

Simulado **ENAMED**

QUESTÕES COMENTADAS

Questão 1

Homem de 78 anos, portador de adenocarcinoma de cólon metastático refratário a tratamentos curativos, está em cuidados paliativos domiciliares há 3 meses. Durante consulta prévia com o médico da Estratégia de Saúde da Família, o paciente, lúcido e orientado, expressou claramente o desejo de permanecer em casa até o final da vida, recusando medidas invasivas de prolongamento artificial da vida. Assinou documento de diretivas antecipadas de vontade registrando essa decisão. Durante visita domiciliar de rotina, o médico encontra o paciente com rebaixamento do nível de consciência, dispneia progressiva, padrão respiratório irregular e saturação de 78%. A esposa e filhos, visivelmente angustiados, exigem que o médico chame imediatamente uma ambulância para intubação orotraqueal e suporte ventilatório hospitalar, alegando que "não podem deixá-lo morrer assim" e ameaçando processar o médico caso não tome providências. Qual a conduta ética adequada do médico nesta situação?

- A. Chamar ambulância para intubação, priorizando o desejo da família.
- B. Respeitar as diretivas do paciente, oferecendo medidas de conforto e suporte à família.
- C. Solicitar parecer do Conselho de Ética Médica do hospital antes de tomar qualquer decisão.
- D. Manter conduta expectante, sem intervenções, aguardando a evolução natural do quadro.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Estamos diante de um dos **conflitos éticos mais delicados dos cuidados paliativos**: o embate entre diretivas antecipadas de vontade do paciente e os desejos da família em momento de deterioração clínica esperada. Temos um homem de 78 anos com adenocarcinoma de cólon metastático refratário, uma condição terminal sem possibilidade curativa. O elemento mais importante aqui é que, quando lúcido e orientado, ele expressou claramente seu desejo de permanecer em casa até o fim da vida, recusando medidas invasivas, e formalizou essa decisão em documento de diretivas antecipadas de vontade.

A situação atual mostra uma deterioração esperada no curso natural de cuidados paliativos: rebaixamento do nível de consciência, dispneia progressiva, padrão respiratório irregular e saturação de 78%. A fa-

mília, compreensivelmente angustiada, exige intubação orotraqueal e transferência hospitalar, inclusive ameaçando processo judicial. Vejam que o paciente está com rebaixamento de consciência, esse detalhe é crucial porque significa que ele não está em condições de expressar sua vontade no momento atual, tornando as diretivas antecipadas ainda mais relevantes.

Precisamos entender o que são as DAV e seu fundamento legal. **Segundo a Resolução CFM 1.995/2012, as diretivas antecipadas de vontade são juridicamente válidas e vinculantes**, devendo ser respeitadas pelo médico assistente, exceto quando contrariarem o Código de Ética Médica ou forem tecnicamente inviáveis. As DAV permitem que o paciente, em momento de plena capacidade decisória, registre suas vontades sobre cuidados médicos futuros, justamente para situações como esta, em que não pode mais se expressar. O objetivo é preservar a autonomia do paciente mesmo em momentos de vulnerabilidade.

Hierarquia de decisão em cuidados de fim de vida	
1ª prioridade:	Diretivas antecipadas de vontade (DAV) do paciente
2ª prioridade:	Representante legal indicado pelo paciente
3ª prioridade:	Vontade dos familiares (quando há consenso)
4ª prioridade:	Comitê de ética (quando não há DAV, representante, familiares ou há conflito entre familiares)

Notem a hierarquia: **as DAV prevalecem sobre qualquer desejo familiar**. Esse é o ponto central da questão. A família, por mais angustiada que esteja, não tem poder de reverter uma decisão autônoma previamente registrada pelo paciente quando ele tinha plena capacidade. Respeitar as DAV não é abandonar o paciente ou a família, pelo contrário, é honrar a autonomia e os valores do paciente, que foram cuidadosamente considerados quando ele estava em plenas condições de refletir sobre o que considerava mais importante.

Aqui entra um conceito fundamental: **ortotanásia versus distanásia**. A ortotanásia é permitir que a morte ocorra naturalmente, sem prolongamento artificial da vida, mas oferecendo ativamente medidas de conforto. A distanásia, ao contrário, é o prolongamento artificial do processo de morrer com medidas fúteis que apenas aumentam o sofrimento. Intubá-lo neste momento seria distanásia, ele tem doença terminal refratária, e a ventilação mecânica apenas prolongaria seu sofrimento sem alterar o desfecho fatal.

Mas atenção para uma armadilha importante: **respeitar as DAV não significa "não fazer nada"**. Essa é uma confusão comum e perigosa. A conduta adequada é respeitar as DAV, sim, mas isso se traduz em oferecer medidas ativas de conforto: controle da dispneia com morfina

(opioides reduzem a sensação de falta de ar e o trabalho respiratório), oxigenoterapia para alívio sintomático (não para prolongar vida, mas para conforto), ansiolíticos se necessário, e suporte emocional intensivo à família. O médico deve explicar à família que está respeitando os desejos expressos pelo próprio paciente, que essa era a vontade dele quando podia decidir livremente, e que as medidas de conforto garantirão que ele não sofra.

Ponto-chave para a prova: Em questões de cuidados paliativos e DAV, a resposta correta quase sempre menciona explicitamente "medidas de conforto" ou "cuidados paliativos". Alternativas que sugerem apenas "respeitar a vontade" sem mencionar conforto ativo podem configurar abandono, que é vedado pelo Código de Ética Médica.

A **Resolução CFM 1.805/2006 e o Código de Ética Médica** são claros: em situações terminais irreversíveis, o médico deve evitar procedimentos desnecessários, mas propiciar todos os cuidados paliativos apropriados. O artigo 41 do CEM veda abreviar a vida, mas em doença incurável e terminal, o médico deve "oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas". Vejam: o foco está em oferecer cuidados paliativos, não em simplesmente aguardar.

Alternativa A

Esta alternativa **inverte completamente a hierarquia de decisão** estabelecida pela Resolução CFM 1.995/2012. As DAV existem justamente para evitar que, em momentos de vulnerabilidade e pressão familiar, sejam instituídas medidas contrárias aos valores do paciente. Ceder à exigência da família, mesmo sob ameaça de processo judicial, seria desconsiderar a autonomia prévia do paciente e configuraria distanásia, o prolongamento artificial do sofrimento sem benefício. Além disso, ao agir conforme as DAV e o Código de Ética Médica, o médico está juridicamente respaldado. A ameaça de processo não justifica abandonar a conduta ética correta.

Alternativa B

Esta é a **alternativa correta**. Ela contempla os dois pilares da conduta adequada: respeitar as diretivas antecipadas do paciente (imperativo ético e legal conforme Resolução CFM 1.995/2012) e oferecer ativamente medidas de conforto. Vejam que a conduta não se limita a "não fazer", ela é ativa e passiva: controle da dispneia com morfina, oxigenoterapia para alívio sintomático, ansiolíticos se necessário, e suporte emocional intensivo à família. O médico deve acolher o sofrimento dos familiares, explicar que está honrando os desejos do próprio paciente, e ajudá-los a compreender que conforto não é abandono. Esse suporte emocional é parte essencial dos cuidados paliativos, a família também é

nossa paciente neste momento. Esta é a definição de ortotanásia: permitir a morte natural oferecendo dignidade e conforto.

Alternativa C

Essa alternativa pode parecer prudente, afinal, solicitar parecer em situação complexa parece sensato. Mas vejam a hierarquia: **o comitê de ética só é acionado quando NÃO há DAV, representante ou familiares**, ou quando há conflito entre familiares sem direcionamento prévio do paciente. Aqui temos DAV expressa e válida, não há dúvida sobre os desejos do paciente. Retardar a decisão para solicitar parecer seria burocratizar algo que já está claro, postergando o alívio do sofrimento e potencialmente permitindo que a família pressione pela intubação no intervalo. O médico tem base ética e legal clara para agir imediatamente respeitando as DAV.

Alternativa D

Esta é a **armadilha mais sofisticada da questão**. À primeira vista, parece respeitar os desejos do paciente de não prolongar a vida artificialmente. O problema é que "conduta expectante, sem intervenções" configura abandono, que é vedado pelo Código de Ética Médica. Respeitar a recusa de intubação não significa "não fazer nada", o paciente está em sofrimento respiratório agudo, com dispneia e hipoxemia. Deixá-lo sem qualquer intervenção significa permitir que morra em angústia evitável. A conduta correta é não intubar (conforme sua vontade), mas oferecer ativamente medidas de conforto: morfina para dispneia, oxigênio para alívio sintomático, posicionamento adequado, suporte emocional. Ortotanásia não é omissão, é cuidado ativo focado em conforto e dignidade. Esta alternativa confunde morte natural com negligência.

Visão do aprovado

Nas provas de ética médica, questões sobre diretivas antecipadas de vontade seguem um padrão clássico: apresentam um paciente terminal com documento prévio claro, depois colocam algum elemento de pressão (família angustiada, ameaça judicial, urgência do quadro) para testar se o candidato abandona o princípio da autonomia sob estresse. A banca quer saber se você reconhece que **DAV validamente constituída prevalece sobre qualquer outra vontade**, e se você diferencia respeitar autonomia de abandonar o paciente. Esse tema costuma vir associado a cuidados paliativos domiciliares justamente porque o cenário aumenta a pressão emocional sobre o médico.

A pegadinha mais frequente está na diferença entre alternativas que parecem "respeitar" a vontade do paciente. **Questões desse tipo sempre trazem uma opção que menciona apenas "conduta expectante"** ou "aguardar evolução natural" sem citar intervenções ativas, essa é a armadilha clássica que confunde ortotanásia com omissão. A alternativa correta invariavelmente inclui termos como "medidas de conforto", "cuidados paliativos" ou "suporte à família". Se a opção não

menção explicitamente algo ativo a ser feito, mesmo que respeite a recusa de procedimentos invasivos, ela configura abandono.

Na prova, o reconhecimento rápido passa por identificar se há documento de DAV válido (paciente lúcido e orientado quando assinou) e se o quadro atual é deterioração esperada de doença terminal. Presentes esses dois elementos, a resposta sempre será **respeitar o documento oferecendo conforto ativo**, independentemente da pressão de terceiros. Ameaças judiciais são distratores clássicos, agir conforme DAV e resoluções do CFM protege juridicamente o médico, então essas ameaças nunca devem influenciar a conduta correta. Outro ponto: bancas adoram colocar "solicitar parecer de comitê de ética" como opção aparentemente prudente em situações onde a DAV já resolve o caso, testando se você conhece que comitês só entram quando não há diretriz prévia clara do paciente.

Referência bibliográfica

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cuidados paliativos pediátricos: o que são e qual sua importância - Cuidando da criança em todos os momentos**. São Paulo: SBP, 2017.
- ARAUJO, M. C. R.; DA SILVA, D. A.; WILSON, A. M. M. M. **Nursing interventions in palliative care in the intensive care unit: A systematic review**. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*, v. 34, n. 3, p. 156-172, 2023. DOI: 10.1016/j.enfie.2023.08.008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37684063/>.
- WEBER, V. et al. **Advance directives in the emergency department-a systematic review of the status quo**. *BMC Health Serv Res*, v. 24, n. 1, p. 426, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-10819-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38570808/>.
- GOLMOHAMMADI, M. et al. **Factors related to advance directives completion among cancer patients: a systematic review**. *BMC Palliat Care*, v. 23, n. 1, p. 3, 2024. DOI: 10.1186/s12904-023-01327-w. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38166983/>.

Questão 2

Mulher de 64 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de retorno. É analfabeta funcional, tabagista crônica (40 maços/ano), vive sozinha em área de vulnerabilidade social com renda de meio salário mínimo. Tem hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo 2 há 8 anos, com controle inadequado persistente. Na consulta atual: PA 165x98 mmHg, glicemia capilar 285 mg/dL. Durante anamnese farmacológica detalhada, o médico identifica que paciente não consegue diferenciar os medicamentos pelos nomes, confunde os horários das doses, comprou metformina 850mg ao invés de 500mg por conta própria devido ao custo elevado, e frequentemente esquece de tomar os anti-hipertensivos. Nega sintomas de hipoglicemia ou crise hipertensiva. Exame físico: orientada, mucosas coradas, ausculta cardíaca e pulmonar normais, abdome sem alterações, pulsos periféricos presentes e si-

métricos. A conduta que aborda os determinantes sociais e as barreiras de adesão identificadas é:

- A. ajustar doses medicamentosas e agendar retorno em 30 dias.
- B. implementar estratégias de letramento em saúde com apoio da equipe multidisciplinar.
- C. solicitar internação hospitalar para estabilização glicêmica e controle da pressão arterial imediata.
- D. prescrever esquema com medicamentos de menor custo na farmácia municipal e reforçar as orientações no fim da consulta.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Este caso que ilustra perfeitamente um dos maiores desafios da atenção primária: **o controle inadequado de doenças crônicas não por falha farmacológica, mas por barreiras à adesão** relacionadas aos determinantes sociais de saúde. A grande sacada desta questão está na anamnese farmacológica detalhada que o médico realizou – foi ela que revelou o verdadeiro problema.

Vamos analisar o caso com cuidado. Nossa paciente tem 64 anos, HAS e DM2 há 8 anos com controle inadequado persistente. Na consulta atual, encontramos PA de 165x98 mmHg e glicemia capilar de 285 mg/dL – valores claramente elevados. Mas aqui vem o primeiro ponto crucial: ela nega sintomas de descompensação, e o exame físico está completamente normal. Ou seja, não estamos diante de uma emergência hipertensiva ou crise hiperglicêmica que justifique internação. Estamos diante de um quadro crônico descompensado.

O médico poderia simplesmente ajustar as doses dos medicamentos e marcar retorno. Mas ele foi além: realizou uma anamnese farmacológica detalhada, e foi aí que o verdadeiro problema se revelou. Maria não consegue diferenciar os medicamentos pelos nomes (analfabetismo funcional), confunde os horários das doses (dificuldade organizacional), comprou metformina 850mg ao invés de 500mg por conta própria devido ao custo (barreira financeira) e esquece frequentemente de tomar os anti-hipertensivos (dificuldade de adesão). Somando-se a isso, ela vive sozinha, em área de vulnerabilidade social, com renda de meio salário mínimo.

Aqui entra um conceito fundamental que está cada vez mais presente nas diretrizes e nas provas: o *letramento em saúde* (*health literacy*). Este termo se refere à capacidade de obter, processar e com-

preender informações básicas de saúde necessárias para tomar decisões apropriadas sobre seu próprio cuidado. Maria tem baixo letramento em saúde – ela não consegue processar as informações sobre seus medicamentos de forma adequada. E isso NÃO é culpa dela, mas sim uma barreira que o sistema de saúde precisa identificar e contornar.

Barreiras à Adesão Identificadas no Caso
Cognitiva/Educacional: Analfabetismo funcional → não diferencia medicamentos pelos nomes
Organizacional: Confunde horários das doses
Econômica: Comprou dose diferente da prescrita devido ao custo elevado
Comportamental: Esquecimento frequente

A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 traz um esquema muito claro dos fatores que influenciam a adesão ao tratamento. Entre os fatores que PREJUDICAM a adesão estão exatamente os que identificamos em Maria: baixo nível socioeconômico, analfabetismo, dificuldade de compreensão das recomendações, alto custo dos medicamentos. Por outro lado, entre os fatores que MELHORAM a adesão estão: equipe multiprofissional, treinamento em educação de pacientes sobre uso de medicamentos, boa relação médico-paciente, monitoramento contínuo.

Agora vem a pergunta: qual conduta irá realmente resolver o problema de Maria? Simplesmente ajustar doses não vai funcionar – ela continuará sem conseguir diferenciar os medicamentos. Apenas simplificar o esquema e garantir medicamentos gratuitos ajuda, mas não resolve a dificuldade de compreensão e organização. O que Maria precisa é de uma **abordagem multidisciplinar com estratégias de letramento em saúde**.

Essa abordagem envolve: o enfermeiro ou farmacêutico pode criar estratégias de identificação visual dos medicamentos (cores, símbolos), ensinar técnicas de organização com caixas organizadoras; o agente comunitário de saúde pode fazer visitas domiciliares para reforçar orientações e monitorar adesão; o assistente social pode ajudar no acesso a medicamentos gratuitos e benefícios sociais; a equipe como um todo pode trabalhar de forma centrada na pessoa, respeitando suas limitações e criando soluções adaptadas à sua realidade. Este é o conceito de *autocuidado apoiado* preconizado pelo Protocolo Clínico de Diabetes Tipo 2 do Ministério da Saúde.

Alternativa A

Claro que ajustar doses pode ser necessário, mas este NÃO é o problema principal de Maria. O problema não é que os medicamentos estão na dose errada – o problema é que ela não consegue tomar os me-

dicamentos corretamente devido às múltiplas barreiras identificadas. Se apenas ajustarmos doses e marcarmos retorno, Maria continuará não diferenciando os medicamentos, confundindo horários, comprando doses erradas por conta do custo. Em 30 dias, estaremos exatamente no mesmo lugar. Esta alternativa representa o erro clássico de focar apenas na doença e esquecer do paciente.

Alternativa B

As estratégias de letramento em saúde podem incluir: identificação visual dos medicamentos (usar cores, símbolos, fotos ao invés de apenas nomes escritos), simplificação das orientações com linguagem acessível, uso de caixas organizadoras para os horários, envolvimento de familiares ou vizinhos como rede de apoio. O suporte da equipe multidisciplinar é essencial: enfermeiro/farmacêutico para educação sobre medicamentos, ACS para visitas e monitoramento, assistente social para acesso a medicamentos gratuitos e benefícios. Esta abordagem está alinhada com as diretrizes atuais de manejo de doenças crônicas na APS, que enfatizam o *autocuidado apoiado e a abordagem centrada na pessoa*, considerando seus determinantes sociais. É a única alternativa que realmente tem potencial de melhorar o controle das doenças de Maria de forma sustentável.

Alternativa C

Embora a PA (165x98 mmHg) e a glicemia (285 mg/dL) estejam elevadas, **não há critérios para emergência hipertensiva ou crise hiperglicêmica**. A paciente nega sintomas de descompensação, está orientada, com exame físico normal. Emergência hipertensiva seria PA muito elevada (geralmente >180/120 mmHg) COM lesão aguda de órgão-alvo (encefalopatia, edema agudo de pulmão, IAM, dissecação de aorta). Crise hiperglicêmica seria cetoacidose diabética ou estado hiperglicêmico hiperosmolar, com sintomas importantes e alterações laboratoriais graves. Nada disso está presente. Além disso, mesmo que internássemos Maria para "estabilizar", ela voltaria para casa com os mesmos problemas de adesão e rapidamente descompensaria novamente. Internação não resolve determinantes sociais.

Alternativa D

À primeira vista parece resolver as barreiras concretas: medicamentos de menor custo na farmácia municipal atacam a barreira financeira (foi o custo que levou a paciente a comprar metformina 850 mg em vez de 500 mg por conta própria), e reforçar as orientações ao fim da consulta parece cobrir a parte educativa. De fato, garantir acesso a medicamentos é medida importante e deve compor a abordagem. Mas esta alternativa **erra ao supor que reforçar orientações verbalmente resolve o problema de compreensão** — e é justamente aí que ela desconsidera o achado central do caso.

A paciente é **analfabeta funcional**: ela não consegue diferenciar os medicamentos pelos nomes nem processar de forma confiável instruções

apresentadas no modelo convencional. "Reforçar as orientações no fim da consulta" é mais do mesmo canal que já falhou — informação verbal/escrita padronizada, entregue de uma vez, sem estratégia adaptada. Não resolve a dificuldade de diferenciar os medicamentos (que exige identificação visual — cores, símbolos, fotos), não resolve a confusão de horários (que pede organização estruturada, como caixas organizadoras) e não cria o monitoramento contínuo que a adesão dela requer (visita do ACS, suporte da equipe). Reduzir o custo diminui uma barreira, mas mantém intactas a barreira cognitiva/educacional, a organizacional e a comportamental.

Visão do aprovado

Nas provas de Medicina de Família e Comunidade, questões sobre determinantes sociais e barreiras à adesão costumam seguir um padrão específico: apresentam um paciente com valores laboratoriais alterados mas clinicamente estável, justamente para testar se o candidato vai sair ajustando medicamentos ou se reconhece que o problema central está em outro lugar. A palavra-chave aqui é "anamnese farmacológica detalhada" — quando a questão destaca esse tipo de investigação minuciosa, é sinal de que o foco está nas barreiras de adesão, não na farmacologia em si. O reconhecimento rápido se dá pela combinação: valores alterados crônicos + paciente assintomático + múltiplas barreiras sociais identificadas na anamnese = conduta centrada em letramento e suporte, não em ajuste medicamentoso.

Cuidado com a alternativa que oferece solução parcial — no caso, simplificar o esquema e garantir medicamentos gratuitos. Essa conduta é tecnicamente correta e deve fazer parte da abordagem, mas é insuficiente porque não resolve o baixo letramento em saúde. Candidatos que não conhecem esse conceito ou leem a questão com pressa tendem a marcar essa alternativa, pois ela parece muito razoável. O discriminador está na expressão "garantir a segurança e eficácia terapêutica" do enunciado: **garantir exige abordagem completa, não apenas facilitar acesso.**

Outro erro comum é superestimar a gravidade dos valores pressóricos e glicêmicos. PA de 165x98 mmHg e glicemia de 285 mg/dL em paciente assintomático, orientado e com exame físico normal não configuram emergência. Bancas adoram colocar valores moderadamente elevados para testar se o candidato medicaliza em excesso ou reconhece que o problema é crônico e demanda estratégia de longo prazo, não internação para estabilização aguda.

Questão 3

Um menino de 4 anos é levado ao pronto-socorro por exacerbação de asma. Na admissão, encontra-se taquipneico, fala frases curtas, apresenta saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente, tiragem intercostal moderada e sibilos expiratórios difusos. Faz uso regular de budesonida inalatória, com técnica e adesão adequadas. Recebe oxigênio, três doses

de salbutamol associadas ao brometo de ipratrópio na primeira hora e prednisolona oral. Após três horas de observação, está ativo, brincando, fala normalmente, apresenta frequência respiratória de 24 irpm, saturação de 97% em ar ambiente, boa entrada de ar bilateral e ausência de sibilos ou retrações. Não necessitou de salbutamol nas últimas duas horas. A conduta indicada é:

- A.** Manter observação, administrar salbutamol a cada duas horas, prolongar o corticoide oral e reavaliar após 24 horas.
- B.** Conceder alta, manter budesonida, completar curso curto de prednisolona, orientar salbutamol apenas se necessário e reavaliar precocemente.
- C.** Internar em enfermaria, substituir o corticoide oral pelo intravenoso, manter salbutamol regular e suspender o controlador.
- D.** Conceder alta, suspender o corticoide inalatório, orientar salbutamol 3/3h e retornar se houver nova crise.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

A criança apresentou inicialmente uma exacerbação de asma com sinais de gravidade moderada, justificando tratamento com oxigênio, broncodilatador de curta ação associado ao brometo de ipratrópio e corticoide sistêmico. Após o tratamento, porém, evoluiu com resposta clínica completa: está ativa, fala normalmente, apresenta frequência respiratória adequada, saturação de 97% em ar ambiente, boa entrada de ar, ausência de sibilos e retrações e não necessitou de novo broncodilatador nas últimas duas horas.

Diante da estabilidade clínica mantida durante o período de observação, não há indicação de internação ou de manutenção do salbutamol em horários fixos. A alta deve incluir manutenção do tratamento controlador com corticoide inalatório, broncodilatador de alívio conforme necessidade, orientações sobre sinais de alarme, plano de ação e seguimento precoce. A exacerbação não é motivo para suspender o corticoide inalatório; ao contrário, medicamentos contendo corticoide inalatório reduzem o risco de novas exacerbações.

Alternativa A

A criança não apresenta critérios clínicos que justifiquem manter a observação por mais 24 horas nem administrar salbutamol regularmente a cada duas horas. Após três horas de acompanhamento, está ativa, brincando, fala normalmente, encontra-se sem esforço respiratório, com sa-

turação adequada em ar ambiente, boa entrada de ar bilateral e ausência de sibilos. Além disso, não precisou de salbutamol nas últimas duas horas, demonstrando resposta sustentada ao tratamento. Nessa situação, a manutenção do broncodilatador em horários fixos pode provocar efeitos adversos, como taquicardia e tremores, sem benefício clínico adicional. O corticoide sistêmico deve completar o curso curto indicado para a exacerbação, mas não deve ser “prolongado” apenas por precaução na ausência de persistência dos sintomas. Além dos efeitos adversos, o uso regular (não sob demanda) de SABA pode mascarar sinais de piora da asma e reduzir a resposta broncodilatadora ao longo do tempo, motivo pelo qual o GINA recomenda seu uso apenas conforme necessidade

Alternativa B

A criança apresentou resposta clínica satisfatória e sustentada ao tratamento inicial, preenchendo condições para alta do pronto-socorro. Está clinicamente bem, sem sinais de obstrução significativa ou desconforto respiratório, com saturação normal em ar ambiente e sem necessidade recente de salbutamol. Na alta, deve ser mantido o corticoide inalatório (budesonida) que já utilizava, pois o tratamento controlador reduz o risco de sintomas e de novas exacerbações. O salbutamol deve ser orientado como medicação de alívio, conforme necessidade, e não obrigatoriamente em horários fixos. Também são fundamentais a revisão da técnica inalatória e da adesão, a entrega ou reforço de um plano de ação escrito, a orientação dos responsáveis sobre sinais de piora e o agendamento de seguimento precoce após a crise.

Na alta, o curso de corticoide oral já iniciado deve ser completado conforme prescrito (geralmente 3 a 5 dias com prednisolona), não devendo ser interrompido apenas pela melhora clínica precoce.

Alternativa C

Não há indicação de internação em enfermaria, pois a criança apresentou resolução dos sinais de exacerbação e permaneceu estável durante a observação. A substituição do corticoide oral pelo intravenoso também não é necessária. A via intravenosa não é superior à via oral quando a criança consegue ingerir e absorver adequadamente o medicamento, sendo geralmente reservada a situações em que há vômitos persistentes, incapacidade de deglutição ou maior gravidade clínica. Além disso, suspender o controlador seria inadequado. A exacerbação representa justamente um momento de reforçar a terapia contendo corticoide inalatório, já que sua interrupção aumentaria o risco de perda de controle e de novas crises.

Alternativa D

Embora a alta seja adequada, as orientações propostas estão erradas. O corticoide inalatório não deve ser suspenso após uma exacerbação, sobretudo em uma criança que já possui diagnóstico de asma e faz uso regular de controlador. A retirada do tratamento anti-inflamatório deixa-

ria a criança protegida apenas pelo broncodilatador de alívio, sem abordar a inflamação das vias aéreas e com maior risco de recorrência. Da mesma forma, o salbutamol não precisa ser utilizado em horários fixos por uma criança assintomática e estável; deve ser empregado conforme necessidade, de acordo com o plano de ação. Orientar apenas o retorno caso ocorra uma nova crise também é insuficiente, pois é necessário programar acompanhamento precoce para revisar o controle da doença e avaliar se o esquema controlador precisa ser ajustado.

Visão do aprovado

Após tratar uma exacerbação, procure os **critérios de estabilidade para alta**:

- criança ativa e falando normalmente;
- ausência de retrações e sibilos relevantes;
- boa entrada de ar;
- saturação adequada em ar ambiente;
- necessidade de broncodilatador progressivamente menor;
- possibilidade de acompanhamento e cuidados no domicílio.

Na alta, lembre-se: **não se suspende o corticoide inalatório por causa da crise**. Mantém-se ou otimiza-se o controlador, orienta-se o broncodilatador de alívio conforme necessidade e programa-se reavaliação precoce. A alternativa **B** é a única que reúne todos esses elementos.

Questão 4

Uma equipe de Saúde da Família (eSF) identifica em seu território um aumento de 200% no número de pessoas em situação de rua nos últimos seis meses. Durante reunião de equipe, os agentes comunitários relatam dificuldades no cadastramento dessas pessoas, que frequentemente não possuem documentos ou comprovante de endereço. A enfermeira apresenta dados epidemiológicos preocupantes: 60% dos casos de tuberculose diagnosticados no território são dessa população, há relatos de uso de crack e álcool, e a taxa de comparecimento às consultas agendadas na UBS é inferior a 15%. O médico da equipe questiona se devem manter os protocolos usuais de agendamento e cadastro ou buscar estratégias diferenciadas. O município conta com equipe de Consultório na Rua (eCR) na região, ainda não vinculada ao cuidado dessa população. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), qual é a estratégia organizacional adequada para essa situação?

- A. Implementar busca ativa e manter a realização de todos os atendimentos sem necessidade do cadastro, desde que dentro do território da eSF.
- B. Acionar equipe de Consultório na Rua para atendimento itinerante e cuidado compartilhado.
- C. Exigir documentação e comprovante de residência formal para garantir organização do sistema.
- D. Encaminhar para Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) devido ao uso de substâncias identificado.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Quando **60% dos casos de tuberculose do território** estão concentrados em uma população específica e a taxa de comparecimento às consultas agendadas é de apenas 15%, temos um sinal claro: o modelo tradicional de organização do cuidado falhou. A questão nos apresenta exatamente esse cenário: uma explosão de 200% de pessoas em situação de rua no território, com barreiras significativas (falta de documentos, sem comprovante de endereço) e vulnerabilidades epidemiológicas importantes (alta carga de TB, uso de substâncias). Diante disso, o médico da equipe faz a pergunta certa: devemos manter os protocolos usuais ou buscar estratégias diferenciadas?

Para responder, precisamos primeiro entender que **não estamos diante de um problema clínico individual, mas de um problema organizacional**. O desafio não é diagnosticar ou tratar uma doença específica: o desafio é garantir ACESSO a uma população que o modelo tradicional não consegue alcançar. Aqui entram os princípios da Atenção Básica que a PNAB estabelece: universalidade (acesso universal sem barreiras), equidade (reconhecer diferenças e adaptar o cuidado), e integralidade (responsabilidade pelo cuidado completo). Quando 85% das pessoas não comparecem às consultas agendadas, não adianta insistir no mesmo modelo: precisamos adaptar o SISTEMA às necessidades da população, não o contrário.

Agora vem o raciocínio central da questão: **qual estratégia organizacional é adequada?** Teoricamente, a própria eSF poderia tentar se adaptar: fazer busca ativa, flexibilizar o cadastro, atender sem exigir documentação. Isso é possível e inclusive está previsto na PNAB: "em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica". Mas a questão nos dá

uma informação decisiva: o município conta com equipe de Consultório na Rua (eCR) na região, ainda não vinculada ao cuidado dessa população. Esse é o discriminador-chave.

As **equipes de Consultório na Rua (eCR)** foram criadas especificamente para articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua. Diferentemente da eSF, que tem estrutura fixa e população adscrita, a eCR trabalha de forma itinerante: vai até onde as pessoas estão, seja na rua, em unidades móveis, ou em instalações específicas. Mais importante: a eCR tem composição multiprofissional e expertise específica para lidar com as particularidades dessa população: percepção diferenciada de tempo, mobilidade constante, necessidade de horários flexíveis, construção de vínculo em contextos não tradicionais. Quando pensamos em uma população que não comparece a 85% das consultas agendadas, fica claro que o atendimento precisa ser itinerante, não fixo.

Mas atenção para um conceito fundamental: a PNAB não propõe que a eCR "assuma" o caso sozinha, retirando a responsabilidade da eSF. O modelo preconizado é o **cuidado compartilhado**: a eCR traz sua expertise em atendimento itinerante, manejo das particularidades dessa população, e capacidade de estabelecer vínculo em ambientes não tradicionais, enquanto trabalha em parceria com a eSF do território, que mantém sua responsabilidade sanitária. Isso garante o melhor dos dois mundos: especialização no acesso MAIS coordenação territorial do cuidado.

Por que não encaminhar para o CAPS, já que há relato de uso de crack e álcool? Porque isso seria **fragmentar o cuidado** focando em uma comorbidade (uso de substâncias) quando o problema central é de ACESSO e organização. O CAPS pode e deve fazer parte da rede quando necessário, mas não resolve as barreiras documentais, o não comparecimento, ou a necessidade de abordagem itinerante. Além disso, a própria política de redução de danos orienta que não se deve impor abstinência como condição para o tratamento da tuberculose: o foco deve ser garantir acesso primeiro. E quanto a exigir documentação para "organizar o sistema"? Isso viola diretamente os princípios de universalidade e equidade, criando mais barreiras para quem já está excluído. A PNAB e a Portaria nº 940/2011 são claras: a falta de documentação não se constitui barreira de acesso aos serviços de saúde.

Portanto, quando o município CONTA com eCR disponível, a **estratégia organizacional adequada é acionar a equipe de Consultório na Rua para atendimento itinerante e cuidado compartilhado**. Essa é a alternativa B, nosso gabarito.

Alternativa A

A PNAB realmente estabelece que a eSF pode fazer busca ativa e atender sem exigir cadastro formal, especialmente "em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua". A própria Portaria nº

940/2011 confirma que a falta de documentação não deve ser barreira. Então, sim, a eSF PODE fazer isso.

O erro está em não perceber o contexto da questão: estamos sendo perguntados sobre qual é a **estratégia organizacional ADEQUADA**, e o enunciado nos informa que o município CONTA com equipe de Consultório na Rua. Quando há um recurso especializado disponível, criado especificamente para essa população, com expertise em atendimento itinerante e horários flexíveis, a estratégia ADEQUADA é acionar esse recurso, não a eSF tentar resolver sozinha. A eSF fazer busca ativa sozinha é o que fazemos quando NÃO há eCR: é um plano B, não o plano ideal.

Alternativa B

Quando temos uma população específica com barreiras de acesso importantes (85% de não comparecimento, falta de documentos) e alta vulnerabilidade epidemiológica (60% dos casos de TB), e o município conta com eCR disponível, a estratégia organizacional adequada é acionar a equipe de Consultório na Rua para atendimento itinerante e cuidado compartilhado.

O conceito-chave aqui é "**cuidado compartilhado**": não estamos transferindo a responsabilidade, mas combinando a expertise específica da eCR (atendimento itinerante, vínculo em contextos não tradicionais, horários flexíveis) com a responsabilidade territorial da eSF. Esse é exatamente o modelo que a PNAB preconiza e que melhor se adapta às necessidades dessa população.

Alternativa C

O próprio enunciado já nos diz que essas pessoas "frequentemente não possuem documentos ou comprovante de endereço": então exigir justamente o que elas não têm seria criar **mais barreiras de acesso** para uma população já extremamente vulnerável.

Isso viola frontalmente os **princípios de universalidade e equidade** do SUS. A PNAB e a Portaria nº 940/2011 são explícitas: a falta de documentação não pode ser barreira para acesso aos serviços de saúde ou cadastramento no Cartão Nacional de Saúde. "Organizar o sistema" nunca pode significar excluir quem mais precisa: a organização deve facilitar o acesso, não dificultá-lo. Alternativa claramente incorreta.

Alternativa D

Essa alternativa pode confundir porque de fato há relato de uso de crack e álcool no enunciado, e sabemos que o CAPS tem papel importante no cuidado de pessoas com uso problemático de substâncias. Mas aqui está o erro de raciocínio: **fragmentar o cuidado** focando em uma comorbidade quando o problema central é organizacional.

O enunciado nos mostra que o desafio principal não é o manejo do uso de substâncias em si, mas sim as **barreiras de acesso** (falta de do-

cumentos, 15% de comparecimento), a vulnerabilidade epidemiológica (60% dos casos de TB), e a necessidade de estratégia organizacional diferenciada. Encaminhar para o CAPS não resolve nenhum desses problemas: não aumenta o comparecimento, não facilita o acesso, não aborda a TB. O CAPS pode e deve fazer parte da rede quando necessário, mas como apoio ou cuidado compartilhado, não como encaminhamento que resolve o problema organizacional. A estratégia adequada é primeiro garantir ACESSO (via eCR), e depois articular a rede conforme necessidades específicas.

Visão do aprovado

Em provas de Saúde Coletiva, questões sobre populações vulneráveis seguem um padrão recorrente: testam se o candidato identifica quando o modelo tradicional de organização falhou e reconhece a necessidade de acionar recursos específicos da rede, em vez de tentar adaptações improvisadas. Quando o enunciado explicita que existe um serviço especializado disponível no município (neste caso, eCR), mas ainda não vinculado ao cuidado, temos uma pista objetiva: a resposta geralmente envolve articulação desse recurso. Bancas adoram esse formato porque avaliam competência de coordenação do cuidado, não apenas conhecimento clínico isolado.

A principal armadilha dessas questões é a alternativa parcialmente correta, que descreve algo tecnicamente possível mas organizacionalmente inadequado ao contexto. Aqui, a eSF realmente pode fazer busca ativa e atender sem cadastro formal: isso está previsto na PNAB para territórios sem eCR disponível. O erro está em não perceber que, quando há recurso especializado acessível, a estratégia adequada muda. Candidatos que focam apenas na correção técnica da conduta (sim, a eSF pode fazer isso) erram por não analisar a adequação organizacional (mas não deve fazer sozinha quando há eCR). É o tipo de pegadinha que exige leitura completa do enunciado, não só das alternativas.

Outro ponto: questões envolvendo população em situação de rua frequentemente colocam o uso de substâncias no cenário para criar uma distratora tentadora: encaminhamento para serviço de saúde mental. O discriminador-chave nesses casos é identificar qual o problema principal que impede o cuidado. Se a barreira for de acesso (baixo comparecimento, falta de documentos, mobilidade), serviço especializado em saúde mental não resolve; se for sintomas psiquiátricos graves descompensados, aí sim. Bancas testam se o candidato diferencia problema organizacional de problema clínico específico.

Referência bibliográfica

- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- MINISTERIO DA SAUDE - Manual de Recomendacoes para o Controle da Tuberculose no Brasil - 2 ed - 2019

- GIOSEFFI, J. R.; BATISTA, R.; BRIGNOL, S. M. **Tuberculosis, vulnerabilities, and HIV in homeless persons: a systematic review.** *Rev Saude Publica*, v. 56, p. 43, 2022. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056003964. Disponível em: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/35649090/>.
- RAMOS, E. et al. **Tuberculosis in the South America's homeless: a systematic review of social determinants, control strategies and health equity.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2026. DOI: 10.1590/1980-220x-reeusp-2025-0222en. [PDF OA] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2025-0222en>.
- OWUSU, A. et al. **Integrating homeless persons with mental health conditions back into low resource communities: A cross-sectional study.** *PLOS Mental Health*, 2026. DOI: 10.1371/journal.pmen.0000510. [PDF OA] Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000510>.

Questão 5

Homem de 25 anos procura a Unidade Básica de Saúde com história de fraqueza progressiva em membros inferiores há 2 dias. Relata que a fraqueza iniciou de forma súbita e evoluiu rapidamente, com dificuldade para caminhar. Nega trauma, febre ou uso de medicações. Ao exame físico, apresenta paralisia flácida em membros inferiores, reflexos tendíneos abolidos e força muscular grau 2. Membros superiores preservados. Paciente lúcido e orientado, sem alterações de sensibilidade. Considerando a suspeita clínica de paralisia flácida aguda, qual a conduta adequada quanto à notificação compulsória?

- A. Notificar imediatamente em até 24 horas.
- B. Notificar após resultados do líquido.
- C. Notificar em até 7 dias à secretaria municipal.
- D. Notificar após investigação de contatos.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

Essa questão testa tanto nosso raciocínio clínico quanto nosso conhecimento de vigilância epidemiológica. Um **homem jovem (25 anos) com paralisia flácida de evolução rápida** nos coloca diante de um quadro que, independente da etiologia final, configura uma Paralisia Flácida Aguda (PFA) — e isso tem implicações importantes para a notificação.

Vamos primeiro entender o quadro clínico. O paciente apresenta fraqueza que iniciou subitamente há apenas 2 dias e evoluiu rapidamente, comprometendo os membros inferiores. Ao exame, encontramos a tríade característica: *paralisia flácida + arreflexia (reflexos tendinosos abolidos) + fraqueza muscular importante (grau 2)*. A sensibilidade está preservada e não há febre ou história de trauma. Membros superiores ainda estão normais, sugerindo um padrão ascendente.

Esse conjunto de achados nos faz pensar em várias possibilidades: *Síndrome de Guillain-Barré* (polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda, geralmente precedida por infecção), mielite transversa (embora esperássemos alteração sensitiva), ou até mesmo — apesar de rara no Brasil atual — *poliomielite*. E é justamente aqui que mora a importância epidemiológica desse caso.

Quando falamos em Paralisia Flácida Aguda, estamos falando de uma síndrome, não de um diagnóstico etiológico específico. A vigilância da PFA tem como alvo prioritário os menores de 15 anos (indicador de vigilância da pólio), mas todo caso com quadro compatível — inclusive em adultos, como este paciente de 25 anos — deve ser notificado. Por que isso é tão importante? Porque **o Brasil é certificado como área livre de poliomielite desde 1994**, e a vigilância de PFA é a principal estratégia para detectar precocemente qualquer reintrodução do poliovírus selvagem no país.

Aqui está o ponto crucial para responder à questão: **a notificação de PFA não depende da confirmação diagnóstica**. Não precisamos esperar o resultado do líquido, da eletroneuromiografia ou de qualquer outro exame. A suspeita clínica já é suficiente — e mais, é obrigatória. Todo caso de PFA deve ser notificado imediatamente (em até 24 horas) ao serviço de vigilância epidemiológica, para que a investigação seja iniciada prontamente, incluindo coleta de amostras de fezes para pesquisa de poliovírus (mesmo que a principal hipótese seja Guillain-Barré).

Essa lógica de notificação imediata da suspeita se aplica a todas as doenças relacionadas a **programas de eliminação ou erradicação**: sarampo, rubéola, poliomielite, difteria. São agravos que o Brasil eliminou ou controla rigorosamente, e qualquer caso suspeito representa um evento sentinela que exige ação rápida da vigilância.

Alternativa A

PFA consta na *Lista Nacional de Notificação Compulsória* como agravo de notificação imediata, justamente por sua importância na vigilância da poliomielite. O profissional que atende esse paciente na UBS deve notificar o caso ao serviço de vigilância epidemiológica do município em até 24 horas da suspeita, independente de ter ou não confirmação diagnóstica. Essa notificação desencadeia toda a investigação epidemiológica necessária, incluindo coleta de amostras para pesquisa de poliovírus e acompanhamento do caso.

Alternativa B

Muitos pensam que precisam ter certeza do diagnóstico antes de notificar, mas isso não é verdade para agravos de notificação compulsória mediante suspeita. A notificação não depende de confirmação laboratorial — ela deve ser feita com base no quadro clínico compatível. Aguardar o líquido (que mostraria dissociação proteíno-citológica na Guillain-Barré, por exemplo) atrasaria desnecessariamente a notificação e prejudicaria a vigilância epidemiológica.

Alternativa C

De fato, a maioria das doenças de notificação compulsória segue o fluxo semanal (como dengue, AIDS, tuberculose), mas PFA não se enquadra nesse grupo. Por estar relacionada à vigilância de poliomielite — doença eliminada no Brasil —, a notificação precisa ser imediata, não pode esperar até 7 dias. Esse prazo atrasaria toda a investigação epidemiológica necessária.

Alternativa D

Primeiro, PFA geralmente não envolve investigação de contatos da forma como fazemos em doenças transmissíveis como tuberculose ou meningite bacteriana. A *Síndrome de Guillain-Barré* (causa mais comum de PFA) não é contagiosa. Segundo, mesmo que houvesse necessidade de investigar contatos, a notificação imediata sempre vem primeiro — é ela que aciona o sistema de vigilância para coordenar toda a investigação. Nunca aguardamos outras ações para notificar um agravo de notificação compulsória imediata.

Visão do aprovado

Nas provas, questões de notificação compulsória seguem um padrão recorrente: testar se o candidato sabe diferenciar agravos de notificação imediata (24 horas), notificação semanal ou notificação após confirmação. **PFA se enquadra no primeiro grupo**, junto com sarampo, rubéola e outros agravos de programas de eliminação — mas a pegadinha clássica é colocar prazos de 7 dias (típico de dengue, tuberculose) ou exigir confirmação laboratorial antes da notificação. A regra de ouro que resolve a maioria dessas questões é: doenças que o Brasil eliminou ou controla rigorosamente sempre exigem notificação imediata da simples suspeita, sem esperar nenhum exame.

Outro ponto que costuma confundir é a idade. Embora a definição clássica de PFA do Ministério da Saúde mencione menores de 15 anos, casos suspeitos em adultos também devem ser notificados — exatamente como neste paciente de 25 anos. **Bancas às vezes colocam casos fora da faixa etária típica** justamente para testar se o candidato entende que a vigilância não se limita rigidamente a essa idade quando há quadro compatível. Uma dica prática vinda das questões anteriores: quase todas as doenças do *Programa Nacional de Imunização* são de notificação compulsória, então se há vacina no calendário básico, desconfie que a notificação seja obrigatória.

Vale lembrar que **PFA funciona como evento sentinela** para o sistema de vigilância — sua ocorrência dispara toda uma investigação epidemiológica não apenas para confirmar o diagnóstico, mas principalmente para descartar reintrodução de poliovírus selvagem no país. Por isso a urgência da notificação não depende da nossa certeza diagnóstica entre Guillain-Barré, mielite ou qualquer outra causa: o objetivo é acionar o sistema, não fechar o diagnóstico etiológico antes de notificar.

Questão 6

Técnica de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde sofre acidente com agulha calibrosa oca após coleta de sangue de paciente sabidamente portador crônico de hepatite B (HBsAg positivo). A profissional apresenta lesão percutânea profunda no dedo indicador direito, relata esquema vacinal incompleto para hepatite B (apenas 1 dose há 3 anos) e o teste rápido para hepatite B (HbSAg) realizado imediatamente após o acidente foi negativo. Qual a conduta imediata adequada?

- A. Conduta expectante com repetição de exames em 6 meses.
- B. Administrar imunoglobulina anti-hepatite B, iniciar vacinação e emitir CAT.
- C. Iniciar esquema vacinal completo para hepatite B sem prescrição de imunoglobulina.
- D. Aguardar confirmação sorológica do paciente fonte antes de iniciar profilaxia pós-exposição.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Essa é uma situação de **exposição ocupacional de alto risco ao vírus da hepatite B**, e precisamos agir com urgência e precisão. A técnica de enfermagem sofreu um acidente com *agulha calibrosa oca* (aquela com lúmen, que carrega maior volume de sangue) após coletar sangue de um paciente HBsAg positivo confirmado. A lesão foi percutânea profunda, e a profissional tem apenas uma dose de vacina há três anos — ou seja, não está protegida.

Vamos montar nosso raciocínio em etapas. Primeiro, precisamos **caracterizar o risco da exposição**. Quando falamos de agulha oca com lesão profunda, estamos diante de um cenário de transmissão significativa de material biológico. O risco de transmissão do vírus da hepatite B após exposição percutânea com fonte HBsAg positiva pode chegar a

6-30% (muito superior ao HIV, que fica em torno de 0,3%). Isso acontece porque o HBV tem alta concentração no sangue e grande infectividade.

Segundo passo: **avaliar o status da fonte**. O paciente é sabidamente portador crônico com HBsAg positivo — não há dúvida quanto ao status infeccioso. Terceiro passo: avaliar o status imunológico da profissional. O teste rápido negativo apenas confirma que ela não estava infectada antes do acidente, mas não nos diz nada sobre proteção. Na prática, o protocolo do MS indica **colher o anti-HBs da profissional no momento do acidente**; a IGHAHB+vacina são iniciadas empiricamente sem esperar o resultado (não se atrasa a profilaxia por causa dele), mas o teste é solicitado. Como esquema de 1 dose há 3 anos praticamente garante suscetibilidade, a conduta não muda (são necessárias três doses, e a imunidade precisa ser confirmada com anti-HBs > 10 mUI/mL).

Quando juntamos **exposição de alto risco + fonte HBsAg positiva + profissional não protegida**, temos indicação absoluta de profilaxia pós-exposição completa. Essa profilaxia tem dois componentes essenciais: a *imunoglobulina anti-hepatite B (HBIG)*, que confere imunidade passiva imediata ao fornecer anticorpos prontos, e a vacina, que induz imunidade ativa duradoura. A vacina sozinha levaria semanas para gerar resposta imune — tempo demais quando o vírus já foi inoculado. A imunoglobulina preenche essa lacuna, oferecendo proteção imediata enquanto o sistema imune da profissional desenvolve seus próprios anticorpos.

Além da profilaxia, há um aspecto legal fundamental: a **emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)**. Todo acidente ocupacional com exposição a material biológico deve ser notificado, tanto para garantir os direitos da trabalhadora quanto para permitir investigação e implementação de medidas preventivas no serviço.

Alternativa A

Estamos diante de uma exposição de alto risco com fonte confirmadamente infectada e profissional não protegida — a probabilidade de transmissão é significativa (6-30%). Adotar conduta expectante seria simplesmente aguardar que a infecção ocorra, desperdiçando a janela terapêutica da profilaxia. A *imunoglobulina* é eficaz até 7 dias após a exposição percutânea, e esse tempo precioso não pode ser desperdiçado. Esta alternativa pode confundir quem pensa que o teste rápido negativo da profissional significa "baixo risco", mas o teste apenas confirma que ela não estava infectada antes — não protege do risco atual.

Alternativa B

A conduta completa e adequada envolve três componentes essenciais: imunoglobulina, vacina e CAT. Vamos detalhar cada um deles. A *imunoglobulina anti-hepatite B* deve ser aplicada o mais rápido possível, preferencialmente nas primeiras 24-48 horas, mas mantém eficácia até 7 dias após a exposição percutânea. Ela fornece anticorpos prontos que neutralizam o vírus imediatamente. A vacina deve ser iniciada no

momento do atendimento (primeira dose), e a profissional receberá as doses 2 e 3 em 1 mês e 6 meses, respectivamente, completando o esquema. O teste de *anti-HBs* deve ser realizado 1-2 meses após a última dose para confirmar soroconversão e documentar que a profissional desenvolveu imunidade adequada (*anti-HBs* > 10 mUI/mL). A emissão da CAT é obrigatória para documentar o acidente ocupacional, garantir direitos trabalhistas e permitir investigação epidemiológica. Esta é a única alternativa que contempla a profilaxia completa e os aspectos legais do caso.

Alternativa C

O erro aqui é esquecer que a vacina sozinha não oferece proteção imediata. O sistema imune leva semanas para produzir anticorpos após a vacinação — tempo durante o qual o vírus já inoculado estaria se replicando livremente. Em exposições de alto risco com fonte HBsAg positiva e profissional não protegida, a *imunoglobulina* é fundamental para fornecer anticorpos prontos que neutralizam o vírus enquanto a resposta vacinal ainda está sendo desenvolvida. Pense na imunoglobulina como uma "ponte" que protege imediatamente, enquanto a vacina constrói a proteção de longo prazo. Sem essa ponte, deixamos a profissional vulnerável no período crítico pós-exposição.

Alternativa D

Não há necessidade de aguardar mais nenhum exame confirmatório. Além disso, mesmo que houvesse dúvida, aguardar desperdiçaria a janela terapêutica limitada da *imunoglobulina*, que é eficaz até 7 dias após exposição percutânea. Na prática de saúde ocupacional, quando a fonte é conhecida e tem diagnóstico documentado, a profilaxia deve ser iniciada imediatamente. Essa alternativa pode confundir quem tem o hábito de sempre "pedir mais exames antes de agir", mas em urgências pós-exposição ocupacional, tempo é proteção — cada hora perdida reduz a eficácia da imunoprofilaxia.

Visão do aprovado

Nas provas de residência, **exposição ocupacional a hepatite B** costuma ser cobrada em dois formatos principais: ou como reconhecimento direto da necessidade de profilaxia dupla (HBIG + vacina), como neste caso, ou como cenários de fonte desconhecida que testam se o candidato sabe quando pode dispensar a imunoglobulina. A

Um detalhe frequentemente explorado é o **timing da imunoglobulina versus a urgência da decisão**. As bancas adoram colocar alternativas que sugerem "aguardar confirmação" ou "repetir exames", testando se o candidato entende que em exposição de alto risco com fonte conhecida HBsAg positiva não há o que esperar — cada hora perdida reduz a eficácia da imunoprofilaxia. A variação mais comum desse tema em outras questões é fonte com status desconhecido ou profissional com vacinação completa documentada; nesses casos, a conduta muda,

mas aqui o enunciado já entrega tudo de bandeja: fonte positiva + esquema incompleto + lesão profunda = profilaxia máxima sem hesitação.

Outro ponto que pode aparecer como desdobramento é o **seguimento sorológico pós-profilaxia**, mas isso raramente é o foco da pergunta imediata — as bancas preferem testar a conduta no momento zero do atendimento, que é exatamente o que define o prognóstico do caso.

Questão 7

Homem de 32 anos procura Unidade Básica de Saúde (UBS) apresentando lesões extensas nas mãos, com descamação severa, fissuras profundas e sangramento. Inicialmente atribui as lesões ao trabalho com produtos químicos. Durante anamnese em ambiente reservado, revela que lava as mãos repetidamente ao longo do dia, chegando a mais de 30 vezes, porque teme que 'germes mortais' possam contaminar sua esposa e filhos. Relata que esses pensamentos invadem sua mente constantemente, causando intensa angústia, e que precisa lavar as mãos para 'neutralizar o perigo'. O comportamento consome mais de 3 horas diárias, resultou em faltas ao trabalho e evitação de contato físico com a família. Reconhece que seus medos são exagerados, mas não consegue controlá-los. Qual a hipótese diagnóstica e a conduta inicial indicada?

- A. Transtorno de somatização. Prescrever escitalopram 10mg/dia e orientar acompanhamento com psicoterapia de apoio.
- B. Transtorno de ansiedade generalizada. Iniciar sertralina 50mg/dia e encaminhar para psicoterapia.
- C. Transtorno obsessivo-compulsivo. Iniciar fluoxetina 20mg/dia e referenciar para TCC com exposição e prevenção de resposta.
- D. Transtorno dismórfico corporal; prescrição de escitalopram 10 mg/dia e encaminhamento para intervenção psicodinâmica.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

Este caso nos mostra de forma muito clara como **uma anamnese bem conduzida em ambiente reservado** pode transformar completamente o entendimento de uma queixa. O que inicialmente parecia uma dermatite ocupacional revela-se, na verdade, a manifestação física de um transtorno psiquiátrico grave. Essa é uma situação que encontramos com frequência na prática: lesões dermatológicas extensas e recor-

rentes cuja explicação "ocupacional" não fecha completamente, sinalizando a necessidade de investigação mais aprofundada.

Vamos construir o raciocínio clínico a partir das pistas. Temos um homem jovem que **lava as mãos mais de 30 vezes ao dia**, esse é claramente um comportamento repetitivo excessivo que vai muito além da higiene normal. Mas o que motiva isso? A resposta está nos pensamentos intrusivos recorrentes: ele teme que "germes mortais" contaminem sua esposa e filhos. Esses pensamentos "invadem sua mente constantemente" e causam "intensa angústia". E aqui encontramos o elemento-chave do padrão diagnóstico: ele precisa lavar as mãos para "neutralizar o perigo", a lavagem funciona como um ritual que alivia temporariamente a ansiedade.

Esse é o ciclo clássico do **Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)**: pensamento intrusivo indesejado (obsessão) → ansiedade/angústia intensa → comportamento repetitivo ritualístico (compulsão) → alívio temporário → recomeço do ciclo. As *obsessões* são pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas que causam ansiedade marcada; as *compulsões* são comportamentos ou atos mentais repetitivos realizados para reduzir o desconforto ou prevenir algum evento temido. No nosso paciente, as obsessões são delimitadas e específicas (contaminação por germes que podem prejudicar a família), e as compulsões são rituais motores bem definidos (lavagem repetitiva das mãos).

Outro elemento diagnóstico crucial: o paciente **reconhece que seus medos são exagerados**, mas não consegue controlá-los. Isso caracteriza *insight* preservado, típico do TOC e que o diferencia de quadros psicóticos. Além disso, temos prejuízo funcional severo: mais de 3 horas diárias consumidas, faltas ao trabalho, evitação de contato físico com a família. Esse grau de comprometimento confirma a gravidade e a necessidade de intervenção.

Mas precisamos fazer o diagnóstico diferencial adequado. O **Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)** também cursa com ansiedade e preocupação excessivas, mas as características são diferentes: no TAG, as preocupações são flutuantes e difusas sobre múltiplas áreas da vida cotidiana (finanças, saúde, trabalho, família), sem obsessões delimitadas específicas e, principalmente, sem compulsões rituais motoras. Nosso paciente tem um foco bem definido (contaminação) e um ritual específico (lavagem), não preocupações generalizadas sobre "tudo".

O **Transtorno Dismórfico Corporal (TDC)** pertence ao mesmo espectro do TOC e também envolve pensamentos intrusivos e comportamentos repetitivos, mas o conteúdo é completamente diferente: no TDC, a preocupação é sempre com defeitos percebidos na aparência física (que não são observáveis ou parecem leves para outros), e os comportamentos típicos incluem olhar-se excessivamente no espelho, arrumar-se repetidamente, buscar procedimentos estéticos, comparar-se com outros. Não há obsessões de contaminação ou risco a terceiros como vemos aqui.

Tratamento do TOC: pontos essenciais

O tratamento de primeira linha combina **farmacoterapia com psicoterapia específica**. Os ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) são eficazes no TOC, mas um ponto fundamental: **o tratamento deve ser iniciado com doses baixas** (por exemplo, fluoxetina 20mg/dia) **e titulado progressivamente** conforme resposta e tolerabilidade. Embora o TOC frequentemente exija doses maiores que as usadas para depressão, essas doses mais altas são **alcançadas após titulação gradual**, não de início. A psicoterapia de escolha é a **TCC com Exposição e Prevenção de Resposta (ERP)**, técnica específica em que o paciente é gradualmente exposto aos estímulos que desencadeiam obsessões enquanto é impedido de realizar as compulsões, quebrando assim o ciclo. Evidências robustas mostram que a combinação ISRS + ERP é superior à monoterapia.

Portanto, o diagnóstico correto é **Transtorno Obsessivo-Compulsivo**, e a conduta inicial deve incluir fluoxetina 20mg/dia (dose inicial adequada, com titulação progressiva posterior) e referenciamento para TCC com exposição e prevenção de resposta, que é a modalidade psicoterápica com melhor evidência de eficácia nesse transtorno. A resposta correta é a alternativa C.

Alternativa A

No transtorno de somatização, o paciente apresenta múltiplos sintomas físicos sem causa médica identificável, com **foco na preocupação com os sintomas em si**. Aqui, porém, as lesões dermatológicas são consequência direta do comportamento compulsivo, não sintomas primários inexplicáveis. O foco do paciente não é nas lesões (ele inicialmente nem as valorizava, atribuindo ao trabalho), mas sim nos pensamentos intrusivos sobre contaminação e no ritual de lavagem. Além disso, escitalopram 10mg/dia é uma dose inicial padrão para depressão ou outros transtornos de ansiedade, mas o diagnóstico aqui está equivocado. Psicoterapia de apoio também não é a abordagem específica com melhor evidência para o quadro apresentado.

Alternativa B

O erro está em não reconhecer a diferença fundamental entre TAG e TOC. No TAG, as preocupações são **flutuantes e abrangem múltiplas áreas** da vida cotidiana (dinheiro, saúde, trabalho, relacionamentos), a pessoa se preocupa com "tudo", sem foco específico delimitado. Além disso, no TAG não há compulsões rituais motoras como resposta à ansiedade. Nosso paciente, ao contrário, tem obsessões muito específicas e delimitadas (germes mortais, contaminação da família) e compulsões rituais bem definidas (lavagem repetitiva das mãos para neutralizar o perigo). Esse padrão obsessão-compulsão é característico do TOC, não do TAG. A dose de sertralina 50mg até seria adequada como início para um ISRS, mas o diagnóstico está equivocado, tornando a alternativa incorreta.

Alternativa C

O diagnóstico de TOC está bem fundamentado pelos elementos-chave do caso: **obsessões** (pensamentos intrusivos sobre contaminação por germes), compulsões (lavagem repetitiva das mãos >30x/dia para "neutralizar" o perigo), *insight* preservado (reconhece que é exagerado), e prejuízo funcional significativo (>3h/dia, absenteísmo, evitação familiar). A conduta também está correta: fluoxetina 20mg/dia é a dose inicial adequada, permitindo titulação progressiva conforme resposta e tolerabilidade, embora o TOC frequentemente necessite doses maiores de ISRS, essas são alcançadas gradualmente, não de início. A TCC com Exposição e Prevenção de Resposta (ERP) é a modalidade psicoterápica específica e com melhor evidência para TOC: o paciente é gradualmente exposto aos estímulos que provocam ansiedade (por exemplo, tocar superfícies "contaminadas") enquanto é impedido de realizar o ritual compulsivo (não lavar as mãos), quebrando assim o ciclo. Evidências consistentes mostram que a combinação ISRS em dose adequada + ERP é superior à monoterapia.

Alternativa D

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) pertence ao mesmo espectro do TOC no DSM-5, e ambos envolvem pensamentos intrusivos e comportamentos repetitivos. Porém, o **conteúdo das obsessões é completamente diferente**. No TDC, a preocupação é com defeitos percebidos na aparência física (nariz torto, pele imperfeita, assimetrias faciais) que não são observáveis ou parecem leves para outros, e os comportamentos repetitivos típicos incluem olhar-se excessivamente no espelho, arrumar-se compulsivamente, buscar reassseguramento sobre a aparência, comparar-se com outros. Nosso paciente não tem preocupação com sua aparência; suas obsessões são sobre contaminação por germes e risco de prejudicar terceiros (esposa e filhos), padrão clássico de TOC com tema de contaminação, não de TDC. Além disso, escitalopram 10mg é uma dose inicial, mas baixa, e intervenção psicodinâmica não é a primeira escolha com melhor evidência para TOC, a TCC com ERP é a abordagem específica.

Visão do aprovado

Nas provas, TOC costuma ser apresentado de forma "camuflada" por uma queixa somática inicial, aqui, lesões dermatológicas que parecem ocupacionais. Essa é uma pegadinha clássica: a banca quer testar se você consegue identificar que a verdadeira porta de entrada não é a lesão de pele, mas o transtorno psiquiátrico subjacente. O discriminador rápido está na sequência temporal: primeiro vem o pensamento intrusivo angustiante (obsessão), depois o ritual para aliviar (compulsão). Se você identificar esse padrão cíclico com conteúdo específico e delimitado, fecha TOC.

A confusão mais frequente em questões assim é marcar TAG, porque ambos cursam com ansiedade intensa. A chave de diferenciação rápida é: **TAG tem preocupações difusas sobre múltiplas áreas da**

vida ("preocupado com tudo"), sem rituais motores específicos; TOC tem obsessões delimitadas (aqui, contaminação) e compulsões ritualizadas (lavagem repetitiva para neutralizar). Se a questão descreve um comportamento repetitivo específico atrelado a um pensamento específico, pense em TOC, não TAG.

Outro ponto estratégico que as bancas exploram: a anamnese em ambiente reservado que muda completamente o diagnóstico. Isso reforça a competência de comunicação clínica na atenção primária, o paciente só revelou o comportamento real quando se sentiu seguro. Em provas de residência, especialmente para Medicina de Família, esse tipo de cenário sinaliza que a questão quer avaliar sua capacidade de investigação além da queixa aparente. Um alerta importante: embora a alternativa C esteja correta quanto ao diagnóstico e à escolha da TCC com exposição e prevenção de resposta, a orientação do professor reforça que **fluoxetina 20mg/dia é a dose inicial adequada**, não 60mg/dia, essa titulação progressiva é fundamental e costuma ser cobrada como pegadinha em questões de manejo farmacológico do TOC.

Referência bibliográfica

- CHEUNG, H.; CHEUNG, N. **Optimized Oral Glutamatergic Augmentation in Refractory Home-Dominant Contamination Obsessive-Compulsive Disorder With Somatic, Affective, and Motivational Features: A Case Report of Incremental Functional Gains**. *Cureus*, 2026. DOI: 10.7759/cureus.111573. [PDF OA] Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.111573>.
- DHIMAN, A. et al. **Hereditary Patterns and Genetic Associations in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): Neuropsychiatric Insights, Genetic Influences, and Treatment Perspectives**. *Current Gene Therapy*, 2025. DOI: 10.2174/0115665232316708240828063527. [PDF OA] Disponível em: <https://doi.org/10.2174/0115665232316708240828063527>.

Questão 8

Mulher de 45 anos procura a Unidade Básica de Saúde relatando saída de secreção pela mama direita há 3 semanas. Refere que a secreção é espontânea, de coloração amarelada com raias sanguinolentas, saindo sempre pelo mesmo ponto do mamilo. Nega dor, febre ou alterações cutâneas. Menarca aos 13 anos, G2P2, ciclos regulares, não utiliza anticoncepcionais hormonais. Nega história familiar de câncer de mama ou ovário. Ao exame físico, mamas simétricas, sem nódulos palpáveis, sem alterações cutâneas. À expressão do mamilo direito, observa-se saída de secreção serosa com raias de sangue por um único ducto no quadrante superior lateral. Mama esquerda sem alterações. Não há linfonodomegalias palpáveis. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial adequada?

