| 39 - C | |

Comentários e Explicações

Questão 1

O quadro clínico descrito é típico da encefalopatia de Wernicke, uma condição neurológica aguda decorrente da deficiência de tiamina (vitamina B1). Esta vitamina é um cofator essencial para enzimas do metabolismo da glicose. Em pacientes etilistas e desnutridos, as reservas de tiamina são mínimas. Quando o paciente recebeu uma carga de glicose (20 mL a 50%), o metabolismo desse carboidrato consumiu o restante da tiamina disponível, precipitando os danos neurológicos em áreas sensíveis, como o tronco encefálico e o cerebelo. O exame físico revela a tríade clássica da doença: confusão mental, ataxia de marcha (marcha com base alargada e dismetria) e anormalidades oculares (nistagmo e paresia do músculo reto lateral bilateralmente, indicando acometimento do VI par craniano).

Alternativa a: Incorreta. O acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico costuma apresentar déficits focais súbitos e assimétricos. No caso em questão, os sinais são bilaterais e simétricos (dismetria bilateral, paresia do reto lateral bilateral), além de haver um gatilho metabólico evidente associado à infusão de glicose em um paciente com fatores de risco.

Alternativa b: Incorreta. A mielinólise pontina central (síndrome da desmielinização osmótica) ocorre tipicamente pela correção excessivamente rápida de uma hiponatremia grave, e não pela oferta de glicose. Além disso, os sintomas geralmente surgem alguns dias após a correção do sódio, e não em 20 minutos.

Alternativa c: Incorreta. Polirradiculoneurites são doenças que afetam o sistema nervoso periférico (como a síndrome de Guillain-Barré). O paciente apresenta sinais claros de comprometimento do sistema nervoso central, como nistagmo, confusão mental e sinais cerebelares (ataxia e dismetria).

Alternativa d: Correta. Esta é a principal hipótese diagnóstica. A administração de glicose antes da reposição de tiamina em pacientes com risco de deficiência nutricional (como no alcoolismo crônico) é um erro clássico que desencadeia a encefalopatia de Wernicke. O tratamento deve ser feito com a reposição imediata de tiamina por via parenteral.

Questão 2

Esta questão apresenta um caso clássico de Demência Frontotemporal (DFT), especificamente a variante comportamental. O paciente tem 57 anos, uma idade típica para o início das demências pré-senis (antes dos 65 anos). O quadro clínico é marcado por uma mudança progressiva na personalidade e na conduta social, sem que a memória seja o sintoma inicial ou predominante.

A alternativa (d) está correta. A Demência Frontotemporal, variante comportamental, caracteriza-se por desinibição social (perda do "freio mental"), impulsividade, hiperoralidade (como a nova preferência por doces), comportamentos estereotipados ou repetitivos e perda de empatia ou tato social (comentários jocosos e inadequados). O fato de o paciente ser um médico anteriormente funcional reforça a quebra brusca com o padrão de personalidade prévio. No Miniexame do Estado Mental (MEEM), esses pacientes costumam ter uma pontuação relativamente alta no início, perdendo pontos em itens que exigem atenção e funções executivas (como o cálculo), enquanto a orientação e a memória imediata costumam estar preservadas, o que justifica os 26 pontos.

A alternativa (a) está incorreta. Na Doença de Alzheimer, o sintoma inicial mais comum é o déficit de memória episódica (esquecimento de fatos recentes). Embora alterações comportamentais possam ocorrer, elas geralmente surgem em fases mais avançadas da doença. No caso relatado, a memória está relativamente preservada e o foco central são as alterações de comportamento e de controle de impulsos.

A alternativa (b) está incorreta. O Transtorno Afetivo Bipolar geralmente se manifesta no início da vida adulta. O início de sintomas sugestivos de mania ou hipomania (irritabilidade, impulsividade, agitação) em um paciente de 57 anos, sem histórico psiquiátrico prévio e com caráter progressivo, deve sempre levantar a suspeita de uma causa orgânica/neurodegenerativa.

A alternativa (c) está incorreta. Os transtornos de personalidade são padrões de comportamento e experiência interna persistentes que se iniciam na adolescência ou no início da idade adulta e permanecem estáveis ao longo da vida. Não se diagnostica transtorno de personalidade em um idoso ou adulto de meia-idade que era previamente funcional e apresentou uma mudança súbita e progressiva de comportamento.

Portanto, o conjunto de idade de início precoce, desinibição social acentuada, alteração do hábito alimentar e preservação relativa das funções corticais globais (como visto no MEEM) aponta diretamente para a Demência Frontotemporal.

Questão 3

Esta questão aborda o raciocínio clínico diante de um quadro de infecções de repetição, um tema clássico em provas de residência médica.

A paciente apresenta a tríade característica das imunodeficiências primárias (erros inatos da imunidade) com predomínio de deficiência de anticorpos:

1. Infecções sinopulmonares de repetição (sinusites e pneumonia) por bactérias encapsuladas.
2. Infecção persistente ou recorrente por *Giardia lamblia** (a imunidade humoral, especialmente a IgA, é fundamental para o controle deste protozoário no intestino).
3. Sequelas estruturais (bronquiectasias) decorrentes do processo inflamatório crônico.

O quadro clínico, iniciado na adolescência, é altamente sugestivo de Imunodeficiência Comum Variável (IDCV), que é a imunodeficiência primária sintomática mais comum no adulto.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a dosagem de imunoglobulinas esteja correta para a investigação inicial, a "imunodeficiência de CD4" (imunidade celular) não é o principal grupo de doenças a ser investigado neste caso. A deficiência de CD4 está mais associada a infecções oportunistas (fungos, vírus, micobactérias), o que difere do quadro de sinusites e giardíase apresentado.

b) Incorreta. A imunodeficiência celular envolve defeitos nos linfócitos T. Pacientes com esse perfil apresentam quadros graves desde os primeiros meses de vida, com infecções por patógenos intracelulares, fungos e vírus, além de déficit de crescimento. A imunofenotipagem é um exame de segunda linha, após a triagem inicial.

c) Incorreta. Defeitos de fagócitos (como a Doença Granulomatosa Crônica) costumam cursar com abscessos profundos, infecções cutâneas e infecções por microrganismos específicos (*Staphylococcus aureus**, *Aspergillus**, *Serratia**), o que não condiz com o relato de sinusites e giardíase.

d) Correta. O quadro de infecções bacterianas sinopulmonares recorrentes associado à infecção por *Giardia lamblia** é o marcador clássico da imunodeficiência humoral (defeito na produção de anticorpos pelos linfócitos B). O primeiro passo diagnóstico obrigatório é a triagem por meio da dosagem sérica de imunoglobulinas (IgG, IgA, IgM e, por vezes, IgE). Caso as dosagens estejam baixas, prossegue-se a investigação para classificar o tipo específico de deficiência de anticorpos.

Questão 4

O quadro clínico descrito é clássico de psoríase, uma doença inflamatória crônica da pele mediada por células T. Os principais pontos que confirmam o diagnóstico são:

1. **Morfologia e Localização das Lesões:** As placas eritematodescamativas bem delimitadas, com escamas branco-prateadas e localização em superfícies extensoras (cotovelos e joelhos), couro cabeludo e região sacral, compõem a apresentação típica da psoríase vulgar (em placas).

2. **Fenômenos Semiológicos (Curetagem Metódica de Brocq):**

- Sinal da vela: Ao raspar a lesão, as escamas se soltam em lâminas que lembram a raspagem de uma vela.

- Sinal do orvalho sangrento (Sinal de Auspitz): Após a retirada completa das escamas, surgem pequenos pontos de sangramento decorrentes do traumatismo dos capilares das papilas dérmicas, que estão alongadas e dilatadas na psoríase.

3. **Comprometimento Articular:** A história de monoartrite em articulação interfalangeana proximal sugere artrite psoriásica. Cerca de 30% dos pacientes com psoríase cutânea podem desenvolver algum grau de artrite, que frequentemente envolve as articulações interfalangeanas.

Análise das alternativas incorretas:

a) **Lúpus eritematoso cutâneo crônico:** Caracteriza-se por lesões discoides que evoluem com atrofia central, cicatriz e alteração pigmentar. Embora possa ocorrer no couro cabeludo (causando alopecia cicatricial), não apresenta os sinais da vela ou de Auspitz e tem distribuição preferencial em áreas fotoexpostas.

c) **Artrite reumatoide:** É uma doença sistêmica que causa poliartrite simétrica e erosiva, preferencialmente em pequenas articulações. Não explica as lesões cutâneas descritas, que são específicas da psoríase.

d) **Dermatite seborreica:** Apresenta escamas mais gordurosas (oleosas) e amareladas, localizadas em áreas de maior densidade de glândulas sebáceas (sulco nasolabial, sobrancelhas, tórax central). Não costuma atingir joelhos e cotovelos com placas bem delimitadas, nem apresenta o sinal de Auspitz.

Questão 5

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um homem jovem com dor lombar crônica de padrão inflamatório (melhora com atividade física e uso de anti-inflamatórios, piora com o repouso e presença de rigidez matinal). O teste de Schober avalia a mobilidade da coluna lombar; um resultado de 3,5 cm (abaixo do valor de referência de 5 cm) indica limitação da flexão lombar. Esse conjunto de achados aponta diretamente para o diagnóstico de Espondilite Anquilosante (EA), uma espondiloartrite soronegativa que acomete preferencialmente o esqueleto axial de homens jovens.

A manifestação extra-articular mais comum da Espondilite Anquilosante é a uveíte anterior aguda. Ela ocorre em cerca de 25% a 40% dos pacientes ao longo do curso da doença e está fortemente associada à presença do antígeno HLA-B27.

CARACTERÍSTICAS DA UVEÍTE NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

A uveíte associada às espondiloartrites apresenta características muito específicas que permitem sua identificação em provas de residência:

1. Localização: É exclusivamente anterior (iridociclite).
2. Início: Agudo e súbito.
3. Lateralidade: Unilateral (acomete um olho de cada vez), mas frequentemente alternante.
4. Evolução: Recorrente. O paciente apresenta crises que melhoram com o tratamento (corticoides tópicos e midriáticos), mas que tendem a voltar ao longo dos anos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): Embora a uveíte seja anterior, ela raramente se manifesta como um episódio isolado na vida do paciente com espondiloartrite. A marca registrada da doença é a recorrência das crises.

Alternativa B (Incorreta): A uveíte na espondilite anquilosante não é posterior. Uveítes posteriores ou pan-uveítes são mais comuns em outras doenças sistêmicas, como a doença de Behçet, sarcoidose ou infecções (toxoplasmose, sífilis).

Alternativa C (Incorreta): Incorreta tanto pela localização (é anterior, não posterior) quanto pelo comportamento clínico (é recorrente, não isolado).

Alternativa D (Correta): Esta alternativa descreve perfeitamente o padrão clássico da manifestação ocular na espondilite anquilosante: acometimento do trato uveal

anterior e tendência a novos episódios (recorrência) ao longo do tempo. O diagnóstico precoce e o tratamento das crises são fundamentais para evitar sequelas como sinéquias posteriores e glaucoma secundário.

Questão 6

A retinopatia diabética é uma complicação microvascular decorrente da hiperglicemia crônica, que provoca danos ao endotélio e aos perícitos dos vasos retinianos. A identificação da sequência evolutiva das lesões é fundamental para o correto estadiamento da patologia.

Alternativa a) Incorreta. O ingurgitamento venoso, juntamente com o rosariamento venoso (venous beading), é um sinal de isquemia retiniana significativa. Essas alterações são encontradas na retinopatia diabética não proliferativa em estágios mais avançados (classificada como grave ou pré-proliferativa), indicando progressão da doença.

Alternativa b) Incorreta. Os exsudatos duros são depósitos de lipídios e proteínas que ocorrem devido ao aumento da permeabilidade vascular e extravasamento crônico. Embora comuns, eles surgem após as alterações estruturais iniciais dos capilares.

Alternativa c) Incorreta. As micro-hemorragias ocorrem devido ao dano capilar ou à ruptura de microaneurismas. Apesar de serem sinais precoces, a literatura oftalmológica e os estudos histopatológicos estabelecem que os microaneurismas precedem o aparecimento das hemorragias na história natural da doença.

Alternativa d) Correta. Os microaneurismas são a alteração clínica mais precoce e o primeiro sinal visível ao exame de fundo de olho na retinopatia diabética. Eles representam pequenas dilatações saculares na parede dos capilares retinianos. Esse processo ocorre principalmente devido à perda de perícitos (células de sustentação vascular) induzida pela hiperglicemia, o que enfraquece a parede do vaso e permite a formação dessas microdilatações.

Em resumo, a presença de microaneurismas isolados é o critério que define a retinopatia diabética não proliferativa leve, marcando o início das manifestações clínicas da doença na retina.

Questão 7

Para resolver esta questão, devemos analisar o quadro clínico do paciente e as medicações em uso. O paciente é diabético de longa data e utiliza glibenclamida na dose máxima. A glibenclamida é uma sulfonilureia de segunda geração, um secretagogo de insulina que estimula as células beta do pâncreas de forma contínua, independentemente do nível glicêmico.

O paciente apresenta um quadro de três dias de náuseas, vômitos, diarreia e inapetência (provável gastroenterite aguda). Esse cenário gera um descompasso crítico: a ingestão calórica foi drasticamente reduzida devido aos sintomas gastrointestinais, mas o paciente continuou sob o efeito de uma medicação que força a secreção de insulina. Esse é o cenário clássico para o desenvolvimento de hipoglicemia grave. A neuroglicopenia (falta de glicose no sistema nervoso central) é uma causa metabólica comum de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas em pacientes diabéticos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o uso de metformina possa estar associado à acidose láctica (especialmente se houver desidratação e lesão renal aguda secundária aos vômitos e diarreia), e a cetoacidose diabética também curse com acidose, a acidose metabólica isolada não é a causa mais comum de convulsão súbita neste contexto clínico quando comparada à hipoglicemia.

b) Incorreta. Pacientes hipertensos e diabéticos possuem alto risco cardiovascular para Acidente Vascular Encefálico (AVE). No entanto, o início dos sintomas após um quadro infeccioso/gastrointestinal com baixa ingesta alimentar direciona o raciocínio para uma causa metabólica aguda, e não necessariamente para um evento isquêmico ou hemorrágico focal, que geralmente apresenta outros déficits neurológicos localizatórios antes ou após a crise.

c) Incorreta. A perda de potássio por vômitos e diarreia pode causar hipopotassemia. Contudo, as manifestações clínicas típicas da hipopotassemia são fraqueza muscular, íleo paralítico e alterações eletrocardiográficas (como onda U e achatamento de onda T), e não convulsões. Distúrbios eletrolíticos que mais frequentemente causam convulsões são a hiponatremia e a hipocalcemia.

d) Correta. A associação entre o uso de sulfonilureia (glibenclamida) em dose máxima e a baixa ingesta alimentar (devido a vômitos e inapetência) torna a hipoglicemia a hipótese diagnóstica principal e mais provável para a convulsão. É uma emergência médica que deve ser prontamente testada (glicemia capilar) e tratada com glicose endovenosa.

Questão 8

Análise do caso clínico:

A paciente de 81 anos apresenta episódios de síncope (perda bruta de consciência), o que compõe a tríade clássica da estenose aórtica (composta por síncope, angina e dispneia). O dado fundamental do exame físico é a descrição do sopro sistólico em diamante nos focos da base (foco aórtico e aórtico acessório). Esse sopro ejetivo, do tipo crescendo-decrescendo, ocorre devido à passagem turbulenta do sangue através de uma valva aórtica que não abre adequadamente, geralmente por calcificação degenerativa senil.

Explicação das alternativas:

a) Correta. A estenose aórtica é a valvulopatia mais prevalente em idosos. A síncope ocorre porque a obstrução fixa ao fluxo de saída do ventrículo esquerdo impede o aumento adequado do débito cardíaco em resposta a demandas fisiológicas ou mudanças de posição, resultando em hipoperfusão cerebral. O ecocardiograma é o exame indicado para confirmar a redução da abertura valvar, medir o gradiente de pressão entre o ventrículo e a aorta e calcular a área valvar.

b) Incorreta. A insuficiência aórtica produz um sopro tipicamente diastólico, do tipo aspirativo, e não sistólico. Embora a paciente apresente uma pressão de pulso alargada (168x70 mmHg), que é comum na insuficiência aórtica, a descrição do sopro em diamante é patognomônica de um processo ejetivo/obstrutivo.

c) Incorreta. O sopro da insuficiência mitral é caracterizado por ser holossistólico (ocupa toda a sístole com intensidade constante), sendo melhor audível no foco mitral (ápice cardíaco) e com frequente irradiação para a axila, o que diverge do sopro em diamante na base descrito no caso.

d) Incorreta. A dilatação da raiz da aorta pode levar a uma insuficiência aórtica secundária, mas não é a causa primária de um sopro sistólico ejetivo. Diante de uma paciente idosa com síncope e sopro de ejeção, a principal suspeita clínica que deve ser confirmada pelo ecocardiograma é a estenose da valva.

Questão 9

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de dor torácica súbita e dispneia leve, o que direciona o raciocínio para patologias agudas de pleura ou pulmão. Os achados fundamentais do exame físico para fechar o diagnóstico são a diminuição da

expansibilidade, a diminuição do murmúrio vesicular e, de forma crucial, o som timpânico à percussão no lado afetado.

Alternativa a) Pneumonia.

Incorreta. A pneumonia geralmente apresenta um início menos súbito e vem acompanhada de febre e tosse. No exame físico, a pneumonia causa consolidação do parênquima, o que gera macicez à percussão (som "abafado") e aumento do frêmito toracovocal, o que contradiz o timpanismo relatado na questão.

Alternativa b) Derrame pleural.

Incorreta. No derrame pleural, há acúmulo de líquido no espaço pleural. Embora também apresente diminuição da expansibilidade e do murmúrio vesicular, o líquido gera um som de macicez ou submacicez à percussão. O som timpânico encontrado no paciente indica a presença de ar, não de líquido.

Alternativa c) Embolia de pulmão.

Incorreta. A embolia pulmonar (TEP) é uma causa importante de dor torácica súbita e dispneia. Contudo, o TEP tipicamente cursa com um exame físico pulmonar normal na ausculta e percussão em sua fase inicial. Os achados localizados de timpanismo e abolição de murmúrio sugerem fortemente uma alteração mecânica no espaço pleural que o TEP não justifica.

Alternativa d) Pneumotórax.

Correta. O quadro é típico de pneumotórax espontâneo primário, frequente em homens jovens e previamente hígidos. A tríade composta por dor súbita, diminuição do murmúrio vesicular e timpanismo à percussão é o achado clássico da presença de ar no espaço pleural. O ar atua como um isolante acústico (diminuindo o murmúrio) e produz a hiper-ressonância (timpanismo) ao ser percutido.

Gabarito: Letra d.

Questão 10

A análise deste caso clínico deve começar pela identificação da síndrome glomerular apresentada. A paciente de 64 anos manifesta um quadro clássico de síndrome nefrótica, caracterizada por edema, urina espumosa (sinal de proteinúria maciça) e confirmada pelos exames laboratoriais: proteinúria de 5,8 g/g (acima do limite nefrótico de 3,5 g/g) e hipoalbuminemia importante (2 g/dL). Um dado fundamental é que os níveis de complemento (C3 e C4) estão normais e a função renal está preservada (creatinina 0,8 mg/dL).

A alternativa (b) está correta. A glomerulopatia membranosa é uma das principais

causas de síndrome nefrótica em adultos e idosos. Ela se caracteriza por não consumir complemento (C3 e C4 normais) e por apresentar um sedimento urinário habitualmente "limpo" (sem hematúria importante ou leucocitúria), exatamente como descrito no caso. Além disso, existe uma associação clássica entre a glomerulopatia membranosa e neoplasias sólidas (como a de tireoide mencionada no histórico da paciente), podendo ocorrer como uma síndrome paraneoplásica.

A alternativa (a) está incorreta. A glomerulonefrite proliferativa com crescentes manifesta-se clinicamente como uma síndrome nefrítica de rápida progressão. O quadro clínico esperado seria de perda acelerada da função renal (elevação rápida da creatinina), hipertensão e hematúria dismórfica importante, o que diverge totalmente da estabilidade funcional e da ausência de hematúria desta paciente.

A alternativa (c) está incorreta. A nefropatia por deposição de cristais (como por ácido úrico, oxalato ou drogas) geralmente se apresenta como uma lesão renal aguda obstrutiva ou tubulointerstitial, cursando com elevação de escórias nitrogenadas (ureia e creatinina) e não tipicamente com uma síndrome nefrótica pura com função renal normal.

A alternativa (d) está incorreta. A glomerulopatia membranoproliferativa (ou mesangiocapilar) frequentemente se apresenta com um padrão misto de síndrome nefrítica e nefrótica (presença de hematúria). No entanto, sua principal característica laboratorial para provas de residência é o consumo de complemento (C3 baixo), o que invalida esta opção, já que a paciente apresenta C3 e C4 normais.

Questão 11

A alternativa correta é a letra (a).

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresentou estridor e insuficiência respiratória aguda (uso de musculatura acessória) imediatamente após a extubação em uma cirurgia de tireoidectomia total associada ao esvaziamento cervical de nível VI (compartimento central). O estridor é um sinal patognomônico de obstrução de via aérea superior. No contexto cirúrgico da tireoide, a causa mais temida para esse evento imediato é a paralisia das pregas vocais por lesão nervosa.

Alternativa (a): Correta. Os nervos laríngeos inferiores, também chamados de nervos laríngeos recorrentes, passam pelo compartimento central do pescoço (nível VI), exatamente onde foi realizado o esvaziamento ganglionar. Esses nervos inervam quase todos os músculos intrínsecos da laringe, incluindo o músculo cricoaritenóideo posterior, que é o único responsável por abrir (abduzir) as pregas vocais. Uma lesão

bilateral desses nervos faz com que as pregas vocais fiquem paralisadas na linha média ou posição paramediana, obstruindo a passagem do ar assim que o tubo orotraqueal é removido, gerando estridor e necessidade de reintubação ou traqueostomia de urgência.

Alternativa (b): Incorreta. A lesão da pleura visceral poderia ocorrer em cirurgias de bócio mergulhante ou esvaziamentos cervicais muito baixos, resultando em pneumotórax. O quadro clínico seria de desconforto respiratório com redução do murmúrio vesicular no pulmão afetado, mas não causaria estridor, que é um ruído de via aérea superior.

Alternativa (c): Incorreta. A lesão da parede posterior da traqueia (membranácea) poderia causar enfisema subcutâneo, pneumomediastino ou fístulas, mas não é a causa típica de obstrução glótica e estridor imediato após a extubação.

Alternativa (d): Incorreta. O comprometimento das paratireoides leva ao hipoparatiroidismo e conseqüente hipocalcemia. Embora a hipocalcemia aguda e grave possa causar laringoespasma, esse sintoma costuma aparecer entre 24 a 72 horas após a cirurgia, conforme os níveis de cálcio caem progressivamente, e não minutos após a extubação. Além disso, o laringoespasma por cálcio é precedido por outros sinais de irritabilidade neuromuscular (sinais de Chvostek e Trousseau).

Questão 12

O caso clínico descreve um paciente cirrótico com hemorragia digestiva alta ativa proveniente de varizes de fundo gástrico. É fundamental diferenciar o tratamento das varizes esofágicas do das varizes gástricas de fundo, pois a abordagem endoscópica padrão difere entre elas.

Alternativa (a) Correta: A obliteração endoscópica com cianoacrilato (uma espécie de "cola" biológica) é o tratamento de escolha para o sangramento por varizes de fundo gástrico (tipos GOV2 e IGV1). Essas varizes costumam ser maiores, mais profundas e ter um fluxo sanguíneo mais intenso do que o das esofágicas, o que torna a ligadura elástica menos eficaz e com maior risco de ressangramento precoce. O cianoacrilato promove a polimerização imediata ao entrar em contato com o sangue, selando o vaso.

Alternativa (b) Incorreta: O balão de Sengstaken-Blakemore é uma medida de exceção, utilizada apenas como "ponte" para um tratamento definitivo em casos de sangramento maciço e refratário, nos quais a endoscopia não consegue controlar a hemorragia ou não está disponível. Não é a conduta de escolha diagnóstica ou terapêutica inicial quando se tem o diagnóstico endoscópico e o recurso adequado.

Alternativa (c) Incorreta: Embora o octreotide (um análogo da somatostatina) seja indicado para reduzir a pressão portal em todo sangramento variceal, a ligadura elástica não é a técnica preferencial para varizes de fundo gástrico. A ligadura é o padrão-ouro para varizes esofágicas, mas no fundo gástrico ela apresenta altas taxas de falha técnica e de complicações, como úlceras graves.

Alternativa (d) Incorreta: A cirurgia de desconexão ázigo-portal ou a realização de shunts portossistêmicos cirúrgicos são terapias de resgate extremamente invasivas e com alta mortalidade em pacientes cirróticos agudizados. Atualmente, antes de pensar em cirurgia, o procedimento de resgate indicado seria o TIPS (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular) ou a BROTO (Obliteração Transvenosa Retrógrada Ocluída por Balão).

Resumo: Diante de varizes de fundo gástrico com sangramento ativo, a injeção de cianoacrilato é a intervenção endoscópica com maior evidência de sucesso e controle da hemostasia.

Questão 13

Análise do quadro clínico:

Paciente de 65 anos com adenocarcinoma gástrico do tipo indiferenciado (células em anel de sinete), localizado no fundo gástrico, medindo 2,2 cm e com presença de ulceração. O estadiamento por tomografia não demonstrou metástases à distância.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a quimioterapia perioperatória possa ser indicada em tumores a partir do estágio T2 ou com linfonodos positivos, a questão foca na conduta cirúrgica definitiva. Além disso, a radioterapia neoadjuvante não é o tratamento padrão inicial para tumores de corpo e fundo gástrico.

Alternativa (b) Incorreta: A ressecção endoscópica (mucosectomia) é indicada apenas para o câncer gástrico precoce que respeita critérios estritos. Esta lesão apresenta contra-indicações ao método: é maior que 2 cm, é ulcerada e possui histologia indiferenciada (anel de sinete). Essas características conferem um elevado risco de invasão da camada submucosa e de metástases para linfonodos, exigindo tratamento cirúrgico radical.

Alternativa (c) Incorreta: A gastrectomia subtotal é a cirurgia de escolha para tumores localizados no terço distal (antro) do estômago. Como a lesão da paciente está situada no fundo gástrico (terço proximal/superior), a gastrectomia subtotal não permitiria alcançar margens de segurança oncológica livres, especialmente no tipo histológico difuso de Lauren, que exige margens cirúrgicas mais extensas.

Alternativa (d) Correta: Para tumores localizados no terço superior do estômago, como o fundo gástrico, a gastrectomia total é o procedimento indicado para garantir a ressecção completa da neoplasia com margens livres. A linfadenectomia D2 (exérese dos linfonodos das cadeias 1 e 2) é o padrão-ouro no tratamento cirúrgico do câncer gástrico com intenção curativa, pois oferece melhor controle local e reduz as taxas de recorrência.