- A.** Ectasia ductal; orientar a paciente e reavaliar em 3 meses
- B.** Carcinoma papilífero; realizar core biopsy para anatomopatológico
- C.** Carcinoma ductal in situ; solicitar mamografia e encaminhar ao mastologista
- D.** Papiloma intraductal; solicitar mamografia e ultrassonografia mamária

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

Esta questão testa a caracterização semiológica da secreção mamilar. A paciente apresenta secreção espontânea, unilateral, uniductal, serosa com raias de sangue — um padrão clínico bem específico e reconhecível.

Toda secreção mamilar precisa ser avaliada por quatro critérios:

- espontânea ou provocada
- uni ou bilateral
- uni ou multiductal
- cor/consistência do líquido

Secreção espontânea já tem mais relevância clínica que a provocada por compressão. Unilateralidade e origem em um único ducto (sempre pelo mesmo ponto) restringem bastante o diagnóstico diferencial. E o aspecto seroso com raias de sangue completa o padrão clássico desse quadro.

Diante disso, três hipóteses entram no diferencial de secreção sanguinolenta uniductal: papiloma intraductal, carcinoma ductal in situ e carcinoma papilífero. Já a ectasia ductal fica descartada, porque o padrão dela é diferente — fluxo multiductal, viscoso, de coloração escura ou esverdeada.

O papiloma intraductal é uma proliferação epitelial benigna dentro dos ductos subareolares — pensa numa estrutura parecida com um pólipó, friável, que sangra com facilidade e mistura sangue à secreção ductal. Ele é responsável por cerca de 95% dos casos de fluxo papilar sanguinolento sem lesão palpável ao exame físico ou de imagem — que é exatamente o que temos aqui.

Repare que a paciente não tem nódulo palpável, espessamento cutâneo, retração, linfonodomegalia, história familiar de câncer de mama/

ovário ou outros fatores de risco. Esse exame físico normal favorece a etiologia benigna. Malignidade até pode se apresentar só com secreção sanguinolenta isolada, mas é estatisticamente bem menos provável que papiloma nesse contexto de baixo risco.

E não dá pra pular direto para a biópsia sem investigação de imagem antes. A propedêutica inicial pede mamografia bilateral, para avaliar toda a mama e descartar lesões não palpáveis, associada a ultrassonografia mamária, que identifica lesões intraductais e caracteriza melhor as alterações focais. Esses exames servem para confirmar a hipótese de papiloma (visível como pequena lesão intraductal ao USG), excluir malignidade associada e orientar uma eventual indicação cirúrgica.

Alternativa A

Ectasia ductal; orientar a paciente e reavaliar em 3 meses - Esta alternativa erra em dois pontos. Primeiro, o diagnóstico: a ectasia ductal se caracteriza por **dilatação dos ductos com estagnação de secreção**, resultando em fluxo papilar tipicamente multiductal, viscoso e de coloração escura/esverdeada/multicolorida. Nossa paciente tem secreção uniductal serosa com sangue, padrão completamente diferente. Segundo, a conduta: mesmo que fosse ectasia, qualquer secreção sanguinolenta espontânea exige investigação por imagem antes de simplesmente orientar e aguardar. Conduta expectante sem propedêutica adequada é negligência diagnóstica neste contexto.

Alternativa B

Carcinoma papilífero; realizar core biopsy para anatomopatológico - Esta alternativa explora o medo natural de câncer diante de secreção sanguinolenta, mas erra por dois motivos importantes. Primeiro, vamos aos **critérios epidemiológicos e de risco**: nossa paciente tem 45 anos (não está na faixa de maior risco), sem história familiar significativa, sem fatores de risco importantes, exame físico completamente normal. Papiloma intraductal é 20 a 30 vezes mais comum que malignidade neste cenário específico de secreção sanguinolenta com exame normal. Carcinoma papilífero geralmente se apresenta com massa palpável associada ou em pacientes com perfil de maior risco. Segundo e mais crítico: pular direto para core biopsy sem avaliação por imagem prévia está errado. Precisamos primeiro fazer mamografia e USG para caracterizar a lesão, localizar sua extensão e guiar qualquer procedimento invasivo necessário.

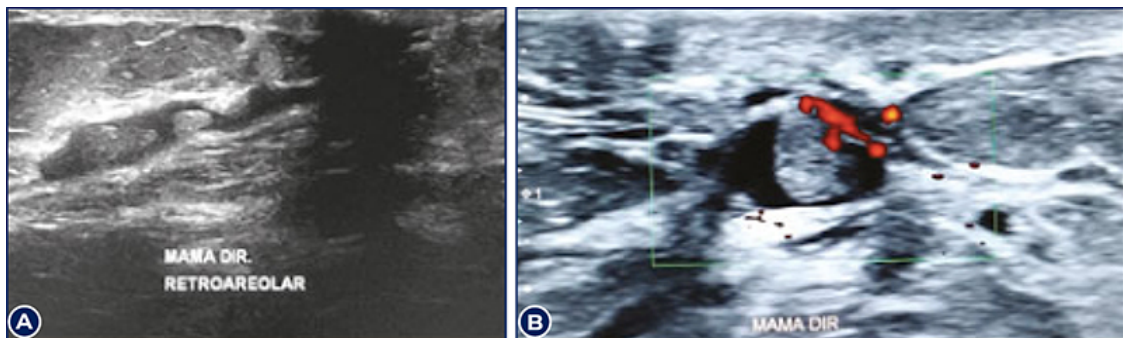
Alternativa C

Carcinoma ductal in situ; solicitar mamografia e encaminhar ao mastologista - Aqui a banca tenta confundir oferecendo uma alternativa "meio certa". Solicitar mamografia está correto, mas há três problemas: (1) O diagnóstico de CDIS é menos provável pelos mesmos motivos da alternativa B, **ausência de fatores de risco, exame físico normal** e prevalência muito menor que papiloma (lembre que 95% dos fluxos sanguinolentos sem lesão palpável são papilomas). CDIS pode cursar

com secreção, mas geralmente é achado em mamografia de rastreamento ou associado a microcalcificações, não como apresentação isolada em paciente de baixo risco. (2) A conduta está incompleta: falta a ultrassonografia mamária, que é fundamental para avaliar lesões intraductais. (3) Encaminhar ao mastologista antes mesmo de concluir a investigação básica inverte a sequência lógica, primeiro investigamos, depois encaminhamos com os exames em mãos se necessário.

Alternativa D

Papiloma intraductal; *solicitar mamografia e ultrassonografia mamária* - Perfeito! Esta é nossa resposta correta. O diagnóstico de **papiloma intraductal** se baseia nas características clássicas apresentadas: secreção espontânea, unilateral, uniductal, serosa/sanguinolenta, sem nódulo palpável. A conduta está completa e na sequência correta: mamografia bilateral (para avaliação global das mamas e exclusão de lesões suspeitas) + ultrassonografia mamária (que pode identificar a lesão intraductal, caracterizar sua natureza e guiar eventual procedimento). Somente após essa avaliação completa decidiremos se há necessidade de biópsia, ressecção cirúrgica do ducto ou apenas seguimento clínico.



A imagem acima mostra o aspecto ultrassonográfico típico de um papiloma intraductal, repare na lesão dentro do ducto dilatado. **Este é exatamente o tipo de achado** que podemos encontrar na investigação com USG mamária.

Visão do aprovado

O papiloma intraductal é uma proliferação epitelial benigna que cresce dentro do lúmen ductal, sustentada por um eixo fibrovascular central — é essa vascularização própria da lesão que explica por que ela sangra com tanta facilidade e produz a descarga serosanguinolenta característica, mesmo na ausência de qualquer trauma. Existem duas apresentações distintas, e a diferença entre elas não é apenas anatômica, é prognóstica.

- O **papiloma central**, solitário, origina-se nos ductos lactíferos maiores, próximos à região subareolar. É essa localização que explica a clínica clássica: por estar perto do mamilo, o sangramento intraductal tem trajeto curto até a superfície, manifestando-se como descarga espontânea, unilateral e uniductal — sempre pelo mesmo ponto, porque vem sempre do mesmo ducto acometido. Rara-

mente forma massa palpável relevante, e seu risco de malignidade associada é baixo.

- Já o **papiloma periférico** costuma ser múltiplo (papilomatose) e se origina na unidade ducto-lobular terminal, mais distante do mamilo. Por essa localização mais periférica, frequentemente não chega a causar descarga papilar perceptível — é um achado mais silencioso, muitas vezes incidental em exame de imagem. Essa diferença de comportamento clínico entre a forma central e a periférica reflete diretamente a diferença de risco: a forma múltipla/periférica carrega risco de malignidade concomitante e futura maior que a forma solitária/central, funcionando quase como um marcador de instabilidade proliferativa mais amplo no parênquima mamário, e não como uma lesão isolada e autocontida.

Essa distinção entre "lesão única e localizada" x "processo proliferativo mais disseminado" é o que dá sentido a tudo o que vem depois — da escolha do exame de imagem até a decisão entre seguir ou operar.

Referência bibliográfica

- Bates - Propedêutica Médica 13ª Edição

Questão 9

Mulher de 54 anos procura o ambulatório de ginecologia com queixa de ondas de calor intensas e sudorese noturna há 1 ano, com importante prejuízo da qualidade de vida. A última menstruação ocorreu há 2 anos. Refere antecedente de trombose venosa profunda há 4 anos, após cirurgia plástica eletiva. Nega tabagismo e outras comorbidades. Exame físico sem alterações. Mamografia e citologia cervical recentes estão dentro da normalidade. Qual é a conduta preconizada para o manejo dos sintomas climatéricos?

- A.** Prescrever terapia hormonal com tibolona
- B.** Prescrever estrogênio oral associado à progesterona
- C.** Prescrever progesterona transdérmica de forma isolada
- D.** Prescrever tratamento não hormonal para os sintomas vasomotores

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

Os sintomas vasomotores, como ondas de calor e sudorese noturna, representam as manifestações mais frequentes do climatério e decorrem

da redução dos níveis de estrogênio após a menopausa. Quando apresentam intensidade moderada ou grave e comprometem a qualidade de vida, está indicado tratamento específico, cuja escolha depende não apenas da eficácia, mas também das contraindicações individuais.



A terapia hormonal da menopausa é considerada o tratamento mais eficaz para os sintomas vasomotores. Entretanto, antes de sua prescrição, é indispensável avaliar fatores de risco e contraindicações. Entre as contraindicações estão o câncer de mama atual ou prévio, sangramento uterino de causa não esclarecida, doença hepática grave e antecedente de tromboembolismo venoso, especialmente quando relacionado ao uso de estrogênios ou na ausência de uma causa transitória bem definida.

Nesta questão, embora a paciente apresente sintomas climatéricos importantes e esteja na faixa etária em que a terapia hormonal costuma oferecer maior benefício, o antecedente de trombose venosa profunda contraindica seu uso. Assim, a conduta preconizada é o tratamento não hormonal para alívio dos sintomas vasomotores.

Alternativa A

A tibolona possui atividade estrogênica, progestagênica e androgênica, sendo eficaz no tratamento dos sintomas climatéricos. No entanto, assim como a terapia hormonal convencional, não deve ser utilizada em mulheres com antecedente de tromboembolismo venoso.

Alternativa B

A terapia hormonal oral combinada aumenta o risco de tromboembolismo venoso e está contraindicada em mulheres com antecedente de trombose venosa profunda. Apesar de ser altamente eficaz para o controle dos sintomas vasomotores, o risco supera o benefício nesse cenário.

Alternativa C

A progesterona isolada não trata os sintomas vasomotores, pois estes decorrem do hipoestrogenismo, não da queda de progesterona. Na terapia hormonal, o progestagênio tem função exclusiva de proteção endometrial contra o efeito proliferativo do estrogênio, sem papel no controle dos fogachos. Assim, essa conduta não aborda o mecanismo fisiopatológico do quadro.

Alternativa D

Em mulheres com contraindicação à terapia hormonal, o manejo dos sintomas vasomotores deve ser realizado com medicamentos não hormonais. Entre as opções com melhor evidência estão os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), a gabapentina e, em situações selecionadas, a clonidina.

Visão do aprovado

CONTRAINDICAÇÕES À TRH - CONSENSO BRASILEIRO DE TERAPÊUTICA HORMONAL DO CLIMATÉRIO (2024)
Sangramento vaginal inexplicável
Doença hepática
• Histórico de câncer sensível ao estrogênio • Incluindo câncer de mama • Observação: estrogênio vaginal em baixa dose pode ser considerado para tratamento da síndrome genitourinária da menopausa nessas pacientes
Doença coronariana prévia
Acidente vascular cerebral (AVC) prévio
Infarto do miocárdio (IAM) prévio
Tromboembolismo venoso (TEV) prévio ou história pessoal ou alto risco de doença tromboembólica hereditária

Questão 10

Mulher de 34 anos procura o pronto-socorro ginecológico por aumento do sangramento menstrual há quatro dias. Refere episódios semelhantes nos últimos seis meses, com necessidade de troca de absorvente a cada 2 horas durante a menstruação. Ultrassonografia transvaginal realizada há um mês evidenciou mioma intramural de 6,5 cm, e está aguardando tratamento cirúrgico. Faz uso de método hormonal combinado, sem melhora completa dos sintomas. BHCG negativo. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral e estável. Identifica-se sangramento uterino moderado ao exame especular. Hemoglobina: 10,4 g/dL. Qual é a conduta preconizada para o controle do sangramento neste momento?

- A.** Realizar curetagem uterina
- B.** Indicar histerectomia em caráter de urgência
- C.** Realizar miomectomia em caráter de urgência
- D.** Iniciar ácido tranexâmico durante o período de sangramento

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

O sangramento uterino anormal (SUA) é uma das principais manifestações clínicas dos leiomiomas uterinos, especialmente quando apresentam grande volume ou comprometem a contratilidade do miométrio. O tratamento deve ser individualizado conforme a etiologia, intensidade do sangramento, estabilidade clínica da paciente, desejo reprodutivo e planejamento terapêutico definitivo.



Pulo do gato

O PALM COEIN É UMA FORMA DE SINTETIZAR E FACILITAR A CLASSIFICAÇÃO DAS CAUSAS DE SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL. LEMBRE-SE DELE NAS PROVAS!

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL	
CAUSAS ESTRUTURAIS	CAUSAS NÃO ESTRUTURAIS
Pólipo	Coagulopatia
Adenomiose	Ciclos anovulatórios
Leiomioma	Endométrio
Malignidade	Iatrogenia
	Não classificado

Nas pacientes hemodinamicamente estáveis, o objetivo inicial é controlar o episódio agudo de sangramento e corrigir eventual anemia, reservando a abordagem cirúrgica para situações eletivas ou de urgência, quando houver instabilidade clínica ou falha do tratamento medicamentoso. O fato de a paciente já estar em acompanhamento para tratamento cirúrgico não modifica a conduta frente ao episódio atual.

O ácido tranexâmico é um agente antifibrinolítico que reduz a degradação do coágulo e diminui significativamente a perda sanguínea menstrual. É uma das principais opções para controle do sangramento em mulheres com sangramento uterino anormal associado aos leiomiomas, podendo ser utilizado durante os dias de maior fluxo, inclusive em pacientes que já utilizam tratamento hormonal.

Alternativa A

A curetagem uterina não constitui tratamento do sangramento uterino causado por leiomiomas. Seu papel é restrito a situações específicas, como investigação de alterações endometriais, sangramento de causa indeterminada ou esvaziamento uterino em contextos obstétricos.

Alternativa B

A histerectomia é um tratamento definitivo para os leiomiomas sintomáticos, porém sua indicação é eletiva. Em uma paciente estável, sem hemorragia importante ou instabilidade hemodinâmica, não há indicação de realização em caráter de urgência apenas para controle do sangramento.

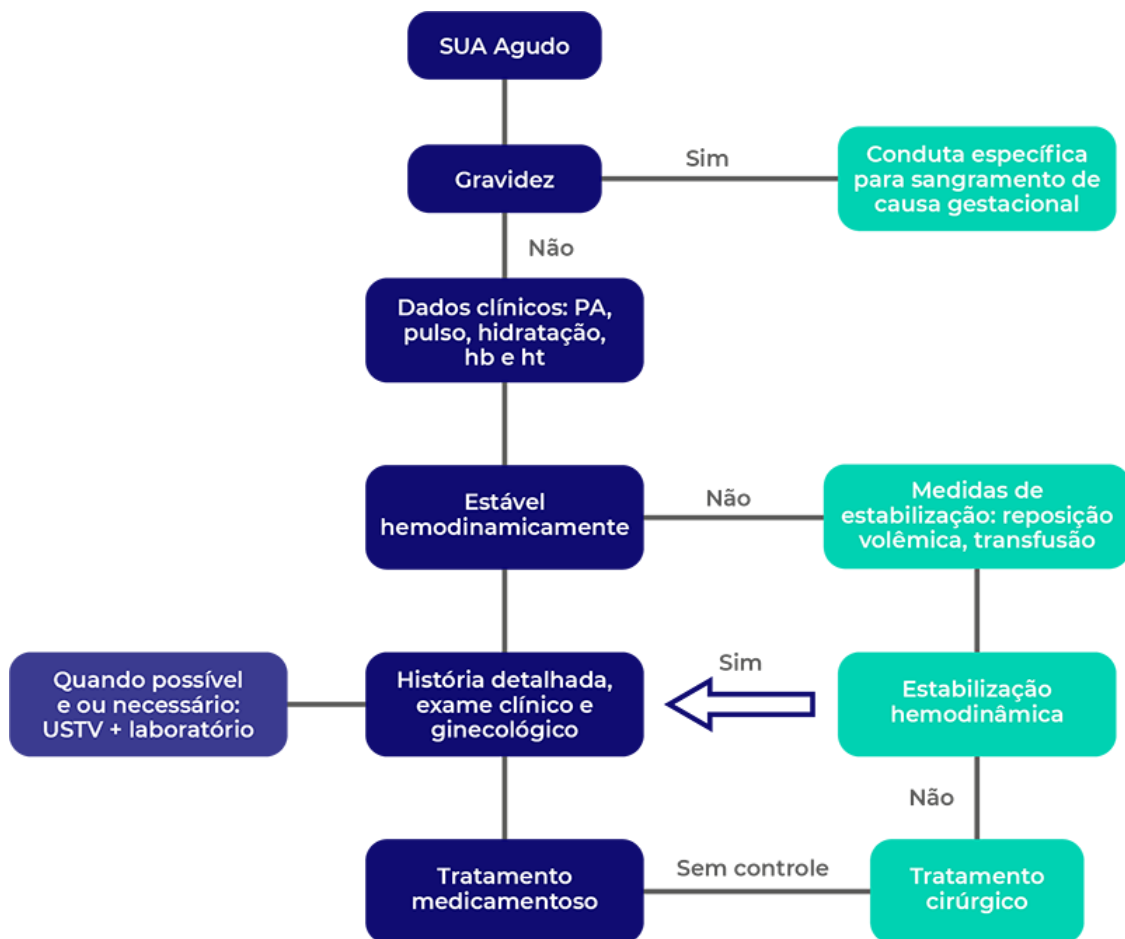
Alternativa C

A miomectomia pode ser indicada em mulheres sintomáticas com desejo de preservação uterina, mas não é realizada como tratamento de urgência em pacientes estáveis apenas pelo episódio atual de sangramento. O procedimento deve ser programado após estabilização clínica e planejamento cirúrgico adequado.

Alternativa D

O ácido tranexâmico é indicado para reduzir o sangramento menstrual em pacientes com sangramento uterino anormal relacionado aos leiomiomas que se encontram hemodinamicamente estáveis. Deve ser administrado durante os dias de sangramento intenso e pode ser associado a outras modalidades terapêuticas enquanto se aguarda o tratamento definitivo.

Visão do aprovado



Questão 11

Homem de 54 anos procura Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Relata consumo diário de aproximadamente 800ml de cachaça há 15 anos, com episódios de blackout nos últimos 6 meses. Manifesta desejo sincero de reduzir o consumo alcoólico, mas apresenta tremores finos em extremidades e ansiedade intensa quando tenta diminuir a quantidade ingerida, sintomas que iniciam cerca de 6 horas após a última dose. Antecedente de hipertensão arterial há 8 anos, em uso de losartana 100mg e hidroclorotiazida 25mg diários, com pressão arterial persistentemente elevada (média de 160x100mmHg nas últimas consultas). Exames laboratoriais recentes mostram AST 78 U/L (VR: 10 a 40 U/L), ALT 65 U/L (VR: 7 a 56 U/L) e GGT 180 U/L (VR: 8 a 61 U/L). Nega uso de outras substâncias psicoativas. Exame físico: lúcido, orientado, tremor fino distal, PA 165x105mmHg, FC 88bpm, sem outras alterações significativas. Qual a abordagem terapêutica indicada para este paciente na atenção primária?

- A. Prescrever diazepam 10mg três vezes ao dia por 7 dias, otimizar terapia anti-hipertensiva e encaminhar para grupo de apoio em dependência química na UBS.
- B. Prescrever complexo B e tiamina oral por 14 dias, associar amlodipina 10mg ao esquema anti-hipertensivo e agendar retorno em 30 dias para reavaliação.
- C. Prescrever haloperidol 2,5mg duas vezes ao dia por 5 dias, orientar repouso no leito com dieta hipossódica e solicitar avaliação de urgência no CAPS-AD.
- D. Prescrever lorazepam 2mg duas vezes ao dia por 5 dias, ajustar anti-hipertensivo e agendar retorno precoce.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

Quando vemos um etilista crônico com tremores e ansiedade surgindo 6 horas após parar de beber, o diagnóstico de **síndrome de abstinência alcoólica (SAA)** é praticamente imediato. O verdadeiro desafio desta questão não está no reconhecimento diagnóstico, mas em três decisões clínicas sequenciais que precisamos tomar na atenção primária: esse paciente pode ser tratado ambulatorialmente? Qual benzodiazepínico escolher considerando suas comorbidades? Como estruturar o seguimento?

Nosso paciente tem um consumo alcoólico massivo (800ml de cachaça diariamente por 15 anos equivale a cerca de 320g de etanol/dia), e apresenta o quadro clássico de SAA *precoce*: tremores finos de extremidades e ansiedade intensa que iniciam aproximadamente 6 horas após a cessação ou redução do consumo. Esse timing é absolutamente típico: os sintomas iniciais da abstinência (tremores, ansiedade, sudorese, taquicardia) aparecem entre 6 e 12 horas após a última dose, refletindo a hiperatividade de rebote do sistema nervoso central. Durante anos de consumo crônico, o álcool potencializa continuamente o sistema GABAérgico (inibitório) e suprime o glutamatérgico (excitatório); quando a alcoolemia cai abruptamente, temos uma hiperexcitabilidade neuronal que se manifesta clinicamente como tremores, ansiedade e hiperatividade autonômica.

A primeira decisão crítica é: esse paciente pode ser tratado ambulatorialmente ou precisa de internação? Para responder isso, usamos a escala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised), que quantifica a gravidade da abstinência avaliando náuseas/vômitos, tremor, sudorese, ansiedade, agitação, alterações táteis/auditivas/

visuais, cefaleia e orientação. **Escore ≥ 20 indicam abstinência grave e necessidade de internação**; escores menores permitem tratamento ambulatorial, desde que não existam outros preditores de gravidade. Nosso paciente está lúcido, orientado, apresenta apenas tremor fino distal, sem confusão mental, alucinações, agitação ou história prévia de convulsões ou delirium tremens. Embora tenha fatores que merecem atenção (idade 54 anos, HAS, alterações hepáticas), a ausência de sinais de abstinência grave e de complicações prévias permite o manejo na atenção primária. Mas atenção: tratamento ambulatorial exige consultas frequentes, supervisão familiar e orientação clara sobre sinais de alarme (desorientação, confusão, convulsões) que justificariam encaminhamento imediato ao pronto-socorro.

Segunda decisão: qual benzodiazepínico escolher? Os benzodiazepínicos são a base do tratamento da SAA porque mimetizam o efeito GABAérgico do álcool, aliviando sintomas e prevenindo complicações graves como convulsões e delirium tremens. O *diazepam* (20-40mg/dia) é tradicionalmente considerado primeira escolha, mas precisamos individualizar. Nosso paciente tem GGT de 180 U/L, AST 78 U/L e ALT 65 U/L: alterações que sinalizam lesão hepática pelo álcool, embora não configurem hepatopatia grave ou cirrose. O diazepam é metabolizado extensamente pelo sistema citocromo P450 hepático; mesmo em disfunção hepática leve a moderada, existe risco de acúmulo e sedação excessiva. O **lorazepam (4-8mg/dia), por outro lado, sofre apenas conjugação direta** (glicuronidação), um processo de fase II que permanece preservado mesmo quando há lesão hepatocelular. Por isso, lorazepam é a escolha mais segura quando há qualquer grau de disfunção hepática. A dose proposta na alternativa D (2mg duas vezes ao dia = 4mg/dia) está dentro da faixa terapêutica, com duração de 5 dias adequada para a fase aguda.

Terceira decisão: o manejo precisa ser integral e não fragmentado. Nosso paciente tem HAS mal controlada (PA 165x105mmHg) apesar de losartana 100mg e hidroclorotiazida 25mg: o consumo crônico de álcool eleva a pressão arterial por ativação simpática e resistência a anti-hipertensivos, então precisamos ajustar o esquema. Além disso, todo etilista crônico com risco de deficiência de tiamina deve receber reposição (idealmente 300mg/dia IM por 1 semana, depois via oral) para prevenir a síndrome de *Wernicke-Korsakoff*. embora a questão não mencione explicitamente tiamina na alternativa correta, isso não a invalida, pois o foco está na conduta para a SAA e comorbidades. Por fim, **retorno precoce (em 1 semana) é fundamental** no tratamento ambulatorial de abstinência: precisamos monitorar evolução clínica, ajustar medicações, prevenir complicações e reforçar orientações. Retorno em 30 dias seria abandono terapêutico na fase crítica.

Integrando tudo: lorazepam (seguro com alteração hepática) + ajuste do anti-hipertensivo + retorno precoce. Essa é a alternativa D, que demonstra exatamente o que esperamos na APS: **escolha farmacológica racional baseada no contexto do paciente**, abordagem integral das comorbidades e seguimento apropriado.

Alternativa A

O *diazepam* é realmente o benzodiazepínico mais tradicional no manejo da SAA, e a dose proposta (10mg 3x/dia = 30mg/dia) está perfeitamente dentro da faixa recomendada (20-40mg/dia). A conduta até aborda a HAS e menciona encaminhamento para grupo de apoio na UBS, mostrando visão multidisciplinar. O problema? **Ignora que o lorazepam seria mais seguro neste contexto.** Nosso paciente tem alterações hepáticas (GGT 180, AST 78, ALT 65) que, embora não configurem cirrose ou hepatopatia grave, sinalizam disfunção hepatocelular pelo álcool. O diazepam, metabolizado pelo citocromo P450 hepático, apresenta risco maior de acúmulo mesmo em disfunção leve a moderada. Muitos candidatos escolhem esta alternativa porque sabem que "abstinência alcoólica = benzodiazepínico = diazepam" e param por aí, sem ponderar se há uma opção mais segura disponível.

Alternativa B

Sim, a reposição de *tiamina* e complexo B é importante no etilista crônico para prevenir a síndrome de *Wernicke-Korsakoff* (encefalopatia caracterizada por confusão mental, ataxia e anormalidades oculares), mas **isso NÃO substitui o tratamento farmacológico direto da SAA.** Nosso paciente está em abstinência AGORA, com tremores e ansiedade, e precisa de benzodiazepínico para aliviar sintomas e, mais crítico ainda, prevenir complicações potencialmente fatais como convulsões e delírium tremens. Tiamina é suplementação preventiva, não tratamento da abstinência aguda. A conduta também aborda adequadamente a HAS mal controlada adicionando amlodipina, mas comete outro erro crítico: retorno em 30 dias é muito distante para um paciente em tratamento ambulatorial de abstinência. Esse intervalo expõe o paciente ao risco de progressão para abstinência grave (convulsões, delírium tremens) sem qualquer monitoramento clínico. Tratamento ambulatorial de SAA exige reavaliação em poucos dias, idealmente dentro de 1 semana.

Alternativa C

O *haloperidol* é um antipsicótico típico (neuroléptico) que **NÃO tem papel no tratamento de primeira linha** da abstinência alcoólica. Ele pode ser usado como adjuvante em casos de agitação psicomotora grave ou alucinações não controladas por benzodiazepínicos, mas nosso paciente está lúcido, orientado, sem alucinações ou agitação: não há indicação alguma para antipsicótico. Pior: o haloperidol reduz o limiar convulsivo, aumentando o risco de crises epiléticas em pacientes em abstinência alcoólica, que já têm risco elevado de convulsões. O encaminhamento para "avaliação de urgência no CAPS-AD" também está inadequado: estamos diante de uma SAA leve, perfeitamente manejável na APS com benzodiazepínico e seguimento próximo. O CAPS-AD tem papel no acompanhamento longitudinal e reabilitação, não no manejo de urgência de abstinência leve. Encaminhar desnecessariamente sobrecarrega o serviço especializado e rompe o vínculo terapêutico que deve ser construído na atenção primária.

Alternativa D

O *lorazepam* 2mg duas vezes ao dia (4mg/dia total) está na faixa terapêutica recomendada (4-8mg/dia) e é a escolha ideal por ter metabolização extra-hepática via conjugação direta (glicuronidação), permanecendo seguro mesmo na presença de alterações hepáticas. A duração de 5 dias é adequada para cobrir a fase aguda da abstinência, com possibilidade de reavaliação e ajuste no retorno. O ajuste do anti-hipertensivo aborda a HAS mal controlada, reconhecendo que o manejo deve ser integral e não focado exclusivamente na abstinência. O **retorno precoce permite monitorar a evolução da SAA**, avaliar resposta ao tratamento, identificar precocemente complicações (convulsões, progressão para delirium tremens), reforçar orientações sobre sinais de alarme, avaliar adesão e suporte familiar, e ajustar condutas se necessário. Esta alternativa demonstra exatamente o que esperamos na APS: escolha farmacológica racional baseada no contexto clínico individual, abordagem integral das comorbidades e estruturação de seguimento apropriado para garantir segurança no tratamento ambulatorial.

Visão do aprovado

Nas provas de APS, a síndrome de abstinência alcoólica costuma ser cobrada testando duas competências distintas: reconhecer quando o manejo ambulatorial é seguro e saber individualizar a escolha do benzodiazepínico. A primeira pegadinha clássica é superestimar alterações laboratoriais leves como contraindicação ao tratamento fora do hospital. Alterações discretas de transaminases (AST e ALT até 2x o limite superior, GGT elevada isoladamente) são esperadas no etilismo crônico e não impedem tratamento ambulatorial; os critérios reais de internação envolvem **abstinência grave pela escala CIWA-Ar** (escore maior ou igual a 20), história prévia de convulsões ou delirium tremens, ausência de suporte familiar ou comorbidades descompensadas. A banca testa se o candidato consegue diferenciar disfunção hepática leve (apenas preferir lorazepam) de hepatopatia grave (considerar internação).

A segunda armadilha frequente é confundir o tratamento farmacológico da abstinência aguda com medidas preventivas ou de suporte. *Tiamina* e complexo B são fundamentais para prevenir síndrome de *Wernicke-Korsakoff*, mas não substituem o benzodiazepínico no controle dos sintomas e prevenção de convulsões. Esse padrão aparece em alternativas que oferecem apenas suplementação vitamínica, testando se o candidato reconhece que o risco imediato (hiperexcitabilidade neuronal, convulsões) exige tratamento específico com BZD. Outra variação comum é colocar antipsicóticos como *haloperidol*, que reduzem limiar convulsivo e só têm indicação como adjuvante em agitação psicomotora intensa não responsiva a benzodiazepínicos.

O terceiro padrão de cobrança envolve o seguimento: tratamento ambulatorial de SAA não é apenas prescrever e liberar. Exige monitorização frequente (idealmente reavaliações a cada 24-48h na primeira semana), suporte familiar estruturado, orientação clara sobre sinais de alarme (confusão, desorientação, convulsões) e planejamento de enca-

minhamento rápido se houver progressão. Alternativas com retorno em 30 dias testam se o candidato compreende que a fase crítica da abstinência requer acompanhamento próximo. Vale lembrar também que **a abordagem ao alcoolismo tem duas fases distintas**: o manejo agudo da abstinência (foco em segurança, benzodiazepínicos, monitorização) e a abordagem longitudinal da dependência (redução de danos, grupos de apoio, estágios de mudança). As bancas frequentemente mesclam esses conceitos para confundir.

Referência bibliográfica

- SALEHI, A. et al. **Clinical characteristics and outcomes of adult patients admitted to acute care settings for alcohol withdrawal syndrome**. *Qatar Medical Journal*, 2026. DOI: 10.5339/qmj.2026.6. [PDF OA] Disponível em: <https://doi.org/10.5339/qmj.2026.6>.

Questão 12

Mulher de 28 anos procura o ambulatório de ginecologia por ausência de menstruação há 8 meses. Refere que, nos dois anos anteriores, seus ciclos menstruais tornaram-se progressivamente mais espaçados, passando de intervalos de 30 dias para 45-60 dias, até cessarem completamente. Nega uso de contraceptivos hormonais, perda ponderal importante, atividade física intensa ou doenças crônicas. Relata diminuição da libido e episódios ocasionais de ondas de calor nos últimos meses. Ao exame físico, apresenta IMC de 22 kg/m², desenvolvimento puberal normal, ausência de galactorreia e exame ginecológico sem alterações. Teste de gravidez negativo. Dosagens de TSH e prolactina encontram-se dentro dos valores de referência. Qual é a próxima etapa mais adequada na investigação dessa paciente?

- A.** Realizar o teste da progesterona
- B.** Dosagem de FSH e estradiol
- C.** Solicitar ultrassonografia pélvica transvaginal
- D.** Solicitar ressonância magnética de sela túrcica

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

A amenorreia secundária é definida como a ausência de menstruação por pelo menos três meses em mulheres previamente eumenorreicas. A investigação deve seguir uma sequência lógica, iniciando pela exclu-

são da gestação e das principais causas endócrinas, antes da solicitação de exames mais específicos.



Precisa saber

CONCEITOS

AMENORREIA: ausência ou cessação da menstruação.

FEBRASGO 2021 (PROTOCOLO PUBLICADO EM 09/2021)

AMENORREIA PRIMÁRIA:

- Ausência de menarca aos 13 anos, se caracteres sexuais não desenvolvidos;
- Ausência de menarca após os 15 anos, se houver desenvolvimento sexual secundário;
- Até três anos após o início do desenvolvimento das mamas, se isto se deu antes dos 10 anos de idade e não apresenta menarca.

AMENORREIA SECUNDÁRIA:

- Ausência de fluxo menstrual espontâneo por 3 meses consecutivos;
- Ausência de 3 ciclos menstruais consecutivos.

Após afastar gravidez, alterações da função tireoidiana e hiperprolactinemia, o próximo passo é direcionar a investigação conforme o contexto clínico. Nesta paciente, a evolução de oligomenorreia progressiva para amenorreia, associada à diminuição da libido e aos fogachos, sugere hipoposterogenismo, levantando forte suspeita de insuficiência ovariana primária.

A confirmação diagnóstica é realizada pela dosagem de FSH, preferencialmente associada ao estradiol. Valores elevados de FSH, acompanhados de estradiol reduzido, refletem perda da função folicular ovariana. O diagnóstico de insuficiência ovariana primária é estabelecido em mulheres com menos de 40 anos que apresentam amenorreia ou irregularidade menstrual por pelo menos quatro meses e duas dosagens de FSH em níveis menopausais, realizadas com intervalo mínimo de quatro semanas.

Alternativa A

O teste da progesterona era amplamente utilizado nos algoritmos clássicos de investigação da amenorreia, porém, neste caso, tem papel limitado. Na presença de sintomas sugestivos de deficiência estrogênica, sua realização não acrescenta informações relevantes e apenas retarda o diagnóstico. As diretrizes atuais recomendam priorizar a avaliação hormonal direcionada conforme a suspeita clínica.

Alternativa B

A dosagem sérica de FSH, idealmente associada ao estradiol, é a próxima etapa da investigação. O quadro clínico é sugestivo de insuficiência ovariana primária, e a avaliação hormonal permite confirmar o estado de hipoestrogenismo e orientar a investigação etiológica subsequente.

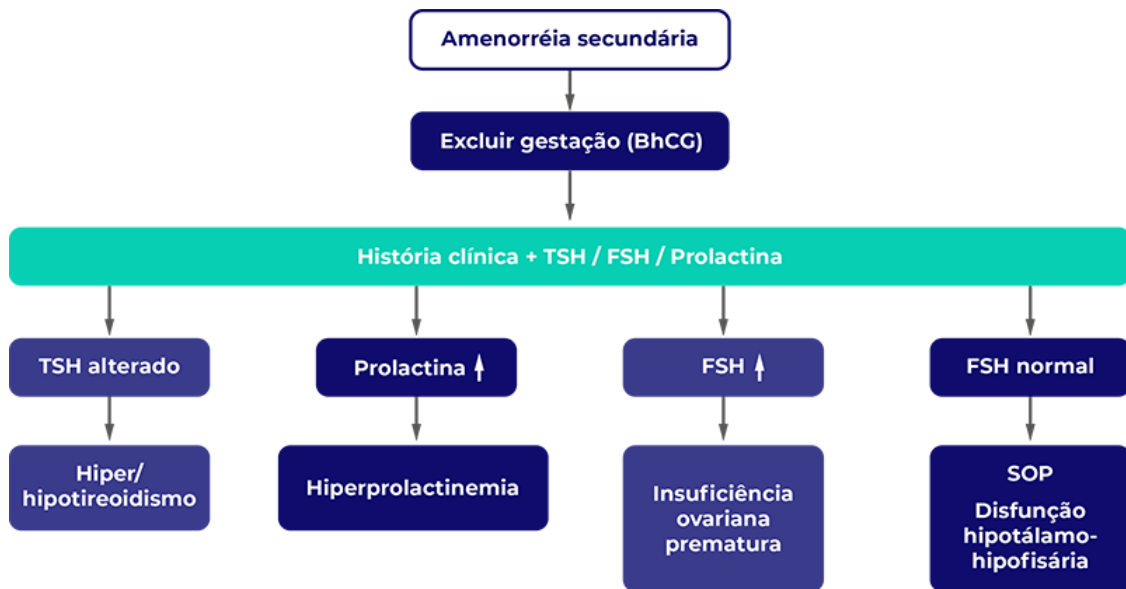
Alternativa C

A ultrassonografia transvaginal pode ser útil na investigação etiológica, permitindo avaliar o volume ovariano e a contagem de folículos antrais. Entretanto, não constitui o próximo passo diante de uma paciente com forte suspeita clínica de insuficiência ovariana primária, devendo ser realizada após a confirmação laboratorial do diagnóstico.

Alternativa D

A ressonância magnética de sela túrcica está indicada quando há suspeita de doença hipotálamo-hipofisária, especialmente na presença de hiperprolactinemia, cefaleia, alterações visuais ou outras evidências de comprometimento hipofisário. Como a prolactina é normal e não há sinais sugestivos de lesão central, esse exame não está indicado neste momento.

Visão do aprovado



Questão 13

Puérpera, 28 anos, G2P2, evolui com parto vaginal normal há 15 minutos no centro obstétrico de uma maternidade. Após a dequitação completa da placenta, apresenta sangramento vaginal abundante com estimativa de perda sanguínea de 1200 mL. Ao exame físico, encontra-se consciente, PA 100x60 mmHg, FC 110 bpm, mucosas levemente hipocoradas. O útero apresenta-se palpável acima da cicatriz umbilical, com tônus reduzido. Não há evidência de lacerações no canal de parto ou retenção placentária. Qual é a conduta inicial preconizada?

- A. Administrar ácido tranexâmico via oral
- B. Proceder à curetagem uterina para remoção de restos placentários
- C. Realizar massagem uterina bimanual e administrar ocitocina endovenosa
- D. Realizar compressão manual da aorta abdominal e administrar ocitocina intramuscular

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

A hemorragia pós-parto é uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo e constitui uma emergência obstétrica. É definida pela *American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG)* como perda sanguínea:

- Perda **igual ou superior a 1.000 mL na cesárea, ou**

- **Superior 500 ml no parto normal, ou**
- **Qualquer volume de sangramento acompanhado de sinais de instabilidade hemodinâmica nas primeiras 24 horas após o parto.**

A rápida identificação da causa e o tratamento imediato são fundamentais para reduzir a morbimortalidade materna.

A OMS, em conjunto com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e a Confederação Internacional de Partejas (ICM), atualizou a definição de hemorragia pós-parto para otimizar o diagnóstico precoce e o tratamento de primeira resposta. A definição atual da OMS estabelece hemorragia pós-parto como:

- **Perda sanguínea objetivamente medida ≥ 300 mL com qualquer sinal hemodinâmico anormal**(pulso >100 bpm, pressão arterial sistólica <100 mmHg, pressão arterial diastólica <60 mmHg, ou índice de choque >1), **OU**
- **Perda sanguínea objetivamente medida ≥ 500 mL**, o que ocorrer primeiro nas primeiras 24 horas após o parto

A principal etiologia da hemorragia pós-parto é a atonia uterina, responsável por cerca de 70 a 80% dos casos. O diagnóstico é essencialmente clínico e caracteriza-se por sangramento abundante associado a um útero aumentado de volume, flácido e mal contraído após a dequitação placentária. A investigação sistematizada das "4 Ts" auxilia na identificação da causa do sangramento e direciona o tratamento.

CAUSAS ESPECÍFICAS DE HPP - MNEMÔNICO DOS 4TS		
"4TS"	CAUSA ESPECÍFICA	FREQUÊNCIA
Tônus	Atonia uterina	70%
Trauma	Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina	19%
Tecido	Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário	10%
Trombina	Coagulopatias congênitas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes	1%

Nesta paciente, a presença de útero amolecido, ausência de lacerações do canal de parto e de retenção placentária é compatível com atonia uterina. Nessa situação, as primeiras medidas devem ser iniciadas imediatamente e de forma simultânea, incluindo massagem uterina, administração de uterotônicos, obtenção de acesso venoso calibroso, reposição volêmica e acionamento do protocolo de hemorragia pós-parto, quando disponível.

Alternativa A

O ácido tranexâmico é recomendado como terapia adjuvante na hemorragia pós-parto e deve ser administrado por via intravenosa, idealmente nas primeiras três horas após o início do sangramento. A administração por via oral não tem papel no manejo da hemorragia aguda.

Alternativa B

A curetagem uterina está indicada quando há suspeita de retenção de restos placentários. Nesta paciente, a placenta foi expulsa completamente e não há evidências clínicas que sugiram retenção de tecido ovular, tornando o procedimento inadequado como medida inicial.

Alternativa C

A massagem uterina imediata associada à administração de ocitocina é a primeira medida terapêutica na atonia uterina. A massagem estimula a contração do miométrio, enquanto a ocitocina é o uterotônico de primeira linha para controle do sangramento. Essas medidas devem ser instituídas imediatamente e concomitantemente às demais ações de suporte materno.

Alternativa D

A compressão manual da aorta abdominal é uma manobra temporária indicada em hemorragias graves e refratárias, utilizada como medida de resgate enquanto outras intervenções são organizadas. Não substitui o tratamento inicial da atonia uterina. Além disso, embora a ocitocina possa ser administrada por via intramuscular quando não há acesso venoso, a via intravenosa é preferível em pacientes com hemorragia estabelecida por proporcionar início de ação mais rápido e melhor controle terapêutico.

Visão do aprovado

Vamos aproveitar e revisar possíveis tratamentos medicamentosos na hemorragia, especialmente por atonia uterina.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA HPP	
OCITOCINA (1ª ESCOLHA) (Cada ampola de 1 ml contém 5 UI de ocitocina)	Infundir 5 UI de ocitocina, IV, lento (3 min) associada a 20 UI - 40 UI em 500 ml de SF 0,9% a infusão de 250 mL/h Manutenção de 125 mL/h por 4h Nos casos de atonia mais importante, avaliar manutenção de ocitocina até 24h (a uma velocidade de 67,5 mL/h ou 3 UI/hora). Nesses casos, monitore rigorosamente a paciente pelo risco de intoxicação hídrica
MALEATO DE METILERGOMETRINA (Cada ampola de 1 ml contém 0,2 mg de maleato de ergometrina)	Injetar 0,2 mg, intramuscular, repetir em 20 min se necessário Sangramentos graves: realizar mais 3 doses de 0,2 mg IM, a cada 4h/4h (Dose máx.: 1 mg/24h) Se a primeira dose falhar, é improvável que a segunda seja eficaz. Contraindicado em pacientes hipertensas
MISOPROSTOL (Disponíveis em comprimidos de 25 mcg, 100 mcg ou 200 mcg de misoprostol)	800 mcg, via retal ou oral Considerar o tempo do início de ação do misoprostol - via retal: 15-20 min; via oral: 7-11min
ÁCIDO TRANEXÂMICO (Cada ampola de 5 ml: contém 250 mg de ácido tranexâmico)	1g, intravenoso lento, em cada 10 min. Iniciar nas primeiras 3 horas Repetir se: persistência do sangramento 30 min após 1ª dose ou reinício do sangramento nas primeiras 24h

Questão 14

Menina de 5 anos é trazida à consulta de puericultura de rotina. Mãe nega queixas, criança brinca normalmente e tem desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade. Peso e estatura no percentil 50 para a idade. Ausência de cianose central ou periférica. Frequência cardíaca de 95 bpm, frequência respiratória de 22 irpm. À ausculta cardíaca, identifica-se ritmo regular, sopro sistólico ejetivo grau 1/6 em foco pulmonar, sem irradiação, e desdobramento fixo da segunda bulha. Pulsos periféricos simétricos e bem palpáveis. Restante do exame físico sem alterações. Considerando os achados clínicos descritos, o diagnóstico é:

- A. Sopro inocente.
- B. Estenose pulmonar.
- C. Comunicação interatrial.
- D. Comunicação interventricular.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: C

Comentário da questão

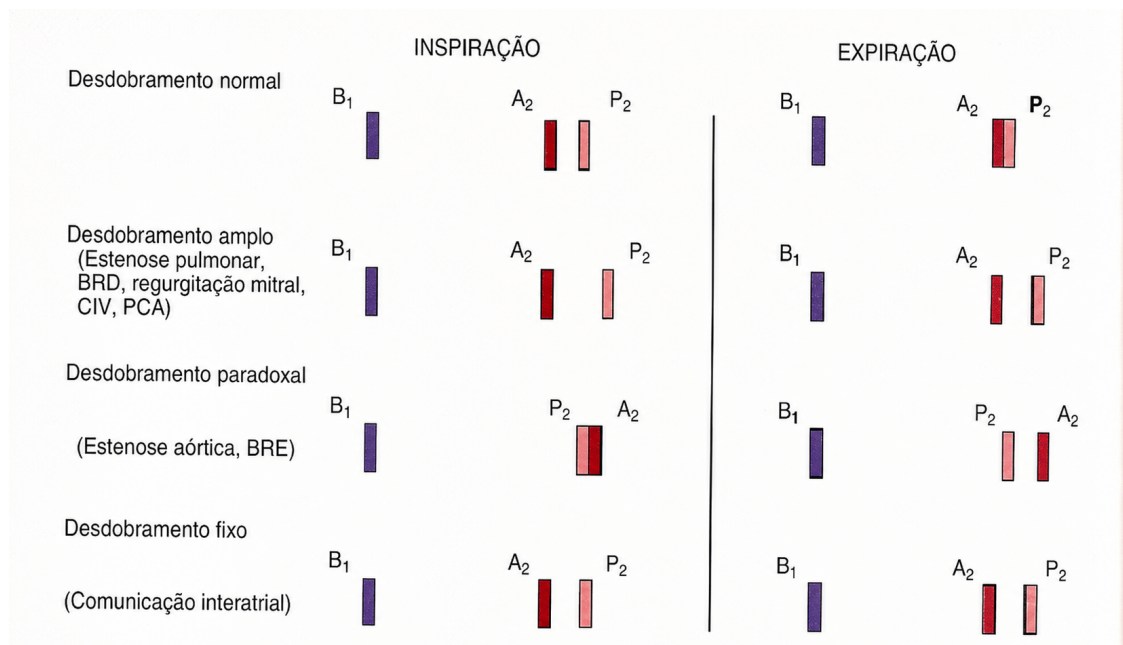
Introdução

Pessoal, essa questão se resolve a partir de um único achado semiológico decisivo: o **desdobramento fixo da segunda bulha**. Trata-se de um dos achados mais característicos da cardiologia pediátrica, e reconhecê-lo nos leva diretamente ao diagnóstico de **comunicação interatrial**.

Temos aqui uma paciente de 5 anos, assintomática, com desenvolvimento adequado e trazida apenas para consulta de rotina. A ausência de cianose é dado relevante: confirma que não se trata de cardiopatia cianogênica (tetralogia de Fallot, transposição das grandes artérias, atresia pulmonar, entre outras).

O exame físico apresenta sopro sistólico ejetivo grau 1/6 em foco pulmonar. Isoladamente, esse achado poderia evocar estenose pulmonar, hiperfluxo pulmonar por CIA ou CIV, ou mesmo um sopro inocente. O achado que resolve a questão é o **desdobramento fixo da segunda bulha (B2)**.

A segunda bulha é formada por dois componentes: A2 (fechamento da valva aórtica) e P2 (fechamento da valva pulmonar). Normalmente, A2 precede P2, e essa separação aumenta levemente na inspiração — o chamado desdobramento fisiológico. Na comunicação interatrial, o shunt de sangue do átrio esquerdo para o átrio direito determina sobrecarga de volume constante no ventrículo direito. Esse volume extra atrasa o fechamento da valva pulmonar (P2) de forma permanente e independente do ciclo respiratório. O resultado é um desdobramento de B2 que é **fixo** (não varia com a respiração), sendo este o elemento diferenciador central entre CIA e as demais alternativas.



Desdobramentos de B1 e B2. Fonte: Adaptado de ROCCO, 2011.

Quanto ao sopro, é relevante compreender que o sopro da CIA não é produzido pela passagem de sangue através do defeito atrial em si. A passagem pelo defeito é silenciosa. O sopro sistólico ejetivo é causado pelo **hiperfluxo através da valva pulmonar**: todo o volume extra que passou pelo shunt precisa ser ejetado pelo ventrículo direito para a artéria pulmonar, gerando fluxo turbulento além do volume normal.

Os demais achados do caso reforçam o diagnóstico: pulsos periféricos simétricos e bem palpáveis (afasta coarctação de aorta), ausência de sinais de insuficiência cardíaca, criança assintomática - a CIA pode permanecer bem compensada por anos, às vezes até a idade adulta.

Alternativa A

A criança tem 5 anos, é completamente assintomática, com desenvolvimento adequado, e apresenta sopro de baixa intensidade (grau 1/6). Sopros inocentes são extremamente comuns em crianças (estima-se que até 80% das crianças apresentem sopro inocente em algum momento), e o contexto de uma consulta de rotina sem queixas reforça essa impressão inicial. Contudo, o desdobramento fixo de B2 é um achado **patológico** que nunca ocorre em sopro inocente. No sopro inocente, a segunda bulha permanece normal, podendo apresentar apenas desdobramento fisiológico que varia com a respiração.

Alternativa B

A estenose pulmonar cursa com sopro sistólico ejetivo em foco pulmonar (exatamente o que se observa neste caso). Pode ser assintomática quando leve a moderada, e é uma cardiopatia acianótica. O problema está no tipo de desdobramento de B2. Na estenose pulmonar, o

desdobramento seria **amplo e variável** com a respiração, não fixo. A valva estenótica dificulta a ejeção do ventrículo direito, atrasando o fechamento da pulmonar (P2); esse atraso, no entanto, ainda varia com os ciclos respiratórios. Na CIA, o desdobramento é fixo.

Alternativa C

Todos os elementos do caso se encaixam: criança assintomática, ausência de cianose (cardiopatia acianótica com shunt esquerda-direita), sopro sistólico ejetivo em foco pulmonar gerado pelo hiperfluxo através da valva pulmonar, e o desdobramento fixo da B2 (o achado-chave). Na prova, a identificação do desdobramento fixo de B2 deve remeter imediatamente à CIA: a associação entre esse achado auscultatório e esse diagnóstico é suficientemente forte para orientar o raciocínio de forma segura.

Alternativa D

A CIV cursa com sopro **holossistólico** (não ejetivo) em borda esternal esquerda baixa (3°-4° espaço intercostal esquerdo), não em foco pulmonar. Além disso, a CIV não cursa com desdobramento fixo de B2. Nas CIVs pequenas (Roger), o sopro é intenso mesmo com a criança assintomática; nas CIVs grandes, costumam surgir sinais de insuficiência cardíaca nos primeiros meses de vida - taquipneia, dificuldade de ganho ponderal, sudorese às mamadas. O padrão auscultatório descrito no caso não é compatível com CIV.

Visão do aprovado

Pistas-chave

O elemento resolutivo desta questão é o desdobramento fixo da segunda bulha. Trata-se do achado auscultatório mais altamente característico da CIA e o principal diferenciador em relação ao sopro inocente e à estenose pulmonar. O sopro sistólico ejetivo em foco pulmonar, isoladamente, não fecha o diagnóstico: é o caráter fixo do desdobramento, independente da respiração, que o faz. Os demais dados do caso - ausência de cianose, assintomática, pulsos simétricos - são consistentes com CIA não complicada, mas não são suficientes para o diagnóstico sem o achado auscultatório central.

Foca aqui

A principal armadilha desta questão é a alternativa do sopro inocente: criança saudável, assintomática, sopro de baixa intensidade, consulta de puericultura de rotina. A única forma de afastar o sopro inocente com segurança é pela ausculta da segunda bulha. No sopro inocente, a segunda bulha é normal; o desdobramento, quando presente, é fisiológico e varia com a respiração. O desdobramento fixo jamais ocorre em sopro inocente e deve remeter imediatamente à CIA. Um ponto adicional de atenção: a menção ao teste do coraçãozinho normal ao nascimento afasta cardiopatias críticas e cianogênicas de apresentação precoce,

mas não exclui CIA. A CIA pode permanecer silenciosa por décadas, e o desdobramento fixo pode ser o único achado por anos, até que complicações tardias se manifestem.

Como cai

Nas provas de R1, a CIA costuma aparecer em dois formatos distintos. O primeiro, e mais frequente, é o desta questão: criança totalmente assintomática, trazida à consulta de rotina, em que o achado é incidental ao exame físico. O segundo formato envolve pacientes adultos jovens ou adolescentes com sintomas tardios - fadiga aos esforços, palpitações - ou casos de síndrome de Eisenmenger, que representam a inversão do shunt por hipertensão pulmonar tardia, caracterizando uma cardiopatia acianótica que se torna cianótica.

Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de Pediatria**. 4. ed. Barueri: Manole, 2017.

Questão 15

Mulher de 28 anos procura o pronto-socorro obstétrico por sangramento vaginal discreto e cólicas leves há dois dias. Refere gestação estimada em 8 semanas pela data da última menstruação. Ao exame físico, encontra-se hemodinamicamente estável. Ao exame ginecológico, observa-se pequeno sangramento vaginal e colo uterino fechado. A ultrassonografia transvaginal evidencia saco gestacional único intrauterino com diâmetro médio de 28 mm, sem vesícula vitelínica e sem embrião. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Gestação ectópica
- B. Ameaça de aborto
- C. Aborto incompleto
- D. Gestação anembrionada

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

A perda gestacional precoce é uma das complicações mais frequentes do primeiro trimestre da gestação. O diagnóstico baseia-se na associa-

ção entre a história clínica e os achados ultrassonográficos, sendo fundamental conhecer os critérios que confirmam inviabilidade gestacional para evitar tanto interrupções indevidas quanto atrasos desnecessários no tratamento.

A ultrassonografia transvaginal é o método de escolha para avaliação da gestação inicial. Alguns achados permitem estabelecer o diagnóstico definitivo de falha gestacional. Entre eles, destaca-se a presença de saco gestacional com diâmetro médio igual ou superior a 25 mm sem embrião, critério diagnóstico de gestação anembrionada. Nessa situação, não há necessidade de repetir o exame para confirmar a inviabilidade da gestação.

Nesta paciente, a ultrassonografia demonstra um saco gestacional intrauterino com diâmetro médio de 28 mm, sem vesícula vitelínica e sem embrião. Esse achado preenche os critérios ultrassonográficos para gestação anembrionada, independentemente da presença de pequeno sangramento vaginal ou do colo uterino fechado.

Alternativa A

A gestação ectópica corresponde à implantação do saco gestacional fora da cavidade uterina. Neste caso, a ultrassonografia evidencia claramente um saco gestacional localizado no interior do útero,

Alternativa B

A ameaça de aborto caracteriza-se por sangramento vaginal com colo uterino fechado na presença de uma gestação intrauterina viável. Nesta paciente, a ultrassonografia demonstra critérios diagnósticos de inviabilidade gestacional, não sendo possível classificá-la como ameaça de abortamento.

Alternativa C

O abortamento incompleto ocorre quando há eliminação parcial dos produtos da concepção, geralmente acompanhada de colo uterino aberto e presença de material ovular retido na cavidade uterina. Nenhum desses achados está presente neste caso.

Alternativa D

A gestação anembrionada é uma forma de falha gestacional precoce em que ocorre desenvolvimento do saco gestacional sem formação do embrião. O diagnóstico é confirmado quando a ultrassonografia evidencia **diâmetro médio do saco gestacional $\geq$ 25 mm sem embrião**, critério preenchido pela paciente.

Visão do aprovado

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE GESTAÇÃO INICIAL NÃO EVOLUTIVA PELO USG-TV	
CERTEZA	SUSPEITA
1. CCN $\geq$ 7mm e BCF ausente 2. DMSG $\geq$ 25mm e sem embrião (gestação anembrionária) 3. SG sem VV e ausência de embrião com BCF após 14 dias 4. SG com VV, porém, sem embrião com BCF após 11 dias 5. Ausência de embrião com BCF 7 dias após US que demonstrou: • Embrião • Saco gestacional com DMS $\geq$ 12mm (com ou sem VV)	6. Ausência de embrião com $\geq$ 6 semanas de atraso menstrual 7. Âmnio vazio (membrana amniótica visualizada no SG, porém, sem embrião) 8. VV hidrópica $>$ 7mm 9. SG pequeno em relação ao embrião ($<$ 5mm de diferença entre DMSG e CCN)

Questão 16

Gestante de 32 anos, G2P1, com 37 semanas de gestação, portadora de HIV diagnosticado no primeiro trimestre. Iniciou terapia antirretroviral durante o pré-natal, porém refere uso irregular da medicação ao longo da gestação. Comparece à consulta de rotina assintomática, sem contrações uterinas e com membranas íntegras. A carga viral plasmática realizada na 34ª semana foi de 1.800 cópias/mL. Qual é a via de parto preconizada para esta paciente?

- A. Parto vaginal com zidovudina endovenosa
- B. Cesárea eletiva a partir de 38 semanas com zidovudina endovenosa
- C. Aguardar nova carga viral em 1 semana para definir via de parto definitiva
- D. Avaliação da via de parto conforme evolução do trabalho de parto espontâneo

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

A principal estratégia para prevenção da transmissão vertical do HIV é a supressão da carga viral materna por meio da terapia antirretroviral (TARV). Além da adesão ao tratamento, a definição da via de parto deve

considerar a carga viral próxima ao termo, uma vez que esse é o principal fator associado ao risco de transmissão intraparto.

As diretrizes do Ministério da Saúde recomendam que gestantes com carga viral inferior a 1.000 cópias/mL possam ser submetidas ao parto vaginal, desde que não existam contraindicações obstétricas. Por outro lado, quando a carga viral é igual ou superior a 1.000 cópias/mL, ou é desconhecida próximo ao parto, está indicada a cesárea eletiva programada a partir de 38 semanas, antes do início do trabalho de parto e da rotura das membranas, associada à infusão de zidovudina por via endovenosa.

Nesta questão, a paciente apresenta uso irregular da terapia antirretroviral e carga viral de 1.800 cópias/mL na 34ª semana de gestação. Como permanece assintomática, sem trabalho de parto e com membranas íntegras, a conduta recomendada é programar cesárea eletiva a partir de 38 semanas com administração de zidovudina intravenosa.

Alternativa A

O parto vaginal é recomendado apenas quando a carga viral é inferior a 1.000 cópias/mL próximo ao parto. A administração de zidovudina endovenosa não elimina a indicação de cesárea quando a carga viral permanece elevada.

Alternativa B

A cesárea eletiva programada a partir de 38 semanas, antes do trabalho de parto e da rotura das membranas, associada à zidovudina endovenosa durante o parto, é a conduta indicada para gestantes com carga viral igual ou superior a 1.000 cópias/mL ou desconhecida no final da gestação.

Alternativa C

Não se deve postergar a definição da via de parto aguardando uma nova carga viral quando já existe resultado recente demonstrando carga viral acima de 1.000 cópias/mL e a gestação encontra-se a termo. A programação da cesárea reduz o risco de transmissão vertical.

Alternativa D

A via de parto não deve ser definida apenas pela evolução espontânea do trabalho de parto quando a carga viral permanece elevada, pois isso aumenta o risco de transmissão vertical do HIV.

Visão do aprovado

SITUAÇÕES PARA ADMINISTRAÇÃO DO AZT INTRAVENOSO INTRAPARTO		
Gestante com CV desconhecida ou detectável na 34ª semana	Parto cesáreo, eletivo, empelcado, a partir das 38 semanas	AZT EV no parto
Gestante com CV detectável, porém, menor que 1.000 cópias/mL na 34ª semana	Parto segundo via obstétrica, podendo ser vaginal	AZT EV no parto
Gestante com CV indetectável na 34ª semana	Parto segundo via obstétrica, preferencialmente via vaginal	Manter TARV habitual oral

Questão 17

Gestante de 32 anos, G2P1, com 16 semanas de gestação, comparece à consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde. Refere que na gestação anterior desenvolveu diabetes gestacional. Ao exame físico, apresenta IMC de 28 kg/m² e pressão arterial de 120 x 80 mmHg. Nega sintomas urinários ou polidipsia. Trouxe resultado de glicemia de jejum coletada com 12 semanas de gestação: 88 mg/dL. Qual é a conduta mais adequada para o rastreamento do diabetes mellitus gestacional nesta paciente?

- A. Repetir glicemia de jejum em 4 semanas
- B. Realizar teste oral de tolerância à glicose imediatamente
- C. Solicitar teste oral de tolerância à glicose entre 24 e 28 semanas
- D. Aguardar desenvolvimento de sintomas para nova investigação laboratorial

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: C

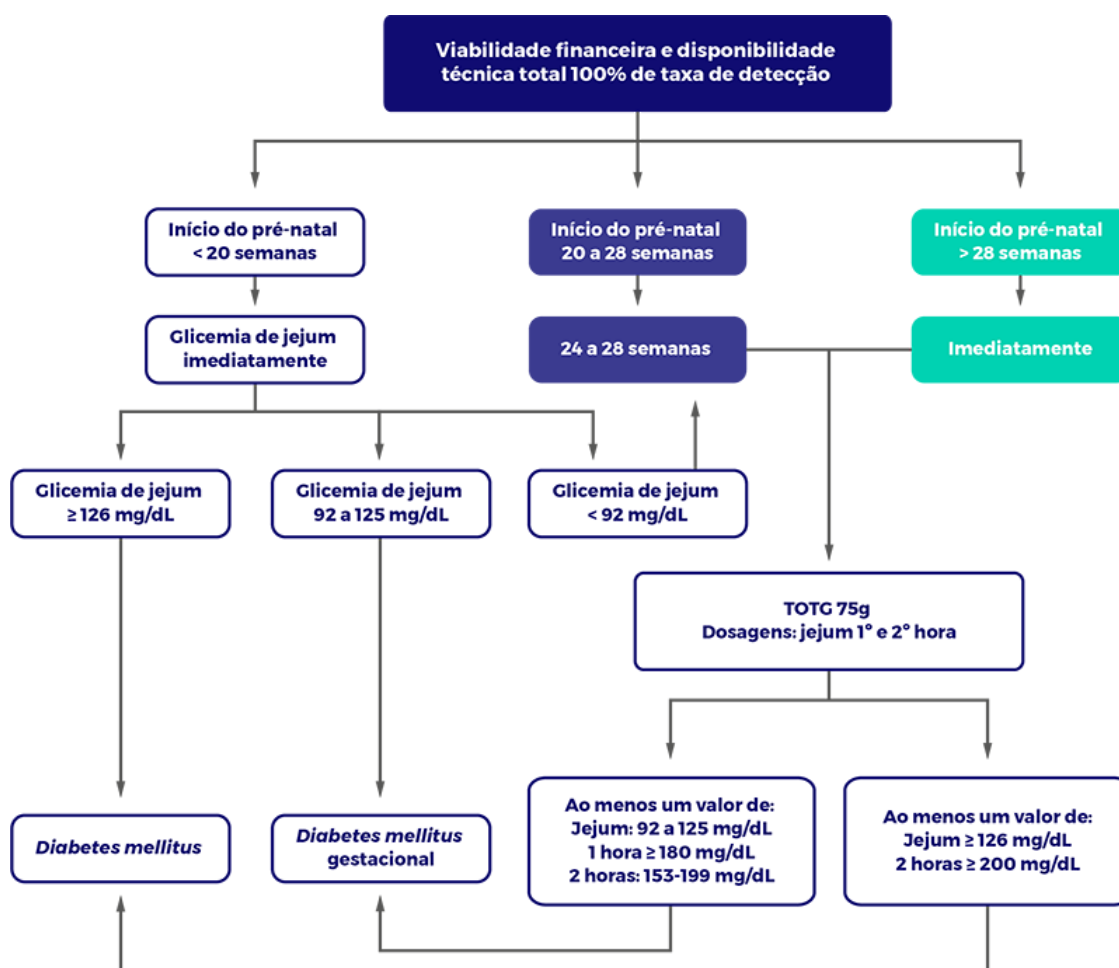
Comentário da questão

Introdução

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma das intercorrências clínicas mais frequentes da gestação e está associado a aumento do risco de macrosomia fetal, distócia de ombro, pré-eclâmpsia, parto cesáreo e complicações neonatais. O rastreamento durante o pré-natal permite o diagnóstico precoce e a instituição de medidas capazes de reduzir esses desfechos.