Questão 14

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de obstrução de via aérea superior após um período de ventilação mecânica prolongada (17 dias). O intervalo de aproximadamente dois meses (70 dias desde o trauma) entre a extubação e o início dos sintomas é o período típico para a manifestação de estenose traqueal cicatricial. A presença de cornagem (estridor) e a tiragem de fúrcula são sinais inequívocos de obstrução alta grave, exigindo intervenção imediata para garantir a patência da via aérea.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

O diagnóstico de estenose de traqueia é o mais provável devido ao antecedente de intubação orotraqueal prolongada. A pressão exercida pelo balonete (cuff) da sonda sobre a mucosa traqueal pode causar isquemia, seguida de necrose e posterior cicatrização fibrótica, reduzindo a luz do órgão. Diante de um paciente com sinais de insuficiência respiratória obstrutiva (taquipneia, tiragem e cornagem), a conduta imediata é garantir uma via aérea segura. A intubação orotraqueal, embora tecnicamente difícil pela estenose (podendo exigir tubos de menor calibre), é a primeira tentativa diagnóstica e terapêutica para estabilização e ventilação invasiva.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): Embora o diagnóstico de estenose de traqueia esteja correto, o tratamento proposto é inadequado. Corticosteroides e inalação com adrenalina são eficazes no edema inflamatório agudo (como no crupe ou no edema pós-extubação imediato), mas não revertem uma estenose fibrótica/cicatricial já estabelecida. Além disso, a ventilação não invasiva (VNI) é contraindicada em casos de obstrução fixa de via aérea superior, pois a pressão positiva pode não vencer a barreira anatômica e retardar o controle definitivo da via aérea.

Alternativa (c): A estenose de laringe é menos comum que a traqueal após intubação

prolongada (que geralmente ocorre no nível do balonete ou do estoma da traqueostomia). Além disso, a cricotireoidostomia é um procedimento de exceção (via aérea cirúrgica de emergência) indicado apenas quando a intubação orotraqueal falha ou é impossível. A conduta inicial padrão deve ser a tentativa de intubação.

Alternativa (d): Assim como na alternativa (b), os broncodilatadores agem na árvore brônquica inferior (pequenas vias aéreas) e não têm efeito sobre uma obstrução mecânica na laringe ou traqueia. Corticosteroides e VNI também não tratam a causa-base da obstrução cicatricial.

Questão 15

Para resolver esta questão, é fundamental o conhecimento da anatomia segmentar hepática (classificação de Couinaud) e dos princípios de cirurgia oncológica de metástases colorretais.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta metástases hepáticas de um adenocarcinoma de cólon prévio. As lesões estão localizadas nos segmentos II e III. De acordo com a anatomia hepática, os segmentos II e III compõem o setor lateral esquerdo do fígado (localizados à esquerda do ligamento falciforme).

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A quimioembolização ou embolização de veia porta é indicada quando o remanescente hepático futuro (o que sobrar de fígado após a cirurgia) é considerado insuficiente em volume para manter as funções vitais. Como as lesões estão restritas aos segmentos II e III, uma hepatectomia lateral esquerda é uma ressecção conservadora que deixa a maior parte do parênquima hepático (segmentos I, IV, V, VI, VII e VIII) intacta, não havendo necessidade de embolização portal para hipertrofia do lobo contralateral. Além disso, a hepatectomia esquerda ampliada seria um procedimento desnecessário e excessivamente agressivo para o caso.

Alternativa (b) Correta. A conduta padrão para lesões restritas aos segmentos II e III é a hepatectomia lateral esquerda (também chamada de bissegmentectomia II-III). O uso do ultrassom intraoperatório é uma ferramenta indispensável na cirurgia hepática moderna, pois permite confirmar a localização das lesões, avaliar a relação com vasos importantes e identificar outras possíveis lesões não vistas nos exames de imagem pré-operatórios, garantindo margens cirúrgicas adequadas.

Alternativa (c) Incorreta. Esta alternativa propõe a retirada do lado direito do fígado

(hepatectomia direita ampliada), que é justamente o lado saudável neste paciente. As lesões estão situadas no lado esquerdo (segmentos II e III).

Alternativa (d) Incorreta. Semelhante à alternativa anterior, propõe a retirada do lado direito. Além do erro de lateralidade, o termo hepatectomia lateral direita não é a nomenclatura anatômica padrão para as ressecções à direita (geralmente utiliza-se hepatectomia direita ou setorectomias específicas).

Em resumo, diante de metástases colorretais restritas aos segmentos II e III, a cirurgia indicada é a retirada desses segmentos específicos (hepatectomia lateral esquerda), sempre auxiliada pelo ultrassom intraoperatório para segurança oncológica.

Questão 16

A questão aborda o manejo de pólipos da vesícula biliar, um tema frequente em provas de cirurgia geral e gastroenterologia. Para definir a conduta, devemos avaliar o tamanho do pólipo, a presença de sintomas e os fatores de risco para malignidade.

O ponto central desta questão é o tamanho do pólipo: 1,5 cm. De acordo com as diretrizes das principais sociedades (como a Sociedade Europeia de Radiologia Gastrointestinal e Abdominal - ESGAR), pólipos da vesícula biliar com diâmetro igual ou superior a 10 mm (1 cm) possuem uma indicação formal de colecistectomia, mesmo em pacientes assintomáticos, devido ao risco elevado de transformação maligna ou por já representarem um carcinoma de vesícula precoce. Além disso, a presença de fluxo ao Doppler sugere que a lesão é vascularizada, o que reforça a natureza neoplásica (seja benigna ou maligna) em detrimento de um pseudopólipo de colesterol.

Análise das alternativas:

a) Correta. A colecistectomia por via videolaparoscópica é o tratamento de escolha para pólipos maiores que 1 cm. A via laparoscópica é o padrão-ouro por oferecer menor dor pós-operatória, recuperação mais rápida e excelentes resultados estéticos e funcionais, sendo segura mesmo quando há suspeita de pólipos neoplásicos.

b) Incorreta. A via aberta (laparotomia) não é a conduta inicial padrão para pólipos de vesícula sem evidência clara de invasão de órgãos vizinhos ou metástases. Reservamos a via aberta para casos em que há contra-indicação técnica para laparoscopia ou quando a suspeita de câncer avançado exige uma cirurgia oncológica de maior porte (como a colecistectomia radical), o que não é o caso descrito inicialmente.

c) Incorreta. O acompanhamento ultrassonográfico (conduta expectante) é indicado apenas para pólipos menores que 10 mm que não apresentam fatores de risco. Para um pólipos de 15 mm, o risco de câncer é proibitivo para apenas observar; a cirurgia é mandatória.

d) Incorreta. Segue a mesma lógica da alternativa C. Um intervalo de 12 meses seria perigoso para uma lesão desse tamanho, permitindo a progressão de uma possível neoplasia. Além disso, a idade da paciente (62 anos) já é considerada um fator de risco adicional para malignidade em pólipos da vesícula (geralmente, o corte de risco é idade acima de 50 ou 60 anos, dependendo da diretriz).

Questão 17

Abaixo está uma explicação de uma questão de medicina gerada por uma IA.

Texto Original:

As indicações para hemodiálise de urgência na Lesão Renal Aguda (LRA) são classicamente resumidas pelo mnemônico AEIOU. Para que o tratamento dialítico seja indicado de imediato, as alterações devem ser graves e, na maioria das vezes, refratárias ao tratamento clínico inicial.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O valor isolado da ureia sérica (150 mg/dL) não é um critério para diálise de urgência. A indicação por uremia ocorre quando há manifestações clínicas graves, como pericardite urêmica, encefalopatia urêmica ou sangramentos por disfunção plaquetária atribuída à uremia. Geralmente, essas complicações surgem com valores de ureia muito mais elevados, frequentemente acima de 200 mg/dL.

Alternativa (b) Incorreta: Assim como a ureia, não existe um valor de corte de creatinina que, isoladamente, indique diálise de urgência. A creatinina é um marcador de taxa de filtração glomerular, mas a decisão clínica baseia-se na homeostase do paciente (volume, eletrólitos e equilíbrio ácido-base) e não em um número absoluto de creatinina.

Alternativa (c) Incorreta: Nesta alternativa, as alterações são consideradas moderadas. Uma acidose metabólica com bicarbonato de 15 mEq/L e um potássio de 5,5 mEq/L (hipercalemia leve) podem ser manejados inicialmente com tratamento medicamentoso (medidas de polarização, resinas de troca ou bicarbonato de sódio). A diálise seria indicada se a acidose fosse grave (geralmente pH inferior a 7,1 ou 7,2)

ou se o potássio fosse superior a 6,5 mEq/L com alterações no eletrocardiograma, ambos refratários às medidas clínicas.

Alternativa (d) Correta: O edema agudo de pulmão (sobrecarga de volume) em um paciente oligúrico (baixa produção de urina) é uma das indicações mais clássicas e absolutas de diálise de urgência. Como o paciente não consegue eliminar volume pela via renal, o uso de diuréticos costuma ser ineficaz. A acumulação de líquido nos alvéolos impede a hematose adequada, colocando a vida do paciente em risco imediato, o que exige a remoção de fluidos por ultrafiltração via diálise.

Resumo das indicações de urgência (AEIOU):

A - Acidose metabólica grave e refratária.

E - Eletrólitos: Hipercalemia grave e refratária ou com alteração no ECG.

I - Intoxicações por substâncias dialisáveis (ex: lítio, metanol, etilenoglicol).

O - Overload: Sobrecarga volêmica (edema agudo de pulmão) refratária.

U - Uremia sintomática (pericardite, encefalopatia).

Questão 18

Esta questão aborda uma complicação pós-operatória clássica em cirurgia abdominal. O ponto-chave para a resolução é a descrição do líquido que drena pela ferida operatória.

A alternativa (a) está correta. A deiscência de aponeurose é a separação das bordas da fáscia que foram suturadas durante o fechamento da parede abdominal. O sinal clínico patognomônico dessa condição é a saída súbita de grande quantidade de líquido sero-hemático (frequentemente descrito como "água de carne lavada" ou "cor de salmão") entre o 5º e o 10º dia pós-operatório. O paciente apresenta múltiplos fatores de risco que prejudicam a cicatrização: idade avançada, obesidade, diabetes mellitus, tabagismo e a natureza de urgência da cirurgia em campo contaminado (diverticulite perfurada).

A alternativa (b) está incorreta. Embora a infecção do sítio cirúrgico seja uma causa comum de complicações, ela costuma se manifestar com drenagem de material purulento, sinais inflamatórios locais (calor, rubor, dor) e, frequentemente, febre. A saída súbita de líquido sero-hemático volumoso é muito mais sugestiva de falha mecânica da parede (deiscência) do que de um processo purulento infeccioso isolado.

A alternativa (c) está incorreta. Uma fístula intestinal manifestaria a saída de conteúdo entérico (fezes, bile ou secreção entérica franca) pela ferida ou por drenos, e não apenas líquido sero-hemático. Além disso, a evolução clínica costuma ser

acompanhada de íleo paralítico prolongado ou sinais de irritação peritoneal se a drenagem não for dirigida.

A alternativa (d) está incorreta. Hematomas de parede abdominal geralmente se manifestam precocemente (nas primeiras 24 a 48 horas) através de abaulamento localizado, dor e equimose na pele. No 6º dia pós-operatório, a saída de grande volume de líquido fluido não condiz com um hematoma, que a essa altura estaria em processo de organização ou já teria se manifestado anteriormente.

Questão 19

O caso descreve um paciente jovem, vítima de trauma abdominal fechado, que se encontra hemodinamicamente estável (informação crucial para a tomada de decisão), com Glasgow 15 e FAST negativo. O achado da tomografia computadorizada (TC) de abdome mostra um hematoma perirrenal volumoso e, principalmente, extravasamento de contraste na fase arterial (o chamado "blush" arterial).

Na abordagem do trauma renal, a estabilidade hemodinâmica é o principal divisor de águas. Pacientes estáveis devem, preferencialmente, ser tratados de forma conservadora ou minimamente invasiva para a preservação do parênquima renal.

Abaixo, a análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A nefrectomia total é um procedimento invasivo, indicado geralmente em casos de instabilidade hemodinâmica refratária ou lesões grau V sem possibilidade de reconstrução. Como o paciente está estável, deve-se priorizar a preservação do rim.

Alternativa b) Correta. Em pacientes hemodinamicamente estáveis que apresentam sinal de sangramento arterial ativo na tomografia (extravasamento de contraste), a angioembolização por arteriografia é a conduta de escolha. Ela permite identificar o vaso sangrante e interromper a hemorragia de forma seletiva, com altas taxas de sucesso e menor morbidade do que a cirurgia aberta.

Alternativa c) Incorreta. A laparotomia exploradora e a estratégia de controle de danos são indicadas para pacientes instáveis, com sinais de peritonite ou com lesões associadas de vísceras ocas que exijam intervenção imediata. Não é o caso deste paciente, que mantém sinais vitais normais.

Alternativa d) Incorreta. Embora a observação clínica faça parte do tratamento não operatório, a presença de extravasamento de contraste na fase arterial indica um

sangramento ativo que dificilmente cessará apenas com repouso. A conduta puramente expectante nesse cenário aumenta o risco de queda abrupta da hemoglobina, choque tardio e perda do órgão. Portanto, a intervenção via radiologia intervencionista (embolização) é necessária.

Questão 20

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Isquemia Arterial Aguda (IAA). O desafio principal nestas questões é diferenciar a etiologia entre embolia e trombose arterial. Para isso, devemos observar quatro pontos fundamentais presentes no enunciado:

1. Fonte emboligênica: O antecedente de infarto do miocárdio há 1 ano é um fator de risco crítico, pois pode levar à formação de um trombo mural no ventrículo esquerdo, que serve como fonte de êmbolos para a circulação sistêmica.
2. Modo de início: A dor e o esfriamento surgiram de forma súbita (há 4 horas). A embolia costuma ser mais abrupta que a trombose.
3. História prévia: O paciente nega claudicação intermitente. A ausência de sintomas de doença arterial obstrutiva crônica (DAOC) sugere que as artérias eram previamente saudáveis, o que é característico da embolia.
4. Exame do membro contralateral: O membro direito apresenta pulsos normais. Na trombose arterial (causada por aterosclerose), é comum encontrar alterações de pulso ou sinais de doença crônica no membro oposto. O pulso normal no lado contralateral reforça a hipótese de embolia.

Portanto, a hipótese mais provável é Embolia Arterial Aguda.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): A hipótese de embolia está correta pelos motivos expostos acima. Quanto à conduta, a revascularização é obrigatória na isquemia aguda. O tratamento endovascular, através de técnicas como a tromboaspiração mecânica ou a fibrinólise guiada por cateter, é uma opção moderna, eficaz e amplamente aceita para a remoção de êmbolos, servindo como alternativa à cirurgia aberta (embolectomia com cateter de Fogarty).

Alternativa B (Incorreta): A trombose arterial aguda é menos provável devido à ausência de claudicação prévia e ao fato de o membro contralateral ter pulsos normais. Além disso, a revascularização com safena (bypass/ponte) costuma ser indicada para doença aterosclerótica crônica ou casos de trombose onde a simples remoção do trombo não é suficiente.

Alternativa C (Incorreta): Embora o tratamento endovascular seja uma ferramenta útil, a hipótese diagnóstica de trombose arterial aguda não se encaixa no perfil clínico deste paciente (sem claudicação e com membro contralateral saudável).

Alternativa D (Incorreta): A heparinização sistêmica é uma medida inicial essencial em qualquer quadro de isquemia arterial aguda para evitar a propagação do trombo distal e proximal. No entanto, ela isoladamente não é considerada o tratamento definitivo para um quadro de embolia arterial com ausência de pulso femoral (oclusão proximal importante). Nestes casos, é necessária a intervenção para desobstrução da artéria e salvamento do membro.

Questão 21

Esta questão aborda um desafio comum na prática obstétrica: o início tardio do pré-natal com incerteza quanto à data da última menstruação (DUM).

A paciente acredita estar com 7 meses (cerca de 28 a 30 semanas), baseando-se em um sangramento em maio. No entanto, o exame físico revela uma altura uterina de 22 cm e a ultrassonografia (USG) estima a idade gestacional em 24 semanas. É fundamental lembrar que a acurácia da ultrassonografia para datar a gestação diminui conforme a gravidez avança. No primeiro trimestre, a margem de erro é de apenas 3 a 5 dias. No segundo trimestre (entre 14 e 24 semanas), essa margem sobe para cerca de 7 a 14 dias e, no terceiro trimestre, pode chegar a 21 dias.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Não se pode afirmar categoricamente que a gestação é de 24 semanas e seguir o pré-natal de forma rotineira. Como o exame foi realizado tardiamente e há uma discrepância entre o que a paciente acredita e o achado ultrassonográfico, existe o risco de estarmos diante de um feto com Restrição de Crescimento Fetal (RCF) em vez de apenas um feto mais jovem. Assumir o dado da USG isolada pode levar a erros graves na condução do parto e na avaliação da vitalidade fetal futuramente.

Alternativa B (Incorreta): A dopplervelocimetria de artérias uterinas é um exame de rastreamento para o risco de pré-eclâmpsia e restrição de crescimento, geralmente realizado no morfológico do segundo trimestre. Embora a paciente tenha fatores de risco (tabagismo e uso de drogas), o Doppler isolado não resolve o problema da datação gestacional incerta. O foco imediato é confirmar a idade gestacional para, então, avaliar o crescimento.

Alternativa C (Correta): Esta é a conduta padrão em casos de dúvida sobre a datação em exames tardios. Ao repetir a ultrassonografia em um intervalo de 14 a 21 dias, o médico avalia a velocidade de crescimento fetal. Se o feto crescer proporcionalmente ao intervalo de tempo decorrido, confirma-se a idade gestacional sugerida pela primeira USG (24 semanas). Se o crescimento for insuficiente, reforça-se a suspeita de Restrição de Crescimento Fetal, indicando que o bebê pode ser mais velho, porém desnutrido.

Alternativa D (Incorreta): A amniocentese para estudo de cariótipo fetal é um procedimento invasivo indicado em situações específicas, como malformações fetais detectadas ao exame morfológico ou risco elevado para cromossomopatias. Não há qualquer evidência no enunciado (malformações ou marcadores) que justifique esse procedimento, que traz riscos à gestação.

Portanto, a repetição do exame para avaliar o intervalo de crescimento é a conduta mais prudente e correta para estabelecer a cronologia da gravidez.

Questão 22

O ponto central para resolver esta questão é entender a fisiopatologia do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). O DMG é caracterizado por uma resistência à insulina causada majoritariamente por hormônios produzidos pela placenta, como o lactogênio placentário humano, o cortisol e a progesterona.

Com a dequitação (saída da placenta) no momento do parto, ocorre uma queda abrupta e imediata nos níveis desses hormônios diabetogênicos. Consequentemente, a resistência insulínica diminui drasticamente nas primeiras horas do pós-parto, fazendo com que a maioria das pacientes com DMG retorne ao seu estado glicêmico basal (normoglicemia) quase instantaneamente.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Como a causa da resistência insulínica (a placenta) foi removida, a recomendação padrão para pacientes com DMG, mesmo para aquelas que utilizavam doses altas de insulina durante a gestação, é a suspensão imediata de toda a terapêutica hipoglicemiante no pós-parto. A dieta pode ser liberada (geral) e não há necessidade de manter o controle rigoroso da glicemia capilar (HGT) nas refeições, uma vez que o risco de hiperglicemia imediata é muito baixo. O rastreio para diabetes deve ser feito apenas 6 semanas após o parto, por meio de um novo teste de tolerância oral à glicose (TOTG 75 g).

Alternativa B (Incorreta): Manter a insulina no pós-parto imediato em uma paciente

com DMG é perigoso, pois, sem os hormônios placentários para contrapor a ação da insulina, a paciente apresenta um altíssimo risco de desenvolver hipoglicemia severa. A dieta para diabetes também deixa de ser obrigatória nesse momento.

Alternativa C (Incorreta): Embora a suspensão da terapêutica hipoglicemiante esteja correta, a manutenção da dieta para diabetes e a realização da glicemia capilar às refeições são condutas desnecessárias para o DMG pós-parto. Esse manejo seria mais adequado para pacientes com Diabetes Mellitus pré-gestacional (tipo 1 ou tipo 2), cujas necessidades de insulina diminuem após o parto, mas não desaparecem.

Alternativa D (Incorreta): Não há indicação de iniciar hipoglicemiantes orais (como metformina ou glibenclamida) no pós-parto imediato de uma paciente com DMG. Como a condição é resolvida com a saída da placenta, a introdução de novos medicamentos seria inadequada e sem benefício clínico comprovado para este momento.

Questão 23

Análise do caso clínico:

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune que exige controle rigoroso durante a gestação. A atividade da doença no momento da concepção e durante a gravidez é o principal determinante do desfecho gestacional. Pacientes com lúpus ativo ou que suspendem medicações necessárias têm maior risco de abortamento, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal e parto prematuro. Portanto, o princípio fundamental é manter a doença em remissão ou com a menor atividade possível.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A hidroxicloroquina é considerada o padrão-ouro no tratamento do lúpus durante a gravidez. Ela deve ser mantida em todas as pacientes gestantes, pois reduz a incidência de crises lúpicas (flares), ajuda no controle da atividade da doença e diminui o risco de complicações neonatais, como o bloqueio cardíaco congênito (especialmente em pacientes com anticorpos anti-Ro/SSA). Sua suspensão aumenta o risco de reativação da doença.

b) Correta. Ambas as medicações são seguras e indicadas neste cenário. A hidroxicloroquina é segura para o feto (categoria B) e essencial para a mãe. A prednisona, em doses baixas ou moderadas (como os 10 mg utilizados pela paciente), também é segura. A maior parte da prednisona é inativada pela enzima placentária 11-beta-hidroxiesteroide desidrogenase tipo 2, o que resulta em uma

exposição fetal mínima (menos de 10% da dose materna). Manter o esquema que está garantindo a estabilidade clínica da paciente há 7 meses é a conduta mais adequada.

c) Incorreta. A suspensão de ambos os medicamentos é a conduta mais perigosa para a gestante e para o feto. Sem o controle farmacológico, a probabilidade de uma crise lúpica multissistêmica (cutânea, articular e hematológica, conforme o histórico da paciente) é altíssima, o que compromete gravemente a viabilidade da gestação e a saúde materna.

d) Incorreta. Embora os médicos busquem sempre a menor dose eficaz de corticoides para minimizar efeitos colaterais (como diabetes gestacional e hipertensão), a suspensão abrupta ou inadequada da prednisona em uma paciente que apresenta estabilidade com 10 mg/dia pode precipitar uma recidiva da doença. A prioridade na fase inicial da gestação é garantir que a doença não se torne ativa. Se houver intenção de reduzir o corticoide, isso deve ser feito de forma muito lenta e criteriosa, mas nunca simplesmente suspendê-lo no início do pré-natal sob o risco de descompensação.

Questão 24

A distocia de ombros é uma emergência obstétrica que ocorre quando, após a saída da cabeça fetal, o ombro anterior fica impactado na sínfise púbica materna (ou, menos comumente, o ombro posterior no promontório sacral). O manejo deve ser rápido e sistemático, priorizando manobras que aumentem os diâmetros pélvicos ou reduzam o diâmetro biacromial do feto.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Rebater o feto ou aplicar qualquer tipo de pressão no fundo uterino (como a manobra de Kristeller) é absolutamente contraindicado na distocia de ombros. Essas manobras aumentam o impacto do ombro contra a sínfise púbica, elevando drasticamente o risco de lesão do plexo braquial fetal e de ruptura uterina.

Alternativa b) Incorreta. O vácuo-extrator e o fórceps são instrumentos indicados para auxiliar o desprendimento do polo cefálico (período expulsivo prolongado ou exaustão materna). Na distocia de ombros, a cabeça já nasceu; o problema é a retenção do corpo por obstrução óssea. O uso de vácuo neste momento não resolve a impactação e pode agravar o trauma fetal.

Alternativa c) Incorreta. O decúbito lateral simples não altera a anatomia pélvica de forma a facilitar o desprendimento dos ombros. Existe a manobra de Gaskin, que

consiste em colocar a paciente em posição de "quatro apoios", mas ela é distinta do decúbito lateral e geralmente é tentada após o insucesso das manobras de primeira linha.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve as manobras iniciais e de primeira linha no manejo da distocia de ombros. A hiperflexão das pernas da paciente sobre o abdome é conhecida como manobra de McRoberts, que promove a retificação do sacro e a rotação cefálica da sínfise púbica, facilitando a passagem do ombro. A pressão suprapúbica (manobra de Mazzanti ou Rubin I) é realizada simultaneamente para tentar empurrar o ombro anterior para baixo da sínfise púbica ou deslocá-lo para uma posição oblíqua, diminuindo o diâmetro de insinuação.

Gabarito: Letra (d).

Questão 25

Para compreender a conduta correta nesta questão, devemos analisar a evolução clínica e laboratorial da paciente. Estamos diante de um quadro de suspeita de gestação ectópica, sugerido pela imagem paraovariana à esquerda e pelo útero sem saco gestacional (apenas endométrio espessado). No entanto, o dado mais relevante para a decisão terapêutica é o comportamento do nível de beta-hCG.

Há dois dias, o valor era de 2.350 mUI/mL e, no momento atual, caiu para 1.650 mUI/mL. Essa queda espontânea dos níveis de beta-hCG indica que a gestação (seja ela tópica ou ectópica) está em processo de involução ou abortamento espontâneo.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A conduta cirúrgica por laparoscopia é indicada em casos de gestação ectópica com instabilidade hemodinâmica, rotura tubária, dor intensa, ou quando os níveis de beta-hCG são elevados e crescentes, não preenchendo critérios para tratamento clínico. Como a paciente está estável, indolor e com níveis de beta-hCG em queda, a cirurgia seria uma intervenção desnecessária e invasiva no momento.

Alternativa (b) Incorreta: A curetagem uterina é um procedimento para esvaziamento da cavidade uterina em casos de abortamento incompleto ou retido intrauterino. No caso descrito, a ultrassonografia não identificou gestação dentro do útero, apenas um endométrio espessado (reação decidual), e apontou uma massa anexial. Portanto, a curetagem não resolveria a patologia anexial e não está indicada.

Alternativa (c) Correta: A conduta conservadora (também chamada de conduta

expectante) é a escolha adequada quando há evidência de que a gestação ectópica está se resolvendo espontaneamente. Os critérios para essa conduta incluem: estabilidade hemodinâmica, ausência de dor abdominal importante (ou dor em diminuição), massa anexial pequena e, fundamentalmente, níveis de beta-hCG em declínio. A paciente será acompanhada com dosagens seriadas de beta-hCG até que os níveis se tornem indetectáveis.

Alternativa (d) Incorreta: O metotrexato é uma opção de tratamento medicamentoso para gestações ectópicas íntegras em pacientes estáveis. Entretanto, ele é indicado quando os níveis de beta-hCG estão em ascensão ou em platô (geralmente abaixo de 5.000 mUI/mL). Se o organismo já iniciou o processo de involução por conta própria (demonstrado pela queda de 2.350 para 1.650), não há necessidade de administrar uma medicação quimioterápica que possui efeitos colaterais.

Questão 26

Texto Original:

A paciente de 30 anos apresenta um quadro clínico de dor pélvica de caráter progressivo e crônico, sem melhora com analgésicos comuns. Os achados do exame físico são fundamentais para o diagnóstico diferencial em ginecologia, especialmente a dor à palpação do fórnice vaginal posterior e a presença de uma tumoração anexial.

Alternativa a) Incorreta. O mioma uterino é um tumor benigno da musculatura do útero que se manifesta principalmente por sangramento uterino anormal ou aumento do volume abdominal com sintomas compressivos. Embora miomas subserosos possam ser confundidos com massas anexiais, a dor específica no fórnice vaginal posterior e a natureza da dor descrita não são achados típicos de miomatose, a menos que houvesse uma degeneração aguda, o que não condiz com a progressão de quatro meses.