No Brasil, recomenda-se realizar glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal para identificar diabetes pré-existente ou DMG diagnosticado precocemente. Quando esse exame é normal, a investigação deve prosseguir com o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g entre 24 e 28 semanas de gestação, período em que a resistência insulínica fisiológica da gestação se torna mais evidente.

Nesta paciente, a glicemia de jejum realizada com 12 semanas foi de **88 mg/dL**, valor normal. Embora apresente fatores de risco para DMG, como sobrepeso e antecedente de diabetes gestacional, esse resultado não modifica a estratégia de rastreamento. A conduta é programar o TOTG entre 24 e 28 semanas.



Alternativa A

Não há indicação de repetir a glicemia de jejum em quatro semanas. Após uma glicemia inicial normal, o exame recomendado para rastreamento é o TOTG com 75 g entre 24 e 28 semanas.

Alternativa B

A realização imediata do TOTG não faz parte do rastreamento de rotina. Mesmo em pacientes com fatores de risco, quando a glicemia de jejum inicial é normal, o exame deve ser realizado preferencialmente entre 24 e 28 semanas.

Alternativa C

O teste oral de tolerância à glicose com 75 g deve ser solicitado entre 24 e 28 semanas de gestação para rastreamento do diabetes mellitus gestacional em gestantes cuja glicemia de jejum inicial foi normal, inclusive naquelas com antecedente de DMG.

Alternativa D

O rastreamento do diabetes gestacional é universal e não depende do aparecimento de sintomas. A maioria das pacientes permanece assintomática durante toda a gestação.

Visão do aprovado

Após diagnóstico de DMG, está indicado controle glicêmico, dieta adequada e prática de atividade física.

Considera-se o controle glicêmico adequado quando, no mínimo, 70% dos valores encontram-se na normalidade. As pacientes devem ser orientadas quanto aos valores dos alvos glicêmicos em cada período. Essa monitorização assume um papel educativo para a paciente, uma vez que ela passa a identificar quais alimentos têm maior influência sobre os seus níveis glicêmicos e, assim, melhora a sua aderência ao tratamento.

VALORES DE NORMALIDADE NO PERFIL GLICÊMICO			
HORÁRIO	Jejum	1 hora pós-prandial	2 horas pós-prandial
LIMITES DE GLICEMIA	< 95 mg/dL	< 140 mg/dL	< 120 mg/dL

Questão 18

Mulher de 25 anos procura o pronto-socorro com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda há 6 horas, de início súbito, com intensidade moderada. Refere ciclo menstrual regular, sendo que a última menstrua-

ção ocorreu há 16 dias. Ao exame físico encontra-se corada, afebril, com sinais vitais estáveis. Apresenta dor à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. O exame especular e toque vaginal são normais, apesar do desconforto pélvico. A ultrassonografia pélvica transvaginal revela cisto ovariano esquerdo de 3,2 cm com conteúdo ecogênico heterogêneo e padrão reticular em seu interior, sem fluxo ao Doppler. Ovário direito e útero sem alterações. Ausência de líquido livre na cavidade. Qual a conduta recomendada?

- A.** Expectante com analgesia e reavaliação clínica precoce
- B.** Antibioticoterapia empírica por suspeita de abscesso tubo-ovariano
- C.** Punção aspirativa guiada por ultrassom para drenagem do conteúdo cístico
- D.** Laparoscopia diagnóstica urgente para investigação de possível torção anexial

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

Os cistos ovarianos funcionais são achados frequentes em mulheres em idade reprodutiva e, na maioria dos casos, apresentam evolução espontaneamente favorável. Entre eles, o cisto hemorrágico resulta do sangramento para o interior de um cisto funcional, geralmente do corpo lúteo, podendo cursar com dor pélvica aguda de intensidade variável.

A ultrassonografia transvaginal desempenha papel fundamental na diferenciação entre lesões benignas e condições que exigem intervenção imediata. O aspecto ecográfico clássico do cisto hemorrágico inclui conteúdo heterogêneo com finas trabeculações internas, padrão reticular ou em “teia de aranha”, ausência de fluxo ao Doppler em seu interior e ausência de componentes sólidos suspeitos.



À esquerda: padrão reticular clássico da descrição de cistos hemorrágicos; à direita: presença de coágulos intracísticos (seta azul) e pequena quantidade de líquido livre em cavidade (seta branca), evidenciando sinais inflamatórios, presentes mesmo com cápsula cística íntegra.

No caso apresentado, a paciente encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de irritação peritoneal, sem líquido livre na cavidade abdominal e apresenta lesão ovariana pequena, de 3,2 cm, com características ultrassonográficas típicas de cisto hemorrágico. Não há elementos clínicos ou de imagem que sugiram complicação aguda ou necessidade de intervenção imediata.

Alternativa A

Começamos bem! A conduta conservadora é a abordagem recomendada para a maioria dos cistos hemorrágicos em pacientes estáveis. O tratamento consiste em analgesia, orientação quanto aos sinais de alarme e reavaliação clínica ou ultrassonográfica conforme a evolução. A tendência natural é a resolução espontânea ao longo das semanas seguintes, sem necessidade de procedimentos invasivos.

Alternativa B

O abscesso tubo-ovariano geralmente ocorre como complicação da doença inflamatória pélvica e costuma manifestar-se com dor pélvica importante, febre, leucocitose, sinais inflamatórios ao exame ginecológico e massa anexial complexa. O quadro clínico e os achados ultrassonográficos descritos não sustentam essa hipótese diagnóstica.

Alternativa C

A punção aspirativa de cistos ovarianos não constitui tratamento de rotina para cistos hemorrágicos. Além de não reduzir adequadamente o risco de recorrência, o procedimento pode estar associado a complicações e raramente é indicado diante de lesões pequenas, típicas e sem sinais de complicação.

Alternativa D

A torção anexial deve ser considerada em pacientes com dor súbita intensa, frequentemente associada a náuseas e vômitos, podendo ocorrer aumento do volume ovariano e alterações do fluxo sanguíneo ao Doppler. Apesar de o Doppler normal não excluir completamente o diagnóstico, o conjunto clínico e ultrassonográfico apresentado não sugere torção ovariana, tornando desnecessária uma abordagem cirúrgica urgente.

Visão do aprovado

O padrão ultrassonográfico em “rede”, “teia de aranha” ou com finas trabeculações internas é um clássico dos cistos hemorrágicos. Em paciente estável, sem líquido livre significativo e sem sinais de abdome agudo, a resposta geralmente será manejo expectante com analgesia e acompanhamento.

CISTOS FUNCIONAIS		
FOLICULAR	CORPO LÚTEO	TECALUTEÍNICO
Muito comuns, principalmente na pós-menarca e durante o menacme. Assintomáticos ou oligossintomáticos, sendo a maioria com regressão espontânea e risco baixo de ruptura - pode exigir conduta cirúrgica.		
• Origem de folículo estimulado que não se rompeu • Mais comum • Unilateral • Tamanho > 3 cm e geralmente < 8 cm	• 2º mais comum • Unilateral • Rotura mais comum à direita e no fim do ciclo menstrual	• Mais raro • Bilateral • Multicístico • Comum na gravidez (principalmente molar e gemelar) • Dimensões maiores

Referência bibliográfica

BARBOSA, R. N.; ANDRES, M. P.; BORRELLI, G. M.; ABRÃO, M. S. **Tumores anexiais**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. 1 eletrônico. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 18 / Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica). Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Tumores-Anexiais-2018.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2026.

Questão 19

Gestante de 32 anos, G2P1, com 29 semanas de gestação, está internada há dois dias por rotura prematura das membranas ovulares. Recebeu esquema completo de corticoterapia antenatal e iniciou antibioticoterapia de latência e profilaxia para estreptococo do grupo B (EGB). Refere persistência da perda de líquido amniótico, sem contrações, febre ou dor abdominal. Ao exame físico, apresenta bom estado geral, temperatura de 36,7°C, frequência cardíaca de 84 bpm e pressão arterial de 110 × 70 mmHg. Útero sem dor à palpação e dinâmica uterina ausente. O bem-estar fetal está preservado. Qual é a conduta preconizada neste momento?

- A.** Indução do trabalho de parto via vaginal
- B.** Resolução imediata da gestação por via alta
- C.** Tocólise profilática com nifedipina por via oral
- D.** Conduta expectante hospitalar com monitoramento materno-fetal

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

A rotura prematura das membranas ovulares (RPMO) corresponde à ruptura das membranas antes do início do trabalho de parto. Quando ocorre antes de 37 semanas de gestação, denomina-se rotura prematura pré-termo das membranas (RPMO-PT) e está associada a importantes complicações maternas e fetais, como corioamnionite, prolapso de cordão, descolamento prematuro de placenta e prematuridade.

O manejo da RPMO depende principalmente da idade gestacional e da presença de condições que indiquem interrupção imediata da gestação. Na ausência de sinais de infecção, trabalho de parto, sofrimento fetal ou outras contra-indicações à manutenção da gestação, busca-se prolongar a gravidez para reduzir as complicações relacionadas à prematuridade. Para isso, recomenda-se internação, antibioticoterapia de latência, corticoterapia antenatal quando indicada e vigilância clínica materno-fetal.

Nesta questão, a gestante apresenta 29 semanas de gestação, recebeu corticoterapia antenatal e encontra-se em uso de antibioticoterapia profilática e de latência. Permanece afebril, sem contrações, sem dor uteri-

na e com bem-estar fetal preservado, não havendo indicação de interrupção da gestação neste momento.

Alternativa A

A indução do trabalho de parto não está indicada em gestantes com RPMO antes de 34 semanas quando não há sinais de infecção, sofrimento fetal ou trabalho de parto estabelecido. A interrupção precoce aumentaria os riscos relacionados à prematuridade sem benefício materno ou fetal.

Alternativa B

A resolução imediata da gestação está indicada diante de corioamnionite, comprometimento fetal, descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto ativo ou outras condições maternas e fetais que contraindiquem a continuidade da gestação. Nenhuma dessas situações está presente no caso.

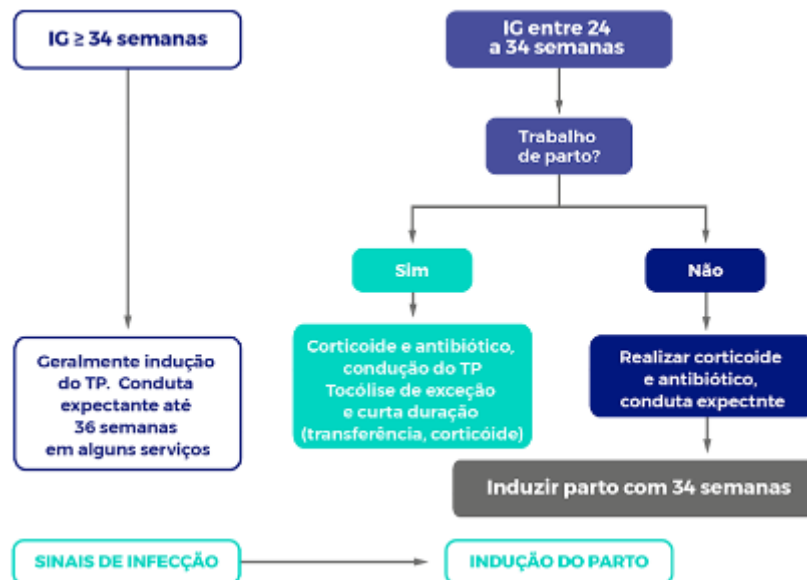
Alternativa C

A tocolise profilática não é recomendada na RPMO. Embora possa ser considerada em situações muito específicas para viabilizar a administração de corticoterapia ou transferência para centro de referência, seu uso rotineiro aumenta o risco de infecção materna e neonatal, sem benefício comprovado nos desfechos perinatais. Além disso, não temos um cenário de trabalho de parto prematuro aqui.

Alternativa D

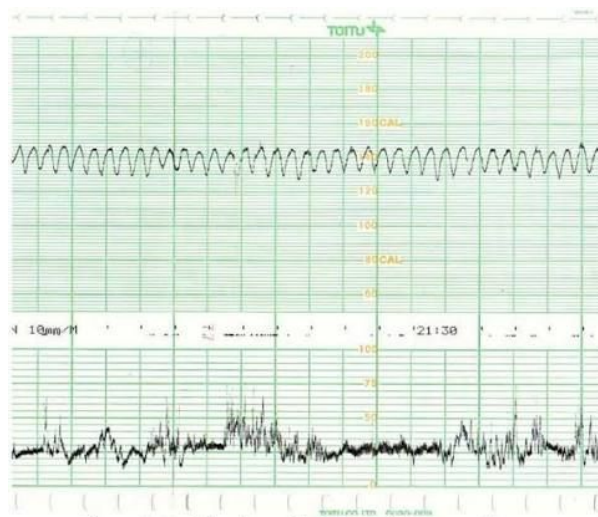
A conduta expectante hospitalar é a estratégia recomendada para gestantes com RPMO antes de 34 semanas, na ausência de contraindicações à manutenção da gestação. Deve incluir monitorização clínica materna para detecção precoce de corioamnionite, avaliação periódica do bem-estar fetal e vigilância para o surgimento de trabalho de parto ou outras indicações de interrupção.

Visão do aprovado



Questão 20

Secundigesta de 30 anos, 35 semanas de gestação, em acompanhamento no pré-natal de alto risco por aloimunização Rh. Comparece à maternidade para avaliação após redução da movimentação fetal nas últimas 12 horas. Nega contrações uterinas ou perda de líquido. Ao exame físico, apresenta bom estado geral, pressão arterial de 120 × 80 mmHg e altura uterina compatível com a idade gestacional. A cardioto-cografia está apresentada abaixo. Qual é a conduta preconizada?



- A. Cesariana de emergência
- B. Amniotomia e reavaliação em 30 minutos
- C. Mudança de decúbito materno e reavaliação em 20 minutos
- D. Indução do parto com uso de misoprostol e monitorização intensiva

Comentário da questão**Introdução**

A cardiotocografia é um importante método de avaliação da vitalidade fetal, permitindo identificar padrões sugestivos de hipóxia e acidemia. Entre os traçados patológicos, o padrão sinusoidal verdadeiro é um dos achados mais graves e, embora raro, está fortemente associado à anemia fetal grave, sendo classicamente observado em casos de aloimunização Rh, hemorragia feto-materna maciça e síndrome da transfusão feto-fetal.

O padrão sinusoidal verdadeiro caracteriza-se por uma linha de base com oscilações regulares, suaves e simétricas, com amplitude de 5 a 15 bpm, frequência de 2 a 5 ciclos por minuto, ausência de variabilidade e persistência por pelo menos 20 minutos. É fundamental diferenciá-lo do padrão pseudo-sinusoidal, que pode ocorrer após administração de opioides maternos ou durante movimentos respiratórios fetais e não apresenta o mesmo significado prognóstico.

Nesta questão, a gestante apresenta 35 semanas de gestação, aloimunização Rh e redução da movimentação fetal, além de um traçado com padrão sinusoidal clássico. Esse conjunto de achados indica sofrimento fetal grave decorrente de provável anemia fetal importante, exigindo resolução imediata da gestação, uma vez que o feto já se encontra em idade gestacional compatível com boa sobrevida neonatal.

Alternativa A

O padrão sinusoidal verdadeiro constitui uma emergência obstétrica. Em uma gestação de 35 semanas, a conduta preconizada é a interrupção imediata da gestação, geralmente por cesariana de emergência, após as medidas de estabilização materna. A demora na resolução está associada a elevado risco de acidemia, óbito fetal e comprometimento neurológico.

Alternativa B

A amnioinfusão é utilizada em situações específicas, como desacelerações variáveis recorrentes secundárias à compressão do cordão umbilical, principalmente durante o trabalho de parto. Não possui qualquer papel no manejo do padrão sinusoidal.

Alternativa C

Medidas de ressuscitação intrauterina, como mudança de decúbito materno, hidratação venosa, suspensão de ocitocina e oxigenoterapia quando indicada, podem ser empregadas diante de traçados suspeitos ou desacelerações relacionadas ao trabalho de parto. Entretanto, não são suficientes para um padrão sinusoidal verdadeiro, que representa comprometimento fetal grave e requer interrupção imediata da gestação.

Alternativa D

A indução do parto não é apropriada diante de um traçado cardiotocográfico francamente patológico. Além disso, o misoprostol é contraindicado em um contexto de sofrimento fetal agudo, pois prolongaria o tempo até o nascimento e aumentaria o risco de desfechos perinatais desfavoráveis.

Visão do aprovado

O padrão sinusoidal é considerado como Categoria 3 na cardiografia

CLASSIFICAÇÃO ACOG	CLASSIFICAÇÃO FIGO	INTERPRETAÇÃO E MANEJO
Categoria 3 • Variabilidade ausente com desacelerações tardias ou variáveis recorrentes ou com bradicardia; • Padrão sinusoidal.	Patológica • Linha de base abaixo de 100 bpm; • Variabilidade reduzida ou acentuada; • Padrão sinusoidal; • Desacelerações tardias recorrentes; • Desacelerações prolongadas em traçado de mais de 30 min ou de mais de 20 min com variabilidade reduzida; • 1 desaceleração prolongada com mais de 5 min.	Traçado anormal. Alta probabilidade de hipóxia e acidose Corrigir causas reversíveis e adicionar outros métodos de avaliação da oxigenação fetal, se disponíveis (exceto nas situações emergenciais como descolamento prematuro de placenta, ruptura uterina e prolapso de cordão) Indicada interrupção imediata se não houver rápida reversão

Questão 21

Gestante de 26 anos, com 20 semanas de gestação, procura a UBS com quadro de febre de 38,8°C de início súbito há 48 horas, acompanhada de tosse seca, cefaleia intensa e mialgia generalizada. Nega dispneia ou dor torácica. Ao exame físico: estado geral regular, corada, hidratada, ausculta pulmonar normal, frequência respiratória de 18 irpm, saturação

de oxigênio de 97% em ar ambiente. Nega comorbidades prévias e refere vacinação completa para COVID-19, mas não recebeu vacina contra influenza nesta gestação. Qual a conduta adequada para este caso?

- A. Orientar sintomáticos, repouso e retorno se houver piora do quadro.
- B. Solicitar teste rápido para influenza e aguardar resultado para decidir tratamento.
- C. Prescrever Fosfato de Oseltamivir imediatamente e orientar isolamento respiratório domiciliar.
- D. Solicitar painel viral respiratório completo e aguardar resultado antes de iniciar qualquer tratamento antiviral específico.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

A armadilha clássica desta questão está em olhar para nossa paciente - estável, sem dispneia, saturando bem, ausculta pulmonar limpa - e pensar "não há urgência, posso tratar sintomaticamente". Esse raciocínio seria correto em uma adulta jovem saudável, mas aqui temos um detalhe que muda completamente a conduta: **gestante com síndrome gripal é grupo de risco absoluto para complicações de influenza**, independentemente da gravidade clínica no momento da avaliação.

Vamos construir o raciocínio a partir do caso. Temos uma gestante de 20 semanas que apresenta quadro clássico de síndrome gripal: febre alta de início súbito (38,8°C), tosse seca, cefaleia intensa e mialgia generalizada. O tempo de evolução é de 48 horas, ela não foi vacinada nesta gestação. Esse conjunto de achados clínicos + contexto epidemiológico nos dá alta probabilidade pré-teste para influenza, mesmo sem confirmação laboratorial.

Por que gestantes são grupo de risco? Durante a gestação ocorrem alterações fisiológicas importantes: o sistema imune apresenta modulação com predomínio de resposta Th2 (para tolerar o feto), há elevação do diafragma com redução da capacidade residual funcional, aumento do consumo de oxigênio e edema de mucosas respiratórias. Essas mudanças tornam as gestantes mais suscetíveis a complicações graves da influenza: síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), necessidade de ventilação mecânica, embolia pulmonar, choque séptico e óbito. O risco é ainda maior no terceiro trimestre, mas já existe desde o segundo trimestre.

Aqui entra o conceito fundamental: **o tratamento com oseltamivir em gestantes é PREVENTIVO de complicações**, não apenas reativo à

gravidade já instalada. Não esperamos a paciente evoluir com insuficiência respiratória para iniciar o antiviral - iniciamos precocemente justamente para reduzir o risco dessas complicações acontecerem. Nossa paciente está dentro da janela terapêutica ideal de 48 horas (quando o benefício do antiviral é máximo), e mesmo que já tivesse ultrapassado esse prazo, em gestantes e hospitalizados podemos iniciar oseltamivir até 4-5 dias do início dos sintomas.

Precisamos de confirmação laboratorial antes de tratar? Não. O diagnóstico de influenza é clínico em contexto epidemiológico favorável. Os testes rápidos têm sensibilidade baixa (65% para influenza A, 52% para B), então um resultado negativo não descarta a doença. Em grupos de risco com quadro sugestivo, iniciamos tratamento empírico imediatamente, sem aguardar resultados. O tempo é crítico aqui - cada hora que passa dentro da janela de 48h conta.

A conduta correta, portanto, é prescrever *Fosfato de Oseltamivir* 75 mg de 12/12h por 5 dias imediatamente, associado a orientações de isolamento respiratório domiciliar (precaução para gotículas, evitando transmissão para contatos). Além disso, podemos associar sintomáticos (paracetamol ou dipirona para febre e mialgia).

Ponto-chave para a prova: Em provas, sempre que vir gestante + síndrome gripal, mesmo que estável clinicamente, a resposta será oseltamivir imediato. A estabilidade atual não afasta a indicação do antiviral - gestante é grupo de risco por definição. Não perca tempo com testes confirmatórios em questões que mostram gestantes dentro da janela terapêutica.

Alternativa A

Orientar apenas sintomáticos, repouso e retorno se houver piora seria a conduta apropriada em um adulto jovem saudável com síndrome gripal leve. O erro está em aplicar esse raciocínio a uma gestante. Nossa paciente realmente está estável no momento (sem sinais de alarme respiratório), o que pode seduzir o candidato a escolher uma abordagem conservadora. Porém, **o status de gestante muda completamente a estratificação de risco** - ela tem indicação absoluta de tratamento antiviral independentemente da gravidade clínica atual. Aguardar "piora do quadro" significa perder a janela terapêutica preventiva e expor mãe e feto a risco aumentado de complicações graves.

Alternativa B

Primeiro, porque os testes rápidos têm baixa sensibilidade (65% para influenza A), então um resultado negativo não descartaria a doença - e você teria perdido tempo precioso. Segundo, porque em **grupos de risco com quadro clínico compatível** e contexto epidemiológico favorável, o tratamento é empírico e imediato. A confirmação laboratorial não é necessária para decisão terapêutica nesses casos. Enquanto aguardamos o resultado (que pode demorar horas ou até não estar disponível

na UBS), estamos consumindo a janela de 48h em que o oseltamivir tem máxima eficácia.

Alternativa C

Prescrever oseltamivir imediatamente (75 mg de 12/12h por 5 dias) garante que iniciamos o antiviral dentro da janela terapêutica ideal de 48h, maximizando o benefício na redução de complicações. O **isolamento respiratório domiciliar** é medida importante para prevenir transmissão da influenza para contatos (precaução para gotículas). Essa conduta não depende de confirmação laboratorial, não aguarda piora clínica e reconhece adequadamente a gestante como grupo de risco que necessita tratamento preventivo imediato.

Alternativa D

Painéis virais completos (que detectam múltiplos vírus respiratórios) geralmente são exames de PCR que demoram dias para ficar prontos, não estão amplamente disponíveis em UBS e têm custo elevado. Mais importante: o resultado não mudaria nossa conduta! Se é influenza, tratamos com oseltamivir. Se é outro vírus respiratório, também consideramos oseltamivir em gestante com síndrome gripal em período de circulação de influenza. Aguardar esse resultado significa **perder completamente a janela terapêutica** e expor a paciente a risco desnecessário. O painel viral pode ter utilidade em casos atípicos, prolongados ou quando há dúvida diagnóstica importante, mas não neste cenário clássico.

Visão do aprovado

Nas provas de residência, esse tema costuma aparecer em um formato clássico: paciente de grupo de risco com síndrome gripal em apresentação leve/moderada, forçando o candidato a decidir entre conduta expectante (que seria correta em paciente sem fatores de risco) e tratamento antiviral imediato. A questão tenta mostrar justamente a estabilidade clínica atual para testar se você reconhece que **a estratificação de risco vai além do exame físico do momento**. Questões similares aparecem com idosos acima de 60 anos, imunossuprimidos, cardiopatas ou pneumopatas crônicos – todos seguem a mesma lógica de tratamento empírico precoce independente da gravidade inicial.

Outro padrão frequente é a banca colocar informações sobre vacinação prévia (como neste caso, que menciona vacina de COVID completa mas não de influenza) para simular ruído e testar se você sabe que isso não muda a conduta diante do quadro agudo já instalado. Também é comum incluírem disponibilidade de testes diagnósticos como distratores, apostando que o candidato vai querer "confirmar antes de tratar" e perder a marcação por excesso de cautela.

Vale destacar que, se a questão trouxesse sinais de gravidade (dispneia, dessaturação, taquipneia sustentada, alteração do nível de consciência), a conduta deixaria de ser ambulatorial e exigiria encaminhamento hospitalar mesmo iniciando oseltamivir. Isso às vezes aparece

em questões de duas etapas: primeiro você identifica grupo de risco e indica antiviral, depois estratifica gravidade para definir se trata ambulatorialmente ou interna.

Questão 22

Um menino de 15 anos, vivendo com HIV e em tratamento antirretroviral regular, é acompanhado em ambulatório de infectologia pediátrica. Encontra-se clinicamente estável e apresenta registro de uma dose da vacina HPV quadrivalente administrada há dois meses. Não recebeu outras doses. Segundo as recomendações vigentes do Ministério da Saúde, a conduta vacinal indicada é:

- A. Considerar o esquema completo, pois adolescentes necessitam de apenas uma dose da vacina HPV
- B. Administrar a segunda dose agora e considerar o esquema concluído após essa aplicação
- C. Administrar a segunda dose agora e programar a terceira dose para seis meses após a primeira
- D. Desconsiderar a dose anterior e reiniciar o esquema com três novas doses nos meses 0, 2 e 6

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

Pessoas vivendo com HIV entre **9 e 45 anos** devem receber a vacina HPV em **esquema de três doses**, nos meses **0, 2 e 6**, independentemente da contagem de linfócitos CD4. A adoção de dose única para adolescentes imunocompetentes não se aplica às pessoas imunodeprimidas.

Como o adolescente recebeu a primeira dose há dois meses, deve receber a **segunda dose agora** e a **terceira dose seis meses após a primeira**, isto é, aproximadamente quatro meses a partir da consulta atual. A dose já administrada é válida e não se reinicia o esquema vacinal por atraso ou interrupção.

Alternativa A

O esquema de dose única não se aplica indistintamente a todos os adolescentes. No Programa Nacional de Imunizações, a dose única é adotada para crianças e adolescentes imunocompetentes na faixa etária de rotina.

Pessoas vivendo com HIV, transplantadas e pacientes oncológicos imunodeprimidos permanecem com indicação de três doses, nos meses 0, 2 e 6. Portanto, uma única aplicação não completa o esquema deste paciente.

A estabilidade clínica e o uso regular de antirretrovirais não retiram o adolescente do grupo especial de vacinação.

Alternativa B

A aplicação da segunda dose neste momento está correta, pois já transcorreram dois meses desde a primeira. O erro está em considerar o esquema concluído após essa aplicação.

Embora o calendário de rotina utilize dose única para crianças e adolescentes imunocompetentes de 9 a 14 anos, pessoas vivendo com HIV pertencem a um grupo com recomendação específica. Para elas, o Ministério da Saúde mantém o esquema de **três doses nos meses 0, 2 e 6**, em razão da imunossupressão e do maior risco de persistência da infecção pelo HPV e de suas complicações.

Assim, após a segunda dose, ainda será necessário administrar a terceira dose quando forem completados seis meses desde a primeira.

Alternativa C

O adolescente vive com HIV e, portanto, deve receber o esquema especial de três doses da vacina HPV, independentemente de estar clinicamente estável, em tratamento antirretroviral regular ou de apresentar boa resposta imunológica. O esquema recomendado é:

- primeira dose: mês 0;
- segunda dose: dois meses após a primeira;
- terceira dose: seis meses após a primeira.

Como a primeira dose foi administrada há dois meses, a segunda deve ser aplicada agora. A terceira deverá ser programada para seis meses após a dose inicial, o que corresponde a aproximadamente quatro meses após a consulta atual.

O tratamento antirretroviral e a estabilidade clínica não reduzem o esquema para uma ou duas doses. Também não há necessidade de reiniciá-lo.

Alternativa D

Não se deve desconsiderar a dose anterior nem reiniciar o esquema. Em vacinação, uma dose válida permanece válida, mesmo quando há atraso entre as aplicações. O princípio geral é continuar o esquema a partir do ponto em que foi interrompido, respeitando os intervalos recomendados.

Neste caso, não há sequer atraso: a primeira dose foi aplicada há dois meses, exatamente no intervalo previsto para a segunda dose do esquema 0, 2 e 6 meses. Portanto, deve-se administrar a segunda dose agora e programar a terceira, sem repetir a primeira.

Reiniciar com três novas doses aumentaria desnecessariamente o número de aplicações e não acrescentaria benefício imunológico.

Visão do aprovado

Na vacina HPV, primeiro identifique se o paciente pertence a um **grupo especial**.

Para pessoas vivendo com HIV:

3 doses: 0, 2 e 6 meses.

A terceira dose é contada a partir da **primeira**, e não da segunda. Neste caso:

- primeira dose: há dois meses;
- segunda dose: agora;
- terceira dose: daqui a quatro meses.

Outra regra importante: **esquema vacinal não é reiniciado**. Se houver atraso, completam-se as doses restantes.

Questão 23

Mulher de 23 anos procura atendimento na Unidade Básica de Saúde referindo corrimento vaginal abundante há 5 dias. Relata que o corrimento é amarelo-esverdeado, com odor fétido e ocasionalmente apresenta bolhas. Queixa-se também de prurido vulvar, ardor ao urinar e dor durante as relações sexuais. Nega febre ou dor pélvica. Ao exame especular, observa-se corrimento amarelado abundante e hiperemia acentuada das paredes vaginais, com pontos avermelhados no colo uterino. O teste de aminas é positivo e o pH vaginal é 6,0. A paciente refere parceiro sexual fixo há 8 meses. Qual a conduta preconizada?

- A.** Prescrever clindamicina 300mg via oral 8/8h por 7 dias e reavaliar em uma semana
- B.** Prescrever fluconazol 150mg dose única e orientar banhos de assento com bicarbonato de sódio
- C.** Prescrever metronidazol 500mg via oral 12/12h por 7 dias apenas para a paciente, sem necessidade de tratar o parceiro
- D.** Prescrever metronidazol 500mg via oral 12/12h por 7 dias para a paciente e orientar tratamento simultâneo do parceiro

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

As vulvovaginites representam uma das causas mais frequentes de consulta ginecológica na atenção primária. A caracterização adequada dos sintomas e dos achados ao exame físico costuma permitir o diagnóstico clínico da maioria dos casos, direcionando o tratamento sem necessidade de exames complementares complexos.

A tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Os sinais e sintomas clássicos incluem corrimento abundante amarelo-esverdeado, odor desagradável, prurido vulvovaginal, disúria, dispareunia e elevação do pH vaginal. Ao exame especular, pode ser observado o chamado colo em "framboesa" ou "morango", caracterizado por áreas puntiformes avermelhadas decorrentes de processo inflamatório local.

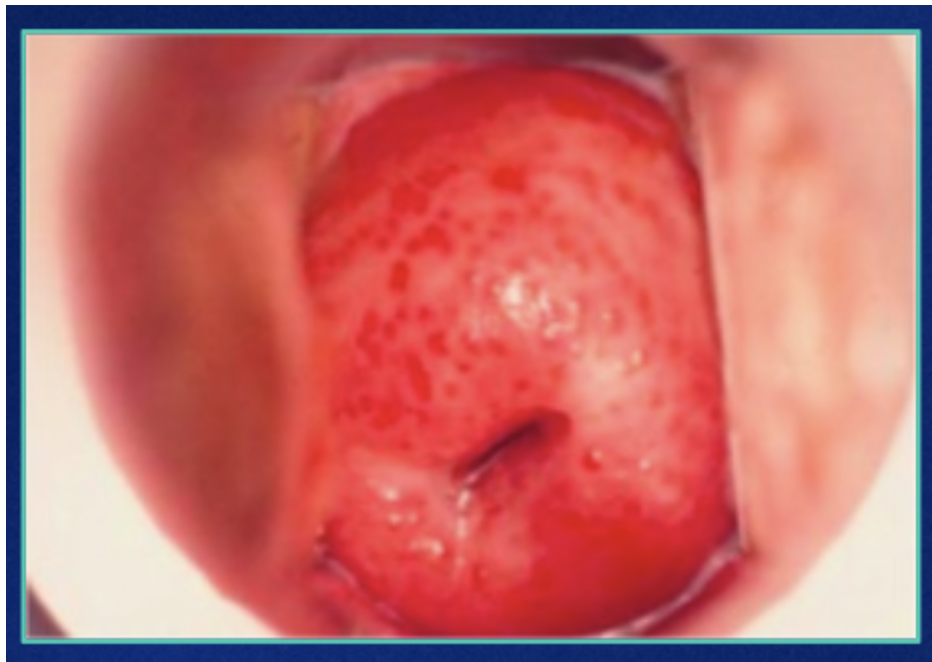


Figura - Colo com sufusões hemorrágicas, compatíveis com **colpite difusa**, caracterizando o "colo em morango" ou "colo em framboesa"

No caso apresentado, a paciente apresenta quadro clínico bastante sugestivo de tricomoníase, com corrimento amarelo-esverdeado, odor fétido, prurido, disúria, dispareunia, pH elevado e presença de pontos

avermelhados no colo uterino. Esses achados tornam o diagnóstico altamente provável e direcionam a conduta terapêutica.

Alternativa A

A clindamicina possui papel importante no tratamento da vaginose bacteriana, mas não constitui esquema de escolha para tricomoníase. Além disso, a presença de prurido intenso, colo em morango e sintomas urinários torna menos provável o diagnóstico de vaginose bacteriana isolada, reduzindo a adequação dessa abordagem terapêutica.

Alternativa B

O fluconazol é o tratamento clássico da candidíase vulvovaginal. Entretanto, a candidíase geralmente cursa com corrimento branco grumoso, pH vaginal preservado e ausência de odor fétido. O quadro clínico descrito é incompatível com infecção fúngica como principal hipótese diagnóstica.

Alternativa C

O metronidazol é o tratamento de primeira linha para tricomoníase. Contudo, como se trata de uma infecção sexualmente transmissível, o tratamento exclusivo da paciente aumenta significativamente o risco de reinfecção após retomada da atividade sexual. A abordagem adequada inclui avaliação e tratamento dos parceiros sexuais.

Alternativa D

O tratamento simultâneo da paciente e do parceiro sexual reduz a transmissão contínua do protozoário e diminui a ocorrência de reinfecções. Além da prescrição do metronidazol, devem ser fornecidas orientações sobre abstinência sexual até a conclusão do tratamento e resolução dos sintomas, bem como medidas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Visão do aprovado

CATEGORIA	FISIOLÓGICA (NORMAL)	VAGINOSE BACTERIANA	CANDIDÍASE	TRICOMONÍASE	BACTERIANA (estreptococos, estafilococos, <i>Escherichia coli</i>)
Queixa Principal	Nenhuma	Odor fétido, aumentado depois da relação sexual e/ou menstruação	Prurido, queimação, corrimento	Corrimento espumoso, odor fétido, disúria, prurido, manchas	Corrimento fino, aquoso, prurido
Corrimento	Branco, claro	Fino, cinza ou branco, aderente, em geral aumentado	Branco, "tipo queijo cottage"	Verde-amarelo espumoso, aderente, aumentado	Purulento
KOH Whiff test	Ausente	Presente (peixe)	Ausente	Pode estar presente	Ausente
pH vaginal	3,8 - 4,2	> 4,5	< 4,5	> 4,5	> 4,5
Achados microscópicos	NA	<i>Clue cells</i> , aumento discreto nos leucócitos, colônias de bactérias (preparação úmida salina)	Hifas e gêmulas (solução de KOH a 10%, preparação úmida salina para exame direto)	<i>Trichomonas</i> movendo-se (na preparação úmida salina)	Muitos leucócitos

Questão 24

Mulher de 48 anos, trabalhadora autônoma, comparece à Unidade Básica de Saúde relatando humor deprimido, perda de interesse em atividades que antes lhe davam prazer, insônia de manutenção e fadiga há 3 meses. Refere significativo prejuízo na capacidade laboral, com dificuldade de concentração e redução da produtividade. Nega ideação suicida, episódios prévios de mania ou hipomania. Possui diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana 50mg/dia e síndrome metabólica com IMC 32 kg/m². Ao exame mental, apresenta humor deprimido, afeto depressivo congruente, sem alterações do pensamento ou percepção. O médico de família diagnostica episódio depressivo maior de intensidade moderada. Qual o tratamento de primeira linha neste caso?

- A. Fluoxetina 20 mg/dia e a indicação de intervenções não farmacológicas com estímulo à higiene do sono e atividade física.
- B. Escitalopram 10 mg/dia e o encaminhamento para atendimento em serviço especializado de psiquiatria.
- C. Paroxetina 20 mg/dia e a orientação de repouso no leito com afastamento de todas as atividades laborais.
- D. Venlafaxina 150 mg/dia e o agendamento de retorno em 60 dias para a primeira reavaliação da resposta terapêutica.

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui uma situação que ilustra perfeitamente **a competência esperada do médico de família no manejo da saúde mental**: uma paciente de 48 anos com episódio depressivo maior de intensidade moderada, sem critérios de gravidade que exijam atenção especializada, mas com comorbidades metabólicas importantes (síndrome metabólica, obesidade grau I, hipertensão arterial) que precisam ser consideradas na escolha terapêutica.

Vamos organizar nosso raciocínio: a paciente apresenta **critérios diagnósticos bem estabelecidos** para depressão maior: humor deprimido, anedonia (perda de prazer em atividades), insônia de manutenção, fadiga e prejuízo funcional laboral significativo, tudo isso há 3 meses. O exame mental confirma ausência de sintomas psicóticos (sem alterações do pensamento ou percepção) e a anamnese descarta risco suicida (nega ideação suicida) e transtorno bipolar (nega história de mania ou hipomania). Esses são pontos-chave porque nos dizem que estamos diante de um quadro que a Atenção Primária à Saúde pode e deve conduzir.

A primeira decisão estratégica é: **este caso precisa de encaminhamento imediato ao psiquiatra?** A resposta é não. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde e da OMS (mhGAP), a APS deve coordenar o tratamento de episódios depressivos leves a moderados sem características psicóticas, sem ideação suicida ativa ou história de refratariedade. O encaminhamento seria indicado em situações de gravidade extrema (risco suicida iminente, psicose, depressão grave refratária, necessidade de eletroconvulsoterapia). Nossa paciente não se enquadra nesse perfil.

Critérios para manejo de depressão na APS (sem necessidade de encaminhamento imediato):

- Episódio depressivo leve a moderado
- Ausência de ideação suicida ativa ou risco suicida elevado
- Ausência de sintomas psicóticos
- Ausência de história de refratariedade a múltiplos tratamentos
- Ausência de comorbidade com transtorno bipolar não controlado

Agora, precisamos escolher o **antidepressivo de primeira linha**. Para episódios depressivos moderados, a monoterapia com Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) é a escolha padrão, pelo excelente perfil de segurança, eficácia comparável a outras classes e melhor tolerabilidade. Os ISRS aumentam a disponibilidade sináptica de serotonina no SNC ao bloquear seletivamente sua recaptação pré-si-

náptica, com menor ação em outros sistemas de neurotransmissores (diferentemente dos tricíclicos, que têm efeitos anticolinérgicos, anti-histamínicos e alfa-adrenérgicos importantes).

Mas aqui entra um raciocínio clínico integrado fundamental: **qual ISRS escolher considerando as comorbidades da paciente?** Nossa paciente tem IMC 32 kg/m² (obesidade grau I) e síndrome metabólica. Sabemos, tanto por diretrizes quanto pela literatura (artigos na Vector Store confirmam que depressão piora síndrome metabólica e vice-versa), que precisamos evitar antidepressivos com potencial de ganho ponderal significativo. Entre os ISRS:

Perfil de ganho de peso entre os ISRS

Perfil neutro ou favorável (menor ganho de peso): Fluoxetina, Sertralina

Maior potencial de ganho ponderal: Paroxetina, Mirtazapina

A *fluoxetina*, especificamente, tem perfil neutro ou até favorável em relação ao peso no curto e médio prazo, sendo particularmente adequada para pacientes com obesidade e síndrome metabólica. A dose padrão de início é **20 mg/dia**, geralmente pela manhã (para minimizar insônia, embora a paciente já tenha insônia de manutenção).

Mas o tratamento não pode ser apenas farmacológico. A abordagem da depressão exige **intervenções não farmacológicas integradas**, e isso é especialmente importante nesta paciente. Atividade física aeróbica regular tem benefício duplo: melhora os sintomas depressivos (há evidência robusta de que exercício aeróbico tem efeito antidepressivo comparável a medicações em depressão leve a moderada) E melhora componentes da síndrome metabólica (resistência insulínica, perfil lipídico, pressão arterial). A higiene do sono é essencial para abordar a insônia de manutenção relatada pela paciente e deve incluir regularização de horários, ambiente adequado, evitar estimulantes à noite, técnicas de relaxamento.

Por último, mas não menos importante: **a primeira reavaliação deve ocorrer em 15 a 30 dias** (2 a 4 semanas). Nessa consulta, avaliamos adesão ao tratamento, efeitos colaterais iniciais (os ISRS podem causar náusea, cefaleia, alterações gastrointestinais nas primeiras semanas), resposta terapêutica inicial e necessidade de ajuste de dose. Retorno em 60 dias para primeira reavaliação é tempo excessivo e viola as boas práticas de acompanhamento em saúde mental na APS.

Dica prática para a prova: Em questões de depressão na APS, sempre procure nas alternativas a combinação: (1) ISRS de primeira linha, (2) dose adequada, (3) consideração de comorbidades, (4) associação com medidas não farmacológicas, (5) seguimento precoce. Essa é a abordagem "completa" que costuma ser o gabarito.

Alternativa A

A *fluoxetina 20 mg/dia* é um ISRS de primeira escolha com dose padrão adequada e perfil favorável para a paciente (não agrava obesidade/síndrome metabólica). A associação com intervenções não farmacológicas, especificamente estímulo à atividade física aeróbica e higiene do sono, demonstra compreensão de que o tratamento da depressão não é apenas farmacológico, mas exige mudanças de estilo de vida que, neste caso, também beneficiam as comorbidades metabólicas. Esta alternativa reflete exatamente o que preconizam as diretrizes de Saúde Mental na APS.

Alternativa B

O *escitalopram 10 mg/dia* está correto: é um excelente ISRS de primeira linha em dose adequada. O erro está no encaminhamento para psiquiatria, que é desnecessário e até inadequado neste contexto. A paciente tem depressão moderada SEM psicose, SEM ideação suicida ativa, SEM história de refratariedade. Esses casos devem ser coordenados e gerenciados pela própria Atenção Primária, que tem competência e deve ter autonomia para iniciar e acompanhar o tratamento. O encaminhamento precoce medicaliza desnecessariamente a rede especializada e desempodera a APS. Encaminharíamos se houvesse gravidade extrema, risco suicida elevado, psicose, refratariedade ou necessidade de intervenções não disponíveis na APS.

Alternativa C

Primeiro, a escolha da *paroxetina* é problemática: entre os ISRS, a paroxetina tem o maior potencial de ganho ponderal, além de efeitos anticolinérgicos mais marcados (boca seca, constipação, retenção urinária) e maior taxa de síndrome de descontinuação (sintomas ao suspender a medicação). Para uma paciente com obesidade e síndrome metabólica, é a pior escolha entre os ISRS disponíveis. Segundo, e ainda mais grave, a orientação de "repouso no leito com afastamento de todas as atividades laborais" é prejudicial no manejo da depressão. O conceito terapêutico atual enfatiza ativação comportamental: manter atividades, engajamento social, rotina estruturada como parte fundamental do tratamento. Repouso prolongado e isolamento tendem a perpetuar e agravar os sintomas depressivos. O afastamento laboral pode ser necessário temporariamente em casos graves, mas não é a regra e certamente não deve ser combinado com "repouso no leito".

Alternativa D

A *venlafaxina* é um Inibidor da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN), não um ISRS. Embora seja eficaz no tratamento da depressão, não é primeira linha: os ISRS são preferidos inicialmente pelo melhor perfil de tolerabilidade. Além disso, a dose de 150 mg/dia é alta para início de tratamento (dose inicial típica é 37,5-75 mg/dia, com aumento gradual). Em doses mais altas, a venlafaxina pode elevar a pressão arterial, o que é preocupante em uma paciente hipertensa. Por fim, agendar retorno apenas em 60 dias para a primeira reavaliação viola as boas práticas: pacientes iniciando antidepressivos devem ser reavaliados em 2 a 4 semanas para monitorar adesão, tolerabilidade, efeitos colaterais iniciais e segurança (inclusive risco suicida paradoxal em alguns casos). Esperar 60 dias é tempo excessivo e potencialmente inseguro.

Visão do aprovado

As questões de depressão na Atenção Primária costumam seguir um padrão de cobrança específico: **testam simultaneamente três competências distintas**: reconhecer quando a APS deve manter o caso (versus encaminhar), escolher o antidepressivo mais adequado ao perfil clínico do paciente (não apenas "qualquer ISRS") e integrar medidas farmacológicas com não farmacológicas. A pegadinha clássica é oferecer uma alternativa tecnicamente correta do ponto de vista farmacológico (como escitalopram em dose adequada), mas que peca na coordenação do cuidado (encaminhamento desnecessário). Nas provas, o distrator que sugere encaminhamento imediato ao psiquiatra costuma atrair candidatos inseguros quanto ao escopo da APS, mas devemos lembrar: ausência de psicose, risco suicida e refratariedade = APS conduz.

Outro formato recorrente é testar a escolha do ISRS específico considerando comorbidades. Aqui, **a armadilha é saber que "ISRS é primeira linha"** mas não diferenciar entre eles: paroxetina em paciente obeso é erro conceitual grave, mesmo sendo ISRS. As bancas também adoram colocar venlafaxina (IRSN) em dose já elevada como distrator, aproveitando que muitos candidatos sabem que "é antidepressivo eficaz" mas esquecem que não é primeira linha e que doses altas elevam PA em hipertensos.

O tempo de reavaliação é pegadinha clássica: **60 dias parece "razoável"** para quem não treinou o protocolo, mas viola a diretriz de seguimento precoce (2-4 semanas). Na prova, sempre desconfie de alternativas que, mesmo com medicação correta, propõem seguimento tardio ou orientações prejudiciais como repouso prolongado: o manejo moderno da depressão enfatiza ativação, não isolamento.

Referência bibliográfica

- ARNAUD, A. M. et al. **Impact of Major Depressive Disorder on Comorbidities: A Systematic Literature Review**. *J Clin Psychiatry*, v. 83, n. 6, 2022. DOI: 10.4088/JCP.21r14328. Disponível em: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/36264099/>.
- AUNG, T. T. et al. **Subclinical hypothyroidism and metabolic syndrome in psychiatric patients: A systematic literature review**

Questão 25

Mulher de 32 anos comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Refere ter iniciado atividade sexual aos 18 anos e possui vida sexual ativa com parceiro fixo há 3 anos. Nega tabagismo e uso de contraceptivos hormonais. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, sem alterações ao exame ginecológico. É realizada coleta de citologia oncótica cervical. Após 3 semanas, a paciente retorna com o resultado descrito como "lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)". O município não possui disponibilidade do teste de DNA-HPV. Qual é a conduta preconizada?

- A.** Solicitar ultrassonografia pélvica transvaginal
- B.** Repetir a coleta do exame citopatológico em 6 meses
- C.** Encaminhar diretamente para realização de colposcopia
- D.** Repetir a coleta do exame citopatológico neste mesmo momento

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

O rastreamento do câncer do colo do útero tem como objetivo identificar e tratar as lesões precursoras antes da evolução para o câncer invasor. Embora o teste de DNA-HPV venha sendo incorporado gradualmente ao Sistema Único de Saúde, sua implantação ainda não é universal. Assim, muitos serviços brasileiros continuam utilizando a citologia oncótica como método primário de rastreamento, seguindo algoritmos específicos para essa estratégia.

A lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) representa, na maioria dos casos, uma infecção transitória pelo HPV, frequentemente associada à neoplasia intraepitelial cervical grau 1 (NIC 1). A taxa de regressão espontânea é elevada, especialmente em mulheres jovens, motivo pelo qual a maioria das pacientes não necessita de investigação invasiva imediata.

Nesta questão, o enunciado informa que o município não dispõe do teste de DNA-HPV. Essa informação direciona a conduta para o protocolo baseado exclusivamente na **citologia oncótica**, devendo ser aplicado o algoritmo correspondente às diretrizes nacionais para locais onde o rastreamento molecular ainda não foi implementado.

Alternativa A

A ultrassonografia transvaginal não tem papel na investigação de alterações citológicas do colo uterino. O exame avalia útero, ovários e anexos, mas não permite diagnosticar ou excluir lesões intraepiteliais cervicais.

Alternativa B

Na estratégia de rastreamento baseada em citologia, mulheres com diagnóstico de LSIL devem realizar nova citologia após 6 meses. Como a maioria dessas lesões regride espontaneamente, o seguimento citológico é suficiente na avaliação inicial, evitando encaminhamentos desnecessários para procedimentos invasivos.

Alternativa C

O encaminhamento imediato para colposcopia não é a conduta preconizada para mulheres com LSIL quando o rastreamento é realizado exclusivamente por citologia. A colposcopia fica reservada para alterações de maior risco ou para persistência das alterações no seguimento.

Alternativa D

Não há indicação de repetir imediatamente a citologia. Um exame adequadamente coletado e com resultado válido deve ser interpretado conforme o algoritmo de seguimento, não havendo benefício em uma nova coleta no mesmo momento.

Visão do aprovado



Precisa saber

CONDUTAS INDICADAS FRENTE ÀS ALTERAÇÕES DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA			
DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Questão 26

Dona Antônio, 78 anos, portadora de diabetes mellitus tipo 2 há 12 anos, em acompanhamento regular na unidade básica de saúde, é encontrada por familiares em estado de sonolência, sudorese intensa e confusão mental em sua residência. A família relata que a paciente estava bem pela manhã e fez uso regular das medicações: metformina 850mg duas vezes ao dia e glibenclamida 5mg pela manhã. Ao exame físico, a paciente apresenta Glasgow 13, PA 140x80 mmHg, FC 110 bpm, sudorese profusa, tremores finos e responde a comandos simples com dificuldade. A glicemia capilar realizada pela equipe de saúde evidencia 48 mg/dL. A paciente apresenta dificuldade para deglutir e não consegue ingerir líquidos com segurança. Qual a conduta adequada para o manejo

imediatamente e a revisão terapêutica desta paciente?

- A. Administrar glicose endovenosa 50% e suspender a glibenclamida do esquema terapêutico.
- B. Administrar infusão contínua de soro glicosado 5% e substituir a glibenclamida por clorpropamida.
- C. Administrar glucagon por via intramuscular e manter a glibenclamida na menor dose eficaz (2,5 mg/dia).
- D. Administrar glicose concentrada endovenosa 50% e reduzir a dose de metformina pela metade, mantendo a glibenclamida sob monitorização glicêmica diária.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

Esta questão nos coloca diante de **duas decisões simultâneas e igualmente críticas**: resolver uma hipoglicemia grave que está acontecendo agora e evitar que ela se repita no futuro. Dona Antônia apresenta um quadro típico de hipoglicemia nível 3: glicemia de 48 mg/dL associada a comprometimento cognitivo significativo (Glasgow 13) e sintomas autonômicos intensos (sudorese profusa, tremores, taquicardia). A classificação internacional define hipoglicemia nível 3 como qualquer episódio com alteração cognitiva grave ou rebaixamento de consciência que requer assistência de terceiros, independentemente do valor glicêmico exato. Nossa paciente se encaixa perfeitamente nessa categoria.

A primeira decisão crítica é: qual via usar para corrigir a hipoglicemia? O enunciado nos dá uma informação decisiva: a paciente tem "dificuldade para deglutir e não consegue ingerir líquidos com segurança". Isso elimina completamente a via oral, independentemente de ela estar "parcialmente consciente" com Glasgow 13. O risco de aspiração pulmonar contraindica qualquer tentativa de administração oral. As diretrizes são categóricas aqui: hipoglicemia nível 3 ou impossibilidade de via oral segura exigem *glicose endovenosa concentrada* (50% ou 25%, na dose de 15-25g) ou, se acesso venoso não estiver disponível, glucagon intramuscular. Soro glicosado 5% não serve para correção aguda, sua concentração é baixa demais para reverter hipoglicemia grave rapidamente.

A segunda decisão é ainda mais determinante para o futuro da paciente: qual medicação está causando a hipoglicemia? Dona Antônia usa metformina e glibenclamida. Aqui precisamos entender mecanismos de ação. A *metformina* é uma *biguanida* que atua reduzindo a produção hepática de glicose e melhorando a sensibilidade periférica à

insulina: ela NÃO estimula a secreção pancreática de insulina e, portanto, não causa hipoglicemia quando usada isoladamente. Já a glibenclamida é *uma sulfonilureia* que se liga aos canais de potássio ATP-dependentes nas células beta pancreáticas, fechando-os e despolarizando a membrana celular, o que força a liberação de insulina independentemente do nível glicêmico. Em outras palavras: a glibenclamida "espreme" o pâncreas para secretar insulina mesmo quando a glicose já está baixa.

Em idosos, isso é particularmente perigoso. A glibenclamida tem *meia-vida longa* (10-24 horas), metabólitos ativos que se acumulam na insuficiência renal (comum em idosos), e é classificada pelos **Critérios de Beers como medicação potencialmente inapropriada** para pacientes acima de 65 anos devido ao risco elevado de hipoglicemias graves e prolongadas. Uma idosa de 78 anos que teve hipoglicemia nível 3 por glibenclamida não deve continuar usando essa medicação: o risco de recorrência é alto e as consequências podem ser devastadoras (quedas, fraturas, sequelas neurológicas permanentes). A conduta correta não é reduzir a dose ou trocar por outra sulfonilureia, mas sim suspender definitivamente a glibenclamida e considerar alternativas muito mais seguras para idosos (inibidores de DPP-4, análogos de GLP-1, ou mesmo monoterapia com metformina com ajuste de meta glicêmica).

Portanto, a conduta adequada é: *glicose endovenosa 50% para resolver a emergência* (via segura em paciente com disfagia) e *suspensão permanente da glibenclamida* (a medicação culpada). A metformina deve ser mantida, ela não foi responsável pela hipoglicemia.

Alternativa A

Esta é a alternativa correta. Ela acerta ambas as decisões críticas da questão. A *glicose endovenosa 50%* é o tratamento padrão-ouro para hipoglicemia grave em paciente que não pode receber nada oral: corrige rapidamente a glicemia sem risco de aspiração. E a *suspensão da glibenclamida* é a única conduta defensável após uma idosa de 78 anos ter hipoglicemia nível 3 por essa medicação. Manter ou apenas reduzir a dose seria perpetuar o risco. A alternativa identifica corretamente qual medicação é problemática (glibenclamida, não metformina) e adota a conduta definitiva necessária para segurança a longo prazo.

Alternativa B

Este é um **distrator que comete erros em ambas as frentes**. Primeiro, o uso de *soro glicosado 5%* é *inadequado* para correção de hipoglicemia grave: essa solução tem concentração muito baixa de glicose (5g por 100mL) e levaria tempo demais para reverter uma hipoglicemia sintomática com Glasgow 13. É solução de manutenção, não de correção aguda. Segundo e ainda mais grave: substituir glibenclamida por clorpropamida é piorar a situação. A clorpropamida é uma sulfonilureia de primeira geração com meia-vida ainda mais longa (24-48 horas!) e maior risco de hipoglicemia prolongada que a glibenclamida. Seria tro-

car uma medicação perigosa por outra ainda mais perigosa. Esta alternativa erra completamente o manejo agudo e a revisão terapêutica.

Alternativa C

Aqui temos um **acerto parcial no tratamento agudo seguido de erro grave na revisão terapêutica**. O *glucagon intramuscular* é, sim, uma alternativa válida para hipoglicemia grave: ele estimula glicogenólise hepática e eleva a glicemia em 10-15 minutos. Porém, ele é considerado segunda linha quando glicose endovenosa está disponível, que é mais rápida, mais previsível e não depende de reservas hepáticas de glicogênio. O erro principal está em manter a glibenclamida mesmo em dose reduzida (2,5 mg/dia). Reduzir pela metade não muda o fato fundamental: glibenclamida continua sendo medicação inapropriada para uma idosa de 78 anos que já teve hipoglicemia grave. Ela permanecerá em risco de novos episódios. A conduta correta é suspensão permanente, não titulação de dose.

Alternativa D

Esta é a **armadilha mais perigosa da questão** porque parece razoável à primeira vista. A primeira metade está correta: *glicose endovenosa 50%* é o tratamento adequado para a emergência. Mas a segunda metade comete um erro conceitual grave que inverte completamente a lógica farmacológica: a alternativa propõe reduzir a metformina (que NÃO causa hipoglicemia!) e manter a glibenclamida (que FOI a responsável pela hipoglicemia grave!). Isso é exatamente o oposto do que deveríamos fazer. A metformina, como biguanida que não estimula secreção de insulina, não foi a culpada e deve ser mantida. A glibenclamida, como sulfonilureia secretagoga, é a verdadeira vilã da história e precisa ser suspensa. Esta alternativa testa se você conhece os mecanismos de ação das medicações: candidatos que decoraram protocolos sem entender farmacologia caem facilmente nessa pegadinha.

Visão do aprovado

Nas provas de geriatria e endocrinologia, questões de hipoglicemia em idosos costumam seguir este formato de "dupla decisão": resolver a emergência imediata e ajustar o esquema terapêutico para prevenir recorrência. A pegadinha clássica está justamente em identificar qual medicação modificar: as bancas contam com candidatos que decoraram "hipoglicemia = mexer na metformina" sem entender que biguanidas não causam hipoglicemia isoladamente. A armadilha da alternativa D é especialmente bem construída porque oferece o tratamento agudo correto (glicose EV 50%), apostando que o candidato relaxe e não perceba o erro na segunda metade da conduta.

Outro padrão recorrente é oferecer alternativas que propõem "reduzir dose" ou "trocar por outra sulfonilureia" em vez de suspender definitivamente. Isso testa se você conhece os **Critérios de Beers e a abordagem contemporânea de desprescrição em idosos**: não se trata apenas de ajustar dose, mas de reconhecer que certas medicações são inapro-

priadas para determinadas faixas etárias após eventos adversos graves. Em prova, sempre que um idoso apresentar hipoglicemia nível 3 por sulfonilureia, a conduta é suspensão, não titulação.

Vale atentar também para o contexto de atenção primária no enunciado: a questão sinaliza que essa situação deve ser resolvida na unidade básica de saúde, sem necessariamente encaminhar para hospital. Isso reforça que o manejo com glicose EV concentrada e a revisão do esquema terapêutico são competências esperadas do médico generalista, não exclusivas do especialista ou do ambiente hospitalar.

Questão 27

Gestante de 32 anos, G3P2, com 35 semanas e 1 dias de gestação, procura a maternidade com contrações uterinas regulares há 3 horas. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 120x80 mmHg, temperatura de 36,8°C e batimentos cardíacos fetais normais. Ao toque vaginal, o colo apresenta 5 cm de dilatação e 80% de apagamento, com apresentação cefálica e bolsa amniótica íntegra. Qual é a conduta preconizada?

- A.** Iniciar tocólise e corticoterapia antenatal para prolongar a gestação
- B.** Indicar cesariana devido à prematuridade e à dilatação cervical avançada
- C.** Conduzir o trabalho de parto e administrar profilaxia intraparto para estreptococo do grupo B
- D.** Iniciar sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, corticoterapia para maturação pulmonar e inibir o trabalho de parto

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

O trabalho de parto prematuro corresponde ao início de contrações uterinas associadas a modificações cervicais antes de 37 semanas de gestação. O manejo depende principalmente da idade gestacional, da vitalidade fetal, da presença de contraindicações à manutenção da gestação e do estágio de evolução do trabalho de parto no momento da admissão. Intervenções como tocólise, corticoterapia antenatal e neuroproteção fetal possuem indicações específicas. A tocólise tem como principal objetivo ganhar tempo para a administração de corticosteroides e, quando indicado, permitir transferência para unidade de maior complexidade. Entretanto, seu benefício é limitado quando o trabalho de parto já se encontra em fase avançada.

No caso apresentado, a paciente encontra-se com 35 semanas e 1 dia de gestação, contrações regulares e colo uterino com 5 cm de dilatação, caracterizando trabalho de parto ativo. A evolução já está estabelecida e a probabilidade de interrupção do processo com medidas inibitórias é reduzida, devendo a assistência concentrar-se na adequada condução do parto e nos cuidados neonatais pertinentes.



Pulo do gato

Corticosteroide para maturação pulmonar é realizado preferencialmente com **betametasona**. Siga os critérios:

- IG entre 24 e 34 semanas (bem estabelecido);
- IG entre 34 e 36 semanas (algumas recomendações).

Tocólise: **SOMENTE** entre 24-34 semanas de gestação. E apenas durante o **PRIMEIRO** ciclo de corticoterapia

Não importa se você vai ou não indicar corticoide na prematuridade tardia, ou se optou por fazer mais de um ciclo de corticoide na mesma gestação: nestes casos não podemos lançar mão da tocólise. Atente-se para as contraindicações da inibição do TPP mais acima neste capítulo.

Alternativa A

A tocólise apresenta melhores resultados quando iniciada precocemente, antes da instalação do trabalho de parto ativo avançado e até 34 semanas. Em uma paciente com dilatação de 5 cm, a chance de sucesso é pequena, tornando inadequada a tentativa de prolongar a gestação apenas para administração de corticosteroides.

Alternativa B

A prematuridade isoladamente não constitui indicação de cesariana. Na presença de apresentação cefálica, ausência de sofrimento fetal e evolu-

ção adequada do trabalho de parto, a via vaginal permanece a via de parto preferencial, mesmo em gestações pré-termo.

Alternativa C

A condução do trabalho de parto é a abordagem mais adequada diante da evolução já estabelecida. Como o status para estreptococo do grupo B é desconhecido e a gestação possui menos de 37 semanas, há indicação de profilaxia intraparto para reduzir o risco de infecção neonatal precoce por esse agente.

Alternativa D

O sulfato de magnésio para neuroproteção fetal apresenta benefício comprovado principalmente antes de 32 semanas de gestação. Além disso, a inibição do trabalho de parto em fase ativa avançada apresenta baixa eficácia. Embora a corticoterapia tenha papel importante em muitas situações de prematuridade, a evolução obstétrica descrita reduz substancialmente a possibilidade de obtenção de benefício clínico por meio da interrupção do trabalho de parto.

Visão do aprovado

Vamos revisar os critérios para profilaxia para o estreptococo do grupo B?



Pulo do gato

QUEM DEVE RECEBER A PROFILAXIA?

- Gestantes com cultura retovaginal com presença do EGB entre 35 e 37 semanas;
- Gestantes com histórico prévio de filho com sepse neonatal por EGB (não precisa colher swab);
- Gestantes com fatores de risco para infecção neonatal no momento do trabalho de parto, mesmo que não coletado cultura, ou mais de 5 semanas de uma cultura negativa:
 - trabalho de parto com menos de 37 semanas;
 - temperatura materna intraparto maior que 38°C;
 - bolsa rota por mais de 18 horas.
- Gestantes com bacteriúria por EGB durante a gestação.

QUEM NÃO PRECISA RECEBER A PROFILAXIA?

- Gestantes com cultura retovaginal negativa para EGB, mesmo com fatores de risco para infecção neonatal, com intervalo de coleta de menos de 5 semanas;
- Histórico de bacteriúria positiva para EGB em gestação prévia;
- Cesarianas eletivas, sem amniorrexe e na ausência de trabalho de parto.

Questão 28

Homem de 28 anos é trazido ao pronto-socorro por familiares devido a rebaixamento do nível de consciência, vômitos e hálito cetônico há 8 horas. Nega uso de medicações e relata que descobriu diabetes há 3 meses, mas abandonou o tratamento. Ao exame físico: Glasgow 12, desidratado (2+/4+), taquipnéico (32 rpm), PA 90x60 mmHg, FC 125 bpm, Tax 36.2°C. Respiração de Kussmaul presente. Glicemia capilar: 420 mg/dL. Considerando os resultados laboratoriais abaixo e a principal hipótese diagnóstica, qual a conduta inicial mais adequada?