Alternativa b) Incorreta. O câncer de ovário é mais prevalente em mulheres em idade mais avançada, geralmente após a menopausa. No exame físico, massas ovarianas malignas costumam ser sólidas, de contornos irregulares, fixas e frequentemente bilaterais. A descrição de uma tumoração regular, móvel e unilateral em uma paciente jovem favorece fortemente uma hipótese benigna, como um cisto ovariano simples ou um endometrioma.

Alternativa c) Incorreta. A hipótese de câncer de colo uterino é afastada pelos dados do exame físico e laboratorial. O exame especular mostrou um colo epiteliado com zona de transição normal, e a colpocitologia (Papanicolau) resultou em classe 2, que indica achados inflamatórios normais ou alterações benignas, sem evidência de

células neoplásicas.

Alternativa d) Correta. A endometriose é a principal hipótese diagnóstica. Trata-se de uma doença caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, comum em mulheres em idade reprodutiva. A dor à palpação do fórnice vaginal posterior é um sinal semiológico clássico de endometriose profunda, sugerindo o acometimento dos ligamentos uterossacrais ou do fundo de saco de Douglas. A tumoração anexial regular e móvel é compatível com um endometrioma (cisto de chocolate). O útero retrovertido também é um achado frequente nesses casos, muitas vezes devido a aderências pélvicas causadas pelo processo inflamatório crônico da doença.

Questão 27

Análise do caso clínico:

A paciente de 40 anos apresenta um quadro de Sangramento Uterino Anormal (SUA), classificado como Sangramento Menstrual Excessivo. No momento da avaliação, ela se encontra em um episódio agudo e intenso, porém estável hemodinamicamente (frequência cardíaca e pressão arterial normais). O exame físico com útero de tamanho normal e anexos livres afasta, inicialmente, grandes massas ou miomas volumosos, sugerindo causas funcionais ou pequenas alterações endometriais. O objetivo terapêutico imediato é reduzir a perda sanguínea de forma rápida e segura.

Alternativa a) Incorreta. A deidroepiandrosterona (DHEA) é um hormônio esteroide precursor de androgênios e estrogênios. Seu uso na prática médica está voltado para o tratamento de insuficiência adrenal ou, em alguns protocolos experimentais, para melhora da reserva ovariana em reprodução assistida. Não possui mecanismo de ação que justifique seu uso no controle de sangramento uterino agudo.

Alternativa b) Incorreta. O diclofenaco sódico é um anti-inflamatório não esteroide (AINE). Os AINEs atuam reduzindo a síntese de prostaglandinas no endométrio, o que promove vasoconstrição e reduz a perda sanguínea em cerca de 20% a 30%. Embora sejam úteis para o tratamento do sangramento crônico e da dismenorreia, não são a opção mais eficaz para o controle de um sangramento agudo e intenso como o descrito no caso.

Alternativa c) Incorreta. A progesterona é utilizada no manejo do sangramento uterino para estabilização do endométrio, sendo muito eficaz no tratamento de longo prazo ou em sangramentos por disfunção ovulatória. No entanto, em um cenário de sangramento agudo em que se busca uma resposta imediata para reduzir o volume de perda, os antifibrinolíticos ou o uso de estrogênios em altas doses (quando não há contraindicação) são preferíveis. Além disso, a paciente já possui o marido

vasectomizado, o que pode indicar preferência por métodos não hormonais.

Alternativa d) Correta. O ácido tranexâmico é um agente antifibrinolítico que impede a degradação da fibrina ao inibir a ativação do plasminogênio em plasmina. No endométrio de mulheres com sangramento excessivo, há frequentemente um aumento da atividade fibrinolítica. Esta medicação é considerada padrão-ouro para o controle rápido e não hormonal do sangramento menstrual excessivo, conseguindo reduzir o volume de perda sanguínea em até 50% já no primeiro ciclo de uso. Pela estabilidade da paciente e intensidade do quadro, é a conduta medicamentosa mais adequada para o momento.

Questão 28

Para resolver essa questão, devemos seguir o raciocínio clínico da investigação das amenorreias secundárias:

1. Exclusão de Gravidez: O beta-hCG é negativo, descartando gestação.
2. Teste da Progesterona: A paciente utilizou medroxiprogesterona e não apresentou sangramento (teste negativo). Isso indica duas possibilidades: ou há um problema anatômico no trato de saída (útero/vagina) ou há uma deficiência de estrogênio (o endométrio não foi previamente "preparado" pelo estrogênio para descamar com a progesterona).
3. Avaliação Hormonal (FSH e LH): Os níveis de FSH (1,2 mUI/mL) e LH (2,1 mUI/mL) estão baixos. Isso caracteriza um hipogonadismo hipogonadotrópico. Se a causa fosse ovariana, o FSH estaria elevado (hipogonadismo hipergonadotrópico). Se a causa fosse uterina, os níveis de FSH e LH estariam normais. Portanto, o problema é central (hipotálamo ou hipófise).
4. Diferenciação Central (Hipotálamo vs. Hipófise): A ressonância magnética de sela túrcica está normal, o que afasta tumores ou lesões estruturais importantes na hipófise. O dado clínico fundamental é que a paciente é maratonista (atleta de alta performance). O exercício físico extenuante é uma causa clássica de amenorrea funcional hipotalâmica, na qual ocorre uma disfunção na secreção pulsátil do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) pelo hipotálamo.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Embora a hipófise seja responsável pela secreção de FSH e LH (que estão baixos), a ressonância magnética normal e o perfil de atleta de elite direcionam a etiologia para o controle superior da hipófise, ou seja, para o hipotálamo.

b) Incorreta. Se a falha fosse nos ovários (insuficiência ovariana prematura), a paciente teria um quadro de hipogonadismo hipergonadotrópico, com FSH e LH muito elevados, pois não haveria o feedback negativo do estrogênio sobre a hipófise.

c) Correta. A amenorreia hipotalâmica funcional é comum em mulheres com gasto energético elevado, estresse físico ou baixo peso (tríade da mulher atleta). Nesses casos, o hipotálamo reduz a liberação de GnRH, resultando em baixos níveis de FSH e LH, o que impede a produção ovariana de estrogênio e, conseqüentemente, causa a ausência de sangramento no teste da progesterona.

d) Incorreta. Se a origem fosse uterina (como na Síndrome de Asherman), a paciente também não sangraria no teste da progesterona, mas o seu eixo hormonal estaria intacto, apresentando níveis de FSH e LH dentro da normalidade. Além disso, a história de atleta não teria relação direta com uma causa uterina.

Questão 29

O teratoma cístico maduro, também conhecido como cisto dermoide, é o tumor de células germinativas mais comum em mulheres em idade reprodutiva. Trata-se de uma neoplasia geralmente benigna, composta por tecidos derivados dos três folhetos embrionários (ectoderme, mesoderme e endoderme).

A conduta cirúrgica (ooforoplastia ou cistectomia ovariana) em um teratoma de 6 cm é indicada principalmente devido ao risco de complicações agudas. Abaixo, a análise detalhada das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Embora a transformação maligna possa ocorrer em teratomas maduros, ela é extremamente rara, incidindo em 1% a 2% dos casos, e costuma afetar mulheres no período pós-menopausa (geralmente evoluindo para carcinoma de células escamosas). Em uma paciente de 23 anos, esse não é o principal risco a ser prevenido.

Alternativa (b) Incorreta. Diferente de cistos hemorrágicos ou de corpo lúteo, os teratomas não têm uma tendência característica ao sangramento espontâneo ou à rotura com hemoperitônio. A rotura de um teratoma, quando ocorre, causa mais comumente uma peritonite química devido ao conteúdo sebáceo, e não um quadro hemorrágico.

Alternativa (c) Incorreta. A presença do teratoma por si só não costuma causar infertilidade, a menos que seja bilateral e volumoso, destruindo grande parte do parênquima ovariano. Na verdade, a própria cirurgia (ooforoplastia) deve ser

realizada com técnica minuciosa para preservar a reserva ovariana da paciente jovem.

Alternativa (d) Correta. A torção anexial é a complicação mais frequente do teratoma ovariano. Isso ocorre porque esses tumores possuem densidades variadas em seu interior (gordura, cabelo, dentes), o que altera o centro de gravidade do ovário. Além disso, o peso da massa de 6 cm e a mobilidade do tumor (descrita no exame físico como "móvel") favorecem a rotação do pedículo vascular ovariano. A torção é uma emergência cirúrgica que pode levar à isquemia e perda total do órgão, justificando a indicação de ooforoplastia eletiva para prevenir tal desfecho.

Questão 30

A hipótese diagnóstica principal para este caso é a primoinfecção pelo vírus herpes simples (HSV). O quadro clínico apresentado é clássico e pode ser dividido em duas fases distintas: a fase prodrômica (sistêmica) e a fase de manifestação local.

Alternativa A (Correta): A paciente apresenta sintomas sistêmicos, como mialgia, cefaleia e febre, que surgiram há 7 dias, seguidos por sintomas locais (dor pélvica e corrimento) há 4 dias. Essa sequência é típica da primoinfecção pelo herpes genital, na qual a replicação viral inicial causa um pródrômo semelhante a uma virose sistêmica. O corrimento muco-sanguinolento intenso e a dor pélvica indicam a presença de cervicite herpética, que ocorre em cerca de 70% a 90% das mulheres no primeiro episódio da doença. A presença de linfonodos inguinais bilaterais, móveis e dolorosos é um achado semiológico muito característico da infecção aguda pelo HSV. O fato de os órgãos genitais externos estarem sem alterações não exclui o diagnóstico, pois as lesões podem estar localizadas exclusivamente no colo do útero ou na mucosa vaginal interna.

Alternativa B (Incorreta): A doença de Behçet é uma vasculite sistêmica crônica. Suas principais manifestações são úlceras orais recorrentes (obrigatórias para o diagnóstico), úlceras genitais recorrentes e lesões oculares, como a uveíte. O quadro da paciente é agudo, com apenas 7 dias de evolução, e apresenta um pródrômo febril infeccioso que não condiz com a natureza crônica e recidivante da doença de Behçet. Além disso, a doença de Behçet costuma apresentar úlceras profundas e dolorosas, e não um quadro de corrimento vaginal muco-sanguinolento súbito com sintomas gripais.

Alternativa C (Incorreta): A tricomoníase é uma infecção causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Ela se manifesta tipicamente com corrimento vaginal abundante, bolhoso, de cor amarelo-esverdeada e odor fétido. No exame especular, é comum observar o colo com aspecto de morango ou framboesa (colpíte focal).

Embora cause inflamação local, a tricomoníase não está associada a pródromos sistêmicos, como mialgia e cefaleia intensa, nem costuma causar linfonodopatia inguinal dolorosa significativa.

Alternativa D (Incorreta): A clamídia (**Chlamydia trachomatis**) é uma causa comum de cervicite bacteriana e doença inflamatória pélvica (DIP). Contudo, a infecção por clamídia é frequentemente assintomática ou apresenta-se com sintomas leves e insidiosos. O quadro de início agudo com febre, cefaleia, mialgia importante e linfonodos inguinais dolorosos é muito mais sugestivo de uma etiologia viral (herpes) do que de uma infecção bacteriana por clamídia, que raramente causa esse tipo de pródromo sistêmico.

Questão 31

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito apresenta um paciente de 12 anos com movimentos involuntários agudos, caracterizados como coreia (movimentos rápidos, breves, migratórios e desordenados). O ponto-chave para o diagnóstico é a história de faringite há um mês, tratada com antibiótico, sugerindo uma sequela tardia de uma infecção pelo estreptococo do grupo A. A descrição do paciente tentando disfarçar o movimento involuntário incorporando-o a um movimento voluntário é um sinal clássico chamado paracinesia. Além disso, os sintomas de hiperatividade e desatenção são manifestações neuropsiquiátricas comuns que acompanham essa condição.

DISCUSSÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. A meningoencefalite herpética é uma condição aguda e grave que se manifesta com febre, cefaleia, alteração do nível de consciência, crises convulsivas e déficit neurológico focal. Não apresenta relação com faringite prévia e não se manifesta tipicamente como um quadro isolado de coreia.

Alternativa b) CORRETA. A Coreia de Sydenham é a principal causa de coreia adquirida na infância e uma das manifestações maiores dos Critérios de Jones para o diagnóstico de Febre Reumática. Ela ocorre por um mecanismo de mimetismo molecular, onde anticorpos produzidos contra o estreptococo reagem de forma cruzada com os neurônios dos gânglios da base. O período de latência entre a faringite e a coreia é tipicamente longo (1 a 6 meses), o que explica o início dos sintomas agora. É frequente a associação com labilidade emocional e alterações comportamentais.

Alternativa c) INCORRETA. A Doença de Parkinson Juvenil é uma condição rara que se

caracteriza por uma síndrome hipocinética, ou seja, lentidão de movimentos (bradicinesia), rigidez e tremor de repouso. O paciente da questão apresenta uma síndrome hiperkinética (excesso de movimentos involuntários), o que descarta parkinsonismo.

Alternativa d) INCORRETA. A Doença de Huntington é uma patologia genética e hereditária, autossômica dominante, de caráter progressivo. Embora apresente coreia, seu início costuma ocorrer na idade adulta. A forma juvenil existe, mas é muito rara e geralmente evolui com rigidez e crises epiléticas (variante de Westphal), sem relação com quadros infecciosos prévios de orofaringe.

CONCLUSÃO

A principal hipótese para um quadro de coreia aguda em criança, associado a alterações de comportamento e antecedente de faringite, é a Coreia de Sydenham.

Questão 32

Esta é uma questão clássica sobre as complicações do tratamento da cetoacidose diabética (CAD) na pediatria. O quadro clínico descreve uma criança que, durante a compensação de uma CAD, apresenta sinais de alerta neurológico e instabilidade hemodinâmica específica.

A chave para o diagnóstico está na identificação da Tríade de Cushing: hipertensão arterial, bradicardia e alteração do padrão respiratório ou do nível de consciência (confusão mental). Esses sinais indicam aumento da pressão intracraniana, sugerindo fortemente o diagnóstico de edema cerebral.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora tenha ocorrido uma queda brusca da glicemia (de 484 mg/dL para 78 mg/dL), o que pode causar sintomas adrenérgicos e neuroglicopênicos, a hipoglicemia sozinha não explicaria a tríade de bradicardia e hipertensão arterial. A conduta diante de uma queda tão rápida da glicemia deve ser o ajuste dos soros de manutenção (regra dos dois soros) para evitar justamente o edema cerebral.

b) Correta. O edema cerebral é a complicação mais temida no tratamento da CAD em crianças, ocorrendo em cerca de 0,5% a 1% dos casos, com alta mortalidade. O caso apresenta diversos fatores de risco: administração excessiva de volume (foram 60 mL/kg em apenas 3 horas, quando o recomendado é cautela e expansões de 10-20 mL/kg apenas se houver choque), queda acentuada da glicemia (mais de 100 mg/dL por hora) e uso de insulina nas fases iniciais da ressuscitação volêmica. A rápida

redução da osmolaridade plasmática faz com que a água se desloque do espaço extracelular para o interior das células cerebrais, causando o edema.

c) Incorreta. A mielinólise pontina central (ou síndrome de desmielinização osmótica) está classicamente associada à correção excessivamente rápida de uma hiponatremia crônica. Na CAD, o sódio costuma estar falsamente baixo (hiponatremia dilucional pela hiperglicemia) e deve subir conforme a glicemia cai. O quadro descrito é de início agudo e compatível com hipertensão intracraniana, não com desmielinização osmótica.

d) Incorreta. No tratamento da CAD, a tendência é a ocorrência de hipocalcemia (redução do potássio), pois a insulina promove a entrada de potássio para dentro da célula e a correção da acidose também reduz o potássio sérico. Embora a hipercalcemia grave possa causar bradicardia e arritmias, ela não justifica a hipertensão arterial e a confusão mental súbita neste contexto clínico de hidratação vigorosa.

Em resumo, diante de uma criança em tratamento de CAD que apresenta cefaleia, redução do nível de consciência, bradicardia e hipertensão, deve-se suspeitar imediatamente de edema cerebral, reduzir a oferta de líquidos e iniciar precocemente manitol ou solução salina hipertônica.

Questão 33

ANÁLISE DO CASO

Estamos diante de um recém-nascido de 10 dias de vida, apresentando sangramento nas fezes (hematoquezia). Para definir a principal hipótese diagnóstica, devemos analisar os seguintes fatores:

1. O paciente recebeu a profilaxia com 1 mg de vitamina K por via intramuscular ao nascimento, o que reduz drasticamente o risco de Doença Hemorrágica do Recém-Nascido.
2. O sangramento iniciou-se aos 8 dias de vida, após a introdução de fórmula láctea (leite de vaca).
3. O exame físico é normal, a criança está em bom estado geral, sem fissuras anais e sem lesões nos mamilos maternos (o que afasta a ingestão de sangue materno).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A deficiência de vitamina K na forma tardia ocorre, geralmente, entre a 2ª semana e o 6º mês de vida, sendo mais comum em bebês em aleitamento materno exclusivo que não receberam a profilaxia ao nascer. O paciente

em questão tem apenas 10 dias e recebeu a vitamina K intramuscular na maternidade, o que torna essa hipótese improvável.

Alternativa (b) INCORRETA: A forma clássica da deficiência de vitamina K ocorre entre o 2º e o 7º dia de vida. Além disso, a afirmação de que a fórmula láctea possui baixa quantidade de vitamina K é falsa. As fórmulas infantis modernas são enriquecidas com vitamina K, oferecendo concentrações maiores do que o leite materno. O uso da fórmula, na verdade, é um fator de proteção contra a deficiência de vitamina K quando comparado ao aleitamento materno exclusivo sem profilaxia.

Alternativa (c) INCORRETA: A forma precoce da deficiência de vitamina K está associada ao uso materno de medicamentos que interferem no seu metabolismo (como a carbamazepina), mas essa forma se manifesta, obrigatoriamente, nas primeiras 24 horas de vida. Como o bebê apresenta sangramento aos 10 dias de vida, a cronologia não é compatível com a forma precoce.

Alternativa (d) CORRETA: A principal hipótese é a Proctocolite Alérgica, uma forma de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). O quadro clínico é típico: um recém-nascido ou lactente jovem, em excelente estado geral, sem outras alterações no exame físico, que apresenta sangue nas fezes após a introdução de proteína do leite de vaca (seja por fórmula infantil ou via leite materno). A introdução da fórmula láctea após a alta da maternidade é o gatilho clássico descrito no caso. Como a profilaxia para deficiência de vitamina K foi realizada corretamente e o exame físico é normal, a APLV torna-se o diagnóstico mais provável.

Questão 34

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

Estamos diante de uma lactente de 13 meses com um quadro clássico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Os pontos-chave para o diagnóstico são: febre alta (38,9°C), tosse e, principalmente, a presença de taquipneia. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para crianças entre 12 e 59 meses, define-se taquipneia como uma frequência respiratória maior ou igual a 40 irpm (a paciente apresenta 50 irpm). A presença de estertores crepitantes localizados em uma base pulmonar sugere uma consolidação alveolar, característica das pneumonias bacterianas típicas.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é o agente bacteriano mais comum causador de pneumonia em crianças após o período neonatal, independentemente da idade. A apresentação clínica descrita — início agudo, febre elevada, taquipneia e achados focais no exame físico (estertores localizados) — é o padrão-ouro da

pneumonia pneumocócica. Mesmo em crianças com o esquema vacinal em dia (vacina pneumocócica 10 ou 13-valente), ele continua sendo o patógeno mais provável, uma vez que a vacina não cobre todos os sorotipos existentes.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) *Bordetella pertussis*: É o agente da coqueluche. O quadro clínico típico caracteriza-se por acessos de tosse paroxística, guincho inspiratório e vômitos após a tosse (vômitos pós-tussígenos), geralmente com ausência de febre ou febre baixa. No exame físico da coqueluche, é comum que a ausculta pulmonar esteja normal, sem sinais de consolidação localizada.

c) *Haemophilus influenzae* tipo B: Antes da introdução da vacina (Pentavalente), este era um agente frequente de pneumonias graves e doenças invasivas. Atualmente, com a vacinação em massa, a incidência de infecções por este sorotipo tornou-se rara. O *S. pneumoniae* é significativamente mais prevalente na prática clínica atual.

d) *Mycoplasma pneumoniae*: É o principal causador da pneumonia atípica. No entanto, este patógeno é mais comum em crianças em idade escolar (maiores de 5 anos) e adolescentes. O quadro costuma ter um início mais arrastado (subagudo), com tosse seca persistente, dor de garganta, cefaleia e uma ausculta pulmonar que muitas vezes apresenta sibilos ou achados difusos, e não uma consolidação localizada em um lactente de 13 meses.

Questão 35

O caso clínico apresenta um pré-escolar de 3 anos com quadro de rinosinusite aguda bacteriana (RSAB). Em pediatria, as diretrizes das principais sociedades de especialistas estabelecem que o diagnóstico da RSAB é clínico, baseado na apresentação e na duração dos sintomas. Existem três critérios clássicos para indicar o tratamento antibiótico: sintomas persistentes (mais de 10 dias), sintomas graves (febre alta e secreção purulenta por 3 dias) ou piora clínica após melhora inicial (quadro bifásico).

Alternativa a: Incorreta. Os seios frontais não estão pneumatizados aos 3 anos de idade; esse desenvolvimento costuma ocorrer de forma significativa apenas após os 6 ou 7 anos de vida. Portanto, a queixa de cefaleia frontal nessa faixa etária é inespecífica e não serve como critério para o diagnóstico de sinusite ou para a introdução de antibióticos.

Alternativa b: Incorreta. A coloração da secreção nasal, seja ela amarela ou verde, não é um indicador confiável de infecção bacteriana. Resfriados comuns de origem

viral frequentemente evoluem com secreção nasal colorida devido à presença de neutrófilos e suas enzimas, não sendo, isoladamente, uma justificativa para o uso de antibióticos.

Alternativa c: Correta. O principal critério para o diagnóstico de rinosinusite aguda bacteriana na infância é a persistência de sintomas respiratórios (como tosse, coriza e obstrução nasal) por mais de 10 a 14 dias sem sinais de melhora. Como o paciente está no 12º dia de doença, mantendo os sintomas, o diagnóstico clínico está firmado e a antibioticoterapia está indicada.

Alternativa d: Incorreta. O diagnóstico de rinosinusite em crianças é clínico. O uso de radiografia de seios da face não é recomendado rotineiramente para o diagnóstico de quadros não complicados. Isso ocorre porque o exame tem baixa especificidade: alterações como o nível hidroaéreo ou o espessamento mucoso podem aparecer em crianças com infecções virais simples ou até mesmo em crianças assintomáticas, não sendo o fator determinante para a decisão terapêutica.

Questão 36

Esta questão aborda o desenvolvimento puberal normal em meninas. O ponto fundamental para a resolução é identificar que a paciente está em uma faixa etária adequada para o início da puberdade e que o achado clínico descrito é fisiológico.

Análise do quadro clínico:

A paciente tem 9 anos de idade. O início da puberdade feminina (telarca) é considerado normal quando ocorre entre os 8 e 13 anos. O exame físico descreve uma elevação da aréola e papila com palpação fibroelástica, o que caracteriza o broto mamário (Estágio 2 de Tanner). É muito comum que a telarca comece de forma unilateral ou assimétrica, não indicando patologia. A história familiar de câncer de mama em uma avó aos 49 anos não muda a conduta para uma criança com desenvolvimento fisiológico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A solicitação de ultrassonografia de mama é desnecessária. O quadro é nitidamente de telarca fisiológica. Exames de imagem em mamas pediátricas devem ser reservados para massas suspeitas que fujam do padrão do broto mamário, o que não é o caso.

b) Incorreta. A dosagem de prolactina, TSH e cortisol não é indicada. O TSH e a prolactina poderiam ser avaliados em casos de puberdade precoce (antes dos 8 anos) ou distúrbios menstruais, mas a paciente tem idade e clínica compatíveis com

a normalidade. O cortisol é usado na investigação de doenças adrenais, que não apresentam essa clínica isolada.

c) Correta. A conduta expectante é a mais adequada. O médico deve orientar o pai de que se trata do início normal da puberdade (Estágio M2 de Tanner) e que a assimetria inicial é frequente. Não há necessidade de intervenções ou exames complementares, apenas o acompanhamento clínico de rotina.

d) Incorreta. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é contraindicada nesse caso. Realizar procedimentos invasivos em um broto mamário em desenvolvimento pode causar dano permanente ao tecido glandular, resultando em hipoplasia mamária ou deformidades futuras. O "nódulo" sentido é, na verdade, a própria glândula mamária começando a crescer.

Questão 37

Análise do Quadro Clínico:

A icterícia iniciada nas primeiras 24 horas de vida é sempre considerada patológica e exige investigação. No caso apresentado, a recém-nascida apresenta icterícia com 12 horas de vida, BI de 8 mg/dL e sinais de hemólise (reticulócitos de 11%). O cenário imuno-hematológico revela mãe O negativa com Coombs indireto negativo, e recém-nascido A positivo com Coombs direto negativo, mas eluato positivo.

Alternativa A: Incorreta. A doença é de natureza imune, comprovada pelo eluato positivo, que demonstra a presença de anticorpos maternos aderidos às hemácias do recém-nascido. A pesquisa de fragilidade osmótica é utilizada para diagnosticar esferocitose hereditária, que é uma causa de hemólise não imune, não sendo a primeira suspeita diante da incompatibilidade sanguínea e do eluato positivo.

Alternativa B: Correta. A incompatibilidade ABO ocorre tipicamente em mães do grupo O com filhos do grupo A ou B. Nessa patologia, o Coombs direto é frequentemente negativo ou fracamente positivo, pois as hemácias neonatais possuem menos sítios antigênicos A e B do que as hemácias adultas. O teste do eluato é muito mais sensível e, quando positivo, confirma a presença de anticorpos (anti-A, neste caso) ligados às células do bebê. O tratamento inicial para um nível de 11 mg/dL com 24 horas de vida em um contexto de hemólise é a fototerapia, acompanhada de monitorização dos níveis de bilirrubina.

Alternativa C: Incorreta. Embora exista incompatibilidade de fator Rh (mãe negativa e RN positivo), a mãe tem Coombs indireto negativo, o que prova que ela não está sensibilizada e não produziu anticorpos anti-D. Portanto, a causa da hemólise não é o fator Rh. O uso de imunoglobulina venosa é reservado para casos de hemólise imune

grave que não respondem à fototerapia intensiva ou que se aproximam do nível de exsanguineotransfusão.

Alternativa D: Incorreta. A incompatibilidade por grupos menores (como Kell ou Duffy) é uma causa possível de doença hemolítica, mas a configuração mãe O e RN A com eluato positivo torna a incompatibilidade ABO a hipótese diagnóstica principal e mais comum. A exsanguineotransfusão é um procedimento de alto risco, indicado apenas em níveis muito mais elevados de bilirrubina ou quando há sinais de encefalopatia biliar, o que não se aplica a este caso.