Exame	Resultado	Valor de referência
Glicemia	450 mg/dL	70 - 99 mg/dL (jejum)
Ureia	65 mg/dL	15 - 40 mg/dL
Creatinina	1,8 mg/dL	0,6 - 1,2 mg/dL
Sódio	132 mEq/L	135 - 145 mEq/L
Potássio	4,8 mEq/L	3,5 - 5,0 mEq/L
Fósforo	0,8 mg/dL	2,5 - 4,5 mg/dL
Gasometria arterial (pH)	7,08	7,35 - 7,45
Gasometria arterial (HCO ₃ ⁻)	12 mEq/L	22 - 26 mEq/L
Gasometria arterial (pCO ₂)	25 mmHg	35 - 45 mmHg
Cetonúria	+++	Negativo

- A. Soro fisiológico, bicarbonato de sódio 8.4% e insulina regular.
- B. Soro fisiológico e insulina regular em bomba de infusão contínua.
- C. Soro fisiológico, insulina regular, cloreto de potássio e fosfato de potássio.
- D. Soro fisiológico, bicarbonato de sódio, insulina regular e cloreto de potássio.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

Estamos em frente a um cenário clássico de **cetoacidose diabética grave** em um paciente jovem com diabetes tipo 1 mal controlado. Mas a questão não é sobre fazer o diagnóstico – isso é quase óbvio pelos achados. O verdadeiro desafio está em não cair na armadilha do potássio, que é provavelmente o conceito mais cobrado em provas sobre CAD.

Vamos construir o raciocínio a partir das pistas do caso. Nosso paciente tem 28 anos, descobriu diabetes há apenas 3 meses e abandonou o tratamento – perfil típico de *DM tipo 1* descompensado. O quadro clínico grita cetoacidose: rebaixamento de consciência (Glasgow 12), vômitos, hálito cetônico, desidratação moderada (2+/4+), instabilidade hemodinâmica (PA 90x60, FC 125) e aquele achado característico que não deixa dúvida – respiração de Kussmaul, o padrão respiratório rápido e profundo que tenta compensar a acidose metabólica grave.

O laboratório confirma nosso diagnóstico sem margem para erro: glicemia 450 mg/dL, pH 7.08 com HCO₃ 12 mEq/L (acidose metabólica grave), e cetonúria fortemente positiva (+++). Isso preenche todos os critérios diagnósticos de CAD: hiperglicemia > 250 mg/dL, pH < 7.3, bicarbonato < 15, e cetonúria presente. Mais que isso, com pH < 7.08, estamos diante de uma CAD grave, que exige tratamento agressivo e preciso.

Lembrando, pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), consideramos CAD grave quando:

Tabela 1 : Classificação de Gravidade da CAD			
Classificação:	Leve	Moderada	Grave
pH	Entre 7,20 e 7,30	Entre 7,10 e 7,20	<7,10

Quadro 5. Outros indicadores de CAD grave
• Cetonemia > 6 mmol/L • Bicarbonato < 5 mmol/L • pH venoso/arterial < 7,1 • Hipocalemia na admissão (<3,5 mmol/L) • Glasgow < 12 • Saturação de O₂ < 92% (ar ambiente) (com função respiratória basal normal) • PA sistólica < 90mmHg • Frequência cardíaca > 100 ou < 60 batimentos por minuto • Ânion gap > 16

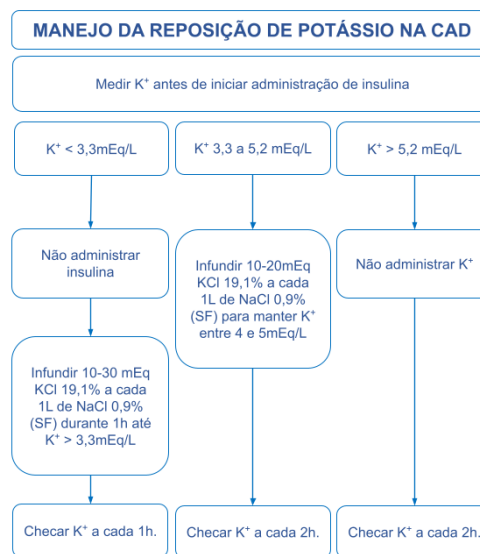
Agora vem a parte crucial: qual a conduta inicial? Os três pilares do tratamento de CAD são bem estabelecidos: hidratação vigorosa, insulino-terapia e correção dos distúrbios eletrolíticos. A hidratação com soro fisiológico é prioritária (este paciente está hipotenso!), e a insulina regular em bomba de infusão contínua é obrigatória para reverter a cetogênese. Até aqui, tudo tranquilo.

A questão se resolve nos eletrólitos – e é aqui que mora o perigo. Olhem o potássio: 4.8 mEq/L. Está normal, certo? Então não preciso repor, certo? ERRADO! Esta é a armadilha clássica que derruba muitos candidatos.

Vamos entender a fisiopatologia: na CAD, há depleção corporal total de potássio pela diurese osmótica maciça (o rim perde K na urina junto

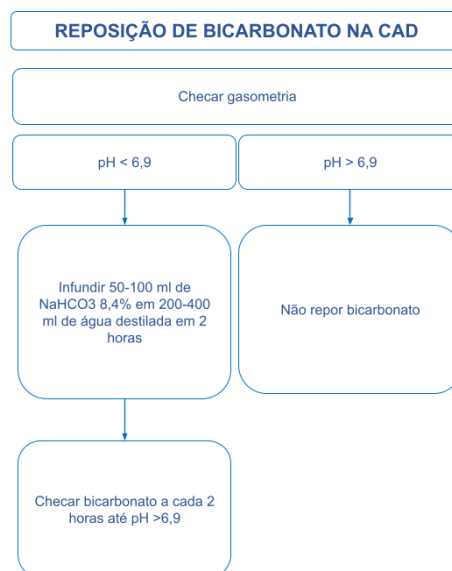
com glicose e água). Mas o K sérico pode estar normal ou até elevado. Por quê? Porque a acidose metabólica desloca potássio para fora das células – o H⁺ entra na célula em troca do K⁺, que vai para o sangue. Então temos uma situação paradoxal: K sérico normal/alto, mas K corporal total depletado.

O que acontece quando iniciamos o tratamento? A insulina força o potássio a entrar nas células (junto com a glicose), e a correção da acidose também reverte o deslocamento de K⁺. O resultado? O potássio sérico despenca, e o paciente pode ter hipocalemia grave com arritmias fatais. Por isso, devemos repor potássio mesmo com níveis normais. A diretriz reforça a seguinte conduta a depender do valor de potássio:



E o fósforo? Nosso paciente tem fósforo de 0.8 mg/dL (normal: 2.5-4.5). O fósforo também é depletado na CAD pela diurese osmótica e deve ser repostado. A estratégia inteligente é usar fosfato de potássio, que mata dois coelhos: repõe K e P simultaneamente.

E quanto ao bicarbonato? O pH está 7.08 – bastante baixo, é verdade. Mas a reposição de bicarbonato só é indicada se pH < 6.9. Por quê? Porque o bicarbonato pode piorar a acidose intracelular, agravar a hipocalcemia e aumentar o risco de edema cerebral. A própria insulinoterapia e hidratação vão corrigir a acidose ao interromper a cetogênese.



Portanto, a conduta inicial completa e correta inclui: soro fisiológico (hidratação) + insulina regular em BIC + cloreto de potássio (mesmo com K normal!) + fosfato de potássio (P está baixo). Sem bicarbonato. Isso nos leva diretamente à alternativa C como gabarito.

Alternativa A

Esta alternativa traz soro fisiológico, bicarbonato de sódio 8.4% e insulina regular. O erro aqui é duplo e grave. Primeiro, o **bicarbonato não está indicado** – nosso paciente tem pH 7.08, e a indicação de bicarbonato é apenas para pH < 6.9 (casos extremamente graves). Usar bicarbonato desnecessariamente pode piorar a acidose intracelular, agravar a hipocalemia e aumentar o risco de edema cerebral. Segundo erro, talvez ainda mais perigoso: não há reposição de potássio. Como vimos, o K vai despencar assim que iniciarmos insulina, e deixar de repor K é um erro potencialmente fatal (arritmias graves). Esta alternativa é uma armadilha para quem vê pH baixo e pensa automaticamente em bicarbonato, esquecendo-se do manejo adequado dos eletrólitos.

Alternativa B

Aqui temos apenas soro fisiológico e insulina regular em bomba de infusão contínua. À primeira vista, parece uma conduta simples e correta – afinal, hidratação e insulina são pilares do tratamento. Mas há um **erro fatal por omissão**: não há reposição de potássio. Esta é a alternativa mais perigosa porque parece razoável demais. Muitos candidatos podem pensar "vou manter simples, SF + insulina resolve". Mas lembrem-se: o K está 4.8 (normal) agora, mas quando a insulina começar a agir, o potássio vai despencar para níveis perigosamente baixos. Não repor potássio em um paciente com CAD que vai receber insulina é receita para arritmia grave. Além disso, o fósforo está baixo (0.8) e também não está sendo repostado. Esta alternativa elimina quem não compreende a fisiopatologia do potássio paradoxal na CAD.

Alternativa C

Esta é a **alternativa correta**. Ela contempla todos os elementos necessários para o manejo inicial adequado da CAD grave: soro fisiológico (hidratação vigorosa, essencial em um paciente hipotenso e desidratado), insulina regular (para reverter a cetogênese e corrigir a hiperglicemia), cloreto de potássio (reposição obrigatória para evitar hipocalemia quando a insulina começar a agir, mesmo com K inicial de 4.8), e fosfato de potássio (repõe o fósforo que está baixo em 0.8 mg/dL e também contribui para a reposição de potássio). Note que não inclui bicarbonato, o que está correto já que o pH é 7.08 (> 6.9). Esta conduta demonstra compreensão profunda da fisiopatologia da CAD e do manejo adequado dos eletrólitos, especialmente do conceito-chave do potássio paradoxal.

Alternativa D

Esta alternativa traz soro fisiológico, bicarbonato de sódio, insulina regular e cloreto de potássio. Aqui o candidato acertou ao incluir a reposição de potássio (esse é um ponto positivo que diferencia esta alternativa da A e B), mostrando compreensão de que K deve ser repostado mesmo estando normal. Porém, o **bicarbonato torna a alternativa incorreta**. Com pH 7.08, não há indicação para bicarbonato – ele só entra em cena se pH < 6.9 . Esta alternativa é uma armadilha sofisticada: ela pega o candidato que sabe sobre a importância do potássio, mas exagera na "agressividade" do tratamento ao incluir bicarbonato desnecessário. Além disso, não inclui fosfato de potássio, sendo que o fósforo está baixo e deveria ser repostado.

Visão do aprovado

Nas provas, cetoacidose diabética costuma ser cobrada em dois formatos principais: reconhecimento diagnóstico direto (mais simples) ou manejo inicial com foco em eletrólitos (mais elaborado, como nesta questão). O segundo formato é mais comum em provas de residência médica e sempre traz a mesma armadilha: alternativas com combinações incompletas ou excessivas de tratamento. O discriminador-chave aqui é identificar o valor do pH como limítrofe – bancas adoram usar pH entre 7.0-7.2 para testar se o candidato sabe que bicarbonato só entra com pH abaixo de 6.9, não qualquer pH baixo.

Um padrão recorrente é a pegadinha do **potássio "falso-normal"** – praticamente toda questão de CAD com K entre 4.0-5.0 vai incluir uma alternativa sem reposição de K (aqui, alternativa B) para eliminar quem não entende a fisiopatologia. Outro ponto: quando o fósforo vem baixo no enunciado (como o 0.8 desta questão), a resposta correta geralmente inclui fosfato de potássio, não apenas cloreto de potássio isolado. Se a questão não mencionar fósforo nos exames, provavelmente não vai exigir na resposta.

Vale mencionar uma variação moderna desse tema: *cetoacidose euglicêmica* associada a inibidores de SGLT2, que pode aparecer com

glicemia normal ou pouco elevada (diferente da CAD clássica). Nesse cenário, a ausência de hiperglicemia marcante não afasta CAD, e o diagnóstico se apoia mais em pH e cetonemia. Esse formato já começou a aparecer em provas recentes e costuma pegar candidatos de surpresa.

Questão 29

Mulher de 32 anos, primigesta, com 36 semanas de gestação, procura a maternidade referindo dor intensa em hipocôndrio direito iniciada há 6 horas, associada a náuseas e mal-estar geral. Nega cefaleia ou escotomas visuais. No pré-natal apresentava pressão arterial normal até 34 semanas. Ao exame físico encontra-se em regular estado geral, PA 170x110 mmHg, altura uterina compatível com idade gestacional, dinâmica uterina ausente, BCF 140 bpm e toque vaginal com colo impérvio. Os exames laboratoriais estão apresentados na tabela abaixo. Qual a conduta preconizada?

Exame	Resultado	Valor de referência
Hemoglobina	9,2 g/dL	12,0 a 15,5 g/dL
Esquizócitos	presente	ausente
Plaquetas	90.000/mm ³	150.000 a 450.000/mm ³
Creatinina	1,1 mg/dL	0,5 a 1,0 mg/dL
Relação proteína/creatinina (urinária)	0,45 mg/mg	< 0,3 mg/mg
LDH	680 U/L	140 a 280 U/L
AST (TGO)	92 U/L	5 a 40 U/L
ALT (TGP)	78 U/L	7 a 56 U/L
Bilirrubina total	1,4 mg/dL	0,3 a 1,2 mg/dL
Bilirrubina indireta	0,9 mg/dL	até 0,8 mg/dL

- A. Sulfato de magnésio e parto cesariana de urgência
- B. Anti-hipertensivo endovenoso e cesariana de urgência
- C. Anti-hipertensivo endovenoso e aguardar maturidade pulmonar fetal para resolução
- D. Sulfato de magnésio simultaneamente ao controle da hipertensão e realizar cesariana após o início das medidas de estabilização materna.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

As síndromes hipertensivas da gestação permanecem entre as principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Entre suas formas mais graves destaca-se a síndrome HELLP, caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia, frequentemente associada à pré-eclâmpsia com sinais de gravidade.

A dor em hipocôndrio direito ou epigástrio representa um dos sinais clínicos mais importantes da síndrome HELLP, refletindo distensão da cápsula hepática decorrente do comprometimento hepático. Sua presença deve sempre despertar atenção, especialmente quando associada à hipertensão grave e alterações laboratoriais compatíveis com hemólise e disfunção hepática. No caso apresentado, a paciente apresenta hipertensão grave de início recente, dor em hipocôndrio direito e exames laboratoriais compatíveis com síndrome HELLP. Nessa situação, o objetivo inicial é estabilizar a condição materna, prevenir complicações neurológicas e controlar os níveis pressóricos antes da interrupção da gestação.

SÍNDROME HELLP	
H	Hemólise: • BT $\geq 1,2$ • Esquizocitos em esfregaço de sangue periférico • LDH ≥ 600 • Haptoglobina < 25
E L	"Elevated liver" - Aumento de enzimas hepáticas: • AST ou ALT ≥ 70 ou 2x o valor de referência
L P	"Low platelets" - Plaquetopenia: • PLT ≤ 100.000

Alternativa A

O sulfato de magnésio é indicado para prevenção e tratamento de eclâmpsia em pacientes com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e síndrome HELLP. Entretanto, a presença da síndrome HELLP não constitui indicação obrigatória de cesariana. A escolha da via de parto deve seguir critérios obstétricos e condições materno-fetais, sempre que possível após estabilização clínica.

Alternativa B

O controle pressórico é fundamental para reduzir o risco de complicações maternas agudas, como acidente vascular cerebral e descolamento prematuro de placenta. Contudo, a realização imediata de cesariana sem medidas prévias de estabilização materna não corresponde à conduta recomendada, exceto em situações extremas de deterioração clínica ou sofrimento fetal agudo.

Alternativa C

A conduta expectante não é recomendada diante de síndrome HELLP. A presença de doença materna grave impõe risco elevado de progressão para complicações potencialmente fatais, tornando inadequado aguardar maturação pulmonar fetal antes da resolução da gestação, ainda mais com 36 semanas de idade gestacional, quando a maturidade pulmonar já foi atingida.

Alternativa D

O manejo adequado inclui sulfato de magnésio para profilaxia de convulsões, controle da hipertensão grave com anti-hipertensivos de ação rápida e interrupção da gestação após estabilização materna. A via de parto deve ser definida de acordo com as condições obstétricas, não sendo a cesariana obrigatória em todos os casos.

Visão do aprovado

Vamos revisar o esquema de prescrição do sulfato de magnésio.

ESQUEMA DE MgSO ₄	CONCENTRAÇÃO DA AMPOLA	DOSE INICIAL / ATAQUE	DOSE MANUTENÇÃO
Zuspan	MgSO ₄ 10% (1 amp = 10ml = 1g Mg)	4 amp (4g) EV, em bólus lento, em 10 a 15min	10 amp (10g) em 400ml de SG 5%, em BIC, com infusão de 50-100ml/h (1-2g/h)
Pritchard	MgSO ₄ 10% (1 amp = 10ml = 1g Mg)	4 amp (4g) EV, em bólus lento, em 20 min	1 amp (5g), IM, a cada 4 horas, alternando os glúteos
	MgSO ₄ 50% (1 amp = 10ml = 5g Mg)	2 amp (10g), IM, sendo 1 amp em cada nádega	

Questão 30

Mulher de 48 anos procura ambulatório de ginecologia referindo sangramento menstrual irregular há 4 meses, com episódios de sangramento intermenstrual e ciclos prolongados. Nega uso de medicações hormonais. Menarca aos 12 anos, gesta 2, para 2. IMC de 32 kg/m². Ultrassonografia pélvica mostra espessamento endometrial de 18 mm com ecotextura heterogênea. Realizada histeroscopia com biópsia endometrial. O exame histopatológico revela endométrio com aumento da relação glândula/estroma em comparação ao endométrio proliferativo normal, com glândulas de tamanho e forma variáveis, revestidas por epitélio colunar pseudoestratificado de padrão proliferativo, com atividade mitótica presente. Não são observadas atipias celulares nem alterações arquiteturais complexas. Qual o diagnóstico histopatológico mais provável?

- A. Hiperplasia endometrial sem atipia
- B. Hiperplasia endometrial atípica
- C. Carcinoma endometriode bem diferenciado
- D. Carcinoma endometriode pouco diferenciado

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

Temos uma mulher de 48 anos (perimenopausa) com um dos maiores fatores de risco para patologia endometrial - a obesidade (IMC 32 kg/m²): a obesidade leva à exposição crônica ao estrogênio, hormônio proliferador do endométrio, por conversão periférica de androgênios em estrona no tecido adiposo. Isso ocorre fora do ciclo menstrual e, portanto, ocorre sem oposição adequada da progesterona. Dessa forma, temos um ambiente propício para **proliferação endometrial excessiva**.

Os sintomas confirmam a suspeita: sangramento menstrual irregular há 4 meses. A investigação inicial com ultrassom mostra espessamento endometrial de 18mm (bem acima do normal para fase proliferativa). Diante disso, a conduta foi perfeita: **histeroscopia com biópsia endometrial dirigida**, que é o padrão-ouro diagnóstico.

Agora vem a parte crucial - interpretar o laudo histopatológico. Vamos separar os achados em duas categorias:

Achados Histopatológicos

Achados POSITIVOS (presentes):

- Aumento da relação glândula/estroma (critério principal de hiperplasia)
- Glândulas de tamanho e forma variáveis
- Epitélio colunar pseudoestratificado de padrão proliferativo
- Atividade mitótica presente

Achados NEGATIVOS (ausentes - tão importantes quanto!):

- **NÃO há atipias celulares**
- **NÃO há alterações arquiteturais complexas**

Os achados positivos confirmam que estamos diante de uma hiperplasia endometrial - há clara proliferação glandular aumentada em relação ao estroma. Mas qual tipo de hiperplasia? É aqui que os achados NEGATIVOS se tornam decisivos. A ausência explícita de atipias celulares nos direciona para o diagnóstico de hiperplasia endometrial sem atipia.

Um erro comum é confundir "atividade mitótica presente" com atipia celular. Mitoses são esperadas em qualquer tecido proliferativo - o que define atipia celular são alterações nucleares específicas: núcleos vesiculosos (com aspecto de vesícula), nucléolos proeminentes e cromatina grosseira. Essas alterações representam transformação neoplásica e caracterizam a hiperplasia ATÍPICA. Como o laudo explicitamente afirma que "não são observadas atipias celulares", podemos afastar esse diagnóstico com segurança.

Alternativa A

Alternativa correta. A hiperplasia endometrial sem atipia se caracteriza exatamente pelo que vemos no laudo: **aumento da relação glândula/estroma SEM atipias celulares.**

Alternativa B

Esta é a principal armadilha da questão. A presença de "atividade mitótica" e "glândulas de tamanho e forma variáveis" pode fazer o aluno pensar em atipia, mas isso seria um erro de interpretação. O laudo do anatomopatológico é compatível com hiperplasia, conforme afirmado na alternativa A; porém, sem atipias!

Alternativa C

O carcinoma endometriode bem diferenciado apresentaria características histopatológicas não descritas no nosso laudo. O critério fundamental que diferencia carcinoma de hiperplasia é a presença de invasão estromal. No carcinoma, veríamos:

- Invasão estromal: glândulas neoplásicas infiltrando de forma irregular o estroma endometrial
- Padrão arquitetural complexo: glândulas back-to-back (coladas sem estroma interposto) confluentes, cribriformes ou papilares
- Desmoplasia: reação estromal fibrótica ao redor das glândulas invasoras
- Atipias citológicas: geralmente presentes mesmo em carcinomas bem diferenciados

No nosso caso, embora haja glândulas de tamanhos variáveis, o laudo não menciona invasão estromal nem alterações arquiteturais complexas. Há aumento da relação glândula/estroma, mas dentro do espectro de hiperplasia, não de carcinoma. A ausência de atipias celulares também torna carcinoma muito improvável.

Alternativa D

O carcinoma endometriode pouco diferenciado apresenta padrão histológico agressivo completamente incompatível com o laudo descrito:

- Padrão sólido: áreas sólidas de células neoplásicas sem formação glandular (>50% do tumor)
- Atipias nucleares severas: marcado pleomorfismo, núcleos bizarros, cromatina grosseira
- Necrose tumoral: frequentemente presente
- Invasão estromal profunda: infiltração irregular e extensa
- Alto índice mitótico: numerosas mitoses, inclusive atípicas

O nosso laudo descreve um padrão glandular proliferativo benigno, com ausência explícita de atipias. Não há nenhuma característica que sugira carcinoma pouco diferenciado.

Visão do aprovado

Vamos revisar como seria o tratamento para os casos de **hiperplasia endometrial**?

A conduta terapêutica para hiperplasia sem atipia é fundamentalmente clínica, com excelente prognóstico:

Tratamento da Hiperplasia Sem Atipia

Primeira linha - Sistema intrauterino com levonorgestrel (DIU-LNG):

- Taxas de regressão superiores a 80-90%
- Menor taxa de recorrência comparado a progestágenos orais
- Menos efeitos adversos sistêmicos
- Ação local direta no endométrio

Alternativa - Progestágenos orais contínuos:

- Acetato de medroxiprogesterona 10-20 mg/dia
- Acetato de megestrol 160 mg/dia
- Eficácia boa, mas com mais efeitos adversos sistêmicos (ganho de peso, náusea, distúrbios de humor)

O seguimento durante o tratamento é fundamental:

- **Ultrassonografia transvaginal e biópsia endometrial a cada 6 meses**
- Tratamento continua até duas biópsias consecutivas sem alterações patológicas
- Se houver regressão completa, manter vigilância clínica regular
- Risco de progressão para carcinoma: muito baixo (1-3%) em hiperplasia sem atipia

Quando considerar histerectomia:

- Falha do tratamento clínico após 12-24 meses
- Recorrência após regressão inicial
- Prole constituída e preferência da paciente
- Contraindicação ou intolerância aos progestágenos
- Impossibilidade de seguimento adequado

Note que a histerectomia NÃO é a primeira escolha para hiperplasia sem atipia, diferentemente da hiperplasia atípica, onde é o **tratamento de eleição**.

Referência bibliográfica

- PETERSDORF, K. et al. **Endometrial hyperplasia in pre-menopausal women: A systematic review of incidence, prevalence, and risk factors**. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, v. 271, p. 158-171, 2022. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2022.02.015. Disponível em: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/35217456/>.

Questão 31

Homem de 58 anos, submetido à sigmoidectomia eletiva por diverticulite há 15 dias, retorna ao ambulatório com queixa de saída de líquido amarelado por pequeno orifício na pele próximo à cicatriz operatória há 5 dias. Nega febre, calafrios ou dor abdominal intensa. Exame físico: bom estado geral, afebril, abdome flácido, sem sinais de irritação peritoneal, pequeno orifício de 3 mm na pele com saída de conteúdo entérico em pequena quantidade (aproximadamente 50 mL/dia). Tomografia de abdome: trajeto fistuloso de 8 cm conectando anastomose cólica à pele, sem coleções ou sinais de obstrução distal. Leucograma e eletrólitos normais. Qual é a conduta adequada neste momento?

- A. Cirurgia imediata para correção do trajeto fistuloso.
- B. Tratamento conservador com proteção da pele e suporte nutricional.
- C. Antibioticoterapia sistêmica isolada por 14 dias.
- D. Ressecção imediata da anastomose e reconstrução do trânsito.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Uma das habilidades mais importantes do cirurgião é saber **quando NÃO operar**. Temos aqui um paciente no pós-operatório de sigmoidectomia que desenvolveu uma fístula enterocutânea - complicação que historicamente era vista como indicação absoluta de reintervenção cirúrgica. Mas será mesmo que precisamos reabrir esse paciente?

Vamos olhar para as pistas do caso com atenção. Nosso paciente está no 15º dia de pós-operatório de uma sigmoidectomia eletiva por diverticulite. Há 5 dias começou a sair líquido amarelado por um pequeno orifício próximo à cicatriz - e a descrição deixa claro: é conteúdo entérico. A tomografia confirma: há um trajeto fistuloso de 8 cm conectando a anastomose cólica à pele. Diagnóstico confirmado: **fístula enterocutânea pós-operatória**.

Agora vem o ponto crucial: avaliar a gravidade dessa fístula e determinar se há indicação de cirurgia imediata. Vejamos os fatores que realmente importam:

Primeiro, o débito: aproximadamente 50 mL/dia. Isso caracteriza uma **fístula de baixo débito** (abaixo de 200 mL/dia). Fístulas de baixo débito têm muito mais chance de fechar espontaneamente do que as de alto débito, porque causam menos perda hidroeletrolítica e menos desnutrição.

Segundo, o estado clínico do paciente: ele está em bom estado geral, afebril, nega febre ou calafrios. O exame físico mostra abdome flácido, sem sinais de irritação peritoneal. O leucograma está normal, assim como os eletrólitos. Traduzindo: **não há sepse, não há peritonite, não há distúrbios metabólicos**. O paciente está estável.

Terceiro, a tomografia nos dá informações valiosas: não há coleções (não há abscesso para drenar) e não há sinais de obstrução distal. Esses são fatores favoráveis ao fechamento espontâneo. A ausência de obstrução distal é particularmente importante porque permite que o trânsito

intestinal siga seu curso normal, reduzindo a pressão no trajeto fistuloso.

Fatores favoráveis ao fechamento espontâneo de fístulas:

- Baixo débito (<200 mL/dia)
- Ausência de sepse não controlada
- Ausência de coleções/abscessos
- Ausência de obstrução distal
- Ausência de corpo estranho no trajeto
- Trajeto longo (>2 cm)
- Paciente clinicamente estável

Agora precisamos conhecer as indicações de cirurgia imediata em fístulas enterocutâneas. São quatro situações que exigem reabordagem cirúrgica urgente: **peritonite** (sinais de irritação peritoneal com abdome agudo), sepse não controlada (infecção sistêmica que não responde ao tratamento clínico), deiscência de parede abdominal (abertura completa da parede com eventração) e instabilidade hemodinâmica. Nosso paciente não tem nenhuma dessas condições.

E quanto ao tempo? A literatura mostra que 60 a 90% das fístulas com fatores favoráveis fecham espontaneamente em 4 a 6 semanas com tratamento conservador adequado. Apenas aquelas que não fecham após **8 semanas** de tratamento conservador devem ser consideradas para cirurgia eletiva. Nosso paciente tem fístula há apenas 5 dias - está no início da evolução natural.

O tratamento conservador de fístulas enterocutâneas tem três pilares fundamentais. Primeiro, o controle da sepse (se houver) com antibióticos e drenagem de coleções - no nosso caso, não há sepse nem coleções. Segundo, a **proteção da pele** ao redor do orifício fistuloso, porque o conteúdo entérico é extremamente corrosivo e pode causar dermatite química grave - usamos placas de hidrocoloide, óxido de zinco, bolsas coletoras. Terceiro, o suporte nutricional adequado: em fístulas de alto débito ou pacientes desnutridos, pode ser necessária nutrição parenteral total; em fístulas de baixo débito como esta, muitas vezes conseguimos manter nutrição enteral ou até dieta oral com baixo resíduo.

Portanto, nosso raciocínio nos leva à conclusão: paciente estável, fístula de baixo débito com múltiplos fatores favoráveis ao fechamento espontâneo, sem indicações de cirurgia imediata, com apenas 5 dias de evolução. A conduta mais adequada é o **tratamento conservador com proteção da pele e suporte nutricional**, aguardando o fechamento espontâneo que deve ocorrer nas próximas semanas. O gabarito é a alternativa B.

Alternativa A

Alternativa A: Cirurgia imediata para correção do trajeto fistuloso. Essa alternativa atrai quem raciocina: "fístula pós-operatória = falha

técnica = precisa reabrir e corrigir". Mas isso seria um erro clássico de intervencionismo excessivo. A cirurgia imediata só está indicada quando há peritonite, sepse não controlada, deiscência de parede ou instabilidade hemodinâmica - nenhuma dessas condições está presente. Operar agora significaria reabrir um abdome ainda em fase inflamatória (apenas 15 dias de PO), com aderências recentes, em um paciente que tem excelentes chances de fechar a fístula espontaneamente. O timing cirúrgico inadequado aumentaria significativamente o risco de complicações e de recidiva da fístula. Incorreta.

Alternativa B

Alternativa B: Tratamento conservador com proteção da pele e suporte nutricional. Essa é nossa resposta correta. O paciente reúne todos os critérios para tratamento conservador: fístula de baixo débito, ausência de sepse, ausência de coleções, ausência de obstrução distal, estabilidade clínica. A proteção da pele é fundamental para evitar dermatite química pelo conteúdo entérico corrosivo - usamos placas de hidrocoloide modeladas ao redor do orifício, óxido de zinco, bolsas coletoras. O suporte nutricional neste caso pode ser simples, já que o débito é baixo e os eletrólitos estão normais - frequentemente conseguimos manter dieta oral ou enteral. Com essa abordagem, temos 60 a 90% de chance de fechamento espontâneo nas próximas 4 a 6 semanas. **Gabarito correto.**

Alternativa C

Alternativa C: Antibioticoterapia sistêmica isolada por 14 dias. Essa alternativa pode confundir quem pensa em "complicação pós-operatória = infecção". Mas veja os dados do caso: paciente afebril, leucograma normal, sem sinais sistêmicos de infecção. Não há indicação de antibioticoterapia aqui. Antibiótico só entraria se houvesse sepse associada ou celulite ao redor do orifício - condições que não estão presentes. Além disso, mesmo que houvesse infecção, o antibiótico isolado não trataria a fístula propriamente dita - seria necessário adicionar os outros componentes do tratamento conservador (proteção da pele, suporte nutricional). Usar antibiótico sem necessidade apenas expõe o paciente a efeitos adversos e risco de resistência bacteriana. Incorreta.

Alternativa D

Alternativa D: Ressecção imediata da anastomose e reconstrução do trânsito. Essa é a opção mais agressiva de todas - não apenas reabrir, mas resseccionar a anastomose e refazer o trânsito intestinal. Seria uma cirurgia de grande porte em um paciente que está clinicamente estável e com excelentes chances de resolução espontânea. A ressecção da anastomose fica reservada para quando a cirurgia realmente se torna necessária (após 8 semanas de falha do tratamento conservador) e quando se identifica um problema anatômico irreparável - como deiscência completa, estenose ou fístula complexa que não fecha. Operar agora, com apenas 5 dias de fístula, seria expor o paciente a todos os ris-

cos de uma grande cirurgia abdominal sem benefício claro. Completamente inadequada para este momento. Incorreta.

Visão do aprovado

Nas provas de cirurgia, fístulas enterocutâneas aparecem em dois formatos principais: definição de conduta inicial (cirúrgica vs conservadora) como neste caso, ou aspectos de terapia nutricional. O tom da questão é para induzir **intervencionismo precoce** - questões costumam apresentar fístulas com poucos dias de evolução justamente para testar se o candidato reconhece que o tempo mínimo de tratamento conservador é 8 semanas antes de considerar cirurgia eletiva. Outro padrão: bancas adoram colocar "saída de conteúdo entérico" no enunciado para confundir com indicação de antibiótico ou cirurgia urgente, mas a palavra-chave que define conduta é o estado clínico do paciente, não a presença do débito em si.

Um ponto crucial que diferencia questões sobre o tema: a localização anatômica da fístula muda completamente o raciocínio nutricional. Fístulas de intestino delgado (jejuno, íleo) têm alto débito e geralmente exigem **nutrição parenteral total** pela grande perda de fluidos e eletrólitos. Já fístulas cólicas, como a desta questão (anastomose de sigmoidectomia), cursam com baixo débito e frequentemente podem ser manejadas com dieta enteral de baixo resíduo ou até oral, conforme mostra questão anterior do tema. Esse contraste é cobrado de forma recorrente: reconhecer quando NPT é mandatória vs quando suporte nutricional mais simples basta.

A armadilha temporal é fundamental: apresentar fístula com 5 dias de evolução serve para testar se o candidato tem a maturidade de aguardar. O raciocínio errado (e frequente) é "já tem 15 dias de pós-operatório, a ferida deveria estar fechada, logo precisa intervir". O correto é **contar a partir do surgimento da fístula** (5 dias), não da cirurgia original.

Questão 32

Homem de 34 anos é trazido à UPA após crise convulsiva tônico-clônica focal com generalização secundária há 2 horas. Descobriu HIV há 2 semanas, com contagem de linfócitos T-CD4+ de 45 células/mm³, ainda não iniciou terapia antirretroviral. Ao exame físico apresenta-se sonolento, Glasgow 13, hemiparesia à direita 4/5, reflexos assimétricos, sem rigidez de nuca ou sinais de Kernig/Brudzinski. Sinais vitais: PA 140/85 mmHg, FC 95 bpm, Tax 37,8°C. Tomografia computadorizada de crânio evidencia múltiplas lesões expansivas supratentoriais com realce em anel após contraste, hipodensidade perilesional e discreto efeito de massa. Qual a conduta adequada neste momento?

- A. Adiamento da terapia antirretroviral por 6 semanas, associado à pulsoterapia intravenosa com metilprednisolona.
- B. Encaminhamento para a neurocirurgia, visando a realização de biópsia cerebral estereotáxica em caráter de urgência.
- C. Indicação de punção lombar imediata para análise do líquido cefalorraquidiano e pesquisa de patógenos por reação em cadeia da polimerase.
- D. Início de esquema antimicrobiano empírico com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, com início precoce da TARV em até 2 semanas.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

Nosso paciente de 34 anos nos apresenta um cenário que praticamente grita "**infecção oportunista do sistema nervoso central**": HIV recém-diagnosticado, CD4+ de apenas 45 células/mm³ (lembrem que valores normais ficam acima de 500, e AIDS é definida com CD4+ < 200), e agora desenvolve convulsões focais com déficit neurológico. Esse nível de imunossupressão abre as portas para uma série de complicações que normalmente não veríamos em imunocompetentes.

Vamos analisar sistematicamente as pistas que temos. Clinicamente, vemos **convulsão focal que generalizou secundariamente**, hemiparesia direita (força 4/5), e um rebaixamento leve do nível de consciência (Glasgow 13). Importante notar que não há rigidez de nuca nem sinais de Kernig/Brudzinski: ou seja, não temos sinais clássicos de irritação meníngea, o que nos afasta um pouco de quadros como meningite aguda.

A tomografia nos dá informações cruciais: **múltiplas lesões supratentoriais com realce em anel** após contraste, acompanhadas de hipodensidade perilesional (edema vasogênico) e discreto efeito de massa. Esse padrão radiológico em um paciente com CD4+ < 100 células/mm³ tem um principal suspeito.

Diagnóstico Diferencial em HIV/AIDS com Lesões Cerebrais Focais

- **Neurotoxoplasmose:** múltiplas lesões com realce em anel, localização em gânglios da base ou junção córtico-subcortical, CD4+ < 100 (especialmente < 50). É a causa mais comum de lesão focal em HIV/AIDS
- **Linfoma primário do SNC:** geralmente lesão única ou poucas lesões, localização periventricular típica, realce mais homogêneo, também em CD4+ < 50
- **Neurocriptococose:** mais comum como meningite; criptococos (lesões focais) são menos frequentes
- **Tuberculomas:** possíveis, mas meningite basal é apresentação mais comum da TB do SNC

O fato de termos múltiplas lesões com realce em anel em um paciente com CD4+ de 45 células/mm³ torna a **neurotoxoplasmose nossa principal hipótese**. A toxoplasmose cerebral é causada pela reativação do *Toxoplasma gondii* (protozoário que fica latente em cistos teciduais) quando a imunidade celular cai criticamente. O processo fisiopatológico envolve necrose central com inflamação periférica, daí o padrão de realce em anel: a necrose central não capta contraste, mas a periferia inflamada sim.

Agora vem a questão crucial: qual a **conduta adequada neste momento**? Aqui temos vários pontos importantes a considerar:

1. Tratamento empírico vs biópsia: Na neurotoxoplasmose, a abordagem padrão é o tratamento empírico. Não partimos direto para biópsia cerebral. O esquema de escolha é sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico (o ácido folínico previne a toxicidade hematológica da pirimetamina). A biópsia fica reservada para casos de falha terapêutica após 10-14 dias de tratamento adequado, ou quando temos sorologia IgG negativa para *Toxoplasma* e lesão única (cenário atípico).

2. Punção lombar: Este paciente tem efeito de massa na tomografia. Isso torna a punção lombar formalmente contraindicada pelo risco de herniação cerebral. Essa é uma contraindicação absoluta que todo médico precisa respeitar.

3. Corticoterapia: O uso de corticosteroides (como dexametasona em dose padrão, não pulsoterapia) reserva-se para pacientes com intenso efeito de massa ou hipertensão intracraniana grave. Nosso paciente tem efeito de massa discreto, então não há indicação de corticoide neste momento.

4. Timing de início da TARV: Este é um ponto que mudou nos últimos anos e é fonte frequente de erro em provas. A recomendação atual é iniciar TARV o mais precoce possível, geralmente dentro de 2 semanas do início do tratamento da infecção oportunista. O grande receio antigamente era a síndrome inflamatória de reconstituição imune (IRIS),

que ocorre quando o sistema imune se recupera rapidamente com a TARV e desencadeia uma resposta inflamatória exuberante contra antígenos do patógeno. Porém, estudos mostraram que o benefício do início precoce supera os riscos. A exceção importante é a criptococose meníngea, onde devemos adiar a TARV por 4-6 semanas devido ao alto risco de IRIS fatal.

Timing de início da TARV em infecções oportunistas do SNC:

- Neurotoxoplasmose: até 2 semanas
- Pneumocistose: pode iniciar imediatamente (ou aguardar até 7 dias)
- Criptococose meníngea: 4-6 semanas
- TB meníngea: 2-8 semanas
- Em geral: quanto antes, melhor, exceto cripto meníngea!

Portanto, a conduta correta é **iniciar tratamento antimicrobiano empírico** com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, associado ao início precoce da TARV em até 2 semanas. Este é o gabarito: alternativa D.

Alternativa A

Esta alternativa contém dois erros importantes. Primeiro, a **pulsoterapia com metilprednisolona não é indicada de rotina** na neurotoxoplasmose. O uso de corticosteroides (tipicamente dexametasona em dose padrão, não pulsoterapia) reserva-se apenas para pacientes com intenso efeito de massa ou hipertensão intracraniana grave. Nosso paciente tem efeito de massa discreto, então não há indicação. Segundo, o adiamento de 6 semanas é excessivo e está incorreto. Esse intervalo de 4-6 semanas é específico para criptococose meníngea (ou TB meníngea, onde varia de 2-8 semanas), não para neurotoxoplasmose. Na toxoplasmose, a TARV deve ser iniciada em até 2 semanas. Essa alternativa pode confundir quem mistura os protocolos de diferentes infecções oportunistas.

Alternativa B

Na neurotoxoplasmose, a abordagem é empírica primeiro. A biópsia fica reservada para situações específicas: falha terapêutica após 10-14 dias de tratamento adequado, ou quando temos sorologia IgG negativa para *Toxoplasma* e lesão única à imagem (cenário atípico que levanta mais suspeita de linfoma). Nosso paciente tem múltiplas lesões e acabou de ser diagnosticado: não há motivo para pular direto para biópsia. Além disso, a biópsia cerebral é um procedimento invasivo com riscos, então deve ser reservada para quando realmente necessária.

Alternativa C

O paciente tem lesão expansiva com efeito de massa na tomografia. Fazer punção lombar nesse contexto pode causar herniação cerebral, potencialmente fatal. O mecanismo é simples: ao retirar líquido da região

lombar, criamos um gradiente de pressão que pode "puxar" estruturas cerebrais através do forame magno ou da incisura tentorial. Sempre que houver efeito de massa, edema cerebral significativo ou sinais de hipertensão intracraniana, a punção lombar está contraindicada até que a imagem mostre segurança. Embora a análise do LCR pudesse trazer informações, o risco supera qualquer benefício aqui.

Alternativa D

Esta opção contempla todos os aspectos adequados da conduta:

(1) tratamento antimicrobiano empírico com o esquema de primeira linha (sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico), que é a abordagem padrão para neurotoxoplasmose em HIV/AIDS; e

(2) início precoce da TARV em até 2 semanas, que é a recomendação atual baseada em evidências mostrando benefício de mortalidade com início precoce, apesar do risco teórico de IRIS.

Aguardar a resposta clínica ao tratamento da toxoplasmose por alguns dias e então iniciar TARV dentro de 2 semanas é o equilíbrio ideal entre controlar a infecção oportunista e restaurar a imunidade. O ácido folínico (leucovorin) é essencial no esquema para prevenir a supressão medular causada pela pirimetamina.

Visão do aprovado

Em provas, esse tema costuma ser cobrado de duas formas: ou o examinador quer testar se você reconhece neurotoxoplasmose (mais simples), ou se você sabe o **timing correto de TARV** nas diferentes infecções oportunistas neurológicas (mais difícil e mais comum em provas de residência). A pegadinha clássica está justamente em confundir os prazos: 2 semanas para neurotoxo, 4-6 semanas para cripto meníngea, 2-8 semanas para TB meníngea. As bancas adoram misturar esses números nas alternativas para testar se você decorou ou se realmente entendeu o racional: cripto tem alto risco de IRIS fatal, toxo não.

Outro padrão recorrente é a tentação de pedir **punção lombar em paciente com efeito de massa**. Sempre que a questão mencionar "efeito de massa" ou "desvio de linha média" na imagem, desconfie imediatamente de qualquer alternativa que sugira punção lombar, por mais que a análise do líquido pareça útil. O examinador está testando se você prioriza segurança sobre curiosidade diagnóstica. Da mesma forma, biópsia "de urgência" ou "imediata" em contexto de múltiplas lesões típicas é quase sempre errada: o tratamento empírico vem primeiro, biópsia só após falha terapêutica.

A armadilha da **corticoterapia também merece atenção**: se a questão disser "efeito de massa discreto" ou "leve", corticoide não entra. Se disser "intenso efeito de massa", "desvio importante de linha média" ou "sinais de herniação iminente", aí sim consideramos dexametasona

(em dose padrão, nunca pulsoterapia). Nas provas, o discriminador costuma estar no adjetivo: discreto vs intenso.

Referência bibliográfica

- TOLOU-GHAMARI, Z. **A Review of the Association between Infections, Seizures, and Drugs.** *Cent Nerv Syst Agents Med Chem*, v. 25, n. 1, p. 49-55, 2025. DOI: 10.2174/0118715249288932240416071636. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38676494/>.

Questão 33

Mulher de 62 anos será submetida a retossigmoidectomia eletiva por adenocarcinoma de reto baixo. A paciente apresenta bom estado geral, sem febre, sem sinais de obstrução intestinal ou perfuração. Exames pré-operatórios: hemograma normal, função renal e hepática preservadas, tomografia de abdome sem sinais de abscessos ou coleções. O procedimento cirúrgico está programado para iniciar em 30 minutos e envolverá abertura do cólon e anastomose colorretal. A paciente nega história de alergia a medicamentos. Qual é a conduta adequada para antibióticoprofilaxia nesta paciente?

- A. Administrar Vancomicina 1 g + Gentamicina 5 mg/kg endovenosos.
- B. Administrar Clindamicina 900 mg + Gentamicina 5 mg/kg endovenosos.
- C. Administrar Ertapenem 1 g endovenoso em dose única.
- D. Administrar Cefazolina 2 g + Metronidazol 500 mg endovenosos.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

A palavra-chave que define toda essa questão está bem ali no enunciado: **cirurgia colorretal com abertura do cólon**. Isso muda completamente o jogo da antibióticoprofilaxia e é exatamente onde mora a principal armadilha para quem não está atento às especificidades desse tipo de procedimento.

Temos aqui uma paciente de 62 anos que será submetida a uma *retossigmoidectomia eletiva* por adenocarcinoma de reto baixo. O quadro clínico é tranquilo: bom estado geral, sem complicações (sem febre, sem obstrução, sem perfuração), exames pré-operatórios normais, e a cirurgia está programada para começar em 30 minutos. O procedimento envolverá abertura do cólon e anastomose colorretal.

Vamos construir o raciocínio: quando pensamos em antibioticoprofilaxia cirúrgica, nossa primeira pergunta deve ser: **qual é a flora esperada no sítio operatório?** Em cirurgias limpas, como uma herniorrafia simples ou uma tireoidectomia, a preocupação é principalmente com gram-positivos da pele (*Staphylococcus*). Nesses casos, cefazolina sozinha resolve perfeitamente. Mas cirurgia colorretal é um cenário completamente diferente.

O cólon abriga uma *microbiota intestinal* extremamente rica e complexa, com concentrações de até 10^{12} bactérias por grama de conteúdo fecal. Estamos falando de três grupos principais de patógenos:

- *Bacilos gram-negativos entéricos* (*E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*)
- *Anaeróbios* (especialmente *Bacteroides fragilis* e *Clostridium spp.*)
- *Enterococos*

Quando abrimos o cólon cirurgicamente, toda essa flora tem potencial de contaminar o campo operatório e causar infecção de sítio cirúrgico, incluindo infecções profundas e abscessos intra-abdominais.

Aqui entra o pulo do gato: **cefazolina sozinha não oferece cobertura adequada para anaeróbios intestinais**. As cefalosporinas de primeira geração têm boa atividade contra gram-positivos e alguns gram-negativos, mas sua ação contra anaeróbios, especialmente *Bacteroides fragilis*, é limitada. Por isso, em cirurgia colorretal, precisamos adicionar um antimicrobiano com cobertura específica para anaeróbios — e o metronidazol é a escolha preferencial para essa função.

Profilaxia em Cirurgia Colorretal
Patógenos-alvo: Gram-negativos entéricos, anaeróbios (<i>Bacteroides fragilis</i>), enterococos
Esquema preferido: Cefazolina 2g IV + Metronidazol 500mg IV (dose única)
Timing: Administrar dentro de 60 minutos antes da incisão cirúrgica
Alternativas: Cefoxitin 2g IV, Cefotetan 2g IV, ou Ampicillin-sulbactam 3g IV (agente único)

O esquema cefazolina + metronidazol é considerado o padrão-ouro pelos principais guidelines internacionais. A cefazolina cobre os gram-negativos e gram-positivos, enquanto o metronidazol preenche a lacuna da cobertura anaeróbia. Importante destacar que estamos falando de **profilaxia (dose única)**, não de antibioticoterapia prolongada — a paciente está estável, sem infecção ativa.

Quanto ao timing, administrar os antibióticos 30 minutos antes da cirurgia está perfeito. A recomendação é que a profilaxia seja feita den-

tro de 60 minutos antes da incisão, garantindo níveis teciduais adequados no momento do procedimento.

Dica para a prova: Em cirurgia colorretal (ou qualquer procedimento com abertura do trato gastrointestinal), sempre pense em cobertura DUPLA: cefazolina (gram-negativos/positivos) + metronidazol (anaeróbios). Cefazolina sozinha é armadilha clássica de prova!

Portanto, nossa resposta correta é a **alternativa D: administrar cefazolina 2g associada ao metronidazol 500mg endovenosos**. Essa combinação oferece a cobertura completa necessária para prevenir infecção de sítio cirúrgico em cirurgia colorretal.

Alternativa A

A associação de vancomicina com gentamicina não proporciona cobertura adequada contra anaeróbios, indispensável nas cirurgias colorretais. Além disso, a vancomicina não faz parte da antibioticoprofilaxia de rotina, sendo reservada para situações específicas, como pacientes com colonização por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) ou elevado risco para esse patógeno.

Alternativa B

A combinação de clindamicina com gentamicina é um esquema alternativo recomendado para pacientes com alergia imediata a betalactâmicos, oferecendo cobertura para Gram-positivos, Gram-negativos e anaeróbios. Entretanto, a paciente do enunciado nega história de alergia a medicamentos, de modo que não há indicação para utilizar um regime alternativo em substituição ao esquema de primeira escolha.

Alternativa C

O ertapenem é um carbapenêmico com excelente cobertura contra os principais microrganismos envolvidos nas infecções colorretais e possui evidências de eficácia na prevenção de infecção de sítio cirúrgico, inclusive com aprovação para essa indicação em cirurgia colorretal eletiva. Entretanto, por se tratar de um antimicrobiano de amplo espectro, seu uso rotineiro como profilaxia não é recomendado na maioria dos pacientes, em razão do potencial de seleção de bactérias multirresistentes. Seu emprego costuma ser reservado para situações específicas, como pacientes colonizados por Enterobacteriaceae produtoras de ESBL ou conforme protocolos institucionais. Assim, não representa a conduta padrão neste cenário.

Alternativa D

A associação de cefazolina 2 g com metronidazol 500 mg é um dos esquemas de primeira linha recomendados para antibioticoprofilaxia em cirurgia colorretal eletiva. A cefazolina proporciona excelente cober-

tura contra cocos Gram-positivos e parte dos bacilos Gram-negativos, enquanto o metronidazol complementa a cobertura contra anaeróbios, incluindo *Bacteroides fragilis*. A administração deve ocorrer preferencialmente entre 30 e 60 minutos antes da incisão cirúrgica, exatamente como permite o momento descrito no enunciado.

Visão do aprovado

O segredo da questão é lembrar que a antibioticoprofilaxia em cirurgia colorretal deve cobrir simultaneamente bactérias Gram-negativas e anaeróbios. A banca também explora um conceito frequente nas provas: diferenciar um esquema **eficaz** de um esquema **recomendado como primeira linha**. Clindamicina associada à gentamicina é uma alternativa válida apenas para pacientes com alergia a betalactâmicos, enquanto o ertapenem possui eficácia comprovada, mas não deve ser utilizado rotineiramente como profilaxia devido ao seu amplo espectro e aos princípios de uso racional de antimicrobianos. Assim, na paciente sem alergia medicamentosa e submetida a cirurgia colorretal eletiva, a conduta padrão é a administração de **cefazolina associada ao metronidazol**, dentro do intervalo recomendado antes da incisão cirúrgica.

Questão 34

Homem de 66 anos, ex-tabagista com carga tabágica de 40 anos-maço, comparece à consulta de rotina na UBS. Há 18 meses foi diagnosticado com DPOC por espirometria que demonstrou VEF1/CVF pós-broncodilatador de 0,65 e VEF1 de 45% do predito. Relata dispneia aos mínimos esforços habituais, como subir um lance de escadas ou caminhar no mesmo ritmo de pessoas da sua idade no plano (escala mMRC grau 3). Nos últimos 12 meses apresentou duas exacerbações que o levaram à UPA, ambas tratadas com prednisolona oral por 5 dias, sem necessidade de internação hospitalar. Atualmente usa apenas salbutamol 100mcg quando sente falta de ar. Nega outras comorbidades. Exame físico: murmúrio vesicular diminuído globalmente, sem ruídos adventícios. Saturação de O₂: 92% em ar ambiente. Paciente questiona se sua medicação atual é adequada. Considerando a classificação GOLD e as diretrizes de manejo da DPOC estável, qual é a conduta terapêutica de manutenção para este paciente?

- A. Manter apenas salbutamol de resgate, pois controla adequadamente os sintomas atuais.
- B. Iniciar budesonida inalatória como monoterapia para controle da inflamação das vias aéreas.
- C. Prescrever formoterol de longa ação isoladamente, mantendo salbutamol como medicação de resgate.
- D. Introduzir associação de broncodilatadores de longa ação (tiotrópio + formoterol), mantendo salbutamol de resgate.

Comentário da questão

Introdução

Este caso nos apresenta uma situação muito comum na prática: um paciente com DPOC claramente **subtratado**. Temos um senhor de 66 anos que está usando apenas salbutamol de resgate (um broncodilatador de curta ação), mas que apresenta sintomas intensos e, principalmente, exacerbações frequentes. O questionamento dele sobre a adequação da medicação é mais do que pertinente — o tratamento atual está longe do ideal.

Para definir a melhor conduta, precisamos classificar este paciente segundo o **GOLD 2026**. O GOLD estratifica os pacientes com DPOC em três grupos (A, B e E) baseando-se em dois pilares: intensidade dos sintomas e histórico de exacerbações. Vamos construir essa classificação passo a passo.

Começando pelos sintomas: nosso paciente relata **mMRC grau 3**, ou seja, dispneia aos mínimos esforços habituais (subir um lance de escadas, caminhar no ritmo de outras pessoas da mesma idade). Isso caracteriza muitos sintomas ($mMRC \geq 2$). Vale lembrar que a escala mMRC vai de 0 (sem dispneia, exceto em exercícios intensos) a 4 (dispneia que impede sair de casa ou se vestir). Um mMRC 3 é bastante limitante.

Agora o dado mais crítico: o **histórico de exacerbações**. Ele apresentou duas exacerbações nos últimos 12 meses que necessitaram atendimento na UPA e tratamento com corticoide oral por 5 dias. Essas são exacerbações moderadas (precisaram de corticoide sistêmico, mas não de internação). Aqui está o ponto-chave: ter ≥ 2 exacerbações moderadas por ano OU ≥ 1 exacerbação com internação define ALTO RISCO. E pacientes de alto risco, independentemente dos sintomas, são classificados como Grupo E.

Por que esse histórico de exacerbações é tão importante? Porque exacerbações frequentes indicam uma doença mais instável, associam-se a **declínio acelerado da função pulmonar**, pior qualidade de vida e maior mortalidade. Cada exacerbação pode causar dano pulmonar adicional, criando um ciclo vicioso. Por isso, prevenir exacerbações é um dos objetivos primordiais do tratamento de manutenção da DPOC.

Agora que sabemos que temos um paciente Grupo E (alto risco), qual é o tratamento inicial recomendado pelo GOLD 2026? A resposta é clara: **dupla broncodilatação com LABA + LAMA** (beta-2-agonista de longa ação + antimuscarínico de longa ação). Essa combinação é superior à monoterapia tanto no controle de sintomas quanto na redução de exacerbações. O LAMA, em particular, tem evidência robusta de redução de exacerbações e hospitalizações (evidência B), enquanto a dupla

broncodilatação tem evidência A para melhora de função pulmonar, dispneia e qualidade de vida.

Tratamento farmacológico inicial da DPOC pelos grupos A, B e E

Grupo	Perfil clínico	Conduta inicial
A	Baixo risco Poucos sintomas (mMRC 0 a 1 ou CAAT abaixo de 10) e no máximo 1 exacerbação leve no último ano	Um broncodilatador de longa ação (LABA ou LAMA).
B	Baixo risco Muitos sintomas (mMRC 2 ou mais ou CAAT 10 ou mais) e no máximo 1 exacerbação leve no último ano	Broncodilatação dupla com LABA mais LAMA.
E	Alto risco Exacerbações frequentes: 2 ou mais moderadas, ou 1 com internação, no último ano	Broncodilatação dupla com LABA mais LAMA como escolha preferencial. Considerar iniciar LABA mais LAMA mais corticoide inalatório quando eosinófilos no sangue estiverem em 300 células/mcL ou mais.

E quanto ao corticoide inalatório (CI)? O GOLD 2026 menciona que pode-se considerar iniciar **terapia tripla (LABA + LAMA + CI)** desde o início em pacientes Grupo E quando os eosinófilos sanguíneos estiverem ≥ 300 células/mcL. Porém, isso não foi informado no caso, e a recomendação preferencial continua sendo LABA + LAMA. O corticoide inalatório isolado nunca é indicado na DPOC — ele só deve ser usado em associação com broncodilatadores de longa ação.

Alternativa A

O salbutamol é um SABA (beta-2-agonista de curta ação), com duração de apenas 4-6 horas, indicado para alívio sintomático pontual, não para uso regular. Ele não previne exacerbações, não melhora a função pulmonar em longo prazo e não altera a progressão da doença. Um paciente com mMRC 3 e duas exacerbações por ano necessita de terapia de manutenção com broncodilatadores de longa ação. Afirmar que o tratamento atual "controla adequadamente os sintomas" contradiz o próprio relato do paciente de dispneia aos mínimos esforços.

Alternativa B

O **corticoide inalatório (CI) nunca deve ser usado em monoterapia na DPOC**. Diferentemente da asma, onde o CI é a base do tratamento anti-inflamatório, na DPOC a broncodilatação é o pilar terapêutico. O CI só tem papel quando associado a broncodilatadores de longa ação, e mesmo assim, não é indicado para todos os pacientes. Na DPOC, iniciar CI isolado não controla sintomas adequadamente, não reduz exacerbações de forma eficaz e expõe o paciente aos riscos dos corticoides (pneumonia, candidíase oral) sem o benefício da broncodilatação. A budesonida isolada aqui estaria subtratando o paciente tanto quanto o salbutamol.

Alternativa C

Prescrever formoterol (LABA) isoladamente seria um avanço em relação ao uso apenas de SABA, mas ainda é **insuficiente para um paci-**

ente Grupo E. Monoterapia com broncodilatador de longa ação (seja LABA ou LAMA) é apropriada para pacientes de baixo risco — ou seja, Grupo A (poucos sintomas, baixo risco) ou Grupo B (muitos sintomas, mas baixo risco). Nosso paciente tem alto risco (2 exacerbações moderadas/ano), o que torna a monoterapia insuficiente. Além disso, estudos mostram que o LAMA é superior ao LABA na redução de exacerbações, então se fôssemos escolher monoterapia (o que não devemos), o LAMA seria preferível. A dupla broncodilatação é mandatória aqui.

Alternativa D

A associação de tiotrópio (LAMA) + formoterol (LABA) é exatamente o que o GOLD 2026 recomenda como tratamento inicial preferencial para pacientes Grupo E. Essa combinação age em dois receptores diferentes (antimuscarínicos e beta-2-adrenérgicos), promovendo broncodilatação sinérgica e mais completa. Os benefícios incluem: melhora da função pulmonar (aumento do VEF1), redução da dispneia (melhorando o mMRC), melhora da qualidade de vida, e — talvez o mais importante neste caso — redução significativa de exacerbações. Essa estratégia tem evidência A, o mais alto nível de recomendação. Manter o salbutamol como resgate está correto, pois broncodilatadores de curta ação continuam úteis para alívio pontual de sintomas agudos.

Visão do aprovado

Nas provas de residência, questões sobre DPOC costumam testar dois pontos críticos: primeiro, se você consegue classificar corretamente pelo GOLD (muitos candidatos erram ao esquecer de contar as exacerbações e focam apenas nos sintomas); segundo, se você sabe que **corticoide inalatório isolado é proibido na DPOC**. O truque aqui é colocar budesonida ou outro CI como opção tentadora, explorando a confusão mental com asma — na asma o CI é base, na DPOC ele é coadjuvante e sempre associado. Outro erro frequente é subestimar o paciente que já teve exacerbações e oferecer monoterapia, quando a dupla broncodilatação é obrigatória desde o início em qualquer Grupo E.

Um padrão recorrente de cobrança é dar um caso com exacerbações moderadas (aquelas que precisam de corticoide oral mas não internam) e testar se você reconhece que **duas delas no ano já definem alto risco**, independentemente de quantas fossem leves. As bancas também adoram colocar salbutamol como se fosse suficiente para pacientes sintomáticos, testando se você sabe diferenciar resgate de manutenção. Fique atento a cenários em que o paciente "usa beta-2 várias vezes ao dia" — isso sinaliza necessidade de escalar para longa ação, não de aumentar a frequência do SABA.

Outra variação comum é perguntar quando adicionar o corticoide inalatório à dupla broncodilatação (escalada para tripla terapia). As pistas são eosinófilos ≥ 300 ou exacerbações persistentes apesar da dupla, mas isso geralmente vem como segunda etapa, não como tratamento inicial. Se a questão não mencionar eosinofilia ou falha prévia de

LABA+LAMA, a **tripla não é a primeira escolha**, mesmo em Grupo E com muitas exacerbações.

Questão 35

Paciente do sexo masculino, 28 anos, vítima de acidente motociclístico há 1 hora e 30 minutos, é trazido ao pronto-socorro por equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Durante o transporte, apresentou episódio de vômito e queixou-se de dor abdominal intensa. Ao exame físico inicial, encontra-se consciente e orientado, pálido, com pele fria e pegajosa. Pressão arterial de 85 × 55 mmHg, frequência cardíaca de 125 bpm, frequência respiratória de 24 irpm e temperatura de 36,2 °C. Abdome distendido, doloroso difusamente à palpação, com sinais de irritação peritoneal. Não há ferimentos externos visíveis no abdome. Pelve estável, extremidades sem deformidades. Foram obtidos dois acessos venosos calibrosos, iniciada ressuscitação hemostática e acionado protocolo de transfusão maciça. Diante da instabilidade hemodinâmica associada aos sinais de irritação peritoneal, o paciente está sendo encaminhado para abordagem cirúrgica de urgência. Qual medida farmacológica adjuvante deve ser realizada neste momento?

- A. Administrar vitamina K por via intravenosa para prevenção da coagulopatia associada ao trauma.
- B. Administrar fibrinogênio empiricamente antes da obtenção de testes de coagulação.
- C. Administrar ácido tranexâmico 1 g por via intravenosa em bolus o mais precocemente possível.
- D. Administrar complexo protrombínico de quatro fatores empiricamente para prevenção da coagulopatia.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

Esta questão aborda um cenário crítico do atendimento ao politraumatizado: o **choque hemorrágico secundário a trauma abdominal fechado**. O paciente apresenta hipotensão arterial, taquicardia, palidez e pele fria e pegajosa, associadas a distensão abdominal, dor difusa e sinais de irritação peritoneal. O conjunto é altamente sugestivo de **hemorragia intra-abdominal com instabilidade hemodinâmica**, situação que exige ressuscitação simultânea ao controle definitivo da fonte de sangramento.

Nesse contexto, devem ser aplicados os princípios da **ressuscitação de controle de danos**, com limitação do uso excessivo de cristaloides, reposição precoce e balanceada de sangue e hemocomponentes, prevenção da hipotermia e correção da coagulopatia. No caso apresentado, essas medidas já estão em andamento: foram obtidos acessos venosos calibrosos, iniciada reposição aquecida, acionado protocolo de transfusão maciça e indicada abordagem cirúrgica de urgência.

A questão pergunta, portanto, **qual medida farmacológica deve ser associada a essas intervenções**.

Em pacientes traumatizados com sangramento significativo ou risco de hemorragia importante, o **ácido tranexâmico deve ser administrado o mais precocemente possível e dentro das primeiras 3 horas após o trauma**. O enunciado informa que o acidente ocorreu há apenas **1 hora e 30 minutos**, colocando o paciente dentro dessa janela terapêutica.

Portanto, está indicada a administração precoce do ácido tranexâmico como **terapia adjuvante**, sem retardar a ressuscitação hemostática ou o controle cirúrgico da hemorragia.

Alternativa A

A **vitamina K** não é utilizada rotineiramente para prevenir a coagulopatia associada ao trauma. Sua principal aplicação nesse contexto está relacionada à **reversão do efeito de antagonistas da vitamina K**, como a varfarina, situação que não é descrita no caso.

A coagulopatia do trauma possui fisiopatologia complexa, relacionada à própria lesão tecidual e ao choque, podendo ser agravada por hipotermia, acidose, hemodiluição e consumo de fatores de coagulação. Sua prevenção e tratamento fazem parte da estratégia global de ressuscitação de controle de danos, e não da administração empírica de vitamina K.