Questão 38

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente de 9 anos com um quadro crônico e multissistêmico que se iniciou precocemente (ao 1 ano de idade). Os elementos fundamentais para o diagnóstico são:

1. Infecções respiratórias de repetição e tosse produtiva diária (sugerindo bronquiectasias e inflamação crônica das vias aéreas).
2. Déficit pâncreo-estatural grave (peso e altura abaixo do percentil 5), indicando má absorção de nutrientes ou consumo metabólico excessivo por doença crônica.
3. Exame físico com estertores grossos difusos e baqueteamento digital (sinal clássico de doença pulmonar crônica supurativa e hipóxia prolongada).

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A Fibrose Cística (Mucoviscidose) é a principal hipótese. É uma doença genética autossômica recessiva que causa a disfunção da proteína CFTR, resultando em secreções exócrinas mais espessas e viscosas. No sistema respiratório, isso leva à obstrução bronquial, infecções recorrentes (especialmente por *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*) e danos estruturais permanentes. No sistema digestório, a insuficiência pancreática exócrina impede a absorção de gorduras e vitaminas lipossolúveis, o que explica o baixo peso e a baixa estatura. O baqueteamento digital é um achado clínico marcante em pacientes com fibrose cística que já apresentam comprometimento pulmonar estabelecido.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A asma não controlada cursa com falta de ar e tosse, mas a tosse geralmente é seca ou mucoide, e o exame físico revela tipicamente sibilos (e não estertores grossos difusos). Além disso, a asma não causa baqueteamento digital e não costuma justificar um déficit de crescimento tão grave, a menos que haja uso

prolongado de corticoides sistêmicos em doses altas.

Alternativa B: A fístula traqueoesofágica (especialmente a do tipo H) pode causar sintomas respiratórios crônicos por aspiração de conteúdo alimentar. No entanto, ela costuma ser diagnosticada mais cedo e não explica a má absorção intestinal ou o quadro de desnutrição sistêmica associado ao baqueteamento digital da maneira característica apresentada pela fibrose cística.

Alternativa D: A tuberculose pode causar tosse crônica e perda de peso, mas o histórico de infecções recorrentes desde o primeiro ano de vida, a presença de tosse produtiva diária por anos e o baqueteamento digital bilateral apontam para uma patologia congênita e crônica das vias aéreas com formação de bronquiectasias, o que é mais típico da fibrose cística do que de uma infecção isolada pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Questão 39

ANÁLISE DO CENÁRIO CLÍNICO

O caso descreve um recém-nascido de mãe HBsAg-positiva, o que configura uma situação de alto risco para a transmissão vertical do vírus da hepatite B (HBV). O objetivo principal é realizar a profilaxia pós-exposição de forma imediata para evitar que a criança se torne uma portadora crônica do vírus, risco que chega a 90% quando a profilaxia não é realizada adequadamente em filhos de mães infectadas.

Diferente do esquema vacinal de rotina para recém-nascidos de baixo risco, quando a mãe é sabidamente portadora do HBsAg, a conduta é de urgência e não deve ser adiada por conta do peso ou da idade gestacional.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A conduta padrão para todo recém-nascido de mãe HBsAg-positiva, independentemente do peso ao nascer ou da idade gestacional, é a administração simultânea da vacina contra hepatite B e da Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB) nas primeiras 12 horas de vida. A vacina estimula a imunidade ativa, enquanto a imunoglobulina fornece anticorpos prontos (imunidade passiva) para neutralizar o vírus que possa ter tido contato com o bebê durante o parto. Elas devem ser aplicadas em locais (músculos) diferentes.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Apenas a vacina não é suficiente neste cenário. Em filhos de mães

HBsAg-positivas, a associação da vacina com a imunoglobulina reduz drasticamente o risco de transmissão vertical em comparação com o uso isolado da vacina. A imunoglobulina é mandatória para garantir a proteção imediata.

Alternativa (b): É um erro retardar a vacinação. Embora exista uma recomendação geral de que a primeira dose da vacina de hepatite B possa ser adiada em prematuros com menos de 2.000 g, essa regra só se aplica quando a mãe é HBsAg-negativa. Quando a mãe é positiva, a proteção deve ser iniciada imediatamente após o nascimento, independentemente do peso.

Alternativa (d): Não se deve aguardar 30 dias para iniciar a vacinação em filhos de mães portadoras do vírus. O vírus da hepatite B tem um alto potencial de cronificação em neonatos, e a janela de oportunidade para a eficácia da profilaxia (vacina + imunoglobulina) é nas primeiras horas de vida, idealmente nas primeiras 12 horas.

OBSERVAÇÃO COMPLEMENTAR SOBRE O PESO

Para recém-nascidos com peso inferior a 2.000 g ou idade gestacional menor que 33 semanas, a resposta imunológica à vacina pode ser menor. Por isso, nesses casos específicos (como o do enunciado, com 1.850 g), o Ministério da Saúde recomenda que o esquema vacinal seja de 4 doses (0, 1, 2 e 6 meses), em vez das 3 doses habituais, para garantir a soroconversão. No entanto, a primeira dose e a imunoglobulina permanecem obrigatórias logo ao nascer.

Questão 40

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma gestante que, apesar de ter sido tratada precocemente (12ª semana) e ter apresentado queda inicial nos títulos de VDRL (de 1/64 para 1/4), apresentou uma elevação significativa no momento do parto (1/32). Um aumento de dois títulos ou mais (neste caso, subiu três diluições: 1/8, 1/16, 1/32) é critério para considerar a gestante como inadequadamente tratada (provável reinfecção ou falha de tratamento).

No recém-nascido (RN), o VDRL foi de 1/16. Ao comparar com o VDRL materno do parto (1/32), observamos que o título do RN não é maior ou igual a duas diluições acima do materno. Diante de uma mãe inadequadamente tratada, o manejo do RN deve seguir o protocolo do Ministério da Saúde para investigação de sífilis congênita.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) CORRETA: De acordo com as diretrizes vigentes (PCDT de Sífilis), quando a mãe é inadequadamente tratada e o RN apresenta exame físico normal e VDRL menor que o materno (ou não reagente), deve-se realizar a investigação laboratorial e radiológica. Esta investigação inclui hemograma e radiografia de ossos longos. Se houver qualquer alteração clínica ou laboratorial (hemograma ou raio X), a coleta de líquido (LCR) torna-se obrigatória para avaliar neurosífilis, e o tratamento deve ser iniciado com penicilina cristalina ou procaína por 10 dias. Se todos os exames (físico, hemograma e raio X) forem normais, o RN recebe penicilina benzatina em dose única e segue para acompanhamento.

b) INCORRETA: Esta alternativa propõe a coleta de líquido e o início imediato de tratamento com penicilina cristalina para todos, sem estratificar o risco. A coleta de líquido e o tratamento por 10 dias só seriam a conduta inicial direta se o RN apresentasse alteração no exame físico ou se o VDRL do RN fosse pelo menos duas diluições maior que o materno (ex.: se o RN fosse 1/128). No cenário de exame físico normal e VDRL do RN menor que o da mãe, primeiro avaliam-se os exames complementares básicos (sangue e ossos).

c) INCORRETA: Um RN de mãe inadequadamente tratada nunca deve receber alta sem investigação mínima. Além disso, o seguimento apenas aos 18 meses com VDRL é insuficiente e perigoso, pois a sífilis congênita pode causar danos graves e irreversíveis nos primeiros meses de vida. O teste treponêmico (como o TPPA mencionado na alternativa) é que costuma ser realizado após os 18 meses para confirmar o diagnóstico, pois antes disso pode haver transferência de anticorpos maternos (IgG).

d) INCORRETA: Embora o seguimento ambulatorial com VDRL (geralmente nos meses 1, 3, 6, 12 e 18) faça parte do protocolo de acompanhamento, o RN de mãe inadequadamente tratada não pode receber alta do berçário sem a realização dos exames de triagem (hemograma e raio X) e, dependendo do caso, a administração de penicilina ainda na maternidade. A conduta não pode ser puramente expectante neste cenário.

SÍNTESE DA CONDUTA NO RN (MÃE INADEQUADAMENTE TRATADA)

1. Exame físico alterado ou VDRL do RN ≥ 2 diluições em relação ao materno: Investigação completa (incluindo líquido) e tratamento com penicilina cristalina/procaína por 10 dias.
2. Exame físico normal e VDRL do RN < 2 diluições em relação ao materno: Realizar hemograma e raio X de ossos longos.
3. Se hemograma ou raio X alterados: Coletar líquido e tratar por 10 dias.

4. Se todos os exames normais: Penicilina benzatina (dose única) e seguimento ambulatorial.

Questão 41

Para compreender esta questão, é necessário distinguir as propriedades intrínsecas de um teste daquelas que dependem da epidemiologia local (prevalência).

1. **ESPECIFICIDADE (E):** A especificidade, assim como a sensibilidade, é uma característica intrínseca do teste. Ela mede a capacidade do método de identificar corretamente os indivíduos sadios. Independentemente de a prevalência da infecção ser 10% ou 20%, a capacidade técnica e o desempenho fixo do teste não mudam. Por isso, a especificidade **SERÁ MANTIDA**.

2. **VALOR PREDITIVO POSITIVO (VPP):** O VPP indica a probabilidade de um paciente com teste positivo estar realmente doente. Quando a prevalência de uma doença aumenta em uma população, a probabilidade pré-teste aumenta. Isso significa que, proporcionalmente, haverá mais verdadeiros positivos do que falsos positivos. Portanto, o VPP **AUMENTARÁ**.

3. **VALOR PREDITIVO NEGATIVO (VPN):** O VPN indica a probabilidade de um paciente com teste negativo estar realmente saudável. Com o aumento da prevalência, há mais pessoas doentes na população. Isso aumenta a chance de o teste apresentar resultados falsos negativos (doentes que testam negativo). Assim, a segurança de que um resultado negativo signifique ausência de doença diminui. Portanto, o VPN **DIMINUIRÁ**.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A) **ESTÁ CORRETA**. Reflete exatamente o comportamento matemático e epidemiológico: com o aumento da prevalência, o VPP aumenta, o VPN diminui e a especificidade permanece constante.

Alternativa B) **ESTÁ INCORRETA**. O VPN diminui (e não aumenta) com o aumento da prevalência. Além disso, a especificidade é uma propriedade intrínseca e não aumenta em função da prevalência.

Alternativa C) **ESTÁ INCORRETA**. O VPP aumenta com o aumento da prevalência (e não diminui). O VPN, por sua vez, diminui (e não aumenta).

Alternativa D) **ESTÁ INCORRETA**. Embora o VPP realmente aumente, o VPN deveria diminuir (e não aumentar) e a especificidade deveria ser mantida (visto que não é

afetada pela quantidade de doentes na população).

DICA DE MEMORIZAÇÃO:

O Valor Preditivo Positivo (VPP) sempre acompanha a prevalência: se a prevalência sobe, o VPP sobe.

O Valor Preditivo Negativo (VPN) é o oposto: se a prevalência sobe, o VPN desce.

Sensibilidade e Especificidade são propriedades do teste e não mudam com a prevalência.

Questão 42

A questão descreve um estudo epidemiológico que analisa, em um único momento, a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e fatores associados em uma amostra de 1.453 indivíduos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. No estudo de caso-controle, os pesquisadores partem de um grupo que já possui a doença (casos) e um grupo sem a doença (controles), olhando retrospectivamente para a exposição. No cenário descrito, a amostra foi selecionada de uma localidade e a prevalência (7,1%) foi identificada simultaneamente à coleta de dados sobre hábitos de vida. Isso caracteriza um corte transversal, não um caso-controle.

b) Correta. O estudo é transversal (ou seccional) porque realiza uma "fotografia" da população em um determinado ponto no tempo. Ele mede a prevalência da doença (os 103 indivíduos hipertensos representam 7,1% da amostra) e a exposição (sedentarismo) simultaneamente. Esse tipo de desenho é ideal para descrever a carga de doenças e identificar associações que podem gerar hipóteses para estudos longitudinais.

c) Incorreta. O termo "risco de desenvolver" refere-se à incidência, o que exige o acompanhamento de indivíduos ao longo do tempo (estudo de coorte). Em estudos transversais, falamos em prevalência e chance (Odds Ratio), e não em risco de desenvolvimento futuro. Além disso, o valor de 4,01 refere-se ao Odds Ratio bruto, que perdeu significância estatística após o ajuste para idade.

d) Incorreta. Existe um erro de interpretação estatística aqui. Um Odds Ratio (OR) de 3,57 não significa que a probabilidade é 3,57% superior. Significa que a chance de ter a doença é 3,57 vezes maior. No entanto, o dado mais importante é que o intervalo de confiança após o ajuste para idade foi de 0,87 a 5,31. Como esse intervalo inclui o valor 1,0, o resultado deixa de ter significância estatística, ou seja, não se pode

afirmar que há uma associação real entre sedentarismo e hipertensão nesse grupo quando a idade é levada em conta.

Concluindo, a característica de selecionar uma amostra populacional e identificar a prevalência da doença e os fatores associados no mesmo momento define o estudo como transversal.

Questão 43

Alternativa A: Incorreta. Embora o ensaio clínico randomizado e multicêntrico seja o padrão-ouro para evidência, um único estudo raramente é suficiente para determinar uma mudança universal imediata de conduta. A prática baseada em evidências valoriza a reprodutibilidade dos resultados. Geralmente, as diretrizes (guidelines) exigem a confirmação por outros estudos ou revisões sistemáticas com metanálise antes de consolidar uma recomendação como verdade absoluta.

Alternativa B: Incorreta. O ensaio clínico randomizado é justamente muito difícil de ser realizado em doenças raras, pois exige um grande número de participantes para atingir poder estatístico. Para doenças de baixa prevalência, as ferramentas mais práticas e utilizadas são os estudos de caso-controle, registros de pacientes e séries de casos, devido à dificuldade de recrutamento para um braço de intervenção prospectivo.

Alternativa C: Correta. Na cirurgia, a realização de estudos randomizados e multicêntricos é proporcionalmente menor do que na clínica médica. Isso ocorre devido a diversos fatores: a dificuldade de padronizar uma intervenção que depende da habilidade individual de cada cirurgião (viés do operador), os desafios éticos e práticos em realizar o cegamento (como o uso de cirurgias simuladas ou sham surgery) e o alto custo logístico de acompanhar procedimentos invasivos em múltiplos centros.