Alternativa B

O **fibrinogênio** desempenha papel importante na hemostasia e frequentemente é um dos primeiros fatores a atingir níveis críticos durante uma hemorragia maciça. Entretanto, sua reposição deve ser orientada pela identificação de deficiência de fibrinogênio, seja pela dosagem plasmática, seja por testes viscoelásticos, quando disponíveis.

Não se recomenda sua administração empírica e indiscriminada a todo paciente traumatizado com sangramento antes da avaliação dos parâmetros de coagulação. No cenário apresentado, a medida farmacológica com indicação precoce independentemente desses resultados é o **ácido tranexâmico**.

Alternativa C

O **ácido tranexâmico** é um agente antifibrinolítico indicado precocemente no trauma quando há **sangramento significativo ou risco de**

hemorragia importante. Seu benefício é dependente do tempo, razão pela qual deve ser administrado **o mais precocemente possível e dentro das primeiras 3 horas após o trauma.**

O paciente sofreu o acidente há apenas **1 hora e 30 minutos** e apresenta choque hemorrágico, encontrando-se, portanto, dentro da janela recomendada para administração do medicamento.

O esquema utilizado no trauma consiste em:

- **1 g por via intravenosa em 10 minutos;**
- seguido de **1 g por via intravenosa ao longo de 8 horas.**

É fundamental compreender que o ácido tranexâmico constitui uma **medida adjuvante.** Sua administração não substitui a ressuscitação hemostática e, principalmente, **não deve retardar o controle definitivo da fonte de sangramento.** No caso apresentado, essas medidas já estão sendo realizadas simultaneamente.

Alternativa D

O **complexo protrombínico de quatro fatores** fornece rapidamente fatores de coagulação dependentes da vitamina K e tem papel importante, sobretudo, na **reversão urgente da anticoagulação por antagonistas da vitamina K.** Também pode ter indicações específicas em protocolos de reversão de determinados anticoagulantes.

Entretanto, ele **não deve ser administrado empiricamente para prevenir a coagulopatia do trauma** em um paciente sem história de anticoagulação ou evidência específica de deficiência dos fatores que compõem o produto.

No trauma hemorrágico grave, a correção da coagulopatia integra a ressuscitação hemostática e deve ser direcionada conforme o contexto clínico, os exames de coagulação e, quando disponíveis, testes viscoelásticos.

Visão do aprovado

O segredo desta questão é perceber que **as medidas fundamentais para o choque hemorrágico já estão sendo realizadas.**

O paciente apresenta:

Trauma abdominal + instabilidade hemodinâmica + peritonite → ressuscitação hemostática + controle cirúrgico imediato da hemorragia.

Por isso, a pergunta não está pedindo a conduta definitiva, mas uma **medida farmacológica adjuvante.**

A segunda pista é temporal:

Trauma hemorrágico + menos de 3 horas → considerar ácido tranexâmico precocemente.

O acidente ocorreu há **1 hora e 30 minutos**, portanto o paciente está dentro da janela para administração do ácido tranexâmico.

Fica a dica: o ácido tranexâmico entra **cedo e junto** às demais medidas. Ele não substitui sangue, cirurgia ou controle da fonte hemorrágica!

Questão 36

Dona Maria, de 76 anos, comparece à UBS acompanhada da filha após três episódios de quedas da própria altura no domicílio nos últimos dois meses. A filha relata que a mãe está "andando mais devagar que o normal", perdeu 4 kg nos últimos seis meses sem motivo aparente e tem esquecido tarefas simples como onde guardou objetos ou o nome de vizinhos conhecidos. Dona Maria nega tonturas, síncope ou fraqueza focal. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, pressão arterial de 140x85 mmHg, frequência cardíaca de 78 bpm, peso de 52 kg, altura de 1,60 m. O médico de família decide realizar uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) na própria UBS para investigar possível Síndrome da Fragilidade. Para avaliar adequadamente mobilidade, funcionalidade instrumental e cognição dessa paciente, quais instrumentos de rastreio rápidos e validados devem ser selecionados?

- A.** As quedas são normais do envelhecimento e não requerem avaliação específica nessa faixa etária.
- B.** Time Up and Go para cognição, Escala de Katz para funcionalidade e Mini Exame do Estado Mental para mobilidade.
- C.** Escala de Lawton e Brody para atividades básicas de vida diária, Teste da Caminhada para mobilidade e Escala de Depressão Geriátrica para cognição.
- D.** Time Up and Go para mobilidade, Escala de Lawton e Brody para atividades instrumentais de vida diária e Mini Exame do Estado Mental para avaliação cognitiva.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui uma apresentação clássica que deve acender um alerta vermelho em qualquer médico de família: **idosa de 76 anos com a tríade de quedas recorrentes + lentificação da marcha + perda ponderal não intencional**. Esses três elementos juntos sugerem fortemente *Sín-*

drome da Fragilidade, uma condição geriátrica que exige abordagem sistematizada e multidimensional. A filha ainda acrescenta queixas de declínio cognitivo leve (esquecimento de nomes, objetos), completando um quadro que pede uma *Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)*.

A questão nos desafia a escolher os **instrumentos de rastreio corretos para três domínios específicos**: mobilidade, funcionalidade instrumental e cognição. Essa não é uma escolha arbitrária - cada domínio possui ferramentas validadas e padronizadas que devem ser conhecidas por quem trabalha com idosos. Vamos entender a lógica por trás da seleção.

Para avaliar *mobilidade e risco de quedas*, o padrão-ouro em atenção primária é o *Time Up and Go (TUG)*. Esse teste simples e rápido (leva menos de 2 minutos) pede que o paciente se levante de uma cadeira, caminhe 3 metros, vire-se, retorne e sente-se novamente. Cronometramos o tempo: valores acima de 12-14 segundos indicam maior risco de quedas e comprometimento da mobilidade. É perfeito para o cenário da Dona Maria, que apresentou três quedas em dois meses e lentificação da marcha.

Para avaliar *funcionalidade*, precisamos primeiro entender uma distinção fundamental que é armadilha clássica em provas: existem dois níveis de atividades funcionais. As *Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)* são funções de autocuidado essencial - banho, vestir-se, alimentar-se, transferências - avaliadas pela *Escala de Katz*. Já as *Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)* refletem funcionamento independente mais complexo - fazer compras, administrar medicações, usar transporte, controlar finanças - e são avaliadas pela *Escala de Lawton e Brody*. A questão especificamente pede avaliação da funcionalidade instrumental, portanto precisamos da Lawton-Brody, não da Katz.

Para avaliar *cognição*, o instrumento de rastreio mais utilizado e validado mundialmente é o *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*. Com apenas 30 pontos e aplicação de 5-10 minutos, ele avalia orientação temporal e espacial, memória imediata e de evocação, atenção/cálculo, linguagem e praxia construtiva. É importante lembrar que o MEEM é um teste de rastreio cognitivo, não diagnóstico definitivo - um resultado alterado indica necessidade de investigação mais aprofundada.

Portanto, o raciocínio nos leva diretamente à combinação: **TUG para mobilidade + Lawton-Brody para AIVD + MEEM para cognição.**

Alternativa A

Essa alternativa representa um **conceito ultrapassado e perigoso** que precisa ser combatido: a ideia de que quedas são "normais do envelhecimento". Não são! Quedas em idosos sempre indicam algum grau de comprometimento funcional, risco aumentado de fraturas, institucionalização e mortalidade. *Toda queda em idoso merece investigação sistematizada*, especialmente quedas recorrentes como no caso da Dona Maria. Aceitar quedas como "normais" é negligenciar uma oportu-

nidade crucial de prevenção e intervenção. Eliminamos essa alternativa de imediato.

Alternativa B

A alternativa sugere *TUG* para cognição e *MEEM* para mobilidade - exatamente o oposto do correto. O *TUG* (*Time Up and Go*) é um teste físico, de desempenho motor, que avalia tempo de levantar, caminhar e sentar. Não tem nenhum componente cognitivo. Já o *MEEM* é um questionário com perguntas sobre orientação, memória e linguagem - não avalia mobilidade física. Essa troca é absurda quando entendemos o que cada instrumento realmente mede.

Alternativa C

Essa alternativa apresenta **dois erros importantes** que merecem discussão detalhada porque são confusões comuns. Primeiro, afirma que a *Lawton-Brody* avalia "atividades básicas" - mas ela avalia *atividades instrumentais* (*AIVD*), não básicas. As *ABVD* são domínio da *Escala de Katz*. Segundo, e talvez mais sutil, sugere usar a *Escala de Depressão Geriátrica* (*EDG*) para avaliar cognição. Esse é um erro conceitual: a *EDG* avalia *sintomas depressivos* (humor triste, anedonia, desesperança, ideia suicida), não função cognitiva. É verdade que depressão grave em idosos pode causar "pseudodemência" - um quadro de comprometimento cognitivo secundário à depressão que melhora com tratamento antidepressivo. No entanto, *humor* e *cognição* são *domínios distintos da AGA*, avaliados por instrumentos diferentes: *EDG* para rastreio de depressão, *MEEM* para rastreio cognitivo. Não devemos confundir esses dois domínios, mesmo que possam se influenciar clinicamente.

Alternativa D

Time Up and Go (*TUG*) para mobilidade e risco de quedas, avaliando o tempo que a paciente leva para realizar uma tarefa motora padronizada; *Escala de Lawton e Brody* para atividades instrumentais de vida diária (*AIVD*), verificando capacidade de realizar tarefas complexas como fazer compras, usar telefone, administrar medicações; e *Mini Exame do Estado Mental* (*MEEM*) para rastreio cognitivo, investigando as queixas de esquecimento relatadas pela filha. Essa combinação permite uma avaliação rápida, objetiva e validada dos três domínios mais comprometidos na *Síndrome da Fragilidade* apresentada pela Dona Maria.

Visão do aprovado

Nas provas de geriatria, questões sobre instrumentos de rastreio seguem um padrão recorrente: apresentam um idoso com múltiplos comprometimentos e pedem a correlação correta entre domínio avaliado e ferramenta utilizada. Uma armadilha frequente é trocar *Katz* por *Lawton-Brody* ou o contrário, apostando que o candidato decorou os nomes mas não sabe qual avalia *ABVD* e qual avalia *AIVD*. Na dúvida durante a prova, o atalho é lembrar que *Katz* é mais básico (autocuida-

do elementar como banho e alimentação) e *Lawton* é mais instrumental (tarefas complexas como administrar dinheiro).

Outro formato comum de cobrança é apresentar a *Escala de Depressão Geriátrica* como opção para avaliar cognição, explorando a confusão entre dois domínios distintos da AGA que podem se sobrepor clinicamente. As bancas sabem que candidatos conhecem o conceito de *pseudodemência* e podem erroneamente considerar a *EDG* como instrumento cognitivo. O discriminador aqui é funcional: **se a questão pede avaliação de memória, orientação ou funções executivas, é MEEM; se pede rastreio de sintomas depressivos, é EDG**, independentemente de haver queixas cognitivas no caso.

Fique atento também a variações desse tema que podem surgir: perguntar qual instrumento *não* seria apropriado para determinado domínio, solicitar a sequência lógica de aplicação dos testes na AGA, ou apresentar resultados numéricos (exemplo: *TUG* de 18 segundos) e pedir interpretação. Em qualquer cenário, o princípio permanece o mesmo - cada instrumento tem um domínio específico e não deve ser aplicado para avaliar outra dimensão.

Questão 37

Um homem de 68 anos apresenta-se com icterícia indolor de início recente e perda ponderal de 8 kg em 2 meses. Exames laboratoriais demonstram CA 19-9 de 1.850 U/mL (valor de referência: < 37 U/mL). A tomografia computadorizada multifásica com contraste evidencia massa de 3,5 cm na cabeça do pâncreas, com envolvimento de aproximadamente 210° da veia mesentérica superior, sem contato com artérias (tronco celíaco, artéria mesentérica superior ou artéria hepática comum) e sem metástases à distância. De acordo com as diretrizes atuais para o tratamento do adenocarcinoma ductal do pâncreas, qual conduta está indicada para esse paciente?

- A. Cirurgia imediata (pancreaticoduodenectomia) seguida de quimioterapia adjuvante com mFOLFIRINOX por 6 meses
- B. Quimioterapia neoadjuvante (com ou sem radioterapia) seguida de reavaliação cirúrgica e eventual quimioterapia adjuvante para completar 6 meses de tratamento sistêmico
- C. Quimioterapia paliativa com FOLFIRINOX ou gencitabina/nab-paclitaxel, sem indicação de cirurgia devido ao envolvimento vascular
- D. Radioterapia estereotáxica (SBRT) isolada seguida de reavaliação para possível ressecção cirúrgica

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Esta questão aborda um dos temas mais cobrados em cirurgia pancreática: a classificação da ressecabilidade do adenocarcinoma ductal do pâncreas e seu impacto na estratégia terapêutica.

O paciente apresenta um quadro clássico de neoplasia de cabeça de pâncreas, caracterizado por icterícia obstrutiva indolor, perda ponderal significativa e elevação importante do CA 19-9. A tomografia evidencia uma lesão de 3,5 cm com envolvimento de aproximadamente 270° da veia mesentérica superior (VMS), sem acometimento arterial e sem metástases à distância.

O ponto-chave da questão é reconhecer que esse padrão de envolvimento vascular caracteriza um tumor **borderline ressecável**, situação em que o tratamento inicial recomendado pelas diretrizes atuais é a terapia neoadjuvante, seguida de reavaliação para ressecção cirúrgica.

Alternativa A

A pancreaticoduodenectomia seguida de quimioterapia adjuvante constitui o tratamento padrão para pacientes com **tumores claramente ressecáveis**, sem critérios anatômicos de borderline.

No caso apresentado, o envolvimento circunferencial de aproximadamente 270° da veia mesentérica superior caracteriza doença borderline ressecável. Nessa situação, a realização de cirurgia imediata está associada a maior risco de margens comprometidas (R1), menor probabilidade de completar o tratamento sistêmico e piores resultados oncológicos quando comparada à estratégia com terapia neoadjuvante.

Alternativa B

Esta é a estratégia atualmente recomendada pelas principais diretrizes internacionais para tumores **borderline ressecáveis**.

O tratamento inicia-se com quimioterapia neoadjuvante, geralmente baseada em esquemas como mFOLFIRINOX nos pacientes com bom desempenho funcional. Em alguns centros, pode-se associar radioterapia após a quimioterapia, embora esse benefício ainda seja objeto de discussão e não constitua etapa obrigatória.

Após o tratamento inicial, o paciente é reavaliado com exames de imagem para verificar a possibilidade de ressecção cirúrgica. Quando a cirurgia é realizada, o tratamento sistêmico é completado até totalizar aproximadamente seis meses.

Essa estratégia aumenta as taxas de ressecção R0, seleciona pacientes com doença biologicamente favorável e trata precocemente possíveis micrometástases.

Alternativa C

A quimioterapia paliativa é indicada para doença metastática ou localmente avançada irresssecável.

O simples envolvimento da veia mesentérica superior não torna o tumor irresssecável. Na ausência de acometimento arterial importante e desde que exista possibilidade técnica de reconstrução venosa, o objetivo permanece curativo.

Assim, esse paciente deve receber tratamento neoadjuvante visando posterior ressecção cirúrgica, e não tratamento exclusivamente paliativo.

Alternativa D

A radioterapia estereotáxica (SBRT) isolada não constitui tratamento padrão para adenocarcinoma pancreático borderline ressecável.

Quando utilizada, a radioterapia geralmente faz parte de uma estratégia multimodal, podendo ser empregada após quimioterapia de indução em casos selecionados. Seu uso isolado não substitui a quimioterapia sistêmica, que é fundamental devido ao elevado risco de doença micro-metastática já presente no diagnóstico.

Portanto, SBRT isolada seguida de reavaliação cirúrgica não representa a conduta recomendada pelas diretrizes atuais.

Visão do aprovado

Em provas, memorize a classificação da ressecabilidade, pois ela define toda a estratégia terapêutica:

- **Ressecável:** cirurgia seguida de quimioterapia adjuvante.
- **Borderline ressecável:** quimioterapia neoadjuvante (com ou sem radioterapia em casos selecionados), reavaliação cirúrgica e eventual quimioterapia adjuvante para completar cerca de seis meses de tratamento sistêmico.
- **Localmente avançado irresssecável:** tratamento sistêmico, com possibilidade de conversão em casos selecionados.
- **Metastático:** tratamento paliativo sistêmico.

Na prática das provas, sempre associe **envolvimento venoso isolado potencialmente reconstruível** à categoria **borderline ressecável**, enquanto o **acometimento arterial extenso** costuma caracterizar doença localmente avançada e irresssecável. Esse raciocínio permite diferenciar rapidamente as indicações de cirurgia imediata, neoadjuvância e tratamento paliativo.

Questão 38

Paciente de 68 anos com adenocarcinoma de pâncreas em estágio avançado comparece à UBS acompanhado da filha para consulta de rotina. Relata controle adequado da dor com morfina 30mg de 12/12h há 3 meses, sem efeitos colaterais significativos. Exame físico estável, consciente e orientado, sem sinais de abstinência ou intoxicação. Solicita renovação do receituário para os próximos 30 dias, pois sua receita atual vencerá em 2 dias. O médico da UBS acompanha o paciente há 6 meses e possui todos os dados necessários em prontuário. Qual a conduta adequada para o receituário?

- A. Prescrever em Receita de Controle Especial, em duas vias (Receita Branca), válida para até 30 dias de tratamento.
- B. Prescrever em Notificação de Receita A (Amarela), sendo vedado o uso de Receita de Controle Especial no SUS.
- C. Prescrever em Notificação de Receita B1 (Azul), exigência padrão para opioides fortes de uso crônico prolongado.
- D. Prescrever em Receita de Controle Especial, em duas vias (Receita Branca), com validade estendida para até 60 dias.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

Esta questão aborda um tema fundamental e extremamente prático para quem trabalha na atenção primária: **a prescrição de opioides em cuidados paliativos no SUS**. Temos aqui um paciente com adenocarcinoma de pâncreas avançado, doença de péssimo prognóstico e altamente sintomática, que conseguiu bom controle algico com morfina há 3 meses. O desafio agora é saber qual o receituário correto para renovar essa prescrição.

A primeira coisa que precisamos reconhecer é que **morfina é uma substância da Lista A1 (entorpecentes)** segundo a Portaria SVS/MS nº 344/1998. Pela regra geral, isso significaria que sua prescrição exigiria obrigatoriamente a Notificação de Receita A (Amarela), aquele receituário especial de cor amarela, com validade de até 30 dias. Muitos de nós aprendemos isso e paramos por aí.

Porém, existe uma exceção importantíssima criada pela RDC ANVISA nº 202/2002, que foi desenhada justamente para facilitar o acesso a analgésicos opioides em um contexto específico: **pacientes em tratamento ambulatorial de dor e cuidados paliativos no SUS**. Essa resolução nasceu de uma necessidade real, sabemos que o acesso a cuidados

paliativos adequados no Brasil ainda é um desafio, e burocracias excessivas na prescrição de morfina podem se tornar barreiras ao alívio do sofrimento.

RDC ANVISA nº 202/2002 — Exceção para Cuidados Paliativos no SUS

- **Contexto:** Tratamento ambulatorial de dor e cuidados paliativos no SUS
- **Substâncias abrangidas:** Morfina, metadona e codeína
- **Tipo de receituário:** Receita de Controle Especial em 2 vias (Receita Branca), dispensando a Notificação de Receita A
- **Validade:** Permanece de até 30 dias de tratamento
- **Objetivo:** Facilitar o acesso a analgésicos opioides em pacientes terminais

Nosso paciente se encaixa perfeitamente nesse contexto: adenocarcinoma pancreático avançado, tratamento ambulatorial na UBS, sistema SUS, com necessidade de analgesia opioide crônica. A dor oncológica em câncer de pâncreas é frequentemente intensa e de difícil controle, e a morfina é considerada padrão-ouro. O fato de ele estar bem controlado há 3 meses, sem efeitos adversos significativos, reforça que o tratamento está adequado e deve ser mantido.

Portanto, a conduta correta é prescrever em Receita de Controle Especial em duas vias (Receita Branca), para até 30 dias de tratamento, conforme preconizado pela RDC 202/2002. Não há necessidade da Notificação de Receita A nesse contexto específico, justamente para simplificar e humanizar o acesso ao tratamento.

Alternativa A

Esta é exatamente a conduta preconizada pela RDC ANVISA nº 202/2002 para o contexto específico de cuidados paliativos e tratamento da dor crônica no SUS. A Receita de Controle Especial em duas vias (Receita Branca) substitui a Notificação de Receita A (Amarela) nessa situação, mantendo-se o limite de validade de até 30 dias. Essa flexibilização foi criada justamente para facilitar o acesso dos pacientes em situação de vulnerabilidade a analgésicos adequados, sem burocracias desnecessárias que poderiam comprometer a continuidade do tratamento.

Alternativa B

Reflete a regra geral para prescrição de morfina fora do contexto SUS/cuidados paliativos. De fato, morfina é substância da Lista A1 e, em situações comuns, exigiria Notificação de Receita A (Amarela). Porém, a afirmação de que seria "vedado o uso de Receita de Controle Especial no SUS" está incorreta: a RDC 202/2002 permite expressamente esse tipo de receituário para morfina, metadona e codeína quando prescritas em programas de assistência à dor e cuidados paliativos no SUS. Muitos candidatos erram aqui por aplicarem automaticamente a regra geral sem reconhecer a exceção normativa aplicável ao caso.

Alternativa C

A Notificação de Receita B1 (Azul) é destinada a psicotrópicos, como benzodiazepínicos (diazepam, clonazepam) e outros ansiolíticos/hipnóticos. Morfina, por ser um opioide/entorpecente, pertence à Lista A1 e jamais seria prescrita em Receita B1. Essa alternativa é facilmente eliminável para quem conhece a classificação básica das substâncias controladas: A (amarela) para entorpecentes, B (azul) para psicotrópicos.

Alternativa D

A RDC 202/2002 não alterou o prazo máximo de tratamento, que permanece de até 30 dias tanto para a Notificação de Receita A quanto para a Receita de Controle Especial. Não existe previsão legal para estender a validade para 60 dias, mesmo em casos de uso crônico ou cuidados paliativos. O limite de 30 dias é uma medida de controle sanitário que se mantém em todas as situações.

Visão do aprovado

Questões sobre prescrição de medicamentos controlados costumam aparecer em dois formatos nas provas: ou testam o conhecimento da regra geral (qual tipo de receituário para cada classe de substância), ou exploram as exceções normativas que flexibilizam essas regras em contextos específicos. Esta questão é do segundo tipo, e a pegadinha clássica aqui está em aplicar automaticamente a regra geral sem reconhecer os sinalizadores que indicam a exceção aplicável. **Os elementos-chave que devem acender o alerta para aplicação da RDC 202/2002 são: contexto SUS + cuidados paliativos + opioide (morfina, metadona ou codeína) + tratamento ambulatorial.** Quando esses quatro elementos aparecem juntos no enunciado, a exceção se sobrepõe à regra geral.

A confusão mais frequente entre candidatos ocorre com os tipos de Notificação de Receita, especialmente entre A (amarela, entorpecentes) e B1 (azul, psicotrópicos). Bancas exploram isso colocando alternativas que misturam cores e classes farmacológicas. Uma dica rápida para não errar: *opioides sempre pertencem à lista A, benzodiazepínicos e ansiolíticos à lista B*. Outra armadilha recorrente é sobre prazos de validade, com alternativas que estendem para 60 ou 90 dias em situações de uso crônico, algo que não tem amparo legal mesmo em cuidados paliativos.

Vale destacar que questões de legislação sanitária em provas de residência frequentemente exigem conhecimento de resoluções específicas da ANVISA que modificam portarias anteriores, testando se o candidato está atualizado sobre flexibilizações criadas para contextos assistenciais especiais. **A RDC 202/2002 é um exemplo clássico desse padrão**, assim como outras resoluções que facilitam o acesso a tratamentos em situações de vulnerabilidade.

Questão 39

Uma equipe de Saúde da Família atua em território que inclui um acampamento de 120 famílias romani (ciganas) estabelecido há 8 meses na periferia do município. Durante análise da cobertura vacinal, identifica-se que apenas 35% das crianças de 1 a 4 anos do acampamento receberam a tríplice viral, contrastando com 89% na área urbana circundante. A vigilância epidemiológica confirma 3 casos suspeitos de sarampo em municípios vizinhos. Em visita inicial ao acampamento, o médico de família observa que as lideranças comunitárias demonstram desconfiança em relação às autoridades sanitárias, relatando experiências prévias de discriminação em serviços de saúde e temores sobre efeitos adversos das vacinas baseados em rumores disseminados nas redes sociais. O líder comunitário afirma: "Nosso povo já sofreu muito nas mãos de quem diz querer nos ajudar. Como sabemos que essas vacinas não vão prejudicar nossos filhos?". Várias mães presentes confirmam receios similares e questionam a real necessidade da imunização. Qual estratégia deve ser adotada pela equipe de Saúde da Família para aumentar a cobertura vacinal nesta população?

- A. Adiar a vacinação no acampamento e focar nas buscas ativas na população urbana circundante até que as lideranças ciganas procurem espontaneamente a UBS.
- B. Agendar um "Dia D" de vacinação no acampamento com apoio da vigilância epidemiológica, notificando o conselho tutelar caso haja recusa dos pais.
- C. Organizar rodas de conversa com lideranças comunitárias, incluindo mediadores culturais e explicações adaptadas às crenças locais.
- D. Implementar campanha educativa intensiva com materiais padronizados do Ministério da Saúde, focando em evidências científicas.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: C

Comentário da questão

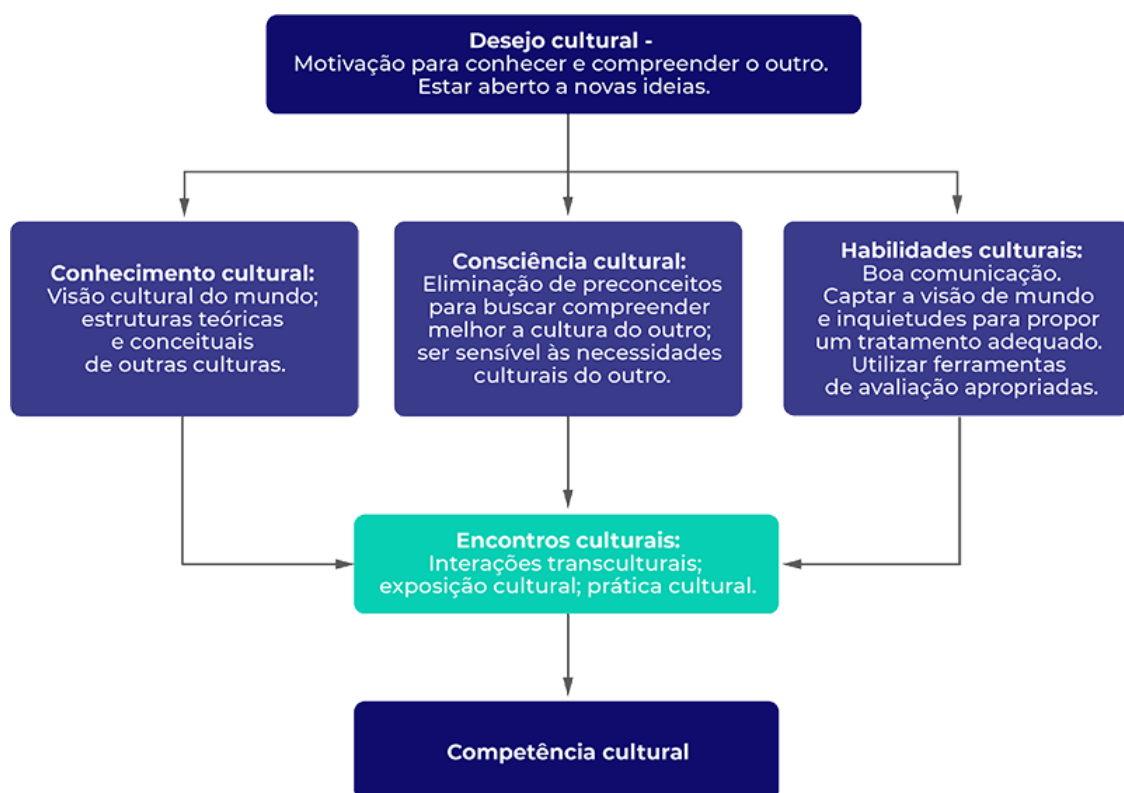
Introdução

Este caso nos coloca diante de um desafio que vai além da simples oferta de vacinas: **como construir confiança com uma população que tem razões históricas legítimas para desconfiar das autoridades sanitárias?** A comunidade romani apresentada não está apenas "desinformada" sobre vacinas, ela carrega uma história de discriminação que torna a fala do líder reveladora: "Nosso povo já sofreu muito nas mãos de quem diz querer nos ajudar". Temos aqui cobertura vacinal de 35% versus 89% na área urbana, mas esse dado quantitativo esconde uma questão qualitativa profunda: desconfiança baseada em experiências

prévias de discriminação somada a temores alimentados por desinformação nas redes sociais.

A chave para resolver esta questão está em reconhecer o conceito de *competência cultural*, um dos atributos derivados da Atenção Primária à Saúde. Não se trata de "respeitar diferenças culturais" de forma passiva, mas de desenvolver habilidades para estabelecer comunicação interpessoal efetiva que supere essas diferenças. A competência cultural exige que a equipe de saúde se adapte às características culturais da população, não o contrário. Isso implica em:

- Escuta qualificada da história de luta da comunidade
- Reconhecimento de que as barreiras não são apenas "falta de informação"
- Construção de relações de confiança antes de intervenções técnicas
- Envolvimento de lideranças comunitárias como parceiras (não como obstáculos)



Temos também uma tensão ética importante: de um lado, o respeito à autonomia cultural da comunidade; de outro, a responsabilidade de proteger crianças vulneráveis (beneficência) e garantir equidade no acesso à saúde (justiça). A presença de casos suspeitos de sarampo em municípios vizinhos aumenta a urgência, mas não justifica qualquer abordagem: precisamos de uma estratégia que seja ao mesmo tempo efetiva e eticamente adequada. A literatura mostra que **hesitação vacinal em populações vulneráveis não se resolve com mais informação técnica ou com imposição legal, mas sim com construção de vínculos, mediação cultural e diálogo genuíno**. As lideranças comunitárias presentes são um ativo fundamental: elas são mediadoras naturais en-

tre a equipe e a comunidade, e seu engajamento é essencial para qualquer estratégia bem-sucedida.

Alternativa A

Alternativa A - Incorreta. Adiar a vacinação no acampamento e focar nas buscas ativas na população urbana até que as lideranças procurem espontaneamente a UBS representa abandono de uma população vulnerável, não respeito à autonomia cultural. Aqui está o erro conceitual que muitos candidatos cometem: confundir competência cultural com omissão. Esperar que a comunidade procure espontaneamente a unidade ignora que as barreiras são justamente relacionais e de desconfiança, elas não desaparecerão magicamente sem uma ação proativa da equipe. Além disso, essa estratégia perpetua a iniquidade em saúde ao concentrar recursos apenas na população urbana de mais fácil acesso, deixando crianças romani sem proteção contra sarampo em momento de risco epidemiológico. A equipe tem responsabilidade de buscar estratégias que superem as barreiras, não de desistir diante delas. Competência cultural exige adaptação ativa da equipe, não passividade.

Alternativa B

Alternativa B - Incorreta. Organizar um "Dia D" de vacinação com notificação ao conselho tutelar em caso de recusa é a antítese da competência cultural e seria profundamente contraproducente. Essa abordagem trata o problema como se fosse apenas administrativo ou legal, quando na verdade ele é relacional e cultural. Usar coerção institucional (notificação ao conselho tutelar) em uma comunidade que já tem histórico de discriminação e desconfiança das autoridades só aprofundaria essas feridas históricas e tornaria qualquer trabalho futuro da equipe praticamente impossível. A comunidade romani já expressou claramente: "já sofreu muito nas mãos de quem diz querer nos ajudar", aplicar medidas coercitivas confirmaria exatamente esse medo e validaria a desconfiança. É uma medida desproporcional quando temos outras estratégias disponíveis, especialmente considerando que há lideranças organizadas dispostas ao diálogo. A vacinação compulsória pode existir em lei, mas deve ser último recurso absoluto, não primeira linha quando há possibilidade de construção de vínculo.

Alternativa C

Alternativa C - CORRETA. Organizar rodas de conversa com lideranças comunitárias, incluindo mediadores culturais e explicações adaptadas às crenças locais é a estratégia que melhor incorpora os princípios da competência cultural. Vamos destrinchar por que essa é a melhor abordagem:

- *Rodas de conversa* são metodologias participativas que constroem conhecimento de forma horizontal, não vertical, essencial para população que desconfia de autoridades impostas

- *Envolvimento das lideranças* reconhece e valoriza a organização social da comunidade, transformando potenciais "resistências" em parceiros ativos do cuidado
- *Mediadores culturais* facilitam a tradução não apenas de idiomas, mas de códigos culturais, crenças e valores, servindo de ponte entre o modelo biomédico e as concepções locais de saúde e doença
- *Explicações adaptadas às crenças locais* significa partir do que a comunidade já sabe e acredita, não impor um modelo puro

Essa estratégia constrói confiança antes de buscar mudança de comportamento, e é exatamente isso que a literatura mostra ser a única forma efetiva de aumentar cobertura vacinal em populações com hesitação cultural fundamentada em discriminação histórica.

Alternativa D

Alternativa D - Incorreta. Implementar campanha educativa intensiva com materiais padronizados do Ministério da Saúde, focando em evidências científicas, representa o erro clássico do "modelo deficit": presumir que resistência à vacinação é simplesmente falta de informação científica. Essa é a pegadinha mais atraente da questão, porque parece tecnicamente correta, afinal, os materiais do MS são baseados em evidências e muitos candidatos confiam nessa autoridade técnica. Porém, a comunidade não está dizendo "não entendemos o que são vacinas", mas sim "não confiamos em quem oferece essas vacinas". As barreiras aqui são culturais, históricas e relacionais, não cognitivas. Materiais padronizados não foram desenvolvidos para a população romani, não consideram suas especificidades culturais e podem até reforçar a sensação de que a equipe não se importa com suas particularidades. "Focar exclusivamente em evidências científicas" desconsidera que crenças, valores e experiências históricas também são legítimas e precisam ser endereçadas no diálogo. Sem construir confiança primeiro, informação técnica, por mais cientificamente correta que seja, simplesmente não será absorvida.

Visão do aprovado

Nas provas de Medicina de Família e Saúde Coletiva, questões envolvendo populações vulneráveis com baixa cobertura vacinal costumam seguir um padrão: apresentam um contexto de urgência sanitária (aqui, casos suspeitos de sarampo) combinado com barreiras culturais ou sociais. A banca testa se o candidato consegue equilibrar a urgência epidemiológica com a abordagem eticamente adequada. O erro mais comum é escolher alternativas que parecem "resolver rápido" o problema de saúde pública, ignorando que abordagens inadequadas podem piorar a situação a longo prazo.

A alternativa A é uma armadilha sutil que explora a confusão entre dois conceitos: respeitar a autonomia cultural versus abandonar uma população vulnerável. Muitos candidatos interpretam "não forçar a vacinação" como sinônimo de "esperar procura espontânea", quando na verdade competência cultural exige busca ativa adaptada, não passividade.

Essa pegadinha aparece em variações: questões sobre populações indígenas, comunidades quilombolas ou grupos religiosos que recusam intervenções. O discriminador é sempre perguntar: "a equipe está se adaptando à cultura do outro ou apenas desistindo?"

A alternativa B é ainda mais traiçoeira porque o contexto de risco epidemiológico cria sensação de urgência que justificaria medidas mais incisivas. Candidatos frequentemente raciocinam: "se há risco iminente, posso usar conselho tutelar para proteger as crianças". Porém, a questão testa justamente se você reconhece que coerção institucional em população com histórico de discriminação não apenas falha em aumentar cobertura vacinal como destrói qualquer possibilidade futura de vínculo. Esse padrão aparece em questões sobre recusa vacinal, recusa de transfusão sanguínea por Testemunhas de Jeová, ou resistência a tratamentos por grupos religiosos: a urgência clínica nunca justifica coerção como primeira estratégia quando há possibilidade de diálogo.

O reconhecimento rápido na prova passa por identificar no enunciado a presença de lideranças organizadas dispostas ao diálogo. Quando o caso explicita que há estrutura comunitária e possibilidade de conversa, qualquer alternativa que sugira omissão ou coerção está automaticamente descartada. A resposta será sempre a que constrói pontes através de mediação cultural, independentemente da urgência sanitária apresentada.

Referência bibliográfica

- DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J.; DUNCAN, Michael Schmidt; GIUGLIANI, Camila. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Questão 40

Paciente masculino, 24 anos, comparece à UBS para tratamento de sífilis secundária. Após aplicação intramuscular de penicilina benzatina 2.400.000 UI na sala de medicação, permanece em observação conforme protocolo. Cerca de 8 minutos depois, refere prurido intenso e apresenta placas urticariformes generalizadas. Em seguida, desenvolve estridor laríngeo, dispneia intensa com sibilos bilaterais audíveis e sudorese profusa. Exame físico: PA = 70x40 mmHg, FC = 120 bpm, FR = 28 irpm, SatO₂ = 88% em ar ambiente. Paciente consciente, ansioso, com dificuldade para falar. A UBS não possui UTI móvel nem suporte ventilatório avançado, e o SAMU foi acionado com previsão de chegada em 25 minutos. Qual a conduta imediata neste momento?

- A.** Adrenalina 0,3 mg por via subcutânea na região deltoide, associada a hidrocortisona 500 mg intravenosa e oxigênio nasal.
- B.** Adrenalina 1,0 mg intravenosa direta em bolus, prometazina 25 mg intramuscular e expansão volêmica com soro fisiológico.
- C.** Adrenalina 0,5 mg intramuscular no músculo vasto lateral da coxa, oxigênio por máscara com reservatório e acesso venoso.
- D.** Prometazina 25 mg IM e hidrocortisona 500 mg IV de imediato, aguardando 10 minutos para aplicar adrenalina 0,5 mg IM caso não haja melhora do estridor.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

Nosso paciente de 24 anos desenvolveu, apenas 8 minutos após receber penicilina benzatina, um quadro que reúne acometimento de três sistemas simultaneamente: cutâneo (urticária generalizada), respiratório (estridor laríngeo + sibilos + hipoxemia com SatO₂ 88%) e cardiovascular (choque com PA 70x40 mmHg). O diagnóstico é cristalino. Mas aqui está o ponto crucial que essa questão testa: saber que é anafilaxia e que precisa de adrenalina não basta. Precisamos saber *exatamente* como administrar essa medicação, porque erros técnicos na dose, via ou local de aplicação podem ser tão fatais quanto não aplicar.

Vamos confirmar rapidamente o diagnóstico. A anafilaxia é definida pelo início agudo (minutos a poucas horas) de manifestações sistêmicas envolvendo dois ou mais órgãos após exposição a um gatilho conhecido. Nosso paciente preenche todos os critérios: (1) pele/mucosas (urticária com prurido intenso); (2) sistema respiratório (estridor indicando edema de laringe, sibilos indicando broncoespasmo, e dessaturação); (3) sistema cardiovascular (hipotensão grave caracterizando choque distributivo, com taquicardia compensatória). O tempo de 8 minutos e a exposição clara à penicilina fecham o diagnóstico.

Agora, o que define sobrevivência ou morte neste momento: adrenalina intramuscular imediata. Por que a adrenalina é insubstituível? Porque ela é a única droga que atua simultaneamente em *todos* os mecanismos fisiopatológicos da anafilaxia através de seus efeitos alfa e beta-adrenérgicos: vasoconstrição periférica (reverte o choque distributivo restaurando a pressão arterial), broncodilatação (reverte o broncoespasmo), estabilização de mastócitos (interrompe a cascata inflamatória bloqueando a liberação de mais mediadores) e redução do edema de mucosas (alivia a obstrução de via aérea superior). Anti-histamínicos, corticoides e broncodilatadores são adjuvantes que podem comple-

mentar o tratamento, mas *nenhum deles* substitui a adrenalina na fase aguda.

Mas atenção: não basta saber que é adrenalina. **Três detalhes técnicos são fundamentais** e aparecem como armadilhas nas alternativas. Primeiro, a dose: 0,3 a 0,5 mg da solução 1:1.000 (que equivale a 1 mg/mL) em adultos. Para um quadro tão grave como este, a dose de 0,5 mg é mais apropriada. Segundo, a via: intramuscular, **NÃO** subcutânea. A via IM garante absorção rápida e níveis plasmáticos confiáveis, especialmente importante em pacientes em choque, onde a vasoconstrição periférica prejudica ainda mais a absorção subcutânea. Terceiro, o local: músculo vasto lateral da coxa (terço médio anterolateral), **NÃO** o deltoide. Estudos farmacocinéticos demonstram que a aplicação na coxa resulta em pico plasmático mais rápido e concentrações mais elevadas que a aplicação no braço.

Um erro gravíssimo que precisa ser destacado: adrenalina 1:1.000 (1 mg/mL) **NUNCA** deve ser administrada em bolus intravenoso direto fora do contexto de parada cardiorrespiratória. Em um paciente com pulso presente, como o nosso, essa conduta causa arritmias ventriculares potencialmente fatais, picos hipertensivos severos e isquemia miocárdica. A dose de 1,0 mg IV em bolus é protocolo de PCR, não de anafilaxia. Se houver necessidade de adrenalina IV contínua em anafilaxia refratária (situação rara), usa-se infusão contínua diluída, nunca bolus da concentração 1:1.000.

Além da adrenalina, as medidas de suporte imediatas incluem: oxigênio suplementar em alto fluxo (nosso paciente está com SatO₂ 88%, idealmente por máscara com reservatório) e acesso venoso calibroso (para expansão volêmica vigorosa se o choque não responder à adrenalina). Anti-histamínicos e corticoides podem ser administrados como adjuvantes para prevenir reações bifásicas (que ocorrem em até 20% dos casos nas primeiras 8 horas), mas **jamaís devem ser priorizados** sobre a adrenalina ou atrasar sua administração, pois não agem nos mecanismos agudos da anafilaxia: corticoides demoram 4 a 6 horas para iniciar ação, e anti-histamínicos não revertem broncoespasmo ou choque.

Portanto, a conduta correta e que maximiza as chances de sobrevivência é: adrenalina 0,5 mg intramuscular no vasto lateral da coxa, oxigênio por máscara com reservatório e acesso venoso calibroso. Esta é uma conduta que pode ser realizada em qualquer UBS e deve ser implementada *imediatamente*, sem aguardar a chegada do SAMU.

Alternativa A

Esta alternativa contém o medicamento correto (adrenalina) e uma das medidas de suporte adequadas (hidrocortisona e oxigênio), mas comete **dois erros técnicos importantes** que comprometem a eficácia do tratamento. Primeiro, a via subcutânea é significativamente inferior à intramuscular, especialmente em um paciente em choque. A vasoconstrição periférica característica do choque reduz ainda mais o já lento fluxo

sanguíneo subcutâneo, tornando a absorção errática e imprevisível: exatamente quando precisamos de níveis plasmáticos rápidos e confiáveis. Segundo, a região deltoide não é o local ideal; estudos farmacocinéticos mostram que a aplicação no músculo vasto lateral da coxa proporciona pico de concentração mais precoce e níveis plasmáticos superiores. Além disso, a dose de 0,3 mg, embora dentro da faixa recomendada (0,3-0,5 mg), está no limite inferior para um quadro tão grave. Em resumo: o raciocínio está parcialmente correto (adrenalina + suporte), mas a execução técnica é inadequada para uma emergência desta magnitude.

Alternativa B

Esta alternativa representa **uma iatrogenia grave** que pode matar o paciente. Administrar 1,0 mg de adrenalina na concentração 1:1.000 em bolus intravenoso direto é uma conduta reservada *exclusivamente* para a parada cardiorrespiratória, onde o paciente está em assistolia, AESP ou FV/TV sem pulso. Em um paciente com pulso presente, como o nosso (FC = 120 bpm), essa dose e via induzem arritmias ventriculares potencialmente fatais (taquicardia ventricular, fibrilação ventricular), picos hipertensivos severos (podendo causar AVE hemorrágico ou dissecação aórtica) e isquemia miocárdica aguda (pelo aumento abrupto do consumo de oxigênio miocárdico). Este é um erro conceitual que confunde protocolos de PCR com protocolos de anafilaxia. Na prática clínica, é uma conduta que transforma uma emergência tratável em uma catástrofe iatrogênica.

Alternativa C

Esta é a conduta correta e representa exatamente o que as diretrizes nacionais e internacionais recomendam para anafilaxia grave. Temos a **dose adequada de adrenalina** (0,5 mg está no topo da faixa recomendada, apropriado para um quadro de tal gravidade), pela via ideal (intramuscular, garantindo absorção rápida e níveis plasmáticos confiáveis mesmo em choque), no local correto (vasto lateral da coxa, que proporciona os melhores níveis plasmáticos), acompanhada das medidas de suporte essenciais (oxigênio em alto fluxo para corrigir a hipoxemia e acesso venoso calibroso para eventual expansão volêmica vigorosa, que pode ser necessária devido ao extravasamento capilar maciço). Esta conduta pode ser realizada imediatamente em qualquer UBS, não depende de recursos avançados, e deve ser implementada sem esperar a chegada do SAMU. É a única opção que maximiza as chances de sobrevivência do paciente.

Alternativa D

Esta alternativa comete o **erro conceitual mais perigoso em anafilaxia**: priorizar medicações adjuvantes e atrasar a adrenalina. Oferecer apenas prometazina (anti-histamínico) e hidrocortisona (corticoide) "de imediato", aguardando 10 minutos para "ver se melhora" antes de aplicar adrenalina, demonstra não compreender a fisiopatologia e a urgência da anafilaxia. Anti-histamínicos podem aliviar urticária e prurido,

mas não reverterem broncoespasmo, edema de laringe ou choque. Corticoides podem prevenir reações bifásicas tardias, mas seu início de ação demora 4 a 6 horas: são absolutamente inúteis na fase aguda. Enquanto aguardamos esses 10 minutos com medicações ineficazes para os mecanismos agudos, nosso paciente pode progredir para obstrução completa de via aérea (pelo edema progressivo de laringe) ou colapso cardiovascular irreversível. Retardar a administração de adrenalina é a principal causa de mortalidade evitável em anafilaxia. Esta conduta representa erro de priorização fatal.

Visão do aprovado

Nas provas de medicina de família e emergência, anafilaxia costuma ser cobrada em dois grandes formatos: ou como reconhecimento diagnóstico direto (instalação aguda + múltiplos sistemas acometidos), ou como teste de execução técnica da conduta correta. Esta questão pertence ao segundo tipo, onde a banca assume que reconhecemos anafilaxia e testa se sabemos aplicar adrenalina corretamente. A armadilha clássica é confundir os protocolos: dose de 1 mg IV em bolus é PCR, não anafilaxia com pulso presente. Memorize esse discriminador, pois aparece frequentemente como distrator em questões de emergência.

Outro padrão recorrente é testar a priorização temporal das drogas. **Bancas adoram colocar anti-histamínico e corticoide** como conduta inicial plausível, contando com candidatos que sabem que essas medicações fazem parte do tratamento mas não dominam a sequência de prioridade absoluta. A pegadinha é sutil: não dizem que prometazina ou hidrocortisona estão erradas, apenas invertem a ordem ou sugerem aguardar resposta antes da adrenalina. Esse atraso proposital de poucos minutos é testado repetidamente porque reflete o erro fatal da prática real.

Quanto à técnica de aplicação, via subcutânea no deltoide é o distrator mais comum para candidatos que sabem que adrenalina é a droga certa mas não estudaram farmacocinética aplicada. Em contexto de prova, sempre que virem "SC" ou "deltoide" em anafilaxia, descartem imediatamente. O padrão-ouro IM na coxa aparece em praticamente todas as diretrizes modernas e é cobrado com frequência crescente desde que estudos demonstraram superioridade farmacocinética nos anos 2000.

Questão 41

Criança indígena de 2 anos é trazida pela família à Unidade Básica de Saúde Indígena após 3 dias de diarreia aquosa, sem sangue ou muco. A mãe relata que procurou primeiro o pajé da aldeia, que realizou rituais tradicionais de cura. A criança apresenta irritabilidade, olhos fundos, mucosas secas e sinal da prega cutânea positivo. Peso atual: 9,2 kg (percentil 3), com histórico de desnutrição pregressa. Frequência cardíaca: 140 bpm, temperatura: 37,8°C. A família menciona que o pajé orientou

continuar com ervas medicinais e que a criança deve se manter próxima aos elementos sagrados da aldeia. Os Agentes Indígenas de Saúde acompanham a consulta e traduzem as orientações. Não há sinais de desidratação grave ou choque. Qual a conduta médica mais adequada neste caso?

- A.** Iniciar antibioticoterapia oral e suspender as práticas tradicionais durante o tratamento.
- B.** Prescrever solução oral de reidratação e suplementação de zinco, mantendo as práticas tradicionais.
- C.** Encaminhar imediatamente para internação hospitalar devido ao estado nutricional deficitário.
- D.** Aguardar evolução natural da doença respeitando exclusivamente os métodos tradicionais indígenas.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui uma questão que vai muito além do manejo técnico da diarreia aguda: ela nos coloca diante de um **dilema fundamental da saúde indígena**: como oferecer o melhor cuidado baseado em evidências sem desrespeitar práticas culturais tradicionais? A resposta está em entender que não há conflito entre ciência e respeito cultural quando sabemos integrá-los adequadamente.

Vamos começar pela análise clínica. Nossa paciente tem 2 anos e apresenta **diarreia aquosa há 3 dias**, sem sangue ou muco: isso já nos diz que provavelmente estamos diante de uma diarreia não invasiva, muito provavelmente viral ou por toxinas bacterianas, que não requer antibioticoterapia. O ponto crucial aqui é classificar o grau de desidratação, porque é isso que vai determinar nossa conduta.

A criança apresenta **múltiplos sinais de desidratação**: irritabilidade (alteração do estado mental), olhos fundos, mucosas secas e sinal da prega cutânea positivo. Segundo a classificação do Ministério da Saúde, quando temos dois ou mais sinais desses, estamos diante de uma desidratação moderada (Plano B). A questão reforça explicitamente que não há sinais de desidratação grave ou choque, o que descarta o Plano C. Portanto, nossa conduta base será a terapia de reidratação oral supervisionada.

Classificação da Desidratação em Diarreia Aguda

- **Plano A (sem desidratação):** ausência de sinais ou apenas 1 sinal: conduta domiciliar com orientação
- **Plano B (desidratação moderada):** 2 ou mais sinais (olhos fundos, mucosas secas, irritabilidade, prega cutânea lenta): TRO supervisionada no serviço de saúde
- **Plano C (desidratação grave):** letargia/inconsciência, hipotensão, sinais de choque: hidratação venosa urgente

Mas tem mais. Para **toda criança menor de 5 anos com diarreia aguda**, devemos adicionar suplementação com zinco (20 mg/dia para crianças de 6 meses a 5 anos, por 10 a 14 dias). O zinco participa de múltiplas funções enzimáticas e imunológicas, e sua suplementação reduz a duração do episódio diarreico, diminui o risco de persistência além de 7 dias e previne novos episódios nos 3 meses seguintes. Esse é um componente essencial do tratamento que muitos candidatos esquecem.

Agora vem a parte culturalmente sensível. A família consultou o pajé primeiro, há rituais tradicionais em curso, e o pajé orientou ervas medicinais. O erro grave seria pensar em dois extremos: ou **suspender as práticas tradicionais** (desrespeitando a cultura e provavelmente perdendo a confiança da família), ou abandonar completamente o tratamento científico em nome de um relativismo cultural perigoso. A conduta correta é a integração: oferecemos SRO e zinco (tratamento com evidência sólida de eficácia e segurança) **MANTENDO** as práticas tradicionais que não causam dano. Não há conflito entre tomar SRO e participar dos rituais de cura.

O percentil 3 de peso pode assustar alguns candidatos, mas é importante entender: a **desnutrição pregressa não muda nossa conduta imediata** neste caso. A criança tem desidratação moderada (não grave), está consciente, sem sinais de choque. O Plano B pode ser realizado ambulatorialmente. A desnutrição será abordada no seguimento, com estratégias nutricionais específicas, mas não é indicação de internação urgente aqui.

A presença dos **Agentes Indígenas de Saúde** é fundamental: eles fazem a ponte cultural, traduzem não apenas o idioma mas os contextos, e ajudam a família a compreender que o tratamento médico e as práticas tradicionais podem caminhar juntos. Esse é o modelo de competência cultural em saúde: respeitar, dialogar e integrar, sem relativizar riscos reais à saúde.

Alternativa A

Essa alternativa erra em dois pontos fundamentais. Primeiro, **antibioticoterapia não está indicada** para diarreia aquosa sem sangue ou muco: estamos provavelmente diante de uma etiologia viral, e antibióticos seriam inúteis e potencialmente prejudiciais (aumentam risco de resistência, podem causar efeitos adversos). Segundo, e talvez mais grave

do ponto de vista ético, suspender as práticas tradicionais é desnecessário e desrespeitoso. Os rituais e ervas medicinais não interferem com a eficácia da SRO e do zinco. Exigir que a família abandone suas práticas culturais como condição para o tratamento é uma forma de violência cultural que pode levar à perda de confiança no serviço de saúde e ao abandono do tratamento. Competência cultural significa integrar, não excluir.

Alternativa B

Esta é a conduta que integra perfeitamente o melhor tratamento baseado em evidências com o respeito às práticas culturais. A solução oral de reidratação (SRO) é o tratamento padrão-ouro para desidratação moderada (Plano B), com eficácia comprovada em reduzir morbimortalidade. A suplementação com zinco (20 mg/dia por 10-14 dias) é recomendação do Ministério da Saúde e da OMS para todas as crianças menores de 5 anos com diarreia aguda. E o componente essencial: manter as práticas tradicionais. Não há conflito entre a criança receber SRO e zinco E participar dos rituais de cura do pajé, permanecer próxima aos elementos sagrados da aldeia, ou usar as ervas medicinais orientadas (desde que não sejam tóxicas ou causem dano direto). Essa abordagem respeita a autonomia da família, reconhece a importância da medicina tradicional indígena na cosmovisão do povo, e garante que a criança receba o tratamento com eficácia comprovada. É o exemplo perfeito de como a saúde indígena deve funcionar dentro do SUS.

Alternativa C

O peso no percentil 3 pode assustar e fazer você pensar: "criança desnutrida com diarreia, melhor internar logo!" Mas vamos com calma. A questão deixa explícito que não há sinais de desidratação grave ou choque: a criança está com desidratação moderada (Plano B). O Plano B é realizado ambulatorialmente, com TRO supervisionada no serviço de saúde por algumas horas, e depois alta com orientações. A desnutrição pregressa é um achado importante que deve ser abordado no seguimento (suplementação nutricional, acompanhamento do crescimento), mas não é, por si só, indicação de internação hospitalar neste momento. Internar desnecessariamente expõe a criança a riscos hospitalares (infecções nosocomiais), afasta a família de sua comunidade, e pode gerar desconfiança em relação ao serviço de saúde. A internação seria indicada se houvesse desidratação grave (Plano C), vômitos incoercíveis que impedem TRO, ou complicações associadas: nada disso está presente aqui.

Alternativa D

Este é o outro extremo perigoso. **Respeitar práticas tradicionais não significa abandonar tratamento eficaz.** Aguardar a evolução natural sem oferecer SRO e zinco é colocar a criança em risco real de evolução para desidratação grave, choque e óbito: riscos completamente evitáveis com intervenções simples, seguras e eficazes. A competência cultural não é relativismo extremo; é a capacidade de integrar diferentes

sistemas de conhecimento respeitando a autonomia da família, mas sem abrir mão da responsabilidade profissional de oferecer o melhor cuidado disponível. O modelo correto de saúde indígena, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, é a articulação entre medicina tradicional e medicina científica, não a exclusão de uma em favor da outra. Esta alternativa representaria negligência médica disfarçada de respeito cultural.

Visão do aprovado

Nas provas de residência, questões sobre saúde indígena seguem um padrão bem definido: elas integram um caso clínico relativamente simples (geralmente diarreia, pneumonia ou desnutrição) com um dilema de competência cultural. A armadilha clássica é apresentar a medicina tradicional e a medicina científica como excludentes, forçando o candidato a escolher um lado. A banca espera que você reconheça que **não há conflito desde que as práticas tradicionais não causem dano direto**. Esse formato já apareceu em outras provas com populações quilombolas e ribeirinhas, sempre testando se o médico consegue respeitar autonomia cultural sem abrir mão de intervenções com evidência sólida.

A pegadinha do estado nutricional deficitário merece atenção especial. Percentil 3 assusta, e a banca sabe disso. O erro é achar que **desnutrição pregressa mais quadro agudo sempre equivale a internação automática**. O discriminador real é a gravidade do quadro atual, não o histórico nutricional. Se a criança está estável para Plano B (consciente, sem choque, aceita via oral), a desnutrição será abordada no seguimento ambulatorial. Internar por precaução é conduta defensiva que expõe a riscos desnecessários e cai muito em provas como distrator.

Outro ponto recorrente: quando a questão menciona presença de Agentes Indígenas de Saúde ou profissionais que fazem ponte cultural, isso é um sinal de que a resposta correta envolve **diálogo e integração, nunca imposição ou abandono**. A alternativa que usa verbos como suspender práticas tradicionais ou aguardar evolução natural costuma estar errada. Procure termos como manter, articular, integrar: eles geralmente indicam a conduta adequada nesse tipo de contexto.

Questão 42

Homem de 58 anos, contador, em avaliação ambulatorial por PA elevada há 6 meses, com cefaleia matinal e cansaço aos esforços. Portador de DM2 há 4 anos (metformina 850 mg 2x/dia, HbA1c 9,2%). História familiar de IAM (pai) e DM2 (mãe). Nega tabagismo e etilismo. Refere alergia à sulfa. Exame: peso 89 kg, altura 1,75 m (IMC 29), PA 168/104 mmHg confirmada em nova aferição e em MRPA domiciliar (média 158/98), FC 78 bpm, ausculta normal, sem sopros, fundoscopia com estreitamento arteriolar. Exames anexados abaixo. Em relação ao caso exposto, e considerando o perfil clínico do paciente, qual a conduta inicial mais adequada?

Exame	Resultado	Valor de referência
Creatinina sérica	1,1 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
TFGe (CKD-EPI)	78 mL/min/1,73m ²	≥ 90 mL/min/1,73m ²
Potássio sérico	4,2 mEq/L	3,5 a 5,0 mEq/L
Sódio sérico	142 mEq/L	135 a 145 mEq/L
Glicemia de jejum	142 mg/dL	70 a 99 mg/dL
LDL colesterol	192 mg/dL	< 100 mg/dL
Relação albumina/creatinina urinária (RAC)	180 mg/g	< 30 mg/g

- A.** Iniciar losartana em monoterapia e reavaliar em 4 semanas.
- B.** Iniciar losartana associada a anlodipino.
- C.** Iniciar hidroclorotiazida associada a anlodipino.
- D.** Iniciar losartana associada a hidroclorotiazida.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

PA 168/104 mmHg confirmada em múltiplas aferições, DM2 há 4 anos, estreitamento arteriolar à fundoscopia (lesão de órgão-alvo) e história familiar de IAM caracterizam HAS estágio 2 em paciente de alto risco cardiovascular. Esse perfil exige terapia combinada inicial com duas classes de anti-hipertensivos, não monoterapia. Diabetes indica bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona com IECA ou BRA (losartana) pelo efeito nefroprotetor dessas classes. A escolha da segunda droga deve considerar a alergia à sulfa referida pelo paciente.

Muitos alunos devem ter quebrado cabeça: "mas losartana + anlodipino ou losartana + hidroclorotiazida representam combinações plausíveis para manejo de hipertensão considerando fármacos de primeira linha". Sim! Mas aqui vem a sacada da questão: precisamos olhar com carinho para os dados do enunciado em busca de informações críticas que podem induzir nossa escolha.

O enunciado informa que o paciente **refere alergia à sulfa**. De acordo com a bula aprovada pelo FDA, a hidroclorotiazida apresenta duas **contraindicações formais: anúria e hipersensibilidade à hidroclorotiazida ou a outras sulfonamidas** (o fármaco é derivado de sulfonamida). Com isso, a conduta inicial MAIS adequada deve levar em consideração esse

antecedente pessoal importante (essa informação não estaria no enunciado atoa!).

Há um segundo nível de cautela: **HbA1c de 9,2%** revela diabetes claramente mal controlado, e o perfil lipídico está descompensado (LDL elevado, conforme exames anexados). Tiazídicos podem piorar discretamente o controle glicêmico e lipídico, efeitos metabólicos indesejáveis neste contexto. Bloqueadores de canal de cálcio (anlodipino), por outro lado, não possuem efeitos metabólicos adversos e oferecem excelente sinergia com BRA. A combinação losartana + anlodipino é, portanto, a escolha mais adequada: atende à necessidade de bloqueio do SRAA (nefroproteção em diabético), evita o risco de reação à sulfa e não agrava o perfil metabólico já comprometido.

Ponto-chave: Em paciente diabético com alergia à sulfa, a combinação BRA + BCC (losartana + anlodipino) é preferível a BRA + tiazídico, evitando o risco de reação cruzada e efeitos metabólicos adversos.

Alternativa A

A- Incorreta. Losartana em monoterapia está errada porque este paciente tem **HAS estágio 2 (PA $\geq$ 160/100 mmHg)** associada a alto risco cardiovascular (diabetes, lesão de órgão-alvo à fundoscopia, história familiar de IAM). A Diretriz Brasileira de Hipertensão 2025 é explícita: pacientes de alto risco cardiovascular devem iniciar tratamento com duas classes de anti-hipertensivos. Monoterapia resultaria em controle inadequado, deixando o paciente exposto a níveis pressóricos elevados por tempo prolongado, aumentando o risco de eventos cardiovasculares. A escolha da losartana está correta (diabetes indica bloqueio do SRAA), mas a estratégia de monoterapia é inadequada. Para ser alternativa A, o paciente precisaria apresentar HAS estágio 1 (140-159/90-99 mmHg) de baixo risco cardiovascular, sem diabetes ou lesão de órgão-alvo.

Alternativa B

B- Correta. Losartana associada a anlodipino é a conduta inicial mais adequada. A losartana (BRA) atende à indicação de bloqueio do SRAA em paciente diabético, oferecendo nefroproteção ao reduzir a pressão intraglomerular e retardar a progressão da nefropatia. O anlodipino (bloqueador de canal de cálcio di-hidropiridínico) complementa com potente efeito vasodilatador periférico, sem causar efeitos metabólicos adversos. Crucialmente, essa combinação evita o risco de reação em paciente com alergia à sulfa: tiazídicos são derivados de sulfonamidas e podem causar reação cruzada. Além disso, em um paciente com diabetes descompensado (HbA1c 9,2%) e dislipidemia, evitar tiazídicos (que podem piorar glicemia e lipídios) é prudente, com meta pressórica < 130/80 mmHg.

Alternativa C

C- Incorreta. Hidroclorotiazida associada a anlodipino apresenta dois erros fundamentais. Primeiro, **ausência de bloqueio do SRAA em paciente diabético:** a presença de DM2 há 4 anos, com sinais de lesão de órgão-alvo (estreitamento arteriolar à fundoscopia), cria indicação para IECA ou BRA, que oferecem nefroproteção e cardioproteção independentes do efeito hipotensor. Segundo, **hidroclorotiazida representa maior risco pela alergia à sulfa.** Tiazídicos são derivados de sulfonamidas e podem causar reação cruzada em pacientes com hipersensibilidade à sulfa. O anlodipino isoladamente seria adequado (BCC sem efeitos metabólicos adversos), mas a combinação privaria o paciente de nefroproteção e o exporia a risco de reação alérgica. Para ser alternativa C, o paciente precisaria não ter diabetes, não ter alergia à sulfa, e apresentar perfil clínico em que bloqueio do SRAA não fosse prioritário.

Alternativa D

D- Incorreta. Losartana associada a hidroclorotiazida seria uma combinação clássica e amplamente utilizada em hipertensão, disponível inclusive em apresentações fixas combinadas. A losartana atende à necessidade de bloqueio do SRAA em paciente diabético. O problema é que **hidroclorotiazida representa maior risco pela alergia à sulfa** referida no enunciado. Tiazídicos são derivados de sulfonamidas e podem desencadear reação de hipersensibilidade cruzada - a bula do FDA traz que alergia à sulfa está dentre as contraindicações formais ao uso de tiazídicos. Mesmo que você considerasse o benefício da combinação BRA + tiazídico, o risco de reação pela alergia torna essa opção menos segura. Adicionalmente, em paciente com HbA1c de 9,2% e dislipidemia, tiazídicos podem piorar discretamente o controle metabólico, tornando o BCC (anlodipino) preferível.

Visão do aprovado

Em HAS, a banca monta o caso com comorbidades que já definem a necessidade de combinação inicial e uma alergia medicamentosa que elimina alternativas. Aqui, o diabetes mal controlado e a fundoscopia alterada fecham a terapia dupla, e a alergia à sulfa tira o tiazídico da jogada.

- Metformina não contraindica nem interfere na escolha do anti-hipertensivo; o que decide é a HbA1c elevada, que reforça o BRA como primeira escolha.
- Alergia à sulfa é considerada uma contraindicação formal ao uso da hidroclorotiazida, segundo a própria bula do FDA. Havendo uma opção melhor (e é o caso em questão), vamos priorizá-lo!
- Reavaliação em 4 semanas é o prazo padrão para ajuste de dose, mas não se aplica a quem já inicia com combinação; o seguimento precoce é para verificar adesão e resposta.

Referência bibliográfica

BRANDÃO, Andréa Araujo et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 122, n. 9, e20250624, 2025.

Questão 43

Homem de 78 anos é trazido ao pronto-socorro por familiares devido a dor abdominal difusa de início súbito há 6 horas, de forte intensidade. Refere náuseas e episódio de diarreia sanguinolenta. Tem antecedente de fibrilação atrial em uso de warfarina irregular, hipertensão arterial sistêmica e aterosclerose coronariana. Ao exame físico, encontra-se taquicárdico (115 bpm), pressão arterial de 90/60 mmHg, temperatura axilar de 37,2°C. Abdome discretamente distendido, doloroso difusamente à palpação superficial e profunda, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal. Ruídos hidroaéreos diminuídos. Exames laboratoriais: leucócitos 18.000/mm³ com 12% de bastões, lactato sérico 4,2 mmol/L (Valor de Referência: <2,0). Tomografia computadorizada de abdome evidencia distensão de alças de intestino delgado, espessamento e hipo-realce da parede intestinal, pneumatose intestinal e presença de gás com padrão ramificado nas regiões periféricas do fígado, alcançando áreas subcap-sulares. Qual é o diagnóstico provável?

- A. Gastroenterite infecciosa.
- B. Isquemia intestinal aguda.
- C. Obstrução intestinal simples.
- D. Colecistite enfisematosa complicada.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Esta questão apresenta um quadro clássico de **isquemia mesentérica aguda**, com múltiplos elementos clínicos e tomográficos que apontam para comprometimento intestinal grave.

Temos um homem de 78 anos com **fibrilação atrial e uso irregular de anticoagulante**, importante fator de risco para fenômenos tromboembólicos. Trombos formados no átrio podem alcançar a circulação mesentérica, sendo a **artéria mesentérica superior** um dos territórios acometidos na embolia arterial.

O quadro clínico traz outra pista importante: **dor abdominal súbita e intensa**, inicialmente com poucos achados ao exame abdominal. A conhecida desproporção entre a intensidade da dor e os achados do exame físico pode ocorrer nas fases iniciais da isquemia mesentérica, antes do desenvolvimento de necrose transmural e peritonite.

Além disso, o paciente apresenta **hipotensão, taquicardia e lactato de 4,2 mmol/L**, achados compatíveis com hipoperfusão e que, nesse contexto, aumentam a preocupação com isquemia intestinal avançada. É importante lembrar, entretanto, que a elevação do lactato **não é específica para isquemia mesentérica e, isoladamente, não permite determinar a viabilidade intestinal**.

A tomografia reforça fortemente a hipótese diagnóstica ao demonstrar **hipo-realce da parede intestinal, pneumatose intestinal e gás no sistema venoso portal**. A associação de pneumatose intestinal e gás portal, especialmente quando acompanhada de redução do realce parietal e deterioração clínica, é um **achado de alarme para isquemia intestinal grave e possível necrose transmural**.

Entretanto, esses achados **não devem ser considerados isoladamente patognomônicos de necrose intestinal irreversível**, pois pneumatose e gás portal também podem ocorrer em outras condições. A interpretação deve sempre considerar o contexto clínico e os demais achados de imagem.

Neste paciente, a combinação de **fibrilação atrial + anticoagulação irregular + dor abdominal súbita + instabilidade hemodinâmica + hiperlactatemia + hipo-realce intestinal + pneumatose + gás portal** torna a **isquemia mesentérica aguda** o diagnóstico mais provável.

Alternativa A

A diarreia sanguinolenta pode ocorrer em gastroenterites infecciosas, mas o conjunto apresentado não favorece esse diagnóstico. O paciente apresenta dor abdominal de início súbito, instabilidade hemodinâmica, hiperlactatemia e importantes alterações tomográficas da parede intestinal.

Embora pneumatose intestinal e gás portal não sejam exclusivos de isquemia, **sua associação ao hipo-realce da parede intestinal e ao contexto clínico de provável evento vascular** torna a isquemia intestinal muito mais provável.

Alternativa B

O diagnóstico é sustentado pela associação entre **fator de risco embólico importante**, representado pela fibrilação atrial com anticoagulação irregular, e dor abdominal súbita e intensa.

A presença de hipotensão, taquicardia e elevação do lactato sugere hipoperfusão significativa. Na tomografia, **hipo-realce da parede intesti-**

nal, pneumatose intestinal e gás portal aumentam substancialmente a suspeita de isquemia intestinal grave!

Alternativa C

A distensão de alças poderia ser observada em uma obstrução intestinal, mas o restante do quadro não é compatível com uma **obstrução simples**.

O paciente apresenta fatores de risco para evento embólico, dor de início súbito, instabilidade hemodinâmica, hiperlactatemia e, principalmente, **hipo-realce da parede intestinal associado a pneumatose e gás portal**. Esse conjunto indica sofrimento intestinal grave e favorece fortemente o diagnóstico de isquemia mesentérica.

Alternativa D

Na colecistite enfisematosa, o gás é caracteristicamente identificado **na parede ou no lúmen da vesícula biliar e, eventualmente, nos tecidos perivesiculares**. O quadro também costuma apresentar manifestações compatíveis com inflamação da vesícula.

Neste caso, as alterações descritas estão predominantemente relacionadas às **alças intestinais**, incluindo espessamento, hipo-realce e pneumatose, associadas à presença de gás portal. Não há descrição de alterações da vesícula biliar que sustentem o diagnóstico de colecistite enfisematosa.

Visão do aprovado

Diante de **dor abdominal súbita e intensa em paciente com fibrilação atrial**, especialmente quando a anticoagulação é inadequada, pense rapidamente em **isquemia mesentérica aguda**.

A tomografia pode mostrar **redução do realce da parede intestinal, espessamento, dilatação de alças, pneumatose intestinal e gás portal**. Quanto mais esses achados aparecem associados a instabilidade hemodinâmica e alterações metabólicas, maior a preocupação com isquemia intestinal grave.

Fica a dica:

FA + dor abdominal súbita desproporcional → pense em isquemia mesentérica.

Hipo-realce + pneumatose + gás portal → pense em doença grave e possível necrose intestinal.

Questão 44

Mulher de 72 anos é admitida no pronto-socorro com quadro súbito de afasia e hemiparesia à direita, iniciado há 3 horas. A paciente faz uso contínuo de varfarina devido à fibrilação atrial crônica. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 160x90 mmHg, frequência cardíaca de 88

bpm, regular, Glasgow 14 (confusão para orientação temporal), afasia de expressão moderada, hemiparesia grau III à direita e sinal de Babinski presente à direita. A tomografia de crânio sem contraste não evidencia sinais de hemorragia ou isquemia aguda extensa. A angiotomografia de crânio e pescoço demonstra oclusão completa do segmento M1 da artéria cerebral média esquerda, sem outras estenoses significativas. Os exames laboratoriais revelam: Qual a conduta mais adequada neste momento?

Exame	Resultado	Valor de referência
Glicemia	142 mg/dL	70 - 99 mg/dL (jejum)
Creatinina	1,1 mg/dL	0,7 - 1,2 mg/dL
Hemoglobina	12,8 g/dL	Homens: 13,5 - 17,5 g/dL; Mulheres: 12,0 - 15,5 g/dL
Plaquetas	245.000/mm ³	150.000 - 450.000/mm ³
INR	3,4	0,8 - 1,2

- A. Administrar alteplase endovenosa na dose de 0.9mg/kg.
- B. Iniciar apenas ácido acetilsalicílico 300 mg e observação clínica.
- C. Contraindicar qualquer terapia de reperfusão devido ao risco hemorrágico elevado.
- D. Realizar trombectomia mecânica sem trombólise farmacológica prévia devido ao INR elevado.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

Estamos diante de uma situação que, à primeira vista, parece nos colocar em um beco sem saída: uma **paciente com AVE isquêmico agudo em plena janela terapêutica** (3 horas do início), com oclusão confirmada de grande vaso (M1 da ACM esquerda), mas que está anticoagulada com varfarina e apresenta INR de 3,4. Esse é o tipo de cenário que testa nossa capacidade de navegar entre indicações e contraindicações, e entender que nem toda terapia de reperfusão é igual.

Vamos começar organizando o que temos. Nossa paciente chega com o quadro clássico de **oclusão da ACM esquerda**: afasia de expressão (hemisfério dominante) e hemiparesia direita. A angiotomografia confirma o que suspeitávamos - oclusão completa do segmento M1, ou seja, uma oclusão proximal de grande vaso. Esses pacientes têm indicação clara de terapia de reperfusão, e quanto mais rápido, melhor.

O problema surge quando olhamos os exames: **INR de 3,4**. Aqui está o ponto crítico que muitos estudantes perdem. Para administrar alteplase endovenoso, precisamos que o INR esteja $\leq 1,7$. Por quê? Porque a trombólise farmacológica aumenta significativamente o risco de transformação hemorrágica, e esse risco se torna inaceitável quando o paciente já está anticoagulado. O INR de 3,4 da nossa paciente está bem acima desse limiar de segurança - ela está, inclusive, acima da faixa terapêutica usual (2-3) para fibrilação atrial.

Ponto-chave para a prova: INR > 1,7 é contraindicação absoluta para trombólise com alteplase no AVE isquêmico agudo. Esse é um valor que você precisa ter gravado, porque a questão pode aparecer de várias formas.

Mas aqui está o grande insight desta questão: **trombólise farmacológica não é a única terapia de reperfusão disponível**. A trombectomia mecânica surgiu exatamente para superar algumas limitações da trombólise, e uma delas é justamente poder ser realizada em pacientes com contraindicações ao alteplase. Na trombectomia, não estamos lisando o trombo quimicamente - estamos removendo-o mecanicamente através de um cateter, o que não carrega o mesmo risco hemorrágico sistêmico que a trombólise farmacológica.

Nossa paciente preenche perfeitamente os critérios para trombectomia mecânica: **oclusão proximal confirmada (M1), dentro de janela terapêutica adequada, sem hemorragia na TC**. E o mais importante: o uso de anticoagulantes não contraindica o procedimento. Os grandes estudos que estabeleceram a trombectomia (MR CLEAN, ESCAPE, EXTEND-IA, entre outros) incluíram pacientes anticoagulados.

A conduta correta, portanto, é a **trombectomia mecânica sem trombólise farmacológica prévia**. Isso não é apenas uma segunda opção - para oclusões proximais de grande vaso, a trombectomia se tornou o tratamento de escolha, podendo ser realizada isoladamente ou em combinação com alteplase (quando não há contraindicação). No caso da nossa paciente, fazemos apenas a trombectomia, pulando a etapa da trombólise devido ao INR elevado.

Alternativa A

Esta é a **armadilha principal da questão**. À primeira vista, tudo parece perfeito para alteplase: paciente com 3 horas de sintomas (bem dentro da janela de 4,5h), TC sem hemorragia, déficit neurológico significativo. O raciocínio automático seria "AVE agudo + janela terapêutica = trombolisar". Mas o INR de 3,4 muda tudo. Valores acima de 1,7 contraindicam absolutamente o uso de alteplase devido ao risco inaceitável de transformação hemorrágica. Administrar o trombolítico aqui seria expor a paciente a um risco de sangramento cerebral que ultrapassa qualquer benefício potencial. Se você marcou esta alternativa, grave: sempre,

sempre checar INR, plaquetas e uso de anticoagulantes antes de indicar trombólise.

Alternativa B

Esta alternativa representa uma **conduta excessivamente conservadora e inadequada**. Sim, a paciente tem contraindicação à trombólise farmacológica, mas isso não significa que devemos apenas observar. Temos uma oclusão de grande vaso confirmada dentro de janela terapêutica - essa é uma emergência neurológica que exige intervenção ativa. O AAS 300mg tem seu papel no tratamento do AVE isquêmico, mas apenas após descartarmos transformação hemorrágica (geralmente após 24h da terapia de reperfusão ou do evento inicial). Observação clínica sozinha significa aceitar que a paciente evoluirá com infarto extenso em território de ACM, com sequelas graves potencialmente evitáveis. Quando temos uma terapia de reperfusão disponível e indicada (trombectomia), não podemos optar pela passividade.

Alternativa C

Este é um **distrator para quem generaliza indevidamente** a contraindicação. É verdade que a paciente tem risco hemorrágico elevado devido à anticoagulação (INR 3,4), e isso realmente contraindica a trombólise farmacológica. Mas o erro aqui é pensar que "terapia de reperfusão" é um bloco monolítico. Trombólise farmacológica e trombectomia mecânica são procedimentos diferentes com perfis de risco diferentes. A trombectomia não carrega o mesmo risco de sangramento sistêmico que o alteplase, justamente porque atua localmente removendo o trombo, sem ativar o sistema fibrinolítico de forma generalizada. Se contraindicássemos qualquer reperfusão, estaríamos negando à paciente a terapia que pode fazer a diferença entre uma recuperação significativa e sequelas devastadoras. Esta alternativa testa se você conhece as nuances entre as modalidades de reperfusão.

Alternativa D

Esta é a conduta correta. Realizar trombectomia mecânica sem trombólise farmacológica prévia é exatamente o que devemos fazer neste cenário. A paciente tem indicação clara para reperfusão (oclusão M1, janela terapêutica adequada, déficit significativo), mas tem contraindicação específica à trombólise (INR 3,4). A trombectomia mecânica resolve esse impasse: permite a recanalização do vaso sem os riscos hemorrágicos sistêmicos do alteplase. Vale destacar que, mesmo em pacientes sem contraindicação à trombólise, a trombectomia isolada (sem alteplase prévio) pode ser uma estratégia perfeitamente aceitável para oclusões proximais - os protocolos variam, mas o conceito importante é que trombectomia pode ser realizada isoladamente quando indicado, e este é claramente um desses casos. Esta é a conduta que oferece o melhor balanço entre eficácia (recanalização) e segurança (evitar sangramento) para nossa paciente.

Visão do aprovado

Nas provas de residência, **AVE isquêmico em pacientes anticoagulados é um tema recorrente**, e a pegadinha segue sempre o mesmo padrão: apresentar um caso dentro de janela terapêutica, com déficit significativo e TC sem hemorragia, mas com algum detalhe laboratorial que contraindica a trombólise. O valor de INR 1,7 como limite para alteplase precisa estar gravado na memória, pois costuma aparecer em situações-limite (como 1,8 ou 1,9) justamente para testar se você conhece o cut-off exato. Outra variação comum é trazer pacientes em uso de anticoagulantes orais diretos, onde a conduta também muda em relação ao trombolítico tradicional.

A armadilha clássica dessas questões é a alternativa que sugere não fazer nada ou apenas observar porque há contraindicação à trombólise. As bancas testam se você sabe que **trombectomia mecânica tem indicações e contraindicações distintas do alteplase**, e que anticoagulação não impede o procedimento endovascular. Esse conceito apareceu também em questões que trazem plaquetopenia ou uso recente de heparina, sempre jogando com a ideia de que "risco hemorrágico = contraindicar tudo".

Vale destacar que questões sobre AVE frequentemente cobram a sequência diagnóstica completa: primeiro a TC sem contraste para excluir hemorragia (padrão-ouro para sangramento agudo, como vimos na questão anterior sobre esse tema), depois a decisão sobre reperfusão. Quando aparece angiotomografia já realizada mostrando oclusão de grande vaso, é sinal de que a banca quer direcionar para trombectomia, não apenas trombólise sistêmica. Esse padrão de apresentação do caso - com **imagem vascular já disponível na emergência** - sugere cenário de hospital terciário com estrutura para procedimento endovascular.

Questão 45

Homem de 26 anos procura ambulatório de reumatologia por lombalgia há 8 meses, localizada principalmente na região lombossacra e glúteos, com irradiação alternante para membros inferiores. Refere rigidez matinal que dura cerca de 90 minutos e melhora significativamente após exercícios físicos. Relata que a dor o desperta durante a madrugada, obrigando-o a levantar e caminhar. Nega febre, perda ponderal ou sintomas intestinais. Menciona episódios esporádicos de dor no tendão de Aquiles bilateral. Ao exame físico, apresenta limitação da flexão lombar (distância dedo-solo de 25 cm) e teste de Schober de 3 cm. Exames laboratoriais mostram: Qual a conduta terapêutica inicial mais apropriada?

Exame	Resultado	Valor de referência
VHS	45 mm/h	Até 20 mm/h
PCR	12 mg/L	Até 5 mg/L
HLA-B27	Positivo	Negativo

- A. Metotrexato 15mg/semana.
- B. Naproxeno 500mg 2x/dia.
- C. Prednisona 40mg/dia por 4 semanas.
- D. Adalimumabe 40mg subcutâneo quinzenal.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui um **quadro clássico de espondilite anquilosante**: homem jovem (26 anos) com lombalgia inflamatória crônica associada a entesite e marcadores inflamatórios elevados. O diagnóstico se fecha pela presença dos critérios clínicos característicos: dor lombar inflamatória (rigidez matinal de 90 minutos, melhora com exercício, despertar noturno), entesite (tendão de Aquiles bilateral), limitação de mobilidade lombar (teste de Schober reduzido - 3 cm, quando o normal é ≥ 5 cm), provas inflamatórias elevadas e *HLA-B27* positivo. Todos esses elementos juntos apontam inequivocamente para uma espondiloartrite axial, mais especificamente espondilite anquilosante.

A **dor inflamatória merece destaque** aqui porque é o grande discriminador diagnóstico. Diferente da dor mecânica (que piora com atividade e melhora com repouso), a dor inflamatória resulta da liberação noturna de citocinas pró-inflamatórias (principalmente *TNF- α* e *IL-17*) que atingem pico nas primeiras horas da manhã. Isso explica a rigidez matinal prolongada (>30 minutos, neste caso 90 minutos) e o despertar durante a madrugada. O exercício físico melhora os sintomas porque promove a liberação de mediadores anti-inflamatórios e aumenta o fluxo sanguíneo local, "lavando" essas citocinas acumuladas. Reconhecer esse padrão é fundamental para não confundir com causas mecânicas ou degenerativas de lombalgia.

Agora vem a parte crucial: qual o tratamento inicial mais apropriado? O escalonamento terapêutico em espondilite anquilosante segue uma lógica clara. **AINEs em dose plena e de forma contínua são a primeira linha** para doença axial - eles funcionam tanto como analgésicos quanto como anti-inflamatórios, reduzindo a produção de prostaglandinas e a cascata inflamatória. Um ponto que confunde muito: metotrexato NÃO funciona para doença axial, apenas para manifestações periféri-

cas (artrite de membros). Corticoides sistêmicos também têm papel muito limitado em doença axial, sendo reservados para manifestações extra-articulares específicas (uveíte, por exemplo). Os anti-TNF são segunda linha, indicados apenas após falha de pelo menos 2 AINEs diferentes em dose plena por período adequado (geralmente 3-4 semanas cada). Nosso paciente está em primeira avaliação, sem tratamento prévio, então a conduta correta é iniciar AINE em dose plena - no caso, naproxeno 500mg 2x/dia.

Alternativa A

Alternativa A (Metotrexato 15mg/semana) - INCORRETA. Esta é uma armadilha clássica que pega quem confunde o tratamento de espondilite anquilosante com o de artrite reumatoide. O metotrexato é, de fato, uma droga modificadora de doença (*DMARD*) muito utilizada em reumatologia, mas há uma especificidade crucial: metotrexato NÃO tem eficácia comprovada para doença axial em espondiloartrites. Ele pode ser útil em manifestações periféricas (artrite de joelhos, tornozelos, etc.) ou em artrite psoriásica, mas para a dor lombar inflamatória e o envolvimento axial característico da *EA*, simplesmente não funciona.

Alternativa B

Alternativa B (Naproxeno 500mg 2x/dia) - CORRETA. Esta é nossa resposta! O naproxeno é um *AINE* de meia-vida longa, adequado para uso contínuo em dose plena. AINEs são a primeira linha de tratamento para espondilite anquilosante axial, devendo ser prescritos em dose plena e de forma contínua (não apenas sob demanda) para controle da inflamação. A dose de 500mg 2x/dia está correta e adequada. Outros AINEs poderiam ser utilizados (indometacina, diclofenaco, celecoxibe), mas o princípio é o mesmo: dose plena, uso contínuo. Apenas se houver falha terapêutica com pelo menos 2 AINEs diferentes é que partimos para anti-TNF. Como nosso paciente está em primeira avaliação, sem tratamento prévio, começamos exatamente aqui.

Alternativa C

Alternativa C (Prednisona 40mg/dia por 4 semanas) - INCORRETA. Corticoides sistêmicos podem parecer uma boa ideia em qualquer doença inflamatória, mas aqui está o detalhe: corticoides orais têm eficácia muito limitada em doença axial de espondiloartrites. Eles não controlam adequadamente a dor lombar inflamatória e o envolvimento axial característico da *EA*. Os corticoides têm papel em situações específicas: manifestações extra-articulares (uveíte aguda), artrite periférica refratária ou infiltração local (injeção intra-articular). Mas como tratamento sistêmico para a doença axial? Não é a escolha adequada. Além disso, o uso prolongado de corticoides traz todos os efeitos colaterais conhecidos (osteoporose, ganho de peso, diabetes, etc.), particularmente problemáticos em um paciente jovem que precisará de tratamento por muitos anos.

Alternativa D

Alternativa D (Adalimumabe 40mg subcutâneo quinzenal) - INCORRETA. O adalimumabe é um anti-TNF e, sim, tem excelente eficácia em espondilite anquilosante - mas não como primeira linha! Esta alternativa pega quem sabe que "EA é tratada com anti-TNF" mas não conhece o escalonamento terapêutico adequado. Anti-TNF são segunda linha, indicados após falha de pelo menos 2 AINEs diferentes em dose plena e uso adequado. Por quê? Primeiro, porque uma boa parcela dos pacientes responde bem aos AINEs, que são muito mais baratos e acessíveis. Segundo, porque os anti-TNF têm riscos (imunossupressão, infecções, necessidade de rastreio para tuberculose latente, custo elevado) que justificam reservá-los para pacientes que realmente necessitam. Nosso paciente sequer tentou tratamento ainda - começar direto com biológico seria "queimar etapas" e não seguir as diretrizes terapêuticas estabelecidas.

Visão do aprovado

Nas provas de reumatologia, **espondilite anquilosante aparece frequentemente como questão de escalonamento terapêutico**, não de diagnóstico. A banca monta um caso clássico (homem jovem, dor inflamatória, *HLA-B27* positivo) justamente para que você não perca tempo no diagnóstico e foque na conduta. Cuidado ao confundir o arsenal terapêutico com o da artrite reumatoide, marcando metotrexato por reflexo ao ver "doença inflamatória crônica". Esse erro aparece sistematicamente em provas: o candidato sabe que *DMARDs* sintéticos são importantes em reumatologia, mas esquece que há especificidade por doença.

Outro padrão clássico é **colocar anti-TNF como distrator tentador**. As bancas sabem que estudamos que "biológicos revolucionaram o tratamento da EA", então oferecem adalimumabe ou infliximab como opção para testar se você conhece os critérios de indicação. O detalhe que define a resposta: só avançamos para anti-TNF após falha documentada de pelo menos dois AINEs diferentes, em dose plena, por período adequado (geralmente 4 semanas cada). Questões podem trazer variações com paciente já em uso de um AINE sem resposta, testando se você sabe que ainda falta tentar outro AINE antes de escalar.

Vale ficar atento também a **cenários que misturam manifestações axiais e periféricas**. Se a questão trouxer artrite periférica associada (jelhos, tornozelos), o metotrexato pode entrar como coadjuvante, mas nunca isoladamente para o componente axial. Esse é um refinamento que pode aparecer em provas de residência mais concorridas, diferenciando quem memorizou "metotrexato não serve" de quem entende as nuances do tratamento.

Questão 46

Homem de 32 anos, assintomático, procura ambulatório de hepatologia após exames de rotina revelarem HBsAg reagente. Nega uso de álcool, drogas ou medicamentos. Exame físico normal. Exames complementa-

res anexados abaixo. Pai falecido aos 55 anos por carcinoma hepatocelular. Paciente nega conhecimento prévio da infecção. Qual a conduta mais adequada para este paciente?

Exame	Resultado	Valor de referência
HBsAg	Reagente	Não reagente
HBeAg	Reagente	Não reagente
Anti-HBe	Não reagente	Reagente (em infecção resolvida)
Anti-HBc IgM	Não reagente	Não reagente
Anti-HBc IgG	Reagente	Não reagente (na ausência de infecção prévia)
HBV DNA	50.000 UI/mL	Indetectável
ALT (TGP)	45 U/L	Até 40 U/L
AST (TGO)	38 U/L	Até 40 U/L
Bilirrubinas totais	Normais	Bilirrubinas totais: até 1,2 mg/dL
Albumina	4,2 g/dL	3,5 a 5,0 g/dL
INR	1,2	0,8 a 1,2
Plaquetas	280.000/mm ³	150.000 a 450.000/mm ³
Ultrassom de abdome	Fígado de dimensões normais, sem alterações estruturais	—

- A. Manter seguimento clínico sem tratamento antiviral.
- B. Aguardar soroconversão espontânea do HBeAg por até 2 anos.
- C. Iniciar tratamento antiviral somente se ALT atingir valores acima de 80 UI/L.
- D. Iniciar tratamento antiviral com entecavir 0,5 mg/dia ou tenofovir 245 mg/dia.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui um daqueles cenários que geram dúvida mesmo em médicos experientes: um **homem jovem de 32 anos, completamente assintomático**, com hepatite B descoberta em exames de rotina. A ALT está apenas discretamente elevada (45 UI/L, quando o limite é 40), o fígado está normal ao ultrassom, e o paciente não tem nenhuma queixa. A primeira reação de muitos seria: "Para que tratar alguém assim? Vamos aguardar e acompanhar." Mas é aí que mora o perigo dessa questão.

Primeiro, vamos confirmar o diagnóstico. Nosso paciente tem HBsAg reagente + anti-HBc IgG reagente + anti-HBc IgM não reagente, o que caracteriza hepatite B crônica (não aguda). Além disso, o HBeAg está reagente e o anti-HBe está não reagente, configurando a fase replicativa ativa (ou fase HBeAg positiva) da doença crônica. A carga viral de 50.000 UI/mL confirma intensa replicação viral. Até aqui, tudo claro.

Agora vem a decisão crítica: quando devemos iniciar tratamento na hepatite B crônica? Os critérios são bem definidos, mas têm uma particularidade que muitos esquecem: **existem critérios INDEPENDENTES de nível de ALT**. Vejamos os principais critérios de tratamento:



Precisa saber

Atualmente o tratamento com tenofovir ou entecavir é o de escolha.

Critérios de Tratamento na Hepatite B Crônica

HBeAg POSITIVO:

- ALT > 2x o limite superior da normalidade, OU
- Adulto maior de 30 anos (critério independente de ALT)

HBeAg NEGATIVO:

- HBV-DNA > 2.000 UI/mL E ALT > 2x o limite superior

Critérios INDEPENDENTES (qualquer fase): cirrose, história familiar de CHC, manifestações extra-hepáticas

Aqui está o ponto-chave que decide a questão: nosso paciente tem 32 anos E HBeAg reagente. Isso, por si só, já é critério para iniciar tratamento antiviral, independentemente do valor de ALT! Por que esse critério existe? Porque estudos mostram que pacientes com mais de 30 anos na fase HBeAg positiva têm **chance muito baixa de soroconversão espontânea** e risco elevado de progressão para cirrose e carcinoma hepatocelular. A história familiar de CHC do nosso paciente (pai falecido aos 55 anos) reforça ainda mais a urgência de controlar a replicação viral.

O tratamento de primeira linha consiste em análogos de nucleosídeos/nucleotídeos, especificamente *entecavir* 0,5 mg/dia ou *tenofovir* 245 mg/dia. Ambos têm alta barreira genética à resistência, excelente perfil de eficácia e são bem tolerados. O objetivo é suprimir a replicação viral de forma sustentada, reduzindo o risco de progressão para cirrose e CHC.

Dica para a prova: Sempre que vir um paciente com hepatite B crônica *HBeAg* POSITIVO e idade >30 anos, a resposta correta será iniciar tratamento antiviral, INDEPENDENTEMENTE do valor de *ALT*. Não se deixe enganar por *ALT* discretamente elevada ou paciente assintomático - o critério de idade prevalece!

Portanto, a conduta correta é iniciar tratamento antiviral imediatamente, resposta que encontramos na alternativa D.

Alternativa A

Esta alternativa é o distrator mais perigoso da questão. À primeira vista, parece razoável: o paciente está assintomático, a *ALT* está apenas levemente alterada (45 UI/L), o fígado está normal ao ultrassom, e não há sinais de doença avançada. Muitos candidatos podem pensar: "Por que medicar alguém que está tão bem?" O erro aqui é **não conhecer ou ignorar o critério de idade >30 anos + *HBeAg* positivo** como indicação INDEPENDENTE de tratamento. Manter apenas seguimento clínico neste caso seria expor o paciente a anos de replicação viral descontrolada, aumentando significativamente o risco de progressão para cirrose e *CHC* - especialmente considerando a história familiar positiva para *CHC*.

Alternativa B

Esta alternativa tenta confundir lembrando que a soroconversão espontânea do *HBeAg* (para *anti-HBe* positivo) realmente pode ocorrer em alguns pacientes. De fato, em crianças e adultos jovens (<30 anos), a taxa de soroconversão espontânea pode chegar a 10-20% ao ano. Porém, **em adultos acima de 30 anos, a taxa de soroconversão espontânea cai drasticamente** (menos de 5% ao ano), e o risco de progressão da doença enquanto aguardamos é alto. É justamente por isso que existe o critério de idade >30 anos como indicação de tratamento! Aguardar 2 anos neste paciente seria perder tempo precioso, mantendo replicação viral ativa e inflamação hepática crônica.

Alternativa C

Este distrator é especialmente traiçoeiro porque usa um número correto (80 UI/L seria aproximadamente 2x o limite superior de 40 UI/L), fazendo referência ao critério de *ALT* > 2x o limite superior. De fato, "*ALT* > 2x o limite" é um dos critérios de tratamento para hepatite B crônica *HBeAg* positiva. O problema é que esta alternativa **ignora completamente a existência de critérios INDEPENDENTES de *ALT***. Como nosso paciente já preenche o critério de idade >30 anos + *HBeAg* positivo, não precisamos aguardar elevação adicional de *ALT*. Esperar que a *ALT* suba para 80 UI/L seria postergar desnecessariamente o tratamento, permitindo que a doença progrida.

Alternativa D

Esta é a alternativa correta. Como vimos em nossa análise, o paciente preenche o critério de adulto >30 anos com *HBeAg* reagente, que é indicação de tratamento antiviral independentemente do valor de *ALT*. As medicações citadas - *entecavir* 0,5 mg/dia e *tenofovir* 245 mg/dia - são exatamente os antivirais de primeira linha recomendados pelas diretrizes brasileiras e internacionais. Ambos são análogos de nucleosídeos/nucleotídeos com alta barreira genética à resistência, ótima eficácia em suprimir a replicação viral e excelente perfil de segurança para uso prolongado. **A dose de entecavir está correta** (0,5 mg/dia para pacientes virgens de tratamento), assim como a de *tenofovir* (245 mg/dia). Esta é a conduta que vai prevenir a progressão da doença e reduzir o risco futuro de *CHC* neste paciente com história familiar preocupante.

Visão do aprovado

Nas provas, hepatite B crônica costuma aparecer justamente nesse formato que confunde: paciente jovem, assintomático, descoberta acidental em check-up, com transaminases normais ou levemente alteradas. A pegadinha clássica é o candidato pensar "está tudo tão tranquilo, por que medicar agora?" e escolher seguimento clínico. O segredo para não cair nessa armadilha é criar um reflexo automático: **sempre que vir *HBeAg* positivo em adulto acima de 30 anos, a resposta será tratamento antiviral**, independentemente de qualquer outro parâmetro. Muitos erram por ficarem presos ao valor da *ALT*, esperando que ela esteja muito elevada para justificar tratamento.

Outro ponto que costuma gerar confusão é a diferenciação entre as fases da hepatite B crônica. Enquanto na fase *HBeAg* positivo temos critérios mais "generosos" (idade >30 anos já basta), na fase *HBeAg* negativo as bancas exigem dois critérios simultâneos: *HBV-DNA* elevado E *ALT* alterada. Questões podem explorar exatamente essa diferença, apresentando dois casos lado a lado ou variando apenas o status do *HBeAg*. A história familiar de *CHC* que aparece neste caso, embora seja um critério independente adicional, raramente vem isolada nas questões — geralmente funciona como reforço para justificar tratamento mais agressivo.

Vale lembrar que hepatite B difere radicalmente da hepatite C quanto à cronificação e abordagem: enquanto *HCV* cronifica em 60-90% e tratamos praticamente todos os casos, em *HBV* a decisão é mais estratificada por fases e critérios específicos. Nas provas, **essa diferença pode aparecer em questões que mesclam os dois vírus** para testar se o candidato domina os protocolos de cada um separadamente.

Questão 47

Homem de 42 anos, com diagnóstico de HIV há 3 anos, em uso regular de *tenofovir*, *lamivudina* e *efavirenz*, comparece ao ambulatório de infectologia para consulta de rotina. Refere perda ponderal de 4 kg nos últimos 2 meses, sudorese noturna e astenia. Nega tosse, dispneia ou febre. Exame físico: paciente emagrecido, corado, hidratado, afebril. Aus-

culta cardiopulmonar normal, abdome flácido sem organomegalias, ausência de linfadenomegalias palpáveis. Radiografia de tórax sem alterações. CD4: 180 células/mm³, carga viral indetectável. Baciloscopia de escarro negativa. Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) negativo. Lipoarabinomanana urinária (LF-LAM) reagentes. Qual a conduta adequada para este paciente?

- A.** Iniciar tratamento para tuberculose ativa com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.
- B.** Aguardar resultado de cultura para micobactéria antes de definir conduta terapêutica específica.
- C.** Solicitar tomografia computadorizada de tórax e abdome para localizar foco de tuberculose antes do tratamento.
- D.** Iniciar tratamento para infecção latente da tuberculose com isoniazida por 6 meses, considerando ausência de sinais radiológicos.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

Este cenário que pode confundir à primeira vista: **baciloscopia negativa, TRM-TB negativo, mas LF-LAM reagentes**. Qual desses resultados devemos "acreditar"? A chave está em entender que não há contradição - estamos diante de tuberculose paucibacilar ou disseminada, padrão frequente em pessoas vivendo com HIV.

Vamos partir das pistas do caso. Nosso paciente tem HIV há 3 anos, boa aderência à TARV (carga viral indetectável comprova isso), mas apresenta **CD4 de 180 células/mm³** - ou seja, apesar do controle virológico, mantém imunossupressão moderada. Ele chega com o clássico quadro de sintomas constitucionais: perda ponderal significativa (4 kg em 2 meses), sudorese noturna e astenia. Curiosamente, nega sintomas respiratórios - sem tosse, sem dispneia, sem febre.

O exame físico mostra apenas emagrecimento, sem organomegalias ou linfonodomegalias. A **radiografia de tórax está normal**. Quando solicitamos os testes tradicionais para tuberculose - baciloscopia de escarro e teste rápido molecular (TRM-TB) - ambos vêm negativos. Mas o LF-LAM urinário retorna reagentes. E agora?

Precisamos entender o que está acontecendo aqui. Em pessoas com imunidade preservada, a tuberculose pulmonar costuma ser bacilar (baciloscopia positiva), com lesões cavitárias nos ápices pulmonares e alta carga bacilar no escarro. Porém, **em PVHA com CD4 < 200**, a resposta imune alterada leva a padrões diferentes: a tuberculose pode ser

paucibacilar (poucos bacilos no escarro, tornando baciloscopia e até TRM-TB negativos), extrapulmonar (linfonodos, meninges, peritônio) ou disseminada (vários órgãos simultaneamente). Nesses casos, os métodos tradicionais que dependem de amostra respiratória falham.

É exatamente para essas situações que o **LF-LAM foi desenvolvido e validado pela OMS**. Esse teste detecta o *lipoarabinomano*, um componente da parede celular do *M. tuberculosis*, diretamente na urina. Quando há tuberculose disseminada ou com alta carga bacilar (comum em imunossuprimidos), esse antígeno é filtrado pelos rins e aparece na urina. O LF-LAM tem elevado valor preditivo positivo em pacientes com $CD4 < 200$, especialmente abaixo de 100 células/mm³.

O protocolo atual do Ministério da Saúde (2024) é cristalino: **PVHA com LF-LAM reagente devem ser tratadas para tuberculose ativa, mesmo se assintomáticas**. No nosso caso, temos ainda mais elementos: o paciente não é assintomático - ele tem sintomas constitucionais clássicos de TB. A ausência de sintomas respiratórios e RX normal não afastam TB em imunossuprimidos; ao contrário, reforçam a possibilidade de forma extrapulmonar ou disseminada.

A conduta está bem estabelecida: **iniciar imediatamente o esquema básico para tuberculose ativa** (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol - RHZE). Não devemos aguardar cultura (demora semanas e atrasa tratamento que reduz mortalidade), não precisamos localizar o foco com TC (o LF-LAM reagente já indica TB ativa), e definitivamente não se trata de tuberculose latente - paciente sintomático com teste diagnóstico reagente tem tuberculose ativa.

A resposta correta, portanto, é a **alternativa A**: iniciar tratamento para tuberculose ativa com o esquema RHZE.

Dica para a prova: Em PVHA com $CD4 < 200$ e LF-LAM reagente, trate para TB ativa IMEDIATAMENTE, independentemente de baciloscopia ou TRM-TB negativos. Não confunda com tuberculose latente - se o LF-LAM está reagente, é doença ativa. A incorporação do LF-LAM ao SUS em 2021 mudou o jogo diagnóstico em pacientes imunossuprimidos, e esse conhecimento tem sido cada vez mais cobrado.

Alternativa A

Alternativa correta. Esta é a conduta baseada em evidência e recomendada pelo protocolo brasileiro. O LF-LAM reagente em PVHA com $CD4 < 200$ e sintomas constitucionais indica tuberculose ativa, mesmo com baciloscopia e TRM-TB negativos (que apenas refletem baixa carga bacilar no escarro, não ausência de doença). O esquema RHZE deve ser iniciado sem aguardar outros exames. Estudos mostram que essa estratégia reduz mortalidade em PVHA com imunossupressão grave, e o valor preditivo positivo do LF-LAM nesse contexto é elevado o suficiente para justificar o tratamento empírico.

Alternativa B

Esta alternativa representa um **erro comum e perigoso**: a "prudência" excessiva que na verdade aumenta a mortalidade. Sim, a cultura para micobactéria é importante e deve ser solicitada (inclusive para teste de sensibilidade futuro se necessário), mas aguardar seu resultado para iniciar tratamento é inadequado. A cultura demora 4-8 semanas, e nesse período um paciente com CD4 de 180 e TB ativa pode evoluir com deterioração clínica significativa. O LF-LAM reagente já fornece evidência suficiente para início do tratamento. Lembre-se: em medicina, especialmente em infectologia, o momento do início do tratamento é tão importante quanto o tratamento em si.

Alternativa C

Aqui temos outro atraso desnecessário. Embora a TC possa eventualmente mostrar acometimento de linfonodos mediastinais, abdominais ou outros achados sugestivos de TB disseminada, **localizar o foco anatômico não é pré-requisito para iniciar o tratamento**. O diagnóstico de tuberculose ativa já está estabelecido pelo LF-LAM reagente em contexto clínico apropriado. Solicitar TC antes de tratar apenas posterga uma intervenção que salva vidas. A TC pode ser útil em casos selecionados para melhor compreensão da extensão da doença ou em situações de dúvida diagnóstica, mas não é o caso aqui.

Alternativa D

Esta é a **armadilha mais perigosa da questão**. O raciocínio equivocado seria: "paciente tem CD4 < 350, RX normal, poderia ser tuberculose latente, vamos tratar com isoniazida profilática". O erro aqui é duplo e grave. Primeiro: o paciente NÃO é assintomático - ele tem perda ponderal, sudorese noturna e astenia, sintomas constitucionais clássicos de TB ativa. Segundo: o LF-LAM está REAGENTE, o que indica doença ativa, não infecção latente. Tratamento preventivo (isoniazida por 6 meses) é completamente inadequado e insuficiente para tuberculose ativa, podendo levar à progressão da doença, desenvolvimento de resistência e óbito. A tuberculose latente é um diagnóstico de exclusão em assintomáticos com testes imunológicos positivos (PPD $\geq$ 5mm ou IGRA+) - cenário totalmente diferente do nosso caso.

Visão do aprovado

Nas provas, o teste LF-LAM costuma ser cobrado justamente nesse formato: **paciente PVHA com CD4 baixo, métodos tradicionais negativos** (baciloscopia e TRM-TB) e o LF-LAM surge como único teste reagente. A pegadinha clássica é o candidato desconsiderar o LF-LAM por estar "sozinho" no diagnóstico ou querer aguardar confirmação com cultura. Esse erro é reforçado quando a banca coloca RX de tórax normal, criando a falsa sensação de que "não pode ser TB ativa".

O padrão de cobrança atual valoriza conhecer que o **LF-LAM tem indicação específica** (PVHA com CD4 < 200) e que seu resultado rea-

gente, isoladamente, já autoriza início imediato de tratamento para TB ativa.

Outra armadilha recorrente é confundir esse cenário com tuberculose latente, especialmente quando o enunciado menciona "ausência de sinais radiológicos" e coloca *isoniazida* monoterápica como distrator. O discriminador-chave aqui é duplo: **presença de sintomas constitucionais** (mesmo vagos, sem tosse) e LF-LAM reagente sempre indicam doença ativa, nunca infecção latente. Tuberculose latente é diagnóstico de exclusão em assintomáticos, cenário totalmente oposto ao apresentado.

Um ponto que pode aparecer como variação desse tema é a discordância entre testes: **baciloscopia positiva com TRM-TB negativo** pode sugerir micobactéria não tuberculosa, situação que autoriza início empírico de tratamento mas exige cultura para confirmação. Já a situação inversa (TRM-TB positivo isolado) confirma TB e dispensa baciloscopia, conforme algoritmos atuais do MS.

Questão 48

Homem de 68 anos é trazido ao pronto-socorro por familiares devido a fraqueza intensa e confusão mental iniciadas há 2 horas. Relata sensação de desmaio iminente. Antecedentes de hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana e hidroclorotiazida. Ao exame físico, paciente sonolento mas responsivo, mucosas hipocoradas, extremidades frias e sudoreicas. Sinais vitais: FC = 38 bpm, PA = 85 x 50 mmHg, FR = 18 ipm, Sa-tO₂ = 94% em ar ambiente, Tax = 36,2°C. Eletrocardiograma evidencia ritmo sinusal com FC de 38 bpm, sem alterações de repolarização. Acesso venoso periférico estabelecido. Qual a primeira conduta a ser adotada?

- A. Dopamina 5 mcg/kg/min em infusão contínua.
- B. Atropina 1 mg por via endovenosa em bolus.
- C. Marca-passo transcutâneo com frequência de 60 bpm.
- D. Observação clínica com monitorização cardíaca contínua.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Nosso paciente chega ao pronto-socorro em uma situação que acende todos os sinais de alarme: **bradicardia grave (38 bpm) acompanhada de múltiplos sinais de instabilidade hemodinâmica**. Temos

confusão mental, sonolência, hipotensão (85x50 mmHg), extremidades frias e sudoreicas — um quadro clássico de baixa perfusão tecidual secundária à bradicardia. A questão testa nosso conhecimento do protocolo ACLS para bradicardia instável, uma situação de emergência que exige ação rápida e sequencial.

Vamos destrinchar o raciocínio: quando nos deparamos com uma bradicardia, nosso primeiro passo é sempre avaliar se o paciente apresenta **sinais de instabilidade hemodinâmica** . Para isso, lembramos dos "4 Ds súbitos": Desmaio/alteração de consciência, Dispneia, Dor torácica e Diminuição da PA (hipotensão). Nosso paciente tem pelo menos três deles bem caracterizados: alteração do nível de consciência (confusão mental e sonolência), hipotensão importante e sinais de choque (extremidades frias, sudorese). A presença de qualquer um desses sinais já caracteriza instabilidade e muda completamente nossa abordagem.

Com a **instabilidade hemodinâmica confirmada** , não podemos simplesmente observar — precisamos agir imediatamente para aumentar a frequência cardíaca e restaurar a perfusão tecidual. O protocolo ACLS para bradicardia instável é bem estabelecido e segue uma sequência lógica, que podemos ver nos algoritmos abaixo:

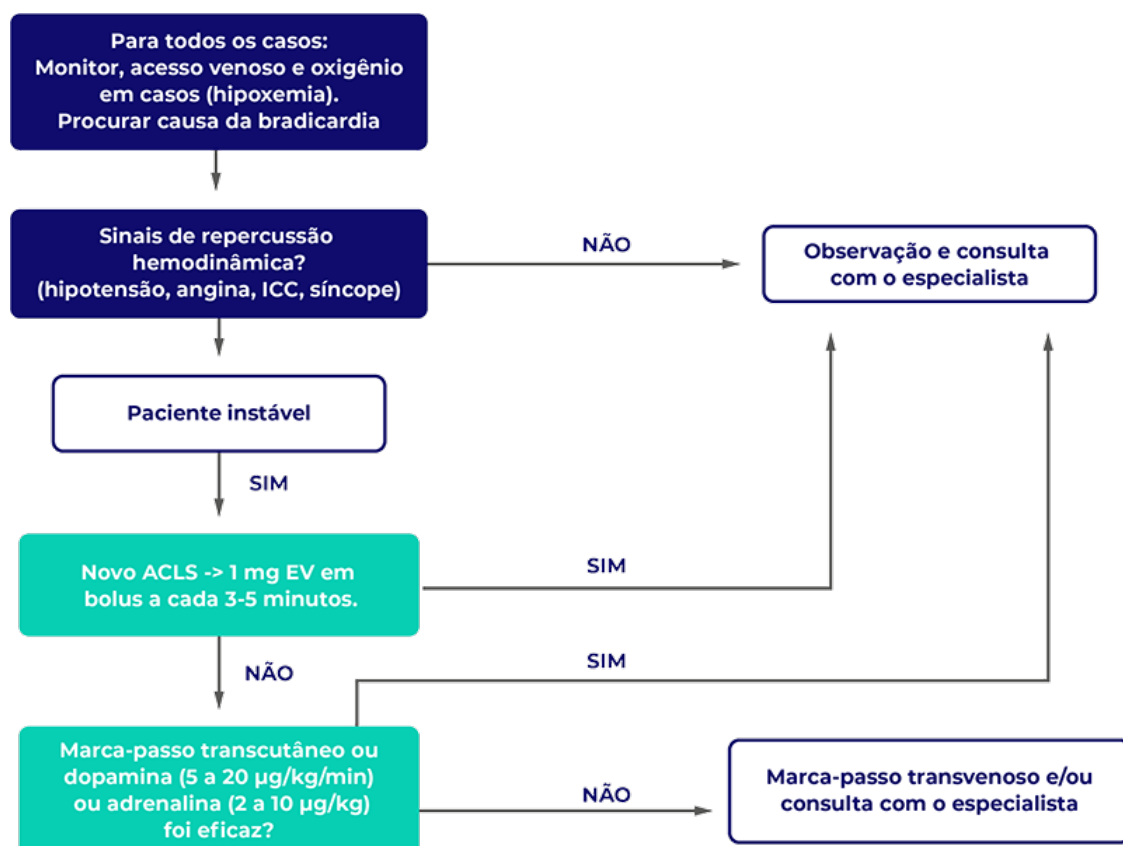


Figura 51. Esquematização das condutas frente a uma bradicardia instável. Há literaturas que colocam o marca-passo transcutâneo e medicações em BIC em mesmo grau de prioridade que a atropina. Fonte: Manual de Cardiologia - Cardiopapers (ACLS) última edição.

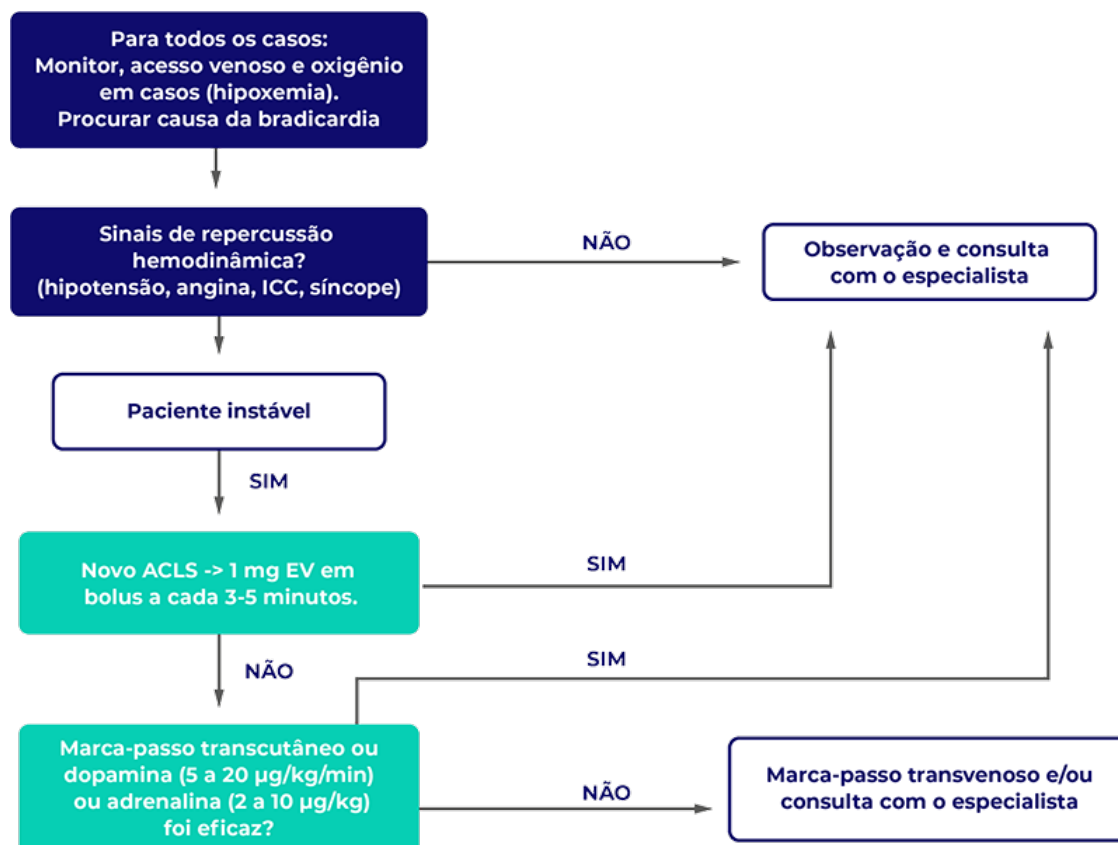


Figura 53. Manejo recomendado para a bradicardia instável. Observem a tentativa de reversão do ritmo com atropina (1 mg dose a cada 3-5 minutos, com no máximo 3 doses) e a recomendação de uso de marca-passo ou medicação em bomba de infusão, no caso de ineficácia com a atropina. Fonte: Manual de Cardiologia - Cardiopapers (ACLS) última edição.

Os algoritmos deixam claro: a **primeira linha de tratamento é a Atropina 1 mg EV em bolus**, que pode ser repetida a cada 3-5 minutos até um máximo de 3 doses (total de 3 mg). Por que a atropina funciona? Ela é um anticolinérgico que bloqueia o tônus vagal sobre o nó sinusal e o nó atrioventricular, permitindo que o marca-passo sinusal acelere e que a condução AV melhore. É uma medicação de ação rápida, segura, e temos o acesso venoso já estabelecido — condição ideal para seu uso.

Apenas se a atropina falhar (após as 3 doses ou se a resposta for inadequada) é que partimos para medidas de **segunda linha: marca-passo transcutâneo ou drogas vasoativas em infusão contínua** (epinefrina 2-10 mcg/min ou dopamina 5-20 mcg/kg/min). Essas opções são mais agressivas e têm maior potencial de efeitos adversos, por isso não são a primeira escolha quando temos uma medicação simples, rápida e eficaz disponível.

Dica para a prova: Em bradicardia instável, sempre seguimos o protocolo ACLS: atropina é SEMPRE a primeira tentativa farmacológica. Marca-passo transcutâneo e drogas vasoativas só entram se a atropina falhar. Não pule etapas, mesmo em casos graves — o protocolo existe justamente para guiar nossa ação em situações de estresse.

Nosso raciocínio nos leva, portanto, de forma clara e direta à **alternativa B como gabarito: Atropina 1 mg por via endovenosa em bolus**. É a primeira conduta preconizada pelo ACLS, está prontamente disponível, temos acesso venoso estabelecido, e a dose está correta.

Alternativa A

A dopamina em infusão contínua é uma droga vasoativa que, em doses de 5-20 mcg/kg/min, tem efeitos cronotrópicos (aumenta FC) e inotrópicos (aumenta contratilidade). Ela realmente faz parte do arsenal terapêutico da bradicardia instável, mas é uma medida de **segunda linha**, reservada para casos em que a atropina falhou ou foi insuficiente. O erro aqui é pular a etapa inicial do protocolo e ir direto para uma droga que requer bomba de infusão, monitorização mais rigorosa e tem maior potencial de efeitos adversos (arritmias, taquicardia excessiva). Sempre que possível, tentamos primeiro a atropina — mais simples, rápida e segura.

Alternativa B

Alternativa correta. A atropina 1 mg EV em bolus é exatamente a primeira conduta preconizada pelo protocolo ACLS para bradicardia com instabilidade hemodinâmica. A dose está correta (pode ser repetida a cada 3-5 minutos até 3 vezes), temos acesso venoso disponível, e é a medida mais rápida e segura para tentar reverter a bradicardia. O mecanismo anticolinérgico bloqueia o tônus vagal excessivo, permitindo que o marca-passo sinusal acelere naturalmente. Se o paciente não responder às 3 doses de atropina, aí sim partimos para marca-passo transcutâneo ou drogas vasoativas em infusão.

Alternativa C

O marca-passo transcutâneo é uma excelente opção para bradicardia instável refratária, e alguns protocolos até o colocam em mesmo grau de prioridade que a atropina. Porém, na maioria das diretrizes e na prática clínica, ele é considerado **segunda linha** — especialmente quando já temos acesso venoso estabelecido e a atropina está prontamente disponível. O marca-passo transcutâneo pode ser doloroso para o paciente consciente, requer equipamento específico nem sempre imediatamente disponível, e tem suas próprias complicações (captura inadequada, queimaduras cutâneas). Por isso, quando podemos tentar a atropina primeiro (que é rápida, segura e geralmente eficaz), essa é a escolha preferencial. Se houver falha da atropina, o marca-passo transcutâneo seria nossa próxima medida.

Alternativa D

Esta alternativa seria um erro grave. Temos um paciente com **múltiplos sinais de instabilidade hemodinâmica**: confusão mental, hipotensão importante (85x50), sinais de choque (extremidades frias e sudoreicas). Observação clínica só é apropriada para bradicardias assintomáticas ou estáveis, em que o paciente mantém boa perfusão, está consciente e orientado, normotenso, sem sinais de baixo débito. Nosso paciente está claramente em risco iminente de colapso circulatório — a bradicardia está comprometendo a perfusão cerebral e sistêmica. Observar sem intervir seria negligência médica. A presença de instabilidade hemodinâmica é uma indicação ABSOLUTA de tratamento imediato.

Visão do aprovado

Em provas de emergência, o tema "bradicardia instável" costuma aparecer em duas variantes principais: ou testam o reconhecimento dos sinais de instabilidade (os "4 Ds"), ou testam a hierarquia do protocolo ACLS. Esta questão faz os dois ao mesmo tempo. A pegadinha clássica aqui é oferecer medidas de segunda linha (dopamina, marca-passo transcutâneo) que tecnicamente funcionariam, mas violam a sequência do protocolo. As bancas adoram punir quem pula etapas, mesmo em casos graves. Outro ponto: **frequências como 38 bpm não impressionam tanto quanto taquicardias de 180 bpm**, mas a presença de instabilidade hemodinâmica transforma qualquer bradicardia em emergência imediata.

Uma armadilha recorrente nesse tipo de questão é a tentação de ir direto para marca-passo transcutâneo em casos muito sintomáticos, especialmente quando o enunciado menciona "acesso venoso já estabelecido" — esse detalhe não está ali por acaso, ele reforça que atropina é a escolha mais rápida e prática. Vale lembrar que o padrão de cobrança em arritmias instáveis é sempre o mesmo: **taquicardia instável pede cardioversão elétrica**, enquanto bradicardia instável pede atropina primeiro. Não confundir esses protocolos é essencial, e as provas frequentemente mesclam os dois temas na mesma avaliação para testar essa distinção.

Questão 49

Mulher de 58 anos procura UBS com queixa de dor e inchaço no canto interno do olho direito há 4 dias. Refere que a região está cada vez mais inchada e dolorosa, com saída de secreção amarelada. Nega febre, mas relata mal-estar. Ao exame físico, observa-se edema e hiperemia acen tuados na região do saco lacrimal direito, com flutuação à palpação. À expressão digital da área, há saída de secreção purulenta abundante pelo ponto lacrimal. Acuidade visual preservada bilateralmente. Conjuntivas sem hiperemia significativa. Qual a conduta mais adequada para este caso?

- A. Colírio de tobramicina e compressa morna local.
- B. Cefalexina 500mg via oral e encaminhamento para dacriocistorrinotomia.
- C. Incisão e drenagem imediata da região do saco lacrimal na própria UBS.
- D. Colírio de ciprofloxacino e prednisolona tópica com reavaliação em 7 dias.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Edema e hiperemia na região do saco lacrimal, com **saída de secreção purulenta abundante pelo ponto lacrimal à expressão digital e flutuação à palpação**, configuram o quadro clínico de dacriocistite aguda. A secreção purulenta refluindo pelo ponto lacrimal é o achado que localiza anatomicamente a infecção no saco lacrimal, diferenciando este quadro de infecções palpebrais (hordéolo, calázio) ou conjuntivais.

A fisiopatologia envolve obstrução do ducto nasolacrimal (congenita ou adquirida), que leva à estase de lágrimas no saco lacrimal, criando ambiente propício para proliferação bacteriana. Os agentes mais frequentemente envolvidos são *Staphylococcus aureus* e anaeróbios, embora *Streptococcus pneumoniae* também possa estar presente. O quadro evolui com dor progressiva, edema localizado no canto medial e, quando há expressão digital, drenagem de secreção purulenta pelo ponto lacrimal.

A **acuidade visual preservada bilateralmente** é o dado que reduz significativamente a probabilidade de celulite orbitária (pós-septal). Nesta condição, a infecção ultrapassa o septo orbitário, comprometendo músculos extraoculares e nervo óptico, tipicamente causando proptose, oftalmoplegia e baixa visual. A ausência de hiperemia conjuntival significativa também reduz a probabilidade de conjuntivite como diagnóstico principal.

O tratamento da dacriocistite aguda demanda **antibioticoterapia sistêmica**, pois o saco lacrimal é estrutura profunda localizada na fossa

lacrimal óssea, onde colírios não alcançam concentração terapêutica adequada. Cefalexina 500mg via oral a cada 6 horas (ou amoxicilina-clavulanato 875/125mg a cada 12 horas) por 10 a 14 dias é o esquema padrão, cobrindo os agentes típicos. Compressas mornas e analgésicos são medidas adjuvantes para controle sintomático.

O **encaminhamento para dacriocistorrinostomia** não significa cirurgia imediata: trata-se de procedimento eletivo, realizado após resolução completa da infecção aguda, que cria comunicação direta entre saco lacrimal e cavidade nasal, contornando a obstrução do ducto nasolacrimal e prevenindo recorrências. A avaliação oftalmológica também é importante porque, embora rara, a apresentação clínica pode mimetizar outras condições (cistos epidermóides infectados, linfomas), conforme descrito na literatura recente.

Fique ligado: A flutuação à palpação sugere formação de coleção purulenta (empiema do saco lacrimal), mas a antibioticoterapia sistêmica permanece como primeira linha de tratamento. Drenagem cirúrgica fica reservada para casos de falha terapêutica após 48-72 horas de antibiótico adequado, abscessos multiloculados ou extensos, ou quando há fistulização espontânea. A drenagem, quando necessária, deve ser realizada por oftalmologista em ambiente adequado, nunca em UBS sem infraestrutura apropriada, devido ao risco de fistulização permanente e disseminação da infecção para a órbita.

Alternativa A

A- Incorreta. Tobramicina é antibiótico aminoglicosídeo de amplo espectro, mas a via tópica (colírio) é inadequada para dacriocistite aguda. O saco lacrimal está localizado dentro da fossa lacrimal óssea, entre o olho e o nariz: colírios atuam na superfície ocular (conjuntiva, córnea) e não atingem concentrações terapêuticas em estruturas profundas. Compressa morna pode trazer conforto sintomático ao reduzir edema local, mas isoladamente ou associada a colírio não resolve infecção bacteriana do saco lacrimal. Para ser alternativa A, a paciente precisaria apresentar infecção superficial como conjuntivite bacteriana ou blefarite, não infecção de estrutura profunda com secreção purulenta saindo pelo ponto lacrimal.

Alternativa B

B- Correta. Cefalexina 500mg via oral (cefalosporina de primeira geração) cobre *Staphylococcus aureus* e anaeróbios, os agentes mais comuns da dacriocistite aguda. A via sistêmica é essencial porque o saco lacrimal é estrutura profunda que colírios não alcançam. O encaminhamento para dacriocistorrinostomia refere-se ao procedimento eletivo

definitivo, realizado após resolução da infecção aguda, para prevenir recorrências. A avaliação oftalmológica também permite confirmar o diagnóstico e afastar diagnósticos diferenciais menos comuns, além de avaliar necessidade de drenagem caso haja falha terapêutica.

Alternativa C

C- Incorreta. A flutuação à palpação realmente sugere coleção purulenta (empiema do saco lacrimal), o que torna essa alternativa atraente. Porém, em dacriocistite aguda, a antibioticoterapia sistêmica é primeira linha e resolve a maioria dos casos, mesmo com flutuação palpável. Drenagem cirúrgica fica reservada para situações específicas: falha terapêutica após 48-72 horas de antibiótico adequado, abscessos multiloculados ou extensos, ou fistulização espontânea. Além disso, incisão e drenagem na UBS sem infraestrutura adequada traz riscos importantes, incluindo fistulização permanente, disseminação da infecção para órbita e lesão de estruturas nobres da região. Para ser alternativa C, a paciente precisaria apresentar falha terapêutica documentada após antibioticoterapia sistêmica adequada ou abscesso com indicação formal de drenagem em ambiente cirúrgico apropriado.

Alternativa D

D- Incorreta. Ciprofloxacino colírio repete o erro da via tópica (não alcança saco lacrimal em concentração terapêutica) e adiciona prednisona tópica, que é corticoide. Corticoides em infecção bacteriana ativa suprimem a resposta imune local e podem favorecer disseminação do processo infeccioso. Reavaliação em 7 dias seria tempo excessivo para quadro que está em piora progressiva há 4 dias: a paciente necessita de tratamento efetivo imediato, não observação prolongada. Para ser alternativa D, a paciente precisaria apresentar processo inflamatório não infeccioso (episclerite, esclerite) onde corticoide tópico seria apropriado, não infecção bacteriana com secreção purulenta abundante.

Visão do aprovado

Em oftalmologia, a banca separa o que é urgência cirúrgica do que é infecção de manejo clínico. Este caso é o exemplo clássico: a flutuação define abscesso, mas a conduta não é drenar na UBS, e sim tratar a infecção e programar a cirurgia definitiva.

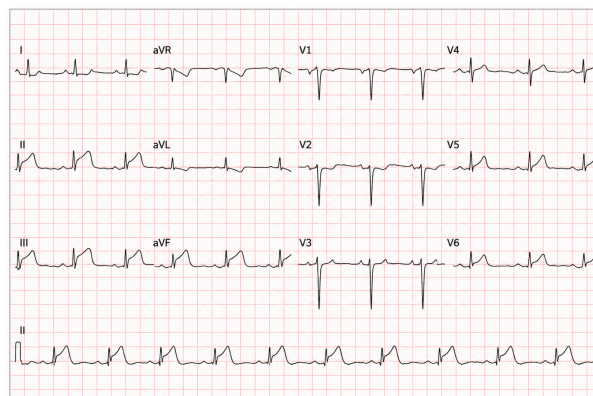
- Flutuação em dacriocistite aguda não indica drenagem imediata ambulatorial: o risco de fístula e celulite orbitária contraindica o procedimento na UBS.
- O ponto-chave do enunciado é a drenagem espontânea pelo ponto lacrimal, que confirma a localização no saco lacrimal e afasta celulite orbitária, já que a acuidade visual está preservada.
- Antibiótico oral cobre os agentes típicos (*S. aureus* e anaeróbios); a dacriocistorrinostomia é o tratamento definitivo após a resolução da fase aguda, pois a obstrução do ducto nasolacrimal persiste.