Alternativa D: Incorreta. Não existe um número mágico de pacientes, como 1.000, para validar um estudo. O tamanho da amostra é determinado por um cálculo estatístico prévio baseado na hipótese do estudo, na magnitude do efeito esperado e no poder estatístico desejado. Muitos ensaios clínicos com poucas centenas de pacientes possuem alto rigor metodológico e são capazes de demonstrar benefícios significativos de uma intervenção.

Questão 44

A eficácia de um teste de rastreamento populacional depende da relação entre as características do teste e a população na qual ele é aplicado.

Alternativa a) Incorreta. Um teste de rastreamento deve ter alta sensibilidade. O objetivo principal é identificar a doença em estágios iniciais em pessoas assintomáticas. Uma baixa sensibilidade permitiria que muitos doentes passassem despercebidos (falsos-negativos), o que invalidaria o propósito do rastreio de detectar e tratar precocemente a condição.

Alternativa b) Correta. A probabilidade pré-teste, que no contexto de rastreamento populacional correlaciona-se com a prevalência da doença no grupo alvo, é fundamental para a viabilidade da estratégia. Para que o rastreamento seja justificável e eficiente, ele deve ser aplicado em um cenário onde a probabilidade pré-teste seja alta o suficiente para garantir que os resultados positivos tenham um significado clínico relevante. Aplicar testes em populações com baixíssima probabilidade pré-teste resulta em um excesso de falsos-positivos, tornando o programa ineficaz. Por isso, as diretrizes de rastreio geralmente focam em grupos de maior risco ou faixas etárias específicas.

Alternativa c) Incorreta. Um baixo valor preditivo positivo (VPP) é uma consequência negativa indesejada. Ele indica que a maioria das pessoas que testaram positivo não possui a doença. Isso gera ansiedade, custos desnecessários ao sistema de saúde e exposição dos pacientes a exames confirmatórios muitas vezes invasivos.

Alternativa d) Incorreta. No rastreamento, a prioridade inicial é a sensibilidade para que nenhum caso seja perdido. A alta especificidade é a característica principal buscada nos testes confirmatórios, que são realizados após um resultado positivo no rastreio para descartar aqueles que não estão doentes. Embora uma boa especificidade no teste de rastreio seja desejável para evitar falsos-positivos, ela não é a característica definidora da escolha do teste inicial em relação à sensibilidade.

Questão 45

O monitoramento da Atenção Básica (AB) envolve a análise de indicadores que refletem a capacidade resolutiva, a coordenação do cuidado e a organização dos serviços nesse nível de atenção.

Alternativa (a): Correta. A proporção de encaminhamentos para internação hospitalar é um indicador fundamental de resolutividade e coordenação do cuidado. Espera-se que a Atenção Básica seja capaz de resolver cerca de 80% a 90% dos problemas de saúde da população. Quando esse indicador apresenta valores muito elevados, pode

sugerir baixa resolutividade da unidade básica ou falha no manejo das Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que são doenças que não deveriam evoluir para internação se bem acompanhadas na rede básica.

Alternativa (b): Incorreta. A taxa de mortalidade por doenças respiratórias é um indicador epidemiológico do estado de saúde e da mortalidade geral. Embora a Atenção Básica atue na prevenção e no controle dessas doenças, esse dado sofre influência de múltiplos fatores externos (ambientais, socioeconômicos e hospitalares) e não é utilizado como um indicador direto para o monitoramento operacional da gestão da unidade de saúde.

Alternativa (c): Incorreta. A frequência de casos de violência doméstica é um dado de vigilância epidemiológica e de notificação compulsória. Embora a equipe de saúde da família tenha um papel essencial na identificação e no acolhimento desses casos, esse número reflete mais a realidade social do território e a capacidade de detecção da equipe do que a performance de monitoramento da gestão da Atenção Básica propriamente dita.

Alternativa (d): Incorreta. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é rotina na Atenção Básica, mas a proporção de atendimentos especificamente a crianças nascidas a termo (no tempo correto) não é um indicador padrão de monitoramento. Geralmente, utilizam-se indicadores de risco, como a proporção de nascidos vivos com baixo peso ou o número de consultas de pré-natal realizadas, para avaliar a qualidade da assistência.

Em resumo, a alternativa (a) é a única que apresenta um indicador clássico de monitoramento da eficácia e do papel de "filtro" ou ordenador da rede exercido pela Atenção Básica.

Questão 46

A alternativa correta é a letra (c).

Explicação Geral:

Para que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja o fundamento de um sistema de saúde resolutivo, ela deve operar sob os atributos essenciais e derivados estabelecidos na literatura (como os de Barbara Starfield) e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A resolutividade na APS significa a capacidade de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado nos outros níveis quando necessário.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A APS não se destina exclusivamente a pessoas de baixa renda; ela é orientada pelo princípio da universalidade do SUS, devendo atender a todos os cidadãos. Além disso, o conceito de "baixa complexidade" é tecnicamente questionável, pois a APS lida com alta complexidade clínica e de cuidado, embora utilize baixa densidade tecnológica. A APS não deve ser apenas um local de encaminhamento, mas sim o nível que resolve de 80% a 90% das demandas de saúde.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a promoção e a prevenção sejam essenciais, a APS também deve oferecer assistência curativa, diagnóstica e de reabilitação como parte da integralidade do cuidado. A oferta desses serviços não pode ser condicionada apenas à existência de "recursos financeiros suficientes", mas sim ser garantida como um direito e uma responsabilidade estruturante do sistema para garantir a resolutividade.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa sintetiza os atributos-pilares da APS. Ser a porta de entrada preferencial (primeiro contato) facilita o acesso; o acolhimento humaniza a escuta; a coordenação do cuidado garante que a APS organize o fluxo do paciente pela rede de saúde; e a longitudinalidade permite o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por uma mesma equipe, o que aumenta a confiança e a eficácia das intervenções. O fortalecimento desses atributos é o que torna a APS verdadeiramente resolutiva.

Alternativa (d) Incorreta: A APS identifica e atua sobre os determinantes sociais da saúde no território (como saneamento, moradia e escolaridade), mas ela não é a responsável única por combatê-los. O enfrentamento dos determinantes sociais exige ações intersetoriais (envolvendo educação, assistência social, infraestrutura, etc.) e políticas públicas que extrapolam as competências exclusivas do setor saúde.

Questão 47

Para definir a ocorrência de uma epidemia, a vigilância epidemiológica precisa determinar se o número de casos de uma doença excede significativamente o esperado para uma determinada região e período de tempo. O instrumento metodológico clássico para essa análise é o Diagrama de Controle, também denominado Canal Endêmico.

Abaixo, a análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A prevalência mede o número total de casos (novos e antigos) em um determinado momento, sendo um indicador mais útil para o

planejamento de saúde em doenças crônicas. Epidemias são caracterizadas pelo aumento súbito de casos novos; portanto, utiliza-se a incidência. Além disso, a definição de epidemia baseia-se no histórico da própria localidade, e não necessariamente na comparação com municípios vizinhos, que podem ter realidades epidemiológicas distintas.

Alternativa b) Incorreta. Embora a incidência seja o indicador correto para monitorar surtos, a simples comparação com municípios vizinhos não define uma epidemia. Uma cidade pode apresentar uma incidência maior que a vizinha e ainda estar dentro de seu nível endêmico habitual. O que caracteriza a epidemia é o aumento de casos acima do esperado para aquela população específica, considerando sua própria série histórica.

Alternativa c) Incorreta. A busca ativa é uma estratégia operacional em que profissionais de saúde vão a campo (como em visitas domiciliares) para encontrar casos que não foram notificados espontaneamente. É uma ferramenta importante durante a investigação de um surto ou para doenças em fase de erradicação, mas não é o instrumento metodológico que estabelece estatisticamente o limiar epidêmico.

Alternativa d) Correta. O Diagrama de Controle é um gráfico construído com dados da incidência de uma doença em uma localidade, geralmente coletados nos últimos 7 a 10 anos. Por meio de cálculos estatísticos (como média e desvio padrão ou mediana e quartis), define-se um corredor endêmico que representa a variação esperada da doença. Quando a incidência do período atual ultrapassa o limite superior desse diagrama, tecnicamente confirma-se a existência de uma epidemia.

Questão 48

Alternativa (a) Correta: A transmissão da *Neisseria meningitidis* ocorre de pessoa para pessoa através de gotículas e secreções da nasofaringe de portadores assintomáticos ou doentes. Para que a transmissão seja efetiva, é necessário um contato próximo e prolongado, o que explica por que o ambiente domiciliar é o principal local de propagação do agente. Outros cenários de aglomeração, como dormitórios e creches, também apresentam risco elevado.

Alternativa (b) Incorreta: Embora as crianças menores de 5 anos apresentem as maiores taxas de incidência da doença invasiva, elas não são as maiores portadoras do agente na orofaringe. O estado de portador assintomático, que é o reservatório da bactéria, atinge suas maiores prevalências em adolescentes e adultos jovens.

Alternativa (c) Incorreta: A doença meningocócica possui um padrão sazonal

característico, mas o aumento do número de casos ocorre tipicamente nos meses de inverno e primavera, marcados pelo clima frio e seco, e não nos meses quentes e úmidos. O ar seco pode facilitar a ocorrência de microlesões na mucosa respiratória, favorecendo a invasão bacteriana.

Alternativa (d) Incorreta: Epidemiologicamente, o meningococo é considerado um agente de baixa infectividade e baixa patogenicidade. Isso ocorre porque a grande maioria das pessoas que entram em contato com a bactéria torna-se apenas portadora assintomática, sem desenvolver a doença. A doença invasiva é um fenômeno raro em comparação ao vasto número de pessoas colonizadas na população. No entanto, é importante não confundir esses conceitos com a gravidade da doença, que é muito alta uma vez que o processo invasivo se estabelece.

Questão 49

Para compreender esta questão, é fundamental associar as metas da Estratégia pelo Fim da Tuberculose (End TB Strategy) da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estão alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O foco principal dessas ações é a redução drástica da incidência e da mortalidade por tuberculose através de três pilares: cuidado centrado no paciente, políticas arrojadas e pesquisa/ inovação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O manejo de pacientes sintomáticos respiratórios consiste na busca ativa e na investigação diagnóstica precoce. Não se deve "tratar" o sintomático respiratório sem a confirmação da doença (tuberculose ativa) ou sem uma investigação clínica completa, pois a tosse persistente pode ter diversas outras etiologias. O tratamento empírico não é uma estratégia programática recomendada para a melhoria dos indicadores gerais.

b) Incorreta. O tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb) é, de fato, uma estratégia importante, mas não é indicado para "todos" os contatos de forma indiscriminada. A indicação de tratamento preventivo depende de uma avaliação criteriosa que envolve a idade do contato, o estado imunológico (como pacientes vivendo com HIV), o resultado de exames (Prova Tuberculínica ou IGRA) e o tempo de exposição. Portanto, a generalização torna a alternativa errada.

c) Correta. A confirmação de cura é um dos principais indicadores de desempenho do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Garantir que o paciente complete o esquema terapêutico e receba a alta por cura é essencial para interromper a cadeia de transmissão na comunidade e evitar o surgimento de cepas multirresistentes

(TB-DR). Sem a confirmação da cura, não é possível reduzir a prevalência da doença nem atingir as metas de controle epidemiológico propostas pela OMS.

d) Incorreta. Ser um "reator" ao teste tuberculínico (PPD/PT positivo) indica que o indivíduo teve contato com o bacilo e desenvolveu resposta imune, mas não significa necessariamente que ele tenha a doença ativa ou que precise de tratamento imediato. A decisão de tratar um reator depende de protocolos específicos que avaliam o risco de progressão para doença ativa. Tratar todos os reatores seria inviável e não condiz com a prática médica baseada em evidências e protocolos de saúde pública.

Questão 50

Para resolver essa questão, é necessário classificar o acidente rábico e avaliar a condição do animal agressor, seguindo o protocolo de profilaxia do Ministério da Saúde. Maria sofreu um acidente leve (ferimento superficial em membro inferior) causado por um cão que pode ser observado (animal conhecido e domiciliado).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A vacinação imediata não é indicada para acidentes leves nos quais o cão é passível de observação. De acordo com o protocolo, a vacina só deve ser iniciada caso o animal mude de comportamento, adoça, morra ou desapareça durante o período de monitoramento.

Alternativa b) Correta. Segundo as normas técnicas de profilaxia da raiva humana, em acidentes leves provocados por cães ou gatos que podem ser observados, a conduta inicial obrigatória é apenas a observação do animal por 10 dias. Se o animal permanecer saudável após esse prazo, o caso é encerrado sem a necessidade de aplicação de vacina ou soro na paciente.

Alternativa c) Incorreta. O soro antirrábico (imunoglobulina) é reservado exclusivamente para acidentes considerados graves (ferimentos profundos, múltiplos ou localizados em áreas muito inervadas, como cabeça, mãos e pés) ou acidentes causados por animais silvestres. O ferimento de Maria é superficial e em local de baixo risco (perna), não havendo indicação de soro.

Alternativa d) Incorreta. O status vacinal do animal não altera a conduta de observação inicial em acidentes leves com cães e gatos conhecidos. Mesmo que o animal não seja vacinado ou que a vacinação seja desconhecida, a prioridade técnica é a observação clínica do cão por 10 dias para verificar se ele manifesta sintomas de raiva.

Resumo do protocolo para o caso:

1. Lavagem do local com água e sabão (conduta já realizada pela paciente).
 2. Observação do animal agressor por 10 dias.
 3. Não prescrever vacina ou soro no momento do atendimento inicial.
 4. Orientar a paciente a retornar caso o animal apresente alterações.
-