Referência bibliográfica

- ZHANG, J. et al. **Epidermoid Cyst in the Lacrimal Sac Region Presenting as Acute Dacryocystitis.** *Journal of Craniofacial Surgery*, 2026. DOI: 10.1097/scs.00000000000012655. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/scs.00000000000012655>.
- YAN, L.; MO, Y. **Acute lacrimal sac biopsy-confirmed Epstein-Barr virus dacryocystitis.** *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 2026. DOI: 10.1016/j.jaapos.2026.104749. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2026.104749>.

Questão 50

Homem de 48 anos é atendido em pronto-socorro de hospital municipal após início súbito de dor torácica intensa há 2 horas. Refere dor em aperto, irradiada para braço esquerdo e epigástrio, associada a náuseas, sudorese e dispneia. Nega tabagismo, possui apenas hipertensão arterial em uso de enalapril. Ao exame físico: consciente, sudoreico, PA 100x60 mmHg, FC 58 bpm, ausculta pulmonar com estertores bibasais discretos. O hospital não possui serviço de hemodinâmica, e o centro de referência mais próximo fica a 180 km de distância, com tempo estimado de transporte de 3 horas. ECG abaixo. Troponina ultrasensível elevada. Qual a conduta mais adequada neste caso?



- A. Iniciar tratamento clínico otimizado com betabloqueador, estatina e anticoagulação plena.
- B. Fibrinólise imediata e transferir para estratégia farmacoinvasiva após
- C. Transferir imediatamente para angioplastia primária no centro de referência sem outras intervenções.
- D. Aguardar evolução dos sintomas nas próximas 6 horas antes de definir estratégia de reperfusão.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

O diagnóstico aqui é praticamente entregue pela banca: dor torácica típica, supra de ST em derivações inferiores, troponina elevada - temos um IAMCSST de parede inferior sem margem para dúvidas. A questão real é outra: qual estratégia de reperfusão escolher quando não temos hemodinâmica disponível localmente? E a resposta depende de entender um critério objetivo e bem definido nas diretrizes: o tempo estimado até a angioplastia primária.

Vamos organizar o raciocínio a partir das pistas do caso. Nosso paciente tem 48 anos, apresenta dor em aperto irradiada para braço esquerdo há apenas 2 horas - estamos bem dentro da janela terapêutica de 12 horas para reperfusão. O ECG mostra supradesnivelamento em DII, DIII e aVF (derivações inferiores), com infradesnivelamento recíproco em DI e aVL - padrão clássico de infarto de parede inferior, geralmente por oclusão da artéria coronária direita.

Agora vem o ponto crucial: sabemos que todo IAMCSST precisa de reperfusão urgente, mas qual método escolher? A angioplastia primária (ICP) é reconhecidamente superior à trombólise quando realizada por equipe experiente e em tempo adequado. Mas aqui está a pegadinha: as diretrizes estabelecem que a ICP primária só mantém sua superioridade se o tempo porta-balão for $\leq 90-120$ minutos. Quando esse tempo não pode ser cumprido - especialmente em hospitais sem serviço de hemodinâmica - devemos considerar a trombólise imediata.

No nosso caso, o enunciado é claro: o centro de referência fica a 180 km, com tempo estimado de transporte de 3 horas (180 minutos). Só o deslocamento já ultrapassa em muito o limite de 120 minutos - e isso sem contar o tempo de preparo para transferência e para realização do procedimento após a chegada. A regra é direta: se o tempo estimado até ICP > 120 minutos, a trombólise no local torna-se a estratégia preferencial, pois cada minuto de atraso representa perda irreversível de músculo cardíaco ("tempo é músculo"). A fisiopatologia é simples: a área de necrose miocárdica expande progressivamente a partir da zona de oclusão coronariana, e quanto maior o atraso na reperfusão, maior o tamanho final do infarto e pior o prognóstico.

Antes de administrar o trombolítico, devemos rapidamente checar contra-indicações absolutas e relativas (como AVC recente, sangramento ati-

vo, cirurgia de grande porte recente, trauma importante). No caso apresentado, não há menção a nenhuma contraindicação. A estreptoquinase é o trombolítico não fibrinoespecífico mais utilizado no Brasil (pela disponibilidade e custo), embora os fibrinoespecíficos (tenecteplase, alteplase) tenham perfil ligeiramente superior. Após a administração, devemos monitorar critérios de reperfusão em 60-90 minutos: redução $\geq$ 50% do supra de ST, melhora da dor, presença de arritmias de reperfusão. Se não houver critérios de reperfusão ou se o paciente apresentar instabilidade, está indicada angioplastia de resgate. Mesmo com trombólise bem-sucedida, todos os pacientes devem ser transferidos posteriormente para centro com hemodinâmica para estratificação e eventual angiografia nas primeiras 24 horas.

Um detalhe importante: a bradicardia e a pressão arterial relativamente baixa (100x60 mmHg) não contraindicam a trombólise - são achados esperados no infarto inferior. Os estertores bibasais discretos sugerem congestão leve, mas não configuram choque cardiogênico ou edema agudo de pulmão franco, que poderiam complicar a decisão. Portanto, nossa conduta é clara: administrar estreptoquinase endovenosa imediatamente e manter o paciente em observação hospitalar, monitorando para critérios de reperfusão e preparando transferência posterior.

Alternativa A

Alternativa A - Incorreta. O tratamento clínico otimizado (dupla antiagregação, anticoagulação, betabloqueador, estatina, IECA) faz parte do manejo do IAMCSST, mas jamais substitui a terapia de reperfusão. Essa alternativa seria um erro grave na prática clínica: sem reperfusão (seja por ICP ou trombólise), a necrose miocárdica progride inexoravelmente, resultando em infarto extenso, maior risco de complicações (insuficiência cardíaca, choque, arritmias) e mortalidade elevada. O tratamento clínico é adjuvante, não alternativa à reperfusão. Essa opção pode confundir quem pensa apenas nas medicações que serão administradas, mas esquece do princípio fundamental: em IAMCSST, reperfusão é obrigatória se não houver contraindicação.

Alternativa B

Alternativa B - CORRETA. Esta é a conduta adequada baseada no critério de tempo > 120 minutos para acesso à ICP primária. A **fibrinólise** deve ser administrada imediatamente (estreptoquinase é uma opção, idealmente em até 30 minutos do diagnóstico), pois estamos dentro da janela terapêutica de 12 horas e não há contraindicações mencionadas. Após a infusão, será necessária transferência para realização de estratégia farmacoinvasiva - neste momento, tendo sido realizada a fibrinólise, a estratégia invasiva não é uma opção "a se levar em conta por conta do tempo", agora passa a ser obrigação e necessidade!

Alternativa C

Alternativa C - Incorreta. Este é o distrator mais atraente da questão, pois explora um conceito verdadeiro (ICP primária é superior à trombólise) aplicado em contexto inadequado. Muitos candidatos sabem que a angioplastia tem melhores desfechos, mas esquecem o detalhe crítico: essa superioridade só se mantém quando realizada em tempo adequado. Transferir imediatamente sem fazer trombólise local resultaria em tempo porta-balão de pelo menos 3 horas (provavelmente mais), o que está associado a pior prognóstico do que trombólise precoce. O erro aqui é não incorporar o fator tempo na tomada de decisão - em medicina de urgência, "o melhor tratamento" nem sempre é o melhor para aquele paciente naquele momento. A regra dos 120 minutos existe justamente para objetivar essa decisão.

Alternativa D

Alternativa D - Incorreta. Esta alternativa vai contra o princípio mais fundamental do manejo do IAMCSST: "tempo é músculo". Aguardar 6 horas antes de definir estratégia de reperfusão seria negligência médica grave. Nesse período, a necrose miocárdica se completaria, perdendo-se completamente a janela terapêutica para salvar músculo cardíaco viável. A cada 30 minutos de atraso na reperfusão, há aumento significativo na mortalidade. Além disso, aguardar evolução dos sintomas não faz sentido algum quando já temos diagnóstico estabelecido (clínica + ECG + troponina). Esta opção pode tentar pegar candidatos muito inseguros ou que confundem IAMCSST com síndrome coronariana sem supra (onde estratégia invasiva pode ser postergada em casos específicos), mas aqui não há margem para dúvida: *reperfusão deve ser a mais precoce possível.*

Visão do aprovado

Nas provas de residência, esse tema costuma aparecer em dois formatos distintos. O primeiro, mais comum em anos anteriores, trazia supradesnivelamento de segmento ST que não era infarto (dissecção de aorta com alargamento de mediastino, pericardite com supra difuso) - a pegadinha era tratar como síndrome coronariana e piorar o paciente. Aqui a banca inverte a lógica: o infarto é real e inequívoco, mas a armadilha está na escolha da estratégia de reperfusão. Esse formato de questão logística (trombolisar localmente versus transferir para ICP) tem sido cada vez mais frequente, especialmente em provas que valorizam contextos realistas do Brasil.

Um erro clássico é o candidato que memorizou "ICP é superior" mas não incorporou a ressalva temporal: essa superioridade só vale dentro da janela dos 120 minutos, e questões assim testam exatamente quem decorou versus quem entendeu a lógica da decisão.

Vale atenção também ao padrão de cobrança sobre estimativa de tempo: quando a banca fornece distância em quilômetros e tempo de transporte explícito, ela está sinalizando que quer ver se você faz o cálculo objetivo e não decide "no achismo". Em provas práticas ou discursivas, pode aparecer variação pedindo para justificar a escolha ou listar critérios de reperfusão que serão monitorados após a trombólise - nesses casos, mencionar **redução do supra de ST, melhora da dor e arritmias de reperfusão** costuma pontuar.

Questão 51

Homem de 54 anos, internado há 72 horas para tratamento de pneumonia, evolui com agitação progressiva, tremores de extremidades, sudorese profusa, taquicardia (FC: 110 bpm) e hipertensão (PA: 160/95 mmHg). Nega dor torácica ou dispneia. Familiar relata consumo diário de destilados há 15 anos, com última ingesta há 3 dias. Paciente refere ver insetos na parede e apresenta desorientação temporal. Glasgow 13 (abre olhos espontaneamente, obedece comandos, conversa confuso). Exame neurológico sem sinais focais. Qual a conduta inicial mais adequada?

- A. Haloperidol 5mg intramuscular e observação clínica.
- B. Glicose hipertônica endovenosa seguida de tiamina intramuscular.
- C. Diazepam endovenoso conforme escala de avaliação e tiamina antes de glicose.
- D. Clorpromazina intramuscular e hidratação venosa com solução glicofisiológica.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui uma situação clássica: um paciente **etilista crônico internado por outro motivo** (pneumonia) que desenvolve abstinência alcoólica não planejada. O timing é perfeito – internado há 72 horas, que coincide com os 3 dias desde a última ingesta de álcool. Esse intervalo de tempo não é acidental: está exatamente na janela clássica do delírium tremens, que tipicamente ocorre entre 48 e 96 horas após a última dose.

Vamos construir o raciocínio a partir das pistas do caso. Nosso paciente apresenta três grupos de sintomas que, juntos, fecham o diagnóstico:

Primeiro, uma hiperatividade autonômica intensa: sudorese profusa, taquicardia (FC 110 bpm) e hipertensão (160/95 mmHg). Isso reflete a hiperatividade simpática que ocorre quando o efeito depressor crônico do álcool sobre o sistema nervoso central é subitamente removido – há um "rebote" excitatório.

Segundo, manifestações neuropsiquiátricas: agitação progressiva, tremores de extremidades, alucinações visuais (vê insetos na parede – as famosas zoopsias, muito características) e desorientação temporal. As alucinações visuais são particularmente típicas do delirium tremens, diferenciando-o da alucinose alcoólica (predominantemente auditiva).

Terceiro, rebaixamento do nível de consciência: Glasgow 13 indica comprometimento leve, mas significativo. A alteração do sensorio é um dos critérios que distingue o delirium tremens de formas mais leves de abstinência.

Esses três componentes – alteração do nível de consciência, alucinações e hiperatividade autonômica – formam a **tríade clássica do delirium tremens**, a manifestação mais grave da síndrome de abstinência alcoólica.

Escala CIWA-Ar - Avaliação de Gravidade da SAA

Interpretação: 0-9 = SAA leve | 10-18 = SAA moderada | >18 = SAA grave

Principais parâmetros avaliados: náusea/vômitos, tremor, sudorese, ansiedade, agitação, alterações sensoriais (táteis, auditivas, visuais), cefaleia, orientação

Uso clínico: Orienta intensidade do tratamento com benzodiazepínicos e necessidade de internação

Agora, sobre a conduta. O delirium tremens é uma emergência médica com mortalidade que pode chegar a 5-15% se não tratado adequadamente. O tratamento base são os benzodiazepínicos endovenosos (diazepam é a escolha clássica), que agem reforçando a neurotransmissão GABAérgica, compensando o estado de hiperexcitabilidade neuronal. Doses elevadas podem ser necessárias – até 10-20 mg de diazepam a cada hora nas formas graves.

Mas há um detalhe CRÍTICO que muitos estudantes erram: a ordem de administração entre tiamina e glicose. Pacientes etilistas crônicos frequentemente têm deficiência de tiamina (vitamina B1), que é uma coenzima essencial para o metabolismo de carboidratos. Se administrarmos glicose antes de repor tiamina, consumimos as reservas residuais dessa vitamina, podendo precipitar ou agravar a encefalopatia de Wernicke – uma complicação neurológica grave com nistagmo, oftalmoplegia, ataxia e confusão mental. Claro que, diante de uma situação emergencial de hipoglicemia, com risco à vida por exemplo, precisaremos individualizar a infusão de glicose prontamente. Idealmente, se possível, a tiamina precede a glicose!

Com esse raciocínio, chegamos à conduta correta: benzodiazepínicos endovenosos (diazepam) + tiamina antes de qualquer solução glicosada. O uso de escalas como a CIWA-Ar ajuda a titular a dose dos benzodiazepínicos conforme a gravidade e a resposta clínica.

Alternativa A

Haloperidol 5mg intramuscular e observação clínica – Esta alternativa atrai muitos estudantes porque o paciente tem alucinações e agitação, sintomas que costumamos associar ao uso de antipsicóticos. De fato, o haloperidol pode ser usado como medicação adjuvante no manejo do delirium tremens, principalmente quando há agitação psicomotora intensa ou alucinações refratárias. Porém, aqui está o erro: ele não é a primeira linha de tratamento. Os benzodiazepínicos são essenciais porque tratam a fisiopatologia de base (hiperexcitabilidade neuronal), previnem convulsões e reduzem mortalidade. Usar apenas haloperidol e "observação clínica" **subestima gravemente este quadro**, que é uma emergência médica. Além disso, o haloperidol pode baixar o limiar convulsivante, o que é indesejável em um paciente com risco aumentado de crises.

Alternativa B

Glicose hipertônica endovenosa seguida de tiamina intramuscular – Essa é a armadilha clássica da questão. A conduta até reconhece a necessidade de repor tanto glicose quanto tiamina (o que é correto em etilistas, que frequentemente estão desnutridos e hipoglicêmicos), mas inverte a ordem. Como explicamos na introdução, administrar glicose antes de tiamina em um paciente com deficiência de vitamina B1 pode esgotar as reservas residuais dessa coenzima e precipitar ou agravar a encefalopatia de Wernicke. Além disso, essa alternativa não menciona benzodiazepínicos, que são o tratamento de primeira linha para o delirium tremens. É um **erro duplo: ordem errada + medicação essencial ausente**.

Alternativa C

Diazepam endovenoso conforme escala de avaliação e tiamina antes de glicose – Esta é a resposta correta. A alternativa contempla os três pilares do tratamento adequado: (1) benzodiazepínico endovenoso (diazepam), que é a primeira linha para delirium tremens, controlando a hiperexcitabilidade neuronal, prevenindo convulsões e reduzindo mortalidade; (2) uso de escala de avaliação (como a CIWA-Ar) para titular a dose conforme gravidade e resposta; e (3) tiamina ANTES de glicose, protegendo contra a precipitação de encefalopatia de Wernicke. É uma **conduta completa, segura e baseada em evidências** para este quadro grave.

Alternativa D

Clorpromazina intramuscular e hidratação venosa com solução glicofisiológica – A clorpromazina é um neuroléptico de baixa potência e altamente sedativo, que pode parecer atraente para controlar agitação. Porém, ela tem um perfil inadequado para delirium tremens: diminui ainda mais o limiar convulsivante (aumentando risco de crises), não trata a fisiopatologia de base e tem efeitos anticolinérgicos que podem piorar confusão mental. Quando há necessidade de neuroléptico adjuvante no delirium tremens, prefere-se haloperidol (alta potência, menos sedação, menos efeitos anticolinérgicos). Além disso, essa alternativa não menciona benzodiazepínicos nem tiamina, ignorando os pilares do tratamento.

Visão do aprovado

Nas provas, delirium tremens aparece consistentemente em um formato específico: etilista crônico internado por outro motivo (pneumonia, trauma, cirurgia) que desenvolve sintomas de abstinência de forma inesperada. Esse cenário reflete a realidade clínica e testa se reconhecemos a janela de risco em pacientes que não buscaram tratamento para abstinência, mas acabaram privados do álcool por conta da internação. A pegadinha temporal também merece atenção: embora o pico seja 48-96h, sintomas podem começar mais cedo (algumas questões mostram agitação com 18-24h), e isso não muda a conduta inicial com benzodiazepínicos.

A inversão tiamina-glicose é armadilha recorrente em múltiplas questões sobre etilismo. As bancas adoram colocar uma alternativa com conduta quase perfeita, mas que administra glicose primeiro, testando se memorizamos a sequência protetora contra Wernicke. Outro erro clássico que aparece é a fenitoína para convulsões de abstinência: ela simplesmente não funciona nesse contexto, sendo que benzodiazepínicos controlam tanto a agitação quanto previnem crises. Casos refratários a benzodiazepínicos em altas doses podem requerer fenobarbital ou até propofol em UTI, informação que já foi cobrada em questões de manejo grave.

Um ponto que diferencia questões mais elaboradas: a contenção mecânica deve ser evitada sempre que possível, não sendo parte da conduta inicial adequada. As bancas também testam se sabemos distinguir quando usar neurolépticos: haloperidol pode ser adjuvante em agitação refratária, mas nunca substitui benzodiazepínicos, e clorpromazina é sempre inadequada por baixar limiar convulsivante e ter perfil anticolinérgico problemático.

Questão 52

Mulher de 52 anos é atendida no pronto-socorro com lombalgia intensa iniciada há 6 horas, de caráter súbito, após carregar peso. Refere parestesias em ambas as pernas e dificuldade para caminhar. Nega traumatismo ou febre. Ao exame físico, apresenta força muscular grau III para dorsiflexão bilateral dos pés, força grau IV para flexão plantar à direita e grau V à esquerda. Reflexo patelar presente e simétrico bilateralmente, reflexo aquiliano direito ausente e esquerdo hipoativo. Hipoestesia em dermatomo L5 bilateral e S1 à direita. Teste da elevação da perna estendida negativo bilateralmente. Apresenta retenção urinária com resíduo pós-miccional de 400 mL. Não há alteração do tônus do esfíncter anal. Ressonância magnética da coluna lombossacra evidencia hérnia discal volumosa com compressão de raízes nervosas. Considerando os achados neurológicos descritos, a localização mais provável da hérnia discal é:

- A. L3-L4 com compressão da raiz L4
- B. L4-L5 com compressão das raízes L5 e S1
- C. L5-S1 com compressão da raiz S1
- D. Múltiplos níveis L3-L4, L4-L5 e L5-S1

Nível de dificuldade: Moderada

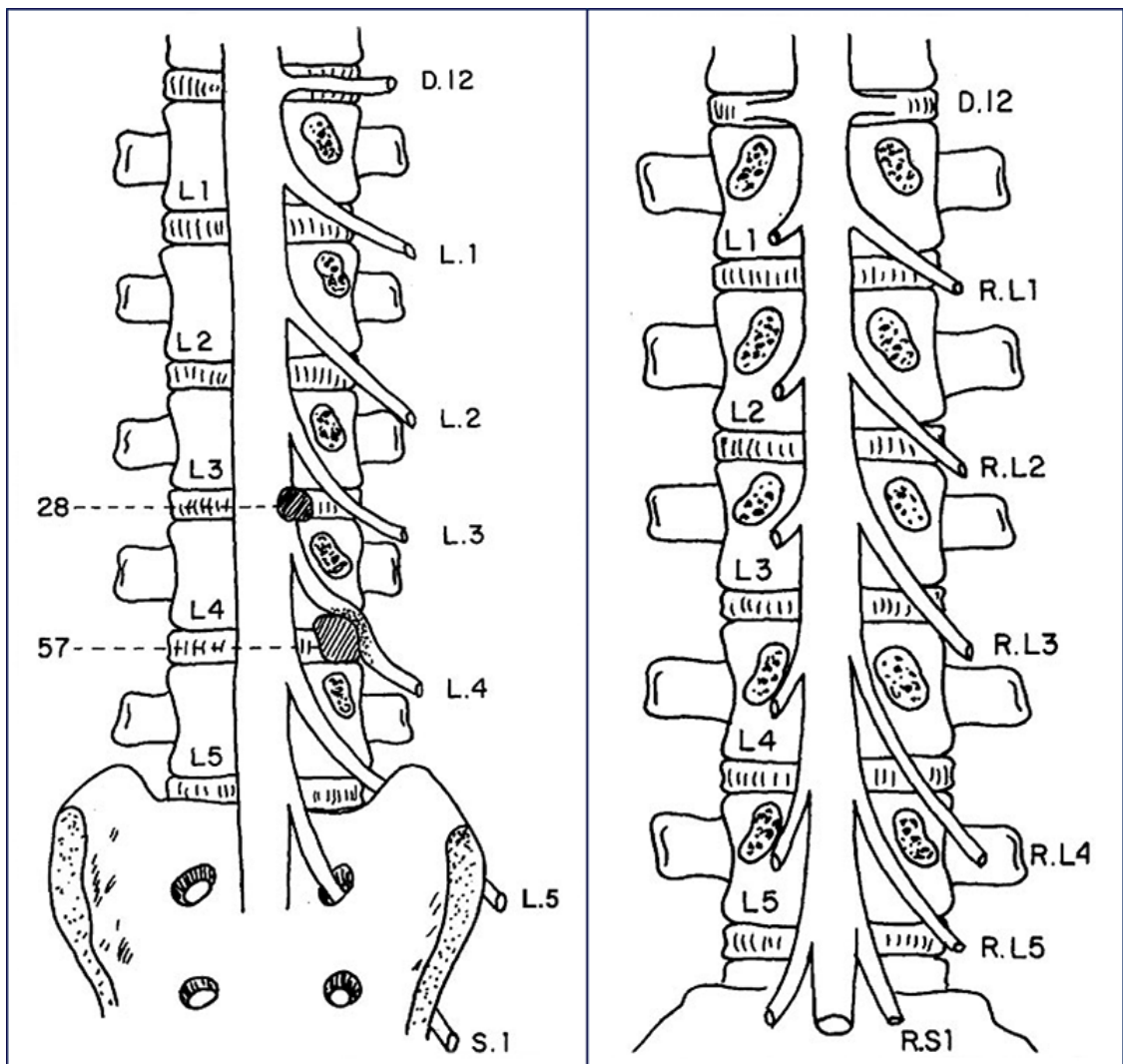
Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Esse caso nos traz uma situação que vai além da hérnia discal "clássica" que costumamos ver. Temos uma paciente com **déficits neurológicos bilaterais** e, mais preocupante ainda, retenção urinária com 400 mL de resíduo - isso acende um alerta vermelho para compressão significativa de múltiplas raízes nervosas. Não estamos diante de uma simples radiculopatia unilateral, mas de uma hérnia volumosa que está causando compressão importante da cauda equina.

Para resolver essa questão, precisamos fazer uma *correlação anatômica sistemática* entre os achados clínicos e as raízes nervosas envolvidas. Vamos dissecar cada achado do exame neurológico:



Raiz nervosa e sua relação anatômica com os discos vertebrais lombares. Atente-se principalmente para as manifestações compatíveis com L4-L5 e L5-S1, as mais comumente exploradas na prova. Fonte: Revista Brasileira de Ortopedia.

Deficit motor: A dorsiflexão dos pés (movimento de elevar o pé para cima) é realizada principalmente pelo músculo tibial anterior, innervado por L5. Nossa paciente apresenta força grau III bilateral nesse movimento - consegue vencer a gravidade, mas não a resistência. Isso indica comprometimento de L5 bilateralmente. Já a flexão plantar (movimento de abaixar o pé) depende dos gastrocnêmios e sóleo, innervados por S1. Aqui vemos assimetria: à direita grau IV (comprometida) e à esquerda grau V (normal), sugerindo comprometimento maior de S1 à direita.

Reflexos profundos: O reflexo patelar está preservado bilateralmente - ele é mediado por L4, o que nos diz que essa raiz está intacta. Já o reflexo aquiliano, mediado por S1, está ausente à direita e hipoativo à esquerda. Isso confirma e reforça o padrão de comprometimento de S1, mais acentuado à direita.

Alterações sensitivas: A hipoestesia segue exatamente o mapeamento que construímos - dermatomo L5 bilateral (dorso do pé) e S1 à direita (face lateral do pé e maléolo lateral). Tudo coerente com o padrão motor e reflexo.

Retenção urinária: Esse é o achado que sinaliza a gravidade do quadro. A presença de 400 mL de resíduo pós-miccional indica comprometimento de fibras parassimpáticas sacrais (principalmente S2-S4), sugerindo uma compressão volumosa que está afetando múltiplas raízes da cauda equina. O fato do tônus anal estar preservado indica que ainda não evoluiu para uma síndrome da cauda equina completa, mas estamos em uma zona de risco.

DISCOPATIA E TOPOGRAFIA DOS ACHADOS CLÍNICOS NEUROLÓGICOS ALTERADOS DA REGIÃO LOMBAR				
TOPOGRAFIA	RAIZ NERVOSA	NEUROLÓGICO MOTOR	NEUROLÓGICO SENSITIVO	REFLEXO
L3-L4	L4	Dorsiflexão do tornozelo (pé caído)	Face interna da perna	Patelar
L4-L5	L5	Extensão do hálux	Margem interna do pé e hálux	Semitendinoso Semimembranoso
L5-S1	S1	Extensão do quadril Eversão do tornozelo	Borda externa do pé e face posterior da perna	Bíceps femoral
S1-S2	S2	Flexão do joelho	Face posterior da coxa	-

Tabela 13. Discopatia e topografia dos achados clínicos neurológicos alterados da região lombar (mais exploradas em provas).

Agora vem a questão anatômica crucial: qual nível de hérnia discal explicaria esse padrão? Precisamos lembrar que, na coluna lombar, hérnias posterolaterais (as mais comuns) comprimem a raiz que está DESCENDO naquele nível, não a que está saindo pelo forame. Por exemplo, uma hérnia em L4-L5 comprime tipicamente a raiz L5.

No nosso caso, temos *L5 bilateral + S1 (principalmente direita) comprometidas*. Uma hérnia volumosa e central em L4-L5 pode perfeitamente explicar esse padrão: ao ocupar o canal central nesse nível, ela comprime L5 bilateralmente (a raiz que está passando ali) e, por seu volume, estende a compressão para S1 (raiz mais inferior) de forma assimétrica, predominando à direita. O componente volumoso também explica a retenção urinária por comprometimento de raízes sacrais mais baixas.

Portanto, o raciocínio anatómico nos leva à **alternativa B: L4-L5 com compressão das raízes L5 e S1**, que é o gabarito. Esse é um caso que ilustra perfeitamente como hérnias volumosas podem ter apresentação atípica, comprometendo múltiplas raízes e exigindo avaliação e descompressão urgentes.

Alternativa A

Uma hérnia em L3-L4 comprimindo L4 causaria um quadro bem diferente do que vemos aqui. A raiz **L4** inerva principalmente o músculo quadríceps femoral, responsável pela extensão do joelho, e medeia o reflexo patelar. O território sensitivo de L4 inclui a face medial da perna e do pé (região do maléolo medial). Nossa paciente tem reflexo patelar preservado bilateralmente, força de quadríceps preservada (consegue caminhar, mesmo com dificuldade), e o padrão sensitivo é completamente diferente (L5 e S1, não L4). Essa alternativa não explica nenhum dos achados principais do caso e pode ser descartada rapidamente.

Alternativa B

Essa é a resposta correta. Como construímos no raciocínio acima, uma **hérnia volumosa em L4-L5** explica perfeitamente todo o quadro clínico. O componente central e volumoso da hérnia comprime L5 bilateralmente (causando o deficit de dorsiflexão bilateral, hipoestesia em L5 bilateral), e por seu tamanho estende a compressão para S1 de forma assimétrica, predominando à direita (explicando o reflexo aquiliano ausente à direita, hipoativo à esquerda, deficit de flexão plantar à direita, e hipoestesia S1 direita). A retenção urinária indica que essa hérnia volumosa está comprometendo também raízes sacrais mais baixas, caracterizando um quadro de compressão importante da cauda equina que necessita descompressão cirúrgica urgente (idealmente nas primeiras 24-48 horas).

Alternativa C

Essa alternativa pode confundir quem se fixar apenas no achado do reflexo aquiliano alterado e na hipoestesia S1. De fato, uma hérnia em **L5-S1** comprimiria principalmente a raiz S1, causando deficit de flexão plantar, abolição do reflexo aquiliano e hipoestesia na face lateral do pé. Porém, o erro está em ignorar os achados de L5 - nossa paciente tem deficit de dorsiflexão BILATERAL (grau III) e hipoestesia em dermatomo L5 bilateral. Uma hérnia em L5-S1 não explicaria esses achados de L5. Além disso, o padrão bilateral de comprometimento também seria incomum para esse nível, a menos que estivéssemos falando de múltiplas hérnias. O raciocínio correto é: se L5 está comprometido bilateralmente, a hérnia deve estar no nível acima (L4-L5).

Alternativa D

Essa alternativa pode parecer atraente ao pensar "se tem múltiplas raízes afetadas (L5 e S1) e é bilateral, deve ser múltiplos níveis". Porém, como vimos, uma **hérnia volumosa única em L4-L5** pode perfeitamen-

te comprimir múltiplas raízes por extensão da compressão no canal central. Em um quadro agudo, pós-esforço, com início súbito há apenas 6 horas, é muito mais provável termos uma única hérnia volumosa do que múltiplas hérnias em vários níveis simultaneamente. Hérnias em múltiplos níveis são mais comuns em doença degenerativa crônica progressiva, não em eventos agudos pós-trauma. A navalha de Occam se aplica aqui: a explicação mais simples (uma hérnia volumosa) é preferível a invocar múltiplas lesões quando uma única já explica todos os achados.

Visão do aprovado

Nas provas, a grande pegadinha desse tema é diferenciar uma radiculopatia simples de uma síndrome da cauda equina iminente. As bancas costumam testar isso colocando **retenção urinária com valor específico de resíduo** - qualquer valor acima de 100-150 mL já sinaliza disfunção vesical significativa e urgência cirúrgica. Outro ponto que confunde candidatos é o teste de Lasègue negativo: muitos erram por achar que, se está negativo, a hérnia não pode ser grave, mas em compressões centrais volumosas ele pode estar negativo justamente porque não há tração radicular unilateral típica.

A questão do tônus anal preservado é outra armadilha clássica. Candidatos tendem a pensar "se o tônus está normal, não é cauda equina", mas isso caracteriza *síndrome da cauda equina incompleta*, que ainda assim exige descompressão em 24-48 horas. A janela terapêutica é curta e costuma ser cobrada em questões de conduta. O padrão de cobrança mais frequente coloca déficits bilaterais com apenas um achado esfinteriano para ver se o candidato reconhece a urgência mesmo sem o quadro completo.

Outro erro recorrente é confundir o nível do disco com a raiz comprometida. Hérnias em L4-L5 comprimem L5 (e podem estender para S1 se volumosas), enquanto L5-S1 comprime S1. As bancas adoram colocar achados de duas raízes adjacentes para testar se o candidato sabe que uma *hérnia volumosa única no nível superior* explica ambas, evitando a tentação de marcar múltiplos níveis em um quadro agudo pós-esforço.

Questão 53

Homem de 52 anos, diagnosticado com diabetes mellitus tipo 2 há 3 anos, comparece ao ambulatório de endocrinologia para ajuste terapêutico. Refere poliúria e polidipsia ocasionais. Nega tabagismo, etilismo ou uso de outras medicações. Ao exame físico: peso 72 kg, altura 1,75 m, IMC 23,5 kg/m², pressão arterial 128/82 mmHg, sem edemas. Medicação atual: metformina 850 mg, 2 vezes ao dia. Exames laboratoriais abaixo. Qual a conduta farmacológica mais adequada para otimização do controle glicêmico deste paciente?

Exame	Resultado	Valor de referência
Glicemia de jejum	165 mg/dL	70 - 99 mg/dL
Hemoglobina glicada (HbA1c)	8,10%	< 5,7% (normal)
Creatinina	1,4 mg/dL	0,7 - 1,2 mg/dL
Ureia	45 mg/dL	15 - 40 mg/dL
TFG estimada (eGFR)	55 mL/min/1,73m ²	≥ 90 mL/min/1,73m ²
Microalbuminúria	45 mg/g	< 30 mg/g
Colesterol total	178 mg/dL	< 190 mg/dL
Triglicerídeos	142 mg/dL	< 150 mg/dL

- A. Associar gliclazida 30 mg pela manhã.
- B. Adicionar empagliflozina 10 mg pela manhã.
- C. Associar liraglutida 0,6 mg subcutânea diária.
- D. Substituir metformina por pioglitazona 15 mg diariamente.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui um caso que ilustra perfeitamente a **mudança de paradigma no tratamento do diabetes tipo 2**: não basta apenas baixar a glicemia, precisamos escolher medicamentos que protejam órgãos-alvo. Nosso paciente de 52 anos apresenta não um, mas dois problemas simultâneos que precisam ser endereçados: controle glicêmico inadequado (HbA1c 8,1%, meta < 7%) e doença renal do diabetes estabelecida (TFG 55 mL/min + microalbuminúria 45 mg/g).

Vamos organizar as pistas do caso que direcionam nossa escolha terapêutica. O paciente está em uso de **metformina 1700 mg/dia** (dose adequada), mas mantém sintomas de hiperglicemia (poliúria e polidipsia) e HbA1c acima da meta. A metformina está fazendo seu trabalho, mas claramente não é suficiente — precisamos adicionar um segundo agente. Agora vem a parte crucial: qual escolher?

Os dados renais são o **grande discriminador** aqui. A TFG de 55 mL/min nos coloca no estágio 3b da DRC (moderada), e a microalbuminúria de 45 mg/g (normal < 30) confirma que já temos lesão renal estabelecida. Este não é apenas um paciente que precisa baixar a HbA1c — é um paciente que precisa de um medicamento que também freie a progressão da doença renal.

As diretrizes atuais (PCDT DM2 2026, SBD, ADA/EASD) são categóricas: **quando há doença renal do diabetes ou doença cardiovascular estabelecida, os inibidores de SGLT2 (iSGLT2) são a primeira escolha**

para intensificação terapêutica. Por quê? Porque estudos como CRE-DENCE, DAPA-CKD e EMPA-KIDNEY demonstraram que essa classe não só melhora o controle glicêmico, mas também reduz albuminúria, retarda a progressão da DRC e diminui eventos cardiovasculares.

Como os iSGLT2 protegem o rim? O mecanismo é multifatorial: ao bloquear a reabsorção de glicose no túbulo proximal, aumentam a entrega de sódio à mácula densa, ativando o feedback tubuloglomerular e causando vasoconstrição da arteríola aferente. Isso reduz a hiperfiltração glomerular (um dos mecanismos de lesão na DRD) e a pressão intraglomerular. Adicionalmente, têm efeitos anti-inflamatórios, antifibróticos e reduzem o estresse oxidativo renal.

A TFG de 55 mL/min está **perfeitamente adequada para iniciar empagliflozina** (pode ser iniciada com TFG > 20 mL/min; para dapagliflozina, o limite é > 25 mL/min). O Quadro 11 do PCDT é claro: para TFG entre 45-59 mL/min com albuminúria, iSGLT2 são recomendados como controle adicional à metformina.

Portanto, a **resposta correta é a alternativa B: adicionar empagliflozina 10 mg pela manhã**. Esta escolha combina controle glicêmico eficaz com proteção renal robusta, exatamente o que nosso paciente precisa.

Alternativa A

Associar gliclazida 30 mg pela manhã. Esta é uma armadilha clássica para quem pensa apenas em controle glicêmico sem considerar proteção de órgão-alvo. A gliclazida é uma sulfonilureia de segunda geração, segura na DRC (pode ser usada mesmo com TFG < 30, com cautela), e certamente ajudaria a baixar a HbA1c. O problema? Não oferece nenhuma proteção renal. Pior: aumenta o risco de hipoglicemia e pode causar ganho de peso. Em um paciente com DRD estabelecida, escolher gliclazida é uma oportunidade perdida de usar um medicamento que poderia retardar a progressão para diálise. As sulfonilureias têm seu lugar (pacientes sem condições de pagar iSGLT2 ou GLP-1, contraindicações às outras classes), mas não são primeira escolha quando há complicação microvascular ou macrovascular.

Alternativa B

Adicionar empagliflozina 10 mg pela manhã. [CORRETA] Exatamente o que construímos no raciocínio! A empagliflozina reúne todos os atributos necessários para este paciente: melhora o controle glicêmico (reduz HbA1c em 0,5-1%), reduz a albuminúria (o que vemos neste caso com os 45 mg/g), retarda a progressão da DRC (redução de 30-40% no risco de piora da função renal), tem benefício cardiovascular, e ainda promove modesta perda de peso e redução de PA. A TFG de 55 está bem acima do limite para iniciar (> 20 mL/min). A dose de 10 mg pela manhã é apropriada para início. Este é o padrão-ouro atual para pacientes com DM2 e DRD.

Alternativa C

Associar liraglutida 0,6 mg subcutânea diária. Esta alternativa pode confundir porque os agonistas do receptor de GLP-1 também têm benefício renal e cardiovascular comprovado (estudos LEADER, SUSTAIN-6, REWIND). A liraglutida reduz albuminúria, tem efeito cardioprotetor e promove perda de peso significativa. Então por que não é a melhor escolha aqui? Porque as evidências de nefroproteção são mais robustas para iSGLT2 do que para GLP-1 RA, especialmente em pacientes com DRC moderada. Os estudos de desfechos renais (DAPA-CKD, EMPA-KIDNEY) mostraram benefício dos iSGLT2 mesmo em TFG < 30, enquanto os GLP-1 foram estudados principalmente em pacientes com função renal preservada ou levemente reduzida. Além disso, a liraglutida é injetável (menor adesão) e mais cara. Se o paciente não tolerasse iSGLT2, GLP-1 seria excelente segunda opção, mas não é a primeira escolha neste cenário de DRD.

Alternativa D

Substituir metformina por pioglitazona 15 mg diariamente. Esta alternativa tem dois erros fundamentais. Primeiro: não há razão para retirar a metformina, que é segura nesta TFG (só reduzir dose se < 30 mL/min) e é a base do tratamento do DM2. Segundo: a pioglitazona, embora tenha algum benefício em reduzir eventos cardiovasculares (estudo PROactive), causa retenção hídrica e edema — exatamente o que não queremos em um paciente com DRC, que já tem tendência a volume excessivo. Além disso, pioglitazona causa ganho de peso, aumenta risco de fraturas e de insuficiência cardíaca. Mesmo que considerássemos adicionar (não substituir) pioglitazona, ela estaria muito abaixo de iSGLT2 ou GLP-1 na hierarquia terapêutica para pacientes com DRD.

Visão do aprovado

Nas provas de residência, esse tema costuma aparecer em dois formatos principais: ou como escolha de segundo agente após falha da metformina (como neste caso), ou como pergunta direta sobre qual classe priorizar quando há complicação estabelecida. O padrão é sempre o mesmo — o caso traz um diabético com HbA1c acima da meta E uma pista de lesão de órgão-alvo (albuminúria elevada, TFG reduzida, antecedente de IAM, IC). A pegadinha clássica é o candidato escolher a droga que "baixa mais a glicemia" ou a "mais barata/acessível" sem perceber que a questão está cobrando hierarquia terapêutica baseada em proteção cardiovascular ou renal.

Um ponto que confunde muito é que tanto **iSGLT2 quanto GLP-1 RA aparecem como alternativas plausíveis**, já que ambas as classes têm benefício em desfechos. A discriminação está na robustez da evidência para o cenário específico: em DRC moderada (TFG 45-60), os iSGLT2 têm dados mais sólidos de nefroproteção, enquanto GLP-1 brilha mais em pacientes com doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida e necessidade de perda de peso significativa. Outra armadilha recorrente é esquecer que sulfonilureias, embora seguras na DRC e efica-

zes para controle glicêmico, não agregam proteção de órgão e representam "oportunidade perdida" quando há indicação preferencial de iSGLT2 ou GLP-1.

Vale ficar atento também às questões que cobram limites de função renal para cada benefício dos iSGLT2, como visto nas provas recentes: o limiar de TFG para benefício glicêmico pode ser diferente do limiar para benefício renal ou em insuficiência cardíaca. Na prova objetiva, o atalho é identificar a presença de albuminúria ou TFG entre 25-60 como sinalizadores praticamente patognomônicos de que a resposta será iSGLT2, independentemente de outras opções aparentemente corretas.

Questão 54

Mulher de 52 anos com artrite reumatoide há 14 anos, em uso de metotrexato 25 mg/semana e prednisona 5 mg/dia, comparece ao ambulatório de reumatologia referindo há 3 meses dor cervical occipital progressiva, parestesias em membros superiores e sensação de fraqueza nas mãos. Relata também instabilidade da marcha e episódios de tontura ao movimentar o pescoço. Nega trauma cervical recente. Ao exame físico, apresenta hiperreflexia em membros superiores, sinal de Babinski bilateral presente e diminuição da força de preensão manual bilateralmente. O exame das articulações periféricas mostra deformidades características da AR, sem sinais de atividade inflamatória atual. Qual exame complementar deve ser solicitado para investigar a principal suspeita diagnóstica nesta paciente?

- A. Densitometria óssea para avaliação de osteoporose
- B. Radiografia cervical em flexão e extensão para avaliar instabilidade atlantoaxial
- C. Ecocardiograma transtorácico para investigação de pericardite reumatóide
- D. Tomografia computadorizada de tórax para rastreamento de doença pulmonar intersticial

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

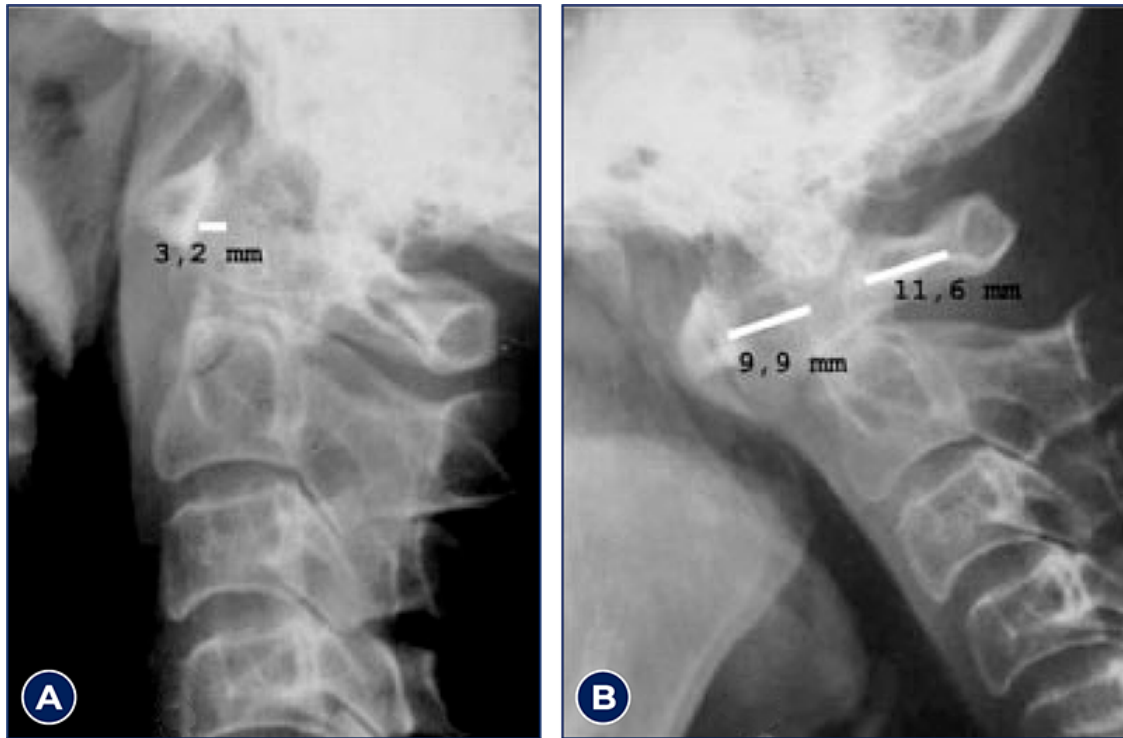
O que temos aqui é um cenário que todo reumatologista precisa reconhecer rapidamente: **paciente com artrite reumatoide de longa data desenvolvendo sinais de mielopatia cervical**. A AR desta paciente já tem 14 anos de evolução, tempo mais do que suficiente para que

uma das complicações mais graves da doença se manifeste: a *instabilidade atlantoaxial*.

Vamos primeiro identificar as pistas fundamentais do caso. Temos **dor cervical occipital progressiva há 3 meses**, associada a parestesias em membros superiores, fraqueza nas mãos e instabilidade da marcha. Mas o que realmente chama nossa atenção são os episódios de tontura ao movimentar o pescoço - este detalhe é crucial e sugere que os sintomas estão relacionados à mobilidade cervical, o que nos faz pensar em instabilidade estrutural.

O exame físico confirma nossa suspeita de comprometimento medular: **hiperreflexia em membros superiores, sinal de Babinski bilateral e diminuição da força de preensão manual**. Estes são sinais clássicos de mielopatia cervical - a combinação de sinais de neurônio motor superior (hiperreflexia, Babinski) com déficit motor nos indica que há compressão da medula espinhal.

Agora precisamos entender por que pacientes com AR desenvolvem este quadro. A AR é uma doença inflamatória que acomete articulações sinoviais, e quando pensamos em esqueleto axial, o local preferencial é justamente a **articulação atlantoaxial (C1-C2)**. A fisiopatologia é direta: a tenossinovite crônica do ligamento transverso de C1, que estabiliza o processo odontoide de C2, leva progressivamente à erosão do odontoide e ruptura do ligamento. Isso resulta em instabilidade, permitindo que o atlas (C1) se desloque anteriormente sobre o axis (C2), especialmente durante a flexão do pescoço. Quando essa subluxação é significativa, ocorre compressão da medula espinhal e das estruturas nobres do tronco encefálico - daí os sintomas de mielopatia que nossa paciente apresenta.



Os dados epidemiológicos reforçam nossa suspeita: **25% dos pacientes com AR desenvolvem subluxação atlantoaxial**, e esse número sobe para impressionantes 70% naqueles que apresentam cervicalgia. Nossa paciente se encaixa perfeitamente neste perfil de risco.

Para confirmar o diagnóstico de instabilidade atlantoaxial, precisamos de um exame que demonstre o **deslocamento anormal entre C1 e C2**. A radiografia cervical em flexão e extensão é o exame indicado porque permite avaliar se há aumento da distância entre o arco anterior do atlas e o processo odontoide (*DADA - Distância Atlantodental Anterior*) durante a flexão cervical. Quando essa distância é maior que 3 mm, confirmamos a instabilidade atlantoaxial. A imagem acima mostra exatamente isso: na posição neutra a DADA já está aumentada, mas durante a flexão ela aumenta drasticamente para 9,9 mm, demonstrando a instabilidade grave.

Portanto, nosso raciocínio nos leva diretamente à **alternativa B** como resposta correta: radiografia cervical em flexão e extensão para avaliar instabilidade atlantoaxial.

Importante destacar que, no caso da questão, a radiografia cervical entrou como **melhor alternativa** dentre as apresentadas, considerando todas as alterações que caracteristicamente aparecem de AR em provas de residência, mas, considerando uma paciente que **já apresentava sinais de mielopatia**, vale a pena pontuar que a **ressonância magnética** talvez fosse uma importante para avaliar compressão medular e neces-

sidade de abordagem cirúrgica - uma limitação que a radiografia apresenta por não dar esse grau de detalhamento. Fica de aprendizado para eventuais outras questões: **RNM entraria forte nesse caso!** Como a banca não trouxe essa opção, o gabarito fornecido permanece como sendo a melhor opção!

Dica para a prova: Sempre que encontrar um paciente com AR de longa data apresentando sintomas neurológicos cervicais (especialmente se relacionados ao movimento do pescoço) ou sinais de mielopatia, pense imediatamente em instabilidade atlantoaxial. Este é um diagnóstico que não podemos perder, pois pode evoluir para tetraplegia ou até morte súbita por compressão do tronco encefálico.

Alternativa A

Alternativa A - Incorreta. A densitometria óssea seria sim relevante nesta paciente em outro contexto. Ela tem fatores de risco para osteoporose: idade (52 anos, provavelmente pós-menopausa), AR de longa data e uso crônico de prednisona. A armadilha aqui é óbvia - a banca quer que você se distraia com esses fatores de risco e esqueça do quadro neurológico agudo. Mas densitometria não explica nem investiga sinais de *mielopatia cervical* (hiperreflexia, Babinski, fraqueza). Este exame seria útil para rastreamento de osteoporose, mas não tem relação alguma com a suspeita diagnóstica principal que é a instabilidade atlantoaxial.

Alternativa B

Alternativa B - CORRETA. Esta é nossa resposta. A radiografia cervical em flexão e extensão é o exame padrão-ouro inicial para diagnosticar instabilidade atlantoaxial em pacientes com AR. Como vimos na fisiopatologia, a subluxação se torna mais evidente durante a flexão cervical, quando o atlas se desloca anteriormente sobre o axis. O exame permite medir a *DADA (Distância Atlantodental Anterior)*, e valores maiores que 3 mm confirmam a instabilidade. Este exame é simples, de baixo custo, amplamente disponível e responde diretamente à nossa pergunta: há ou não instabilidade entre C1 e C2 que justifique os sinais de mielopatia desta paciente?

Alternativa C

Alternativa C - Incorreta. O ecocardiograma seria útil se suspeitássemos de pericardite reumatoide, que é de fato uma manifestação extraarticular possível da AR. Mas nossa paciente não apresenta sintomas cardíacos - não há dispneia, dor torácica, sinais de insuficiência cardíaca ou qualquer pista que sugira acometimento pericárdico. Todos os sintomas são neurológicos e cervicais. Este é um distrator para testar se você

conhece as manifestações extraarticulares da AR, mas não investiga o quadro atual da paciente.

Alternativa D

Alternativa D - Incorreta. A tomografia de tórax seria indicada se suspeitássemos de doença pulmonar intersticial, outra manifestação extraarticular possível da AR, especialmente em pacientes em uso de metotrexato (que pode causar pneumonite). Porém, a paciente não apresenta sintomas respiratórios - sem dispneia, tosse ou queixas pulmonares. Novamente, todos os sintomas são exclusivamente neurológicos e cervicais. A banca está testando seu conhecimento sobre complicações da AR, mas você precisa focar no que o caso está apresentando: sinais de *mielopatia cervical*.

Visão do aprovado

Nas provas, a instabilidade atlantoaxial em AR costuma ser cobrada justamente nesse formato: **paciente com doença de longa data** (geralmente mais de 10 anos) que desenvolve sintomas neurológicos cervicais. A pegadinha clássica é distrair o candidato com outras complicações válidas da AR — e a banca fez exatamente isso aqui, colocando fatores de risco para osteoporose (idade, corticoide), possibilidade de pericardite e uso de metotrexato (que sugere doença pulmonar intersticial). O candidato precisa resistir à tentação de "investigar tudo" e focar no que está sintomático: os sinais de mielopatia. Esse é um erro recorrente — perder-se nas complicações possíveis e esquecer do quadro agudo que o paciente está apresentando.

O discriminador-chave para reconhecimento rápido em prova é a **relação dos sintomas com o movimento cervical**. Quando o enunciado descreve tontura, piora da dor ou sintomas neurológicos ao movimentar o pescoço, temos uma pista praticamente patognomônica de instabilidade estrutural — e na AR, isso aponta direto para C1-C2. Outro padrão: as bancas frequentemente descrevem que a doença articular periférica está controlada ou sem atividade atual, justamente para você não se distrair com a AR ativa e focar na complicação axial.

Vale destacar que esse é um diagnóstico de urgência, embora a questão não enfatize isso. **Pacientes com DADA aumentada têm risco real de compressão súbita do tronco encefálico**, especialmente durante procedimentos que exigem hiperextensão cervical (como intubação orotraqueal). Por isso, em contextos de prova prática ou discussão de caso, sempre que identificarmos AR de longa data com sintomas cervicais, devemos pensar em investigação precoce — mesmo que os sintomas sejam leves ou intermitentes.

Questão 55

Mulher, 58 anos, é admitida no pronto-socorro com dispneia súbita e dor torácica pleurítica há 6 horas. Refere cirurgia para ressecção de glioblastoma multiforme há 15 dias, com boa evolução pós-operatória. Ao exame físico apresenta FR 28 irpm, FC 118 bpm, PA 110x70 mmHg, SpO₂ 89% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular preservado bilateralmente. D-dímero 2.400 ng/mL (VR < 500). Angiotomografia de tórax evidencia falha de enchimento em artéria pulmonar segmentar do lobo inferior direito, compatível com embolia pulmonar. Ressonância magnética de crânio pós-operatória mostra edema cerebral moderado e pequena área de necrose tumoral com discreto sangramento local. Qual a conduta mais adequada para esta paciente?

- A. Enoxaparina 40 mg subcutânea 12/12h
- B. Heparina não fracionada endovenosa em dose plena
- C. Implante de filtro de veia cava inferior
- D. Observação clínica até resolução do edema cerebral

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui um dos cenários mais desafiadores da medicina de urgência: **um diagnóstico confirmado de embolia pulmonar em uma paciente que não pode ser anticoagulada**. O caso nos apresenta uma mulher de 58 anos com quadro clássico de TEP - dispneia súbita, dor pleurítica, taquipneia (28 irpm), taquicardia (118 bpm), hipoxemia (SpO₂ 89%) e confirmação por angiotomografia. Até aqui, tudo aponta para anticoagulação plena imediata, certo? Mas há um detalhe crucial que muda completamente nossa conduta.

A paciente foi submetida à *ressecção de glioblastoma há apenas 15 dias*, e a RNM pós-operatória revela algo que deve acender um alerta vermelho em nossa mente: **sangramento cerebral local e edema cerebral moderado**. Esse achado transforma um caso aparentemente direto de TEP em um verdadeiro dilema terapêutico. Precisamos proteger a paciente contra novos episódios embólicos, mas anticoagular alguém com sangramento intracraniano ativo pode ser catastrófico.

Vamos organizar o raciocínio: nossa paciente tem **dois problemas simultâneos que exigem condutas opostas**. Por um lado, o TEP confirmado (falha de enchimento em artéria segmentar, D-dímero muito elevado em 2.400 ng/mL) tradicionalmente demanda anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular ou heparina não fracionada.

Por outro lado, ela apresenta uma contraindicação absoluta à anticoagulação: sangramento intracraniano recente em pós-operatório de neurocirurgia.

Por que sangramento cerebral contraindica anticoagulação? A fisiopatologia é direta: anticoagulantes impedem a formação de fibrina e estabilização do coágulo, podendo **expandir hematomas intracranianos existentes**. Em um paciente com edema cerebral já estabelecido, qualquer expansão do sangramento pode precipitar hipertensão intracraniana crítica e herniação cerebral. O espaço intracraniano é fixo e não comporta expansão volêmica - diferente de sangramentos em outras topografias. Além disso, o pós-operatório de neurocirurgia até 14 dias é considerado de alto risco para ressangramento, especialmente em áreas de necrose tumoral como descrito no caso.

Então, o que fazemos quando temos *TEP confirmado mas contraindicação à anticoagulação*? É aqui que entra o **filtro de veia cava inferior (VCI)**. Esse dispositivo é implantado por via endovascular (geralmente via femoral ou jugular) e funciona como uma "rede" que captura trombos grandes originados nos membros inferiores, impedindo que migrem para a circulação pulmonar. O filtro não trata o TEP já instalado, mas previne novos episódios embólicos enquanto a contraindicação à anticoagulação persiste. No nosso caso, aguardaríamos a resolução do edema cerebral e estabilização do sangramento (geralmente 2-4 semanas) para então iniciar anticoagulação e considerar a retirada do filtro, se este for do tipo recuperável.

As principais indicações de *filtro de VCI* são: TEV com contraindicação absoluta à anticoagulação (como sangramento ativo), falha terapêutica da anticoagulação (TEP recorrente apesar de anticoagulação adequada), e TEP maciço com reserva cardiopulmonar muito limitada. Nossa paciente se encaixa perfeitamente na primeira indicação. Portanto, a conduta mais adequada é o **implante de filtro de VCI**, que oferece proteção mecânica contra novos êmbolos pulmonares enquanto respeitamos a contraindicação neurológica à anticoagulação sistêmica.

Alternativa A

Enoxaparina 40 mg SC 12/12h - Incorreta. Essa alternativa é uma armadilha clássica. A dose descrita (40 mg de 12/12h) pode parecer "segura" por ser próxima à dose profilática (40 mg 1x/dia), mas vejam: qualquer anticoagulação, mesmo em doses menores, está contraindicada na presença de sangramento cerebral ativo. Além disso, essa dose é insuficiente para tratar TEP confirmado - precisaríamos de 1 mg/kg de 12/12h (dose plena). O erro aqui é duplo: iniciar anticoagulante em paciente com contraindicação absoluta e usar dose inadequada para o tratamento do TEP (na verdade, a banca não forneceu o peso da paciente, o que invalida determinar a dose correta, mas 40mg provavelmente não corresponde a 1mg/kg). Muitos alunos podem pensar "vou usar dose mais baixa para ser mais seguro", mas isso não resolve - o risco de expansão do hematoma cerebral persiste mesmo com doses menores, e o TEP ficaria subtratado.

Alternativa B

Heparina não fracionada endovenosa em dose plena - Incorreta.

Em situações normais, essa seria uma conduta absolutamente correta para TEP confirmado. A HNF IV em dose plena (bolus de 80 UI/kg seguido de infusão contínua de 18 UI/kg/h, ajustada por TTPa) é inclusive preferível em pacientes com disfunção renal grave ou naqueles em que precisamos de reversão rápida. O problema é que estamos ignorando completamente o sangramento cerebral. Anticoagular essa paciente com heparina plena seria extremamente perigoso - poderíamos transformar um "discreto sangramento local" em uma hemorragia intracraniana maciça. Lembrem-se: em neurocirurgia, não existe "sangramento pequeno" quando falamos de anticoagulação - qualquer expansão pode ser fatal.

Alternativa C

Implante de filtro de veia cava inferior - CORRETA. Essa é a conduta mais adequada e representa a compreensão do dilema clínico apresentado. O filtro de VCI oferece proteção mecânica contra novos êmbolos pulmonares sem os riscos da anticoagulação sistêmica. É a única alternativa que protege a paciente do TEP recorrente enquanto respeita a contraindicação absoluta imposta pelo sangramento cerebral. Na prática, implantaríamos um filtro temporário/recuperável, manteríamos vigilância clínica, e assim que houver resolução do edema cerebral e estabilização do sangramento (confirmada por neuroimagem de controle em 2-4 semanas), iniciariamos anticoagulação e considerariamos a retirada do filtro. Essa conduta está bem estabelecida nas diretrizes e é exatamente o que o *Sabiston* recomenda para "pacientes que apresentam risco elevado de sangramento pós-operatório".

Alternativa D

Observação clínica até resolução do edema cerebral - Incorreta.

Essa alternativa é perigosa porque deixa a paciente completamente desprotegida contra novos episódios embólicos. Estamos falando de alguém que já teve um TEP confirmado, tem fator de risco importante (neoplasia + pós-operatório) e provavelmente ainda tem trombos residuais nos membros inferiores que podem embolizar. A mortalidade de TEP recorrente sem profilaxia é alta. Observar passivamente enquanto aguardamos a resolução do edema cerebral (que pode levar semanas) expõe a paciente a risco inaceitável de novo TEP, potencialmente fatal. Mesmo que não possamos anticoagular, precisamos de alguma proteção - e é exatamente isso que o filtro de VCI oferece.

Visão do aprovado

Nas provas, *filtro de veia cava* costuma aparecer exatamente nesse formato: **TEP confirmado associado a alguma contraindicação absoluta à anticoagulação**. As bancas adoram colocar sangramento cerebral pós-neurocirurgia recente, sangramento digestivo alto ativo, ou trauma grave com lesões hemorrágicas. O segredo é identificar rapida-

mente que temos dois problemas opostos (necessidade de proteger contra TEP versus impossibilidade de anticoagular) e lembrar que o filtro resolve esse impasse oferecendo proteção mecânica sem risco hemorrágico sistêmico.

A pegadinha mais comum nesse tipo de questão é a tentação de usar doses menores de anticoagulante pensando que seria "mais seguro" - por isso a alternativa com enoxaparina *40mg* aparece frequentemente. Outro erro clássico é confundir estabilidade hemodinâmica com gravidade do quadro: nossa paciente está taquicárdica e hipoxêmica, mas tem pressão arterial preservada (110x70 mmHg), o que afasta indicação de trombólise (que seria a conduta se houvesse instabilidade com PA <90 mmHg ou choque). Esse discriminador entre "TEP que precisa de filtro" versus "TEP que precisa de trombólise" cai bastante.

Vale destacar também que o contexto oncológico (*glioblastoma*) aumenta muito o risco de TEV recorrente, tornando a observação passiva ainda mais perigosa - é um detalhe que reforça a necessidade de proteção ativa. Por fim, questões sobre **filtro de VCI frequentemente cobram o timing**: saber que vamos reavaliar em 2-4 semanas com neuroimagem de controle antes de iniciar anticoagulação e considerar remoção do filtro (se temporário) é um conhecimento que diferencia quem realmente entende a conduta de quem apenas decorou que "filtro é para contraindicação".

Questão 56

Homem de 22 anos procura ambulatório de nefrologia após ter sido encaminhado da UBS por alterações urinárias recorrentes. Relata episódios de urina "cor de coca-cola" nos últimos 18 meses, sempre 1-2 dias após quadros gripais ou amigdalites, com resolução espontânea em uma semana. Nega edema ou hipertensão arterial. Antecedente familiar de doença renal crônica em fase dialítica (tio paterno, 45 anos). Exame físico: PA 138/82 mmHg, peso 78kg, sem edema. Exames atuais anexados abaixo. Biópsia renal: proliferação mesangial focal, depósitos de IgA ao exame de imunofluorescência, 15% de esclerose glomerular na microscopia óptica. Qual a conduta terapêutica mais adequada para este paciente?

Exame	Resultado	Valor de referência
Creatinina	1,3 mg/dL (basal há 6 meses: 0,9 mg/dL)	0,7 - 1,2 mg/dL (adultos)
Proteinúria 24h	1,4 g/24h	Até 150 mg/24h (≤ 0,15 g/24h)
Hematúria dismórfica	Presente	Ausente (ou ≤ 3 hemácias dismórficas/campo de grande aumento)
C3 (complemento)	Normal	90 - 180 mg/dL
C4 (complemento)	Normal	10 - 40 mg/dL

- A. Observação clínica com reavaliação em 6 meses
- B. Enalapril 10mg via oral 2 vezes ao dia
- C. Prednisona 1mg/kg/dia por 6 meses
- D. Penicilina benzatina 1.200.000 UI intramuscular

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

O timing é tudo nessa questão. Temos um jovem de 22 anos com episódios recorrentes de **hematúria macroscópica** que aparecem sempre 1-2 dias após quadros infecciosos (gripais ou amigdalites), com resolução espontânea em uma semana. Esse padrão temporal é a pista diagnóstica mais valiosa que recebemos do caso.

Quando vemos hematúria relacionada a infecções, nosso raciocínio deve se dividir entre duas principais possibilidades: nefropatia por IgA (Doença de Berger) ou *glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica* (GNDA). O discriminador-chave entre elas está justamente no intervalo temporal. Na nefropatia por IgA, a hematúria ocorre durante ou poucos dias depois da infecção (hematúria sin-faríngea, ou seja, "junto com a faringite"). Já na GNDA pós-estreptocócica, existe um período de latência de 2-3 semanas entre a infecção e o aparecimento da hematúria. Nosso paciente apresenta hematúria 1-2 dias após os quadros infecciosos, o que aponta fortemente para IgA.

Outros dados do caso reforçam essa hipótese: temos C3 e C4 normais (na GNDA pós-estreptocócica esperaríamos C3 baixo por consumo de complemento pela via alternativa), além da história familiar marcante de DRC dialítica em tio paterno jovem (45 anos), sugerindo componente genético compatível com IgA. A biópsia renal fecha o diagnóstico ao mostrar *depósitos de IgA no mesângio* à imunofluorescência, além de proliferação mesangial focal.

Mas diagnosticar não é suficiente aqui. Precisamos avaliar se esse paciente tem fatores de progressão que indiquem necessidade de tratamento ativo. E nosso paciente tem vários: proteinúria de 1,4g/24h (aci-

ma de 1g já sinaliza atividade da doença), piora da função renal (creatinina subiu de 0,9 para 1,3 mg/dL em 6 meses), 15% de esclerose glomerular na biópsia (indica lesão crônica irreversível), PA limítrofe (138/82 mmHg) e a história familiar que conhecemos. Esse não é um paciente que pode ser apenas observado.

O tratamento da nefropatia por IgA segue uma hierarquia bem estabelecida. A primeira linha terapêutica consiste em medidas de suporte e nefroproteção com bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (IECA ou BRA). Esses medicamentos reduzem a proteinúria ao diminuir a pressão intraglomerular e exercem efeito antiproliferativo e antifibrótico, retardando a progressão da doença. O corticosteroide, por sua vez, é considerado terapia de segunda linha, indicado apenas em pacientes que mantêm proteinúria persistente >1g/dia mesmo após 3-6 meses de tratamento otimizado com IECA ou BRA. Como nosso paciente ainda não recebeu nenhuma terapia de bloqueio do SRAA, devemos iniciar com IECA ou BRA antes de considerar imunossupressão.

Portanto, diante de um paciente com nefropatia por IgA confirmada por biópsia, com múltiplos fatores de progressão (proteinúria >1g, piora da função renal, esclerose glomerular), a conduta mais adequada é iniciar **bloqueio do SRAA com IECA**, como o enalapril. O gabarito é a alternativa B.

Alternativa A

Observação clínica com reavaliação em 6 meses: Essa alternativa seria adequada apenas para pacientes com nefropatia por IgA de baixo risco, ou seja, aqueles com proteinúria mínima (< 0,5-1g/dia), função renal estável, ausência de hipertensão arterial e esclerose glomerular mínima na biópsia. Nosso paciente apresenta justamente o oposto: proteinúria de 1,4g/24h, piora documentada da creatinina (0,9→1,3 mg/dL em 6 meses), 15% de esclerose glomerular e PA limítrofe. Esses são fatores de progressão bem estabelecidos que indicam necessidade de intervenção terapêutica ativa. Observar passivamente esse paciente seria perder a janela de oportunidade para nefroproteção e permitir evolução para doença renal crônica avançada.

Alternativa B

Enalapril 10mg via oral 2 vezes ao dia: Essa é a conduta correta. O enalapril é um IECA (inibidor da enzima conversora de angiotensina) que constitui a primeira linha de tratamento para pacientes com nefropatia por IgA que apresentam proteinúria >1g/dia, mesmo com função renal preservada. O mecanismo de nefroproteção ocorre por:

- Redução da pressão intraglomerular através da dilatação preferencial da arteríola eferente, diminuindo assim a pressão de filtração e a proteinúria
- Efeitos antiproliferativos e antifibróticos independentes da redução pressórica, que retardam a progressão da esclerose glomerular

Esse paciente tem proteinúria de 1,4g/24h, deterioração da função renal e evidência histológica de atividade (proliferação mesangial) e cronicidade (15% de esclerose), tornando o bloqueio do SRAA absolutamente indicado como terapia inicial.

Alternativa C

Prednisona 1mg/kg/dia por 6 meses: Esse é o distrator mais atraente da questão, porque corticosteroide de fato tem indicação em nefropatia por IgA, mas não como primeira linha. A imunossupressão com corticoide está indicada apenas em pacientes que mantêm proteinúria persistente >1g/dia após 3-6 meses de tratamento otimizado com IECA ou BRA, desde que o clearance de creatinina seja >30 mL/min e haja evidência morfológica de doença ativa na biópsia (proliferação endocapilar, por exemplo). Nosso paciente ainda não recebeu nenhuma terapia com bloqueador do SRAA, portanto seria um erro pular direto para imunossupressão sem antes tentar a terapia de suporte. Além disso, o corticoide traz riscos significativos (hiperglicemia, ganho de peso, infecções, osteoporose), que devem ser evitados quando existe alternativa eficaz e mais segura.

Alternativa D

Penicilina benzatina 1.200.000 UI intramuscular: Esse é o tratamento para *glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica* (GNDA), usado para erradicar o estreptococo e prevenir outras complicações da infecção (como febre reumática). Essa alternativa testaria se você conseguiu diferenciar corretamente nefropatia por IgA de GNDA pós-estreptocócica. Como vimos na introdução, o timing é completamente diferente: na GNDA há latência de 2-3 semanas entre a infecção e a hematuria, enquanto aqui temos 1-2 dias (sin-faríngea). Além disso, na GNDA esperaríamos C3 baixo (nosso paciente tem C3 normal) e depósitos de C3 na biópsia (aqui temos depósitos de IgA). Penicilina benzatina não tem papel algum no tratamento da nefropatia por IgA.

Visão do aprovado

Nas provas, nefropatia por IgA costuma ser cobrada em dois formatos principais: ou como reconhecimento do padrão temporal característico (hematuria sin-faríngea versus latência da GNDA), ou como decisão terapêutica — e é aqui que mora a pegadinha mais comum. Candidatos frequentemente pulam direto para corticosteroide ao ver proteinúria acima de 1g/dia, esquecendo que existe uma **hierarquia obrigatória**: primeiro otimizamos bloqueio do SRAA por 3-6 meses, e só depois, se a proteinúria persistir elevada, consideramos imunossupressão. Essa sequência é cobrada de forma recorrente.

Outro detalhe que induz ao erro é a pressão arterial "quase normal" do paciente (138/82 mmHg). Muitos candidatos interpretam isso como ausência de indicação para IECA, quando na verdade o benefício do bloqueio do SRAA na nefropatia por IgA é independente de hipertensão franca — o alvo aqui é *nefroproteção*, não controle pressórico isolado.

Mesmo com PA < 140/90 mmHg, se há proteinúria >1g/dia e fatores de progressão, IECA ou BRA está indicado. Esse conceito diferencia quem entende a lógica fisiopatológica de quem apenas decorou cut-offs de hipertensão.

Questão 57

Mulher de 32 anos dá entrada no pronto-socorro com história de dor lombar direita intensa há 12 horas, irradiada para fossa ilíaca, associada a febre de 39,2°C, calafrios e náuseas. Refere episódios similares de cólica renal nos últimos 2 anos. Nas últimas 4 horas, evoluiu com prostração, taquicardia e hipotensão. Exame físico: regular estado geral, descorada, desidratada, FC 110 bpm, PA 85x50 mmHg, Tax 38,8°C. Punho-percussão lombar direita positiva. Exames em anexo abaixo. Tomografia de abdome: cálculo de 8mm no ureter médio direito com hidronefrose moderada e sinais de pielonefrite. Qual a conduta imediata mais adequada?

Exame	Resultado	Valor de referência
Leucócitos	18.000/mm ³	4.000 a 11.000/mm ³
Ureia	80 mg/dL	15 a 40 mg/dL
Creatinina	1,8 mg/dL	0,6 a 1,2 mg/dL
Leucócitos (urina)	Intensa	Negativo
Hemácias (urina)	Inúmeras	0 a 2 por campo
Nitrito (urina)	Positivo	Negativo

- A. Ceftriaxona EV 2g/dia ressuscitação volêmica e reavaliação em 12h, por ser contraindicada a drenagem neste momento
- B. Ressuscitação volêmica e desobstrução urinária urgente por nefrostomia ou cateter ureteral, aguardar procedimento para início de antibiótico
- C. Ceftriaxona EV 2g/dia, ressuscitação volêmica e desobstrução urinária urgente por nefrostomia ou cateter ureteral.
- D. Ciprofloxacino 400mg IV de 12/12h, noradrenalina e programação de ureterosopia eletiva após controle do quadro séptico.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

A conduta imediata exige três pilares simultâneos e urgentes porque o paciente apresenta **sinais de sepse** (hipotensão 85x50 mmHg, taquicardia 110 bpm, prostração, febre 39,2°C) secundária a **pielonefrite obstrutiva aguda** (cálculo ureteral de 8mm com hidronefrose modera-

da). A obstrução urinária transforma uma pielonefrite em emergência urológica: a urina infectada fica represada sob pressão no sistema coletor dilatado, funcionando como abscesso fechado que dissemina bactérias para corrente sanguínea de forma contínua enquanto a obstrução persistir. Nesse cenário, antibiótico isolado não resolve porque não consegue esterilizar o foco enquanto houver obstrução, e a desobstrução isolada sem antibiótico deixa o paciente sem cobertura durante o procedimento e após ele.

A conduta exige três pilares simultâneos e urgentes, não sequenciais: antibioticoterapia o mais precoce possível, ressuscitação volêmica agressiva e desobstrução urinária imediata. O controle da fonte (desobstrução por nefrostomia percutânea ou cateter duplo-J) melhora significativamente a sobrevida em pacientes com urosepsis obstrutiva, e qualquer atraso em qualquer um desses três componentes aumenta mortalidade. Ceftriaxona (uma cefalosporina de terceira geração) oferece cobertura empírica adequada para *Escherichia coli* (patógeno mais frequente na pielonefrite), que a priori vem da comunidade, em uma paciente sem fatores de risco para resistência que justifiquem terapias mais amplas.

Três pilares da conduta na pielonefrite obstrutiva com sepse

1. Antibiótico IV precoce: ceftriaxona IV (iniciar imediatamente, não aguardar procedimento) - boa penetração urinária, cobertura para os germes prováveis

2. Ressuscitação volêmica: cristalóide 30 mL/kg IV em bolus

3. Desobstrução urinária urgente: nefrostomia percutânea ou cateter ureteral duplo-J (não postergar)

A ureteroscopia com litotripsia é procedimento eletivo para remoção definitiva do cálculo, realizado após resolução do quadro infeccioso agudo (geralmente 4 a 6 semanas depois). Na fase aguda séptica, a prioridade é descomprimir o sistema coletor da forma mais rápida e menos invasiva possível.

Alternativa A

A- Incorreta. A ceftriaxona e a ressuscitação volêmica estão corretas, mas a conduta falha ao propor "reavaliação em 12h" e afirmar que a drenagem é "contraindicada neste momento". Em paciente com quadro séptico por pielonefrite obstrutiva, a desobstrução urinária é mandatória e urgente, não opcional: enquanto o sistema coletor permanece obstruído, o antibiótico não consegue esterilizar o foco infeccioso e a bacteremia persiste. Adiar a drenagem por 12 horas em paciente hipo-

tenso e taquicárdico aumenta significativamente o risco de evolução para choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos e óbito. Para esta alternativa estar correta, o paciente precisaria apresentar pielonefrite sem obstrução documentada na tomografia, cenário em que antibiótico e volume seriam suficientes.

Alternativa B

B- Incorreta. A ressuscitação volêmica e a desobstrução urinária urgente estão corretas, mas a alternativa erra ao sugerir "aguardar procedimento para início de antibiótico". Em sepse, o atraso no início do antibiótico aumenta mortalidade: o antibiótico deve ser administrado na primeira hora do reconhecimento de sepse, antes de qualquer procedimento. Além disso, realizar nefrostomia ou passagem de duplo-J sem cobertura antibiótica prévia expõe o paciente a risco de bacteremia maciça durante a manipulação do trato urinário infectado. Para esta alternativa estar correta, o paciente precisaria estar hemodinamicamente estável sem critérios de sepse, situação em que poderíamos considerar aguardar cultura antes de antibiótico.

Alternativa C

C- Correta. Antibiótico IV (ceftriaxona tem cobertura adequada para os germes mais prováveis - por exemplo, *E. coli* sensível da comunidade), ressuscitação volêmica (30 mL/kg de cristalóide em bolus) e desobstrução urinária urgente por nefrostomia percutânea ou cateter ureteral duplo-J. A desobstrução remove o foco infeccioso fechado, permitindo drenagem da urina infectada e melhorando penetração do antibiótico no parênquima renal, enquanto o antibiótico controla a bacteremia e previne disseminação durante e após o procedimento.

Alternativa D

D- Incorreta. O ciprofloxacino IV (uma quinolona com boa penetração urinária) já foi mais utilizado como terapia empírica para infecções urinárias, porém, atualmente, pela taxa de resistência aumentada, evitamos utilizar como primeira escolha, passa a ser uma opção se guiado por cultura. A alternativa erra também ao propor "ureterosopia eletiva após controle do quadro séptico". Ureterosopia com litotripsia é procedimento definitivo para remoção do cálculo, realizado eletivamente semanas após resolução da infecção aguda: na fase de choque séptico, a prioridade é desobstrução urgente e minimamente invasiva (nefrostomia ou duplo-J), não procedimento endoscópico complexo que demanda mais tempo, tem maior risco de complicações em paciente instável e não muda desfecho imediato. Além disso, iniciar noradrenalina antes de ressuscitação volêmica adequada (30 mL/kg) viola o protocolo de sepse: vasopressor só entra se hipotensão persistir após volume. Para esta alternativa estar correta, o paciente precisaria estar em choque refratário a volume, já com duplo-J ou nefrostomia instalados, aguardando tratamento definitivo do cálculo após estabilização.

Visão do aprovado

Em ITU, o que separa o candidato aprovado do eliminado é reconhecer quando o caso saiu do terreno da antibioticoterapia e entrou no da emergência urológica (e a banca monta o cenário com sinais de choque para testar exatamente isso. Este caso é a tradução literal desse padrão: obstrução + sepse = três condutas simultâneas.

- Antibiótico isolado em pielonefrite obstrutiva não esteriliza o foco) a urina infectada represada funciona como abscesso fechado, e o paciente permanece séptico enquanto a obstrução durar.
- Desobstrução sem cobertura antibiótica prévia expõe o paciente a bacteremia maciça no momento do procedimento (os três pilares são simultâneos, não sequenciais.
- Escolher entre nefrostomia e cateter duplo-J depende da viabilidade técnica e do serviço, não da gravidade) ambas são igualmente eficazes para controlar a fonte; o erro é adiar qualquer uma.

Questão 58

Homem de 32 anos procura a UBS referindo prurido intenso há 3 semanas, predominantemente noturno, que piora com banhos quentes. Relata que há cerca de 6 meses teve quadro similar que melhorou completamente após tratamento, mas retornou recentemente. Ao exame físico, observam-se lesões papulosas eritematosas com escoriações em espaços interdigitais de mãos e pés, punhos e região periumbilical. Alguns sulcos lineares são visíveis nos punhos. Informa que dois familiares que residem na mesma casa apresentam sintomas semelhantes. Nega uso de medicamentos, cosméticos novos ou exposição ocupacional a irritantes. Qual a conduta mais adequada para este caso?

- A.** Prescrever corticoides tópicos por 2 semanas e orientar banhos com água morna.
- B.** Prescrever ivermectina oral, tratar contactantes domiciliares e orientar lavagem de roupas e roupas de cama em água quente.
- C.** Investigar possíveis alérgenos ambientais, prescrever anti-histamínicos e corticoides tópicos de baixa potência.
- D.** Realizar exame micológico direto e prescrever antifúngicos tópicos por 4 semanas, com extensão do tratamento para áreas adjacentes não acometidas.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Esta questão praticamente entrega o diagnóstico nas primeiras linhas, mas que carrega uma lição valiosa sobre o tratamento completo de doenças contagiosas. Nosso paciente apresenta **prurido intenso predominantemente noturno** há 3 semanas, associado a sulcos lineares visíveis nos punhos e dois familiares coabitantes com sintomas semelhantes. Se você leu essas três informações e não pensou imediatamente em escabiose, é hora de fixar esse padrão clássico!

Vamos construir o raciocínio. Quando nos deparamos com um paciente com prurido intenso e lesões cutâneas, precisamos pensar em alguns diferenciais: dermatite de contato alérgica, dermatofitoses, escabiose e até mesmo dermatite atópica. Mas o nosso caso traz pistas que direcionam fortemente para um diagnóstico específico.

O primeiro grande discriminador é o caráter noturno do prurido. Isso acontece porque o *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, o ácaro causador da escabiose, tem um comportamento peculiar: a fêmea fecundada faz seus túneis subcórneos (os famosos sulcos lineares) com progressão de 2-3mm por dia, e essa progressão se intensifica à noite devido ao calor do leito. Por isso o prurido piora durante a noite e também com banhos quentes, como nosso paciente relata. Não é uma característica biológica de "noctividade" do parasita, mas sim uma resposta ao aquecimento.

O segundo achado crucial são os sulcos lineares nos punhos. Esses sulcos são os túneis que a fêmea do ácaro escava na camada córnea da pele para depositar seus ovos (cerca de 40-50 durante seu ciclo vital de 15-30 dias). Esse achado é praticamente patognomônico de escabiose e, quando presente, sela o diagnóstico.

A distribuição das lesões também é altamente sugestiva: espaços interdigitais de mãos e pés, punhos e região periumbilical são os locais clássicos de acometimento da escabiose. Em adultos, outras áreas típicas incluem genitália masculina, axilas e mamas femininas. Já em crianças, pode acometer inclusive o couro cabeludo.

Por fim, temos a cereja do bolo epidemiológico: dois familiares coabitantes com sintomas semelhantes. A escabiose é uma doença de contágio direto, que geralmente ocorre no leito ou por contato próximo e prolongado. É extremamente comum haver mais de um caso no ambiente familiar. Isso praticamente exclui dermatite de contato (improvável afetar múltiplas pessoas) e dermatofitose (possível, mas menos provável nesse contexto).

Agora vem o ponto crucial que a questão quer testar: nosso paciente já teve um quadro similar há 6 meses que melhorou completamente após tratamento. Por que voltou? A resposta está na conduta inadequada no tratamento anterior. A escabiose exige um **tratamento tríplice**: (1) tratamento do paciente, (2) tratamento de TODOS os contactantes domiciliares (mesmo que assintomáticos ou na dúvida), e (3) medidas ambientais (lavagem de roupas e roupas de cama em água quente, separação de objetos de contato direto). Se qualquer um desses três pilares falha, o ciclo epidemiológico familiar se perpetua e há reinfestação.

Quanto ao tratamento medicamentoso, temos duas opções principais: permetrina 5% tópica (primeira escolha, aplicada do pescoço para baixo, por 8-14 horas, geralmente repetida após cerca de sete dias, retirando pela manhã) ou ivermectina oral (200 µg/kg, dose única ou repetida após 1-2 semanas). A ivermectina é especialmente útil em casos extensos, pacientes com dificuldade de aplicação tópica, ou quando se deseja maior praticidade para tratamento simultâneo de múltiplos contactantes. Para gestantes, lactantes ou crianças menores de 2 meses, usamos enxofre precipitado (5-10%).

Portanto, a conduta adequada para este caso é: prescrever ivermectina oral, tratar contactantes domiciliares e orientar lavagem de roupas e roupas de cama em água quente - exatamente o que propõe a alternativa B, nosso gabarito.

Alternativa A

Esta alternativa propõe corticoides tópicos e orientação de banhos com água morna. O erro aqui é **tratar apenas o sintoma (prurido) sem tratar a causa (parasita)**. Corticoides podem até proporcionar alívio temporário do prurido, mas não eliminam o *Sarcoptes scabiei*. Pior ainda: ao reduzir a resposta inflamatória local, os corticoides podem facilitar a progressão da infestação, levando até a formas mais graves como a sarna norueguesa em pacientes imunossuprimidos. Além disso, essa conduta não contempla o tratamento de contactantes nem medidas ambientais, perpetuando o ciclo de reinfestação que já ocorreu há 6 meses. Orientar banhos mornos faz algum sentido (já que o calor piora), mas é totalmente insuficiente como conduta definitiva.

Alternativa B

Esta é nossa resposta correta! A conduta contempla os **três pilares fundamentais** do tratamento da escabiose: (1) tratamento do paciente com ivermectina oral (medicação eficaz, prática e de dose única), (2) tratamento dos contactantes domiciliares (essencial para quebrar o ciclo epidemiológico familiar e evitar reinfestação), e (3) medidas ambientais

com lavagem de roupas e roupas de cama em água quente (o parasita pode sobreviver fora do hospedeiro por cerca de 2-3 dias, representando fonte de reinfestação). Essa abordagem completa explica por que o paciente teve recidiva: provavelmente no tratamento anterior não foram tratados os contactantes ou não foram feitas as medidas ambientais adequadas. Ao implementar todas essas medidas agora, interrompemos definitivamente o ciclo de transmissão.

Alternativa C

Esta alternativa sugere investigar alérgenos ambientais e tratar como dermatite de contato. É um distrator atraente porque **dermatite de contato também cursa com prurido intenso e lesões eritematosas**. No entanto, vários elementos do caso descartam essa hipótese: (1) o paciente nega exposição a novos medicamentos, cosméticos ou irritantes ocupacionais, (2) o prurido predominantemente noturno não é característico de dermatite de contato (que costuma ser constante ou relacionado à exposição), (3) a presença de sulcos lineares é incompatível com dermatite de contato, e (4) dois familiares coabitantes com sintomas tornaria muito improvável uma dermatite de contato (a menos que todos tivessem exposição ao mesmo alérgeno, mas o paciente nega isso). Anti-histamínicos e corticoides tópicos podem aliviar sintomas, mas novamente não tratam a causa parasitária.

Alternativa D

Esta alternativa propõe investigação micológica e tratamento para dermatofitose. Embora **dermatofitoses possam causar prurido e acometer espaços interdigitais**, vários elementos descartam esse diagnóstico: (1) dermatofitoses tipicamente cursam com lesões anulares (em anel) com bordas descamativas e centro claro, não com pápulas eritematosas difusas, (2) sulcos lineares não ocorrem em infecções fúngicas, (3) o prurido noturno não é característico de dermatofitoses (costuma ser mais relacionado à sudorese ou fricção), e (4) embora dermatofitoses possam ser contagiosas, é menos comum afetar múltiplos membros da família simultaneamente da forma descrita. O exame micológico direto seria negativo neste caso, atrasando o diagnóstico e tratamento corretos.

Visão do aprovado

Nas provas de residência, escabiose costuma ser cobrada em dois formatos principais: reconhecimento diagnóstico direto pela tríade clássica ou, como nesta questão, testando se o candidato conhece a necessidade de tratamento simultâneo de contactantes e medidas ambientais. O que confunde é a alternativa com corticoide tópico como distrator - muitos candidatos caem na tentação de "tratar o prurido intenso" sem perceber que isso mascara o quadro e perpetua a infestação. Bancas também adoram colocar antifúngico como opção, explorando a confusão com dermatofitose em espaços interdigitais.

Outro padrão recorrente é apresentar histórico de recidiva ou tratamento prévio mal-sucedido, justamente para testar se você identifica que o ciclo epidemiológico familiar não foi interrompido. Quando a questão trazer "já tratou antes e voltou", a resposta estará na conduta que contempla TODOS os coabitantes, mesmo assintomáticos. Em contexto de prova objetiva com tempo limitado, o atalho mental deve ser: se há contactantes sintomáticos no enunciado, **a resposta correta obrigatoriamente incluirá tratamento desses contactantes** - isso elimina alternativas rapidamente sem precisar analisar cada detalhe farmacológico.

Questão 59

Um menino de 18 dias é levado à Unidade Básica de Saúde por icterícia persistente. Nas últimas 48 horas, a mãe observou urina escura, que mancha a fralda, e fezes progressivamente mais claras, quase esbranquiçadas. O lactente nasceu a termo, permanece em aleitamento materno exclusivo, apresenta boa sucção e ganha peso adequadamente. Ao exame físico, está ativo, afebril, com icterícia e fígado palpável 2 cm abaixo do rebordo costal direito. Os exames mostram bilirrubina total de 8,2 mg/dL, bilirrubina direta de 5,1 mg/dL e bilirrubina indireta de 3,1 mg/dL. A conduta indicada é:

- A.** Manter o aleitamento materno, repetir as bilirrubinas em sete dias e acompanhar a coloração das fezes na UBS
- B.** Solicitar ultrassonografia abdominal, manter acompanhamento ambulatorial e encaminhar se houver alteração no exame
- C.** Solicitar investigação de hemólise, indicar fototerapia e repetir a bilirrubina total em 24 horas
- D.** Encaminhar com urgência, iniciar investigação de colestase neonatal e excluir atresia de vias biliares

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

O lactente apresenta **colestase neonatal**, caracterizada por hiperbilirrubinemia direta, associada a sinais clínicos típicos: **colúria**, fezes hipocólicas ou acólicas e hepatomegalia. Aos 18 dias, a bilirrubina direta de 5,1 mg/dL está claramente elevada e corresponde à maior parte da bilirrubina total.

A boa sucção, o ganho ponderal e o aleitamento materno exclusivo não afastam doença hepatobiliar. A icterícia associada ao leite materno

ocorre predominantemente por elevação da **bilirrubina indireta** e não explica urina escura nem fezes esbranquiçadas.

Diante da suspeita de colestase, é necessário encaminhamento urgente para investigação etiológica, especialmente para excluir **atresia de vias biliares**, pois o diagnóstico e o tratamento precoces estão relacionados a melhores resultados. A avaliação não deve ser condicionada apenas ao resultado da ultrassonografia nem adiada para repetição ambulatorial das bilirrubinas.

Alternativa A

O aleitamento materno deve ser mantido, mas repetir as bilirrubinas somente após sete dias e observar a cor das fezes na Unidade Básica de Saúde não é uma conduta suficiente. O quadro não é compatível com icterícia associada ao leite materno, que ocorre à custa da bilirrubina indireta e geralmente acomete lactentes em bom estado geral, sem colúria, acolia fecal ou hepatomegalia sugestiva de doença hepatobiliar. Neste paciente, a bilirrubina direta está marcadamente elevada, e a combinação de urina escura com fezes quase esbranquiçadas indica redução da excreção de bile para o intestino. Esses achados configuram sinal de alarme e exigem investigação imediata, sem período de espera para verificar se haverá resolução espontânea.

Alternativa B

A ultrassonografia abdominal faz parte da investigação da colestase neonatal, pois pode avaliar fígado, vesícula biliar e vias biliares, além de identificar alterações anatômicas associadas. Entretanto, um resultado ultrassonográfico normal não exclui atresia de vias biliares e não deve ser utilizado como condição para decidir se o paciente será encaminhado. Nesse caso, a criança já apresenta elementos suficientes para investigação urgente: icterícia persistente após duas semanas de vida, hiperbilirrubinemia direta importante, colúria, fezes progressivamente mais claras e hepatomegalia. Manter apenas acompanhamento ambulatorial até o resultado do exame poderia atrasar o diagnóstico de uma doença cujo tratamento é tempo-dependente. Portanto, a ultrassonografia pode ser solicitada, mas deve integrar uma avaliação especializada e rápida, sem retardar o encaminhamento.

Alternativa C

A investigação de hemólise e a fototerapia são direcionadas principalmente à hiperbilirrubinemia indireta. A fototerapia atua transformando a bilirrubina não conjugada em compostos mais facilmente eliminados, não sendo tratamento para elevação da bilirrubina direta. Além disso, os achados de colúria e fezes muito claras não são explicados por hemólise. Na doença hemolítica, o aumento predominante seria da fração indireta, enquanto a urina não costuma escurecer por eliminação de bilirrubina não conjugada, pois essa fração não é hidrossolúvel. Neste caso, insistir em investigação de hemólise e fototerapia desviaria a abordagem

do problema principal e poderia retardar a avaliação de uma possível obstrução biliar.

Alternativa D

A criança deve ser encaminhada com urgência para investigação de colestase neonatal, com prioridade para exclusão de atresia de vias biliares. A colestase é demonstrada pela elevação da bilirrubina direta, que neste caso corresponde a 5,1 mg/dL, associada a colúria, hipocolia ou acolia fecal e hepatomegalia. A atresia biliar deve ser considerada mesmo em lactentes aparentemente bem, com boa sucção e ganho de peso, pois o comprometimento clínico inicial pode ser discreto. A investigação costuma incluir provas de função e síntese hepática, enzimas canaliculares, coagulograma, avaliação infecciosa e metabólica, ultrassonografia abdominal e, conforme os achados, outros exames conduzidos por equipe especializada. A rapidez é essencial porque os resultados da correção cirúrgica são melhores quando o diagnóstico é realizado precocemente, idealmente nas primeiras semanas de vida.

Visão do aprovado

Em um recém-nascido com icterícia persistente, procure três pistas:

urina escura + fezes claras + bilirrubina direta elevada = colestase neonatal.

A presença de fezes hipocólicas ou acólicas deve levantar imediatamente a suspeita de **atresia de vias biliares**. Mesmo que o lactente esteja mamando bem e ganhando peso, não se deve tranquilizar a família nem aguardar nova dosagem.

Outro ponto importante é diferenciar:

- **Icterícia do leite materno:** predomínio de bilirrubina indireta, fezes e urina normais;
- **Colestase:** aumento da bilirrubina direta, colúria e redução da pigmentação das fezes.

Na dúvida entre observar e encaminhar, a presença de hiperbilirrubinemia direta e acolia fecal torna o encaminhamento **urgente**.

Questão 60

Um menino de 8 anos é levado pela mãe à Unidade Básica de Saúde por dificuldades escolares há nove meses. A professora relata que ele se levanta repetidamente durante as aulas, interrompe as explicações e tem dificuldade para concluir as tarefas. Em casa, perde objetos escolares, esquece responsabilidades diárias e frequentemente parece não es-

cutar quando é chamado. Os sintomas causam prejuízo acadêmico e familiar. O desenvolvimento neuropsicomotor prévio foi adequado, e o exame físico não apresenta alterações. A conduta indicada é:

- A.** Aplicar escalas padronizadas a pais e professores, avaliar critérios diagnósticos e pesquisar condições associadas
- B.** Encaminhar para avaliação psicopedagógica, orientar adaptações escolares e manter seguimento ambulatorial de rotina
- C.** Iniciar metilfenidato, orientar a família sobre efeitos adversos e reavaliar em 30 dias
- D.** Orientar observação domiciliar, reavaliar o comportamento em seis meses e adiar a investigação diagnóstica

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

O menino apresenta sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade com duração de nove meses, presentes tanto na escola quanto em casa e associados a prejuízo acadêmico e familiar. Esses elementos levantam suspeita de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, mas não são suficientes, isoladamente, para confirmar o diagnóstico.

O diagnóstico de TDAH é clínico e exige avaliação abrangente. Deve-se verificar se o número, a frequência e a intensidade dos sintomas atendem aos critérios diagnósticos, confirmar que as manifestações ocorrem em pelo menos dois ambientes, documentar o prejuízo funcional e investigar outras condições que possam explicar ou acompanhar o quadro. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde recomenda avaliação clínica e psicossocial completa, com informações obtidas de diferentes fontes.

Escalas padronizadas preenchidas por pais e professores podem auxiliar na sistematização dos sintomas e na avaliação do impacto em diferentes contextos, mas não confirmam o diagnóstico isoladamente. Também devem ser pesquisadas condições associadas ou diagnósticos diferenciais, como transtornos de aprendizagem, ansiedade, depressão, transtorno opositor desafiante, alterações do sono, déficits auditivos ou visuais e dificuldades familiares ou escolares.

Alternativa A

A criança apresenta quadro sugestivo de TDAH, mas o diagnóstico ainda precisa ser estabelecido por meio de avaliação clínica estruturada. A conduta inicial deve incluir entrevista detalhada com os responsáveis e

a criança, obtenção de informações da escola, aplicação de escalas padronizadas a pais e professores e avaliação sistemática dos critérios diagnósticos.

As escalas, como o questionário SNAP-IV e outros instrumentos validados, ajudam a verificar a frequência dos sintomas em diferentes ambientes e a organizar as informações fornecidas pelos cuidadores e professores. Entretanto, seus resultados devem ser interpretados no contexto clínico, pois não substituem a entrevista nem confirmam isoladamente o transtorno. A Sociedade Brasileira de Pediatria destaca que os questionários destinados à avaliação das dificuldades escolares e dos sintomas de TDAH devem colher informações de pais e professores.

Também é necessário pesquisar condições que possam coexistir com o TDAH ou produzir manifestações semelhantes. A avaliação deve abranger dificuldades específicas de aprendizagem, transtornos de linguagem, ansiedade, depressão, transtorno oppositor desafiante, alterações do sono, problemas auditivos ou visuais e fatores psicossociais. A identificação dessas condições é importante porque elas podem modificar a interpretação do quadro e o planejamento terapêutico.

Somente após essa etapa deve-se definir se os critérios para TDAH estão preenchidos e elaborar um plano de cuidado compartilhado com a família e a escola.

Alternativa B

A avaliação psicopedagógica é um recurso complementar legítimo, sobretudo para investigar transtorno específico de aprendizagem como comorbidade do TDAH. Contudo, encaminhar a criança para esse serviço e manter apenas seguimento ambulatorial de rotina, sem que o médico tenha aplicado os critérios diagnósticos formais e as escalas comportamentais (respondidas por mais de um informante) e, representa uma conduta **incompleta**: transfere a um profissional não médico uma etapa avaliativa que compete à equipe de saúde. O encaminhamento psicopedagógico pode e deve ocorrer, mas como complemento — não como substituto — da investigação clínica estruturada.

Alternativa C

O metilfenidato é fármaco de primeira linha reconhecido para TDAH em crianças a partir de 6 anos, porém sua indicação pressupõe diagnóstico já estabelecido segundo critérios formais. Iniciar o tratamento com base apenas nos sintomas relatados pela professora e pela mãe — sem aplicação de escalas padronizadas, sem confirmação do número mínimo de critérios do DSM-5 e sem exclusão de diagnósticos diferenciais ou investigação de comorbidades — inverte a sequência assistencial correta. Essa conduta expõe a criança a efeitos adversos (redução de apetite, insônia, cefaleia, entre outros) de forma injustificada, caso a hipótese diagnóstica não se confirme após avaliação estruturada.

Alternativa D

A conduta de orientar apenas observação domiciliar e reavaliar em seis meses seria adequada diante de sintomas ainda recentes ou sem repercussão funcional relevante — o que não é o caso aqui. O critério de duração mínima exigido pelo DSM-5 (6 meses) já está cumprido (sintomas presentes há 9 meses), assim como o critério de prejuízo funcional em dois ou mais ambientes (escolar e familiar). Postergar a investigação diagnóstica nessas condições prolonga desnecessariamente o prejuízo acadêmico e familiar já instalado, contrariando a recomendação de conduzir a avaliação diagnóstica de forma oportuna diante de sintomas pervasivos e persistentes que já atendem aos critérios temporais e funcionais mínimos.

Visão do aprovado

Diante de uma criança com suspeita de TDAH, procure quatro elementos:

- sintomas persistentes de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade;
- início durante o período do desenvolvimento;
- manifestações em dois ou mais ambientes;
- prejuízo funcional real.

Mesmo quando esses elementos aparecem no caso, o diagnóstico não deve ser feito por uma única queixa nem por uma escala isolada.

A sequência correta é:

suspeita clínica → informações de diferentes ambientes → avaliação dos critérios → investigação de diagnósticos diferenciais e comorbidades → definição do tratamento.

As escalas preenchidas por pais e professores auxiliam, mas não substituem a avaliação clínica. Exames como eletroencefalograma, neuroimagem e testes laboratoriais não são solicitados rotineiramente; devem ser guiados por achados específicos da história ou do exame físico.

Questão 61

Um menino de 4 meses é levado à Unidade Básica de Saúde para consulta de puericultura. Nasceu a termo, com peso adequado para a idade gestacional e sem intercorrências perinatais. Está em aleitamento materno exclusivo, apresenta crescimento e desenvolvimento adequados e ainda não recebeu suplementação de vitamina D. Não possui doenças crônicas, alterações de absorção intestinal ou outros fatores de risco para hipovitaminose D. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, a orientação indicada é:

- A.** Solicitar dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D e suplementar somente diante de deficiência confirmada
- B.** Orientar exposição solar diária e postergar a suplementação para os 6 meses, junto à alimentação complementar
- C.** Não indicar suplementação, pois o aleitamento materno exclusivo fornece vitamina D suficiente até os 6 meses
- D.** Iniciar colecalciferol na dose de 400 UI/dia e manter suplementação profilática, com ajuste da dose após 1 ano de idade

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

Segundo a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre hipovitaminose D, crianças menores de 1 ano devem receber **400 UI/dia de vitamina D**, e crianças e adolescentes de 1 a 18 anos devem receber **600 UI/dia** para profilaxia. A suplementação é recomendada mesmo para lactentes saudáveis em aleitamento materno exclusivo e não depende de dosagem prévia de 25-hidroxivitamina D.

Como o lactente tem 4 meses e ainda não recebeu suplementação, deve-se iniciar colecalciferol na dose de 400 UI/dia e manter a profilaxia, ajustando a dose após completar 1 ano.

Alternativa A

A dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D não é necessária antes de iniciar a suplementação profilática de rotina em um lactente saudável. A avaliação laboratorial é reservada principalmente para crianças com sinais clínicos, doenças crônicas, alterações de absorção, uso de medicamentos que interfiram no metabolismo da vitamina D ou outros fatores de risco específicos. Neste caso, a criança está saudável e não apresenta nenhuma dessas condições.

A profilaxia não deve ser condicionada à confirmação laboratorial de deficiência. Fazer isso atrasaria uma recomendação preventiva já estabelecida para a faixa etária.

Alternativa B

A exposição solar não substitui a suplementação profilática recomendada pela SBP. Embora a síntese cutânea contribua para a produção de vitamina D, sua intensidade varia conforme horário, latitude, pigmentação da pele, vestuário, estação do ano, poluição e uso de fotoproteção.

Além disso, não se recomenda aguardar o início da alimentação complementar aos 6 meses. A vitamina D deve ser ofertada desde os primeiros meses de vida, e o fato de a criança estar em aleitamento materno exclusivo não modifica essa indicação.

Alternativa C

O leite materno é o alimento ideal para o lactente, mas geralmente não fornece quantidade suficiente de vitamina D para atender às necessidades diárias da criança. Por isso, o aleitamento materno exclusivo não dispensa a suplementação.

A recomendação profilática é de 400 UI/dia para menores de 1 ano, inclusive em crianças amamentadas exclusivamente.

Alternativa D

A criança deve iniciar colecalciferol na dose de 400 UI/dia. Após completar 1 ano de idade, a dose profilática deve ser ajustada para 600 UI/dia, mantendo-se a suplementação conforme a recomendação da SBP.

Não é necessário solicitar exames laboratoriais antes do início, nem aguardar os 6 meses ou a introdução alimentar. A ausência de fatores de risco não elimina a recomendação de profilaxia; apenas afasta a necessidade de doses especiais ou investigação adicional.

Visão do aprovado

Para profilaxia de vitamina D segundo a SBP:

- **menores de 1 ano:** 400 UI/dia;
- **de 1 a 18 anos:** 600 UI/dia.

Não é necessário dosar 25-OH-vitamina D antes de suplementar uma criança saudável. Também não se deve substituir a suplementação por exposição solar nem esperar o início da alimentação complementar.

A pegadinha é pensar que aleitamento materno exclusivo protege contra deficiência de vitamina D. Ele é suficiente para a maioria dos nutrientes, mas não fornece, em geral, vitamina D em quantidade adequada.

Questão 62

Uma adolescente de 16 anos é levada ao pronto-socorro por dor abdominal intensa e difusa há três dias, associada a náuseas, constipação, palpitações e irritabilidade. Refere redução importante da ingestão alimentar na última semana. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 118 bpm, pressão arterial de 145 × 90 mmHg e abdome flácido, doloroso difusamente, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal. A ultrassonografia abdominal não mostra alterações. Durante a observação,

evolui com confusão mental e fraqueza muscular proximal. Os exames laboratoriais são apresentados a seguir na tabela. A hipótese diagnóstica e a investigação inicial indicadas são:

Exame	Resultado	Valor de Referência
Sódio	122 mEq/L	135-145 mEq/L
Potássio	3,8 mEq/L	3,5-5,0 mEq/L
Glicemia	92 mg/dL	70-100 mg/dL
Creatinina	0,7 mg/dL	0,5-1,0 mg/dL
AST	32 U/L	10-40 U/L
ALT	28 U/L	10-40 U/L

- A.** Insuficiência adrenal primária; dosar cortisol e hormônio adrenocorticotrófico séricos
- B.** Intoxicação por chumbo; dosar plumbemia e protoporfirina eritrocitária
- C.** Porfíria hepática aguda; dosar porfobilinogênio e ácido aminolevulínico em amostra isolada de urina
- D.** Síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético; dosar osmolaridades sérica e urinária

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

O quadro é compatível com porfíria hepática aguda, possivelmente uma crise de porfíria aguda intermitente. A adolescente apresenta a combinação característica de:

- dor abdominal intensa e difusa, sem sinais de irritação peritoneal ou alterações na ultrassonografia;
- manifestações autonômicas, como taquicardia, hipertensão, palpitações e constipação;
- manifestações neuropsiquiátricas, como irritabilidade e confusão mental;
- neuropatia motora, evidenciada pela fraqueza muscular proximal — padrão que se distingue de neuropatias clássicas ascendentes e distais, e que é uma característica reconhecida da neuropatia porfírica;
- hiponatremia importante;
- possível fator precipitante, representado pela restrição alimentar.

As porfirias hepáticas agudas decorrem do acúmulo dos precursores neurotóxicos da síntese do heme, especialmente o ácido aminolevulínico e o porfobilinogênio. Durante uma crise suspeita, a investigação inicial deve ser feita com a dosagem de **porfobilinogênio e ácido aminolevulínico em amostra isolada de urina** — não é necessária coleta de urina de 24 horas —, preferencialmente com os resultados corrigidos pela creatinina urinária.

A hiponatremia é frequente nas crises agudas e pode decorrer de secreção inapropriada de hormônio antidiurético, perdas gastrointestinais ou combinação de mecanismos. Contudo, nesse caso, ela integra uma síndrome neurovisceral mais ampla e não deve levar ao diagnóstico isolado de SIADH.

Alternativa A

A insuficiência adrenal primária pode cursar com dor abdominal, náuseas, redução da ingestão e hiponatremia. Contudo, o padrão clínico esperado é diferente, frequentemente com hipotensão, desidratação, astenia, perda ponderal, hiperpigmentação e, em muitos casos, hipercalemia e hipoglicemia.

Nesta adolescente, há hipertensão arterial, taquicardia, constipação, irritabilidade, confusão mental e fraqueza muscular proximal. O potássio e a glicemia estão normais. Esse conjunto não favorece deficiência de cortisol e aldosterona.

A dosagem de cortisol e ACTH é indicada quando há suspeita clínica de insuficiência adrenal, mas não explica adequadamente a síndrome neurovisceral apresentada. A hipertensão e a taquicardia, em especial, refletem disfunção autonômica típica das crises porfíricas.

Alternativa B

A intoxicação por chumbo pode causar dor abdominal em cólica, constipação, irritabilidade, alterações neurológicas e hipertensão, sendo um diagnóstico diferencial relevante das porfirias agudas. O chumbo interfere em enzimas da via de síntese do heme, podendo produzir manifestações que se sobrepõem às da porfiria.

Entretanto, o caso não apresenta história epidemiológica de exposição ao metal, como contato com tintas antigas, poeira contaminada, cerâmicas artesanais, atividade ocupacional familiar ou uso de produtos de origem duvidosa. Também não foram descritos achados frequentemente associados, como anemia com pontilhado basofílico, neuropatia periférica predominantemente extensora ou linha gengival.

Além disso, a associação entre dor abdominal intensa sem causa estrutural, manifestações autonômicas, sintomas psiquiátricos, hiponatremia e fraqueza muscular após restrição alimentar é mais característica de porfiria hepática aguda. A plumbemia seria o exame confirmatório dian-

te de suspeita de intoxicação por chumbo, enquanto a protoporfirina eritrocitária pode auxiliar, mas essa não é a principal hipótese do caso.

Alternativa C

O quadro é compatível com porfiria hepática aguda. As crises costumam produzir dor abdominal intensa e difusa, com exame abdominal pouco exuberante e exames de imagem sem alterações que expliquem a intensidade dos sintomas. Podem ocorrer náuseas, vômitos ou constipação por comprometimento autonômico intestinal.

A disfunção autonômica também explica taquicardia, palpitações e hipertensão. Com a progressão da crise, podem surgir irritabilidade, ansiedade, confusão, convulsões e neuropatia motora, geralmente com fraqueza proximal, podendo evoluir para comprometimento respiratório. A hiponatremia é uma alteração laboratorial frequente e pode agravar as manifestações neurológicas.

A redução importante da ingestão alimentar é um fator precipitante plausível, pois a restrição calórica aumenta a atividade da ALA-sintase hepática e favorece a produção dos precursores porfirínicos.

A investigação bioquímica deve ser realizada durante os sintomas, por meio da dosagem de **porfobilinogênio e ácido aminolevulínico em amostra isolada de urina**, idealmente acompanhada de creatinina urinária para correção da concentração. A amostra deve ser protegida da luz e encaminhada conforme as orientações do laboratório. O teste genético pode ser utilizado posteriormente para confirmação e definição do subtipo, mas não substitui a demonstração bioquímica de uma crise ativa.

Alternativa D

A hiponatremia de 122 mEq/L pode justificar confusão mental e fraqueza, e a síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético é um dos mecanismos possíveis durante uma crise de porfiria. Para diagnosticar SIADH, seriam necessários dados como hipo-osmolaridade sérica, urina inadequadamente concentrada, sódio urinário elevado e avaliação do estado volêmico — nenhum desses dados foi fornecido.

Entretanto, SIADH isolada não explica a totalidade do quadro. A adolescente apresenta dor abdominal intensa, constipação, hipertensão, taquicardia, irritabilidade e neuropatia motora, formando uma síndrome neurovisceral característica. Portanto, a hiponatremia deve ser interpretada como um achado associado à porfiria hepática aguda, e não como o diagnóstico principal.

As osmolaridades sérica e urinária podem ser úteis na avaliação da hiponatremia, especialmente para orientar seu tratamento, mas não constituem a investigação etiológica inicial mais específica para o conjunto clínico descrito.

Visão do aprovado

Pense em porfiria hepática aguda diante da combinação:

dor abdominal intensa sem peritonismo + disautonomia + sintomas neuropsiquiátricos + neuropatia motora + hiponatremia.

Pistas importantes do caso:

- abdome doloroso, mas flácido e sem defesa;
- exame de imagem normal;
- constipação, taquicardia e hipertensão;
- irritabilidade seguida de confusão;
- fraqueza muscular proximal;
- sódio de 122 mEq/L;
- restrição calórica como possível desencadeante.

O exame inicial não é a dosagem inespecífica de “porfirinas”. Deve-se solicitar:

porfobilinogênio + ácido aminolevulínico em urina isolada durante a crise, com correção pela creatinina urinária.

A hiponatremia pode decorrer de SIADH associada à crise, mas não deve desviar o raciocínio para um diagnóstico puramente hidroeletrolítico.

Questão 63

Mulher de 22 anos procura a Unidade Básica de Saúde para aconselhamento contraceptivo. Refere vida sexual ativa, deseja um método de alta eficácia e não pretende engravidar nos próximos anos. Apresenta ciclos menstruais regulares, com dismenorreia moderada e sangramento durante 8 dias. Desde a adolescência, apresenta episódios recorrentes de cefaleia pulsátil unilateral precedida por escotomas cintilantes, com diagnóstico prévio de enxaqueca com aura. Nega tabagismo, hipertensão arterial, história de tromboembolismo venoso ou uso de medicamentos contínuos. Ao exame físico, não são identificadas alterações. Qual é o método contraceptivo pode ser indicado para esta paciente?

- A.** Anel vaginal
- B.** Pílula anticoncepcional combinada
- C.** Implante subdérmico de etonogestrel
- D.** Adesivo transdérmico contraceptivo hormonal

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

A escolha do método contraceptivo deve considerar não apenas sua eficácia, mas também as condições clínicas da paciente e as contraindicações ao uso de determinados hormônios. Os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde orientam essa decisão, buscando oferecer um método seguro e adequado ao perfil de cada mulher.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS PARA OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS		
CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CONDUTA PRÁTICA
1	Não há restrição para o uso do método	Sem contraindicação
2	Vantagens geralmente superam os riscos	Geralmente utilizado
3	Riscos geralmente superam as vantagens	Não apropriado Utilizar apenas em situações de exceção
4	Risco inaceitável	Contraindicação absoluta

A enxaqueca com aura é uma contraindicação absoluta ao uso de métodos contraceptivos combinados contendo estrogênio, independentemente da idade, da frequência das crises ou da ausência de outros fatores de risco cardiovascular. O estrogênio aumenta o risco de acidente vascular cerebral isquêmico, risco que já é naturalmente maior nas mulheres com enxaqueca acompanhada de aura.

Nessas pacientes, devem ser priorizados métodos que não contenham estrogênio. Entre os métodos reversíveis de longa duração (LARC), tanto o DIU de cobre quanto os métodos exclusivamente progestagênicos são opções seguras. Nesta questão, entretanto, a paciente apresenta dismenorreia moderada e fluxo menstrual prolongado, características

que podem ser agravadas pelo DIU de cobre, tornando o implante de etonogestrel a alternativa mais adequada entre as opções apresentadas.

Alternativa A

O anel vaginal é um método contraceptivo combinado de etonogestrel e etinilestradiol. Dessa forma, ela é contraindicado em pacientes com enxaqueca com aura (Categoria 4 dos Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS). Portanto, não é adequado para nossa paciente.

Alternativa B

Os anticoncepcionais combinados são contraindicados em mulheres com enxaqueca com aura (Categoria 4 dos Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS), devido ao aumento do risco de acidente vascular cerebral isquêmico, mesmo em pacientes jovens, não fumantes e sem outros fatores de risco cardiovascular.

Alternativa C

O implante subdérmico de etonogestrel é um método exclusivamente progestagênico, altamente eficaz e seguro para mulheres com enxaqueca com aura. Além de não aumentar o risco de eventos tromboembólicos arteriais relacionados ao estrogênio, costuma reduzir o fluxo menstrual em parte das usuárias, podendo representar benefício adicional para pacientes com menstruações prolongadas.

Alternativa D

O adesivo contraceptivo é um método hormonal combinado, contendo estrogênio e progestagênio. Assim como a pílula combinada, é contraindicado em pacientes com enxaqueca com aura, independentemente da via de administração.

Visão do aprovado

VANTAGENS E DESVANTAGENS DO IMPLANTE SUBDÉRMICO	
VANTAGENS	DESVANTAGENS
Amenorreia (40% após um ano) Controle da dismenorreia	Necessidade de profissional treinado para inserção Padrão irregular de sangramento

Questão 64

Mulher de 28 anos procura a Unidade Básica de Saúde para sua primeira consulta de pré-natal. Refere data da última menstruação em 12 de janeiro de 2026, com ciclos menstruais regulares de 28 dias. Nega uso de método contraceptivo e o teste de gravidez realizado na unidade foi positivo. Ao exame físico, o útero apresenta dimensões compatíveis com gestação inicial. Utilizando a Regra de Naegele, qual é a data provável do parto?

- A. 19 de agosto de 2026
- B. 19 de outubro de 2026
- C. 19 de novembro de 2026
- D. 20 de dezembro de 2026

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

A data provável do parto (DPP) é uma estimativa utilizada durante o pré-natal para orientar o acompanhamento da gestação, interpretar exames obstétricos e programar intervenções quando necessárias. Quando a data da última menstruação (DUM) é confiável e a mulher apresenta ciclos regulares de 28 dias, a DPP pode ser calculada utilizando a Regra de Naegele.

Para o cálculo da data provável do parto (DPP), usamos a Regra de Naegele a partir da DUM:

- Somar 7 ao número de dias
- Somar 9 ao número do mês OU subtrair 3 (para os meses posteriores ao mês 3 - março)



Pulo do gato

Caso na soma dos dias “mudar” o mês (ex.: não existe mês com 34 dias), avançamos mais um mês, e usamos este novo para o cálculo.

Nesta questão, a DUM foi em 12 de janeiro de 2026. Aplicando a Regra de Naegele: 12 de janeiro + 9 meses = 12 de outubro de 2026; + 7 dias = **19 de outubro de 2026**. Portanto, essa é a data provável do parto.

Alternativa A

A data de 19 de agosto de 2026 subestima a duração da gestação, correspondendo a aproximadamente sete meses após a DUM.

Alternativa B

A DPP é 19 de outubro de 2026, obtida pela aplicação da Regra de Naegele em uma paciente com DUM conhecida e ciclos menstruais regulares de 28 dias.

Alternativa C

A data de 19 de novembro de 2026 superestima a duração da gestação em cerca de um mês.

Alternativa D

A data de 20 de dezembro de 2026 corresponde a uma gestação muito além do termo e resulta de cálculo incorreto da DPP.

Visão do aprovado

Essa regra deve ser utilizada apenas quando a DUM é confiável e a paciente apresenta ciclos regulares de 28 dias. Quando a DUM é incerta ou os ciclos são irregulares, a ultrassonografia do primeiro trimestre é o método mais preciso para datar a gestação.

Questão 65

Mulher de 28 anos, gestante de 24 semanas, comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de pré-natal de rotina. Refere estar se sentindo bem, sem queixas. Ao exame físico, apresenta-se corada, hidratada, sem edemas, com sinais vitais normais. Altura uterina de 24 cm, batimentos cardíacos fetais de 144 bpm. Exames laboratoriais recentes mostram: hemoglobina 11 g/dL, hematócrito 33%, leucócitos $9.800/\text{mm}^3$, plaquetas $280.000/\text{mm}^3$. Qual a conduta preconizada?

- A. Indicar transfusão de hemácias
- B. Solicitar dosagem de vitamina B12
- C. Manter suplementação de ferro via oral
- D. Indicar reposição endovenosa de ferro

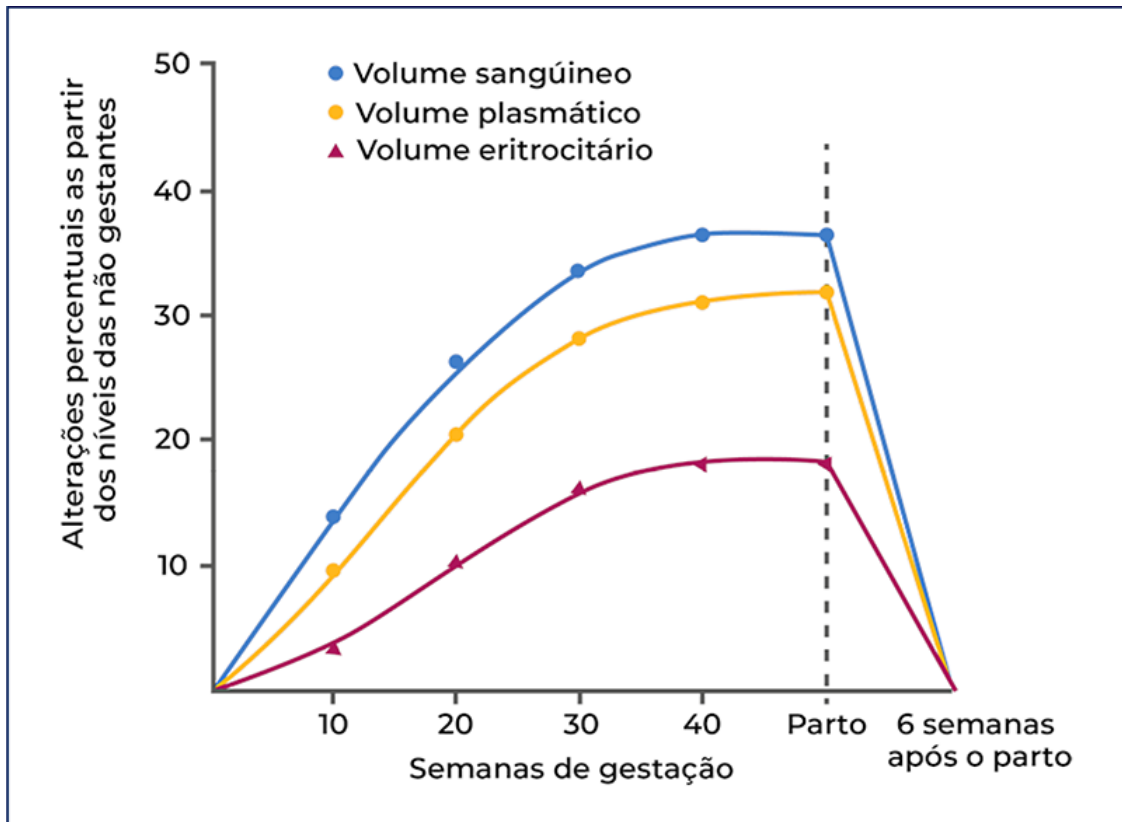
Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: C

Comentário da questão

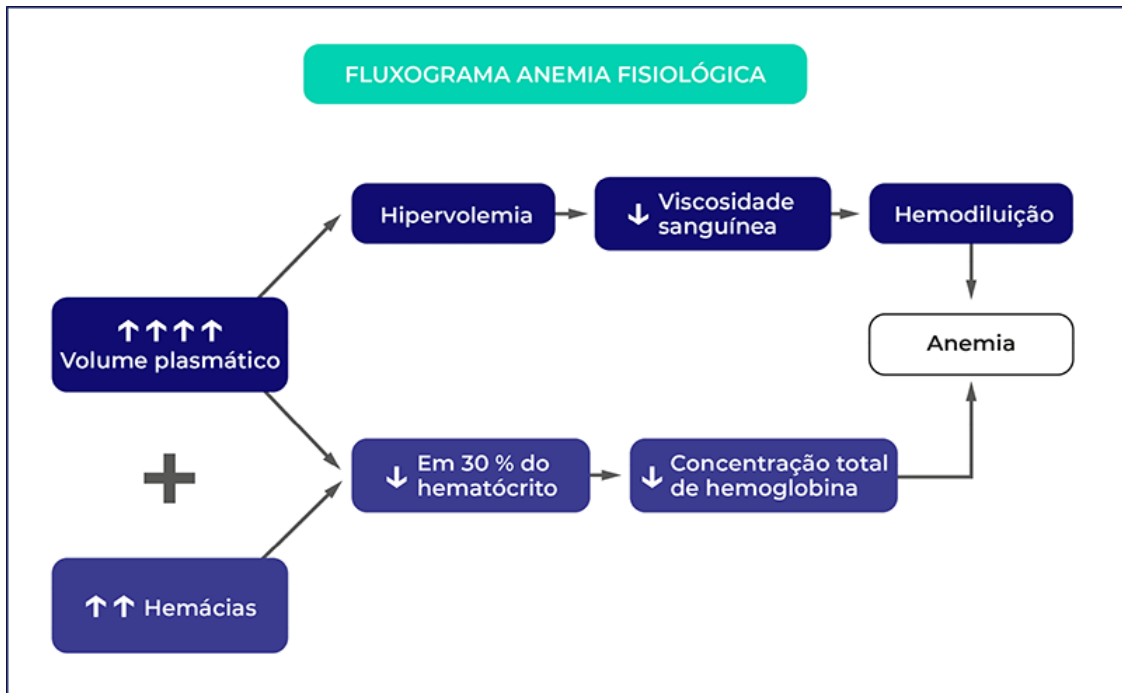
Introdução

A anemia é uma das alterações hematológicas mais frequentes durante a gestação. Entretanto, é importante reconhecer que, a partir do segundo trimestre, ocorre expansão do volume plasmático em proporção maior que o aumento da massa eritrocitária, resultando na chamada anemia fisiológica da gestação ou hemodiluição gestacional.



Durante o pré-natal, a interpretação do hemograma deve considerar a idade gestacional e os valores de referência específicos para esse período. Além da investigação de anemia, todas as gestantes devem receber suplementação profilática de ferro, medida que reduz a ocorrência de anemia ferropriva e suas complicações maternas e perinatais.

Nesta paciente, com 24 semanas de gestação, hemoglobina de 11 g/dL, hematócrito de 33% e ausência de sintomas ou outras alterações laboratoriais, não há evidências de anemia que justifiquem investigação complementar ou tratamento específico. A conduta consiste em manter a suplementação profilática de ferro prevista no pré-natal.



Alternativa A

A transfusão de concentrado de hemácias é reservada para pacientes com anemia grave, sangramento agudo importante ou comprometimento hemodinâmico. A gestante encontra-se assintomática, estável e apresenta hemoglobina dentro dos valores esperados para a idade gestacional.

Alternativa B

A deficiência de vitamina B12 costuma cursar com anemia macrocítica e está indicada apenas quando há suspeita clínica ou laboratorial dessa condição. Nesta paciente, não há achados que justifiquem investigação de deficiência de vitamina B12.

Alternativa C

Toda gestante deve receber suplementação profilática de ferro durante o pré-natal, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Como a paciente apresenta hemoglobina compatível com a idade gestacional e não há sinais de deficiência de ferro ou outra causa de anemia, a conduta é manter a suplementação rotineira por via oral.

Alternativa D

A reposição endovenosa de ferro é indicada em situações específicas, como intolerância ao ferro oral, má absorção, anemia ferropriva moderada ou grave, ou necessidade de reposição rápida em fases mais avançadas da gestação. Nenhuma dessas situações está presente.

Visão do aprovado

A definição de anemia na gestação pela OMS compreende valores de hemoglobina (Hb) inferiores a 11g/dL no primeiro ou terceiro trimestres

e a 10,5g/dL no segundo trimestre. Vamos lembrar que durante o período gestacional ocorrem alterações hemodinâmicas maternas com o objetivo de adequar o sistema circulatório às necessidades fetais através da interação com a circulação placentária. Uma dessas modificações inclui o aumento do volume plasmático em cerca de 50% e dos eritrócitos em 25%. Apesar de ambos aumentarem, o incremento da volemia é relativamente maior do que o do número de hemácias. O resultado é a ocorrência da hemodiluição com aparente redução dos eritrocitos e hemoglobina, levando ao que denominamos "anemia fisiológica da gravidez".

Abaixo temos um resuminho da suplementação de ferro na gestação.

PROFILÁTICO	TERAPÊUTICO
40 mg de Ferro elementar (ou 200 mg de sulfato ferroso) <u>Início 20ª semana</u> Até 3 meses pós-parto (não lactante) ou até o fim do aleitamento	120 mg de Ferro elementar (ou 600 mg de sulfato ferroso) Se Hb < 10,5 mg (1º e 3º trim) < 11 mg/dL (2º trim)

Questão 66

Um adolescente de 14 anos, com diabetes mellitus tipo 1 há dois anos, retorna à consulta ambulatorial para ajuste do esquema insulínico. Refere adesão adequada ao tratamento, sem intercorrências clínicas e sem lanches extras ao deitar. Diante da hiperglicemia de jejum persistente, foi solicitada glicemia capilar às 3 horas da madrugada em duas ocasiões, com valores de 185 e 192 mg/dL, sem sintomas sugestivos de hipoglicemia em nenhuma delas. O ajuste indicado é:

Diário glicêmico dos últimos sete dias

Momento	Glicemia (mg/dL)
Jejum	180-220
Pré-almoço	120-140
Pré-jantar	110-130
Ao deitar	140-160

Esquema insulínico atual

Insulina	Horário	Dose
Detemir	Ao deitar	12 UI
Lispro	Café da manhã	4 UI
Lispro	Almoço	5 UI
Lispro	Jantar	4 UI

- A.** Aumentar gradualmente a insulina basal noturna e reavaliar as glicemias de jejum
- B.** Aumentar a insulina prandial do café da manhã e reavaliar as glicemias pré-almoço
- C.** Aumentar a insulina prandial do almoço e jantar e reavaliar as glicemias ao deitar
- D.** Reduzir as doses prandiais por risco de hipoglicemia e reavaliar as glicemias pré-refeições

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: A

Comentário da questão**Introdução**

O diário glicêmico mostra um padrão bastante específico: as glicemias antes do almoço, antes do jantar e ao deitar estão próximas da faixa-alvo, enquanto a glicemia de jejum permanece persistentemente elevada, entre 180 e 220 mg/dL.

No esquema basal-bolus, cada componente deve ser relacionado ao período que ele cobre:

- a insulina prandial do café da manhã influencia principalmente a glicemia pré-almoço;
- a insulina prandial do almoço influencia a glicemia pré-jantar;
- a insulina prandial do jantar influencia a glicemia ao deitar;

- a insulina basal noturna influencia predominantemente a glicemia durante a madrugada e ao despertar.

A glicemia capilar de madrugada (3h), repetida em duas ocasiões e sempre elevada (185–192 mg/dL), é o dado decisivo neste caso: ela demonstra que a hiperglicemia de jejum **já está presente antes do amanhecer**, e não surge apenas nas últimas horas antes de acordar. Esse achado afasta tanto o fenômeno do alvorecer isolado (que cursaria com glicemia normal às 3h) quanto o efeito Somogyi — hipótese de hiperglicemia de rebote após hipoglicemia noturna não percebida —, já que não há registro de glicemia baixa em nenhuma das aferições de madrugada. Além disso, estudos com monitorização contínua de glicose têm demonstrado que hipoglicemia noturna tende a ser seguida por glicemia matinal baixa, e não elevada, o que torna o efeito Somogyi um evento raro e contestado na literatura atual — reforçando que o mecanismo mais provável aqui é insuficiência de cobertura basal, não rebote.

A insulina detemir tem duração de ação de aproximadamente 12 a 20 horas. Quando administrada em dose única ao deitar, pode não sustentar cobertura completa até o despertar, especialmente se a dose for insuficiente para o peso e a fase puberal do paciente. A conduta é aumentar gradualmente a insulina detemir administrada ao deitar e reavaliar as glicemias de jejum e de madrugada, mantendo monitorização para hipoglicemia noturna durante o ajuste.

Alternativa A

A elevação da glicemia já documentada às 3h da madrugada (185–192 mg/dL), sem hipoglicemia associada, confirma que a insuficiência de cobertura basal está presente antes mesmo do amanhecer — e não decorre de rebote pós-hipoglicêmico. Os valores pré-prandiais diurnos e ao deitar relativamente adequados reforçam que o problema está circunscrito ao período noturno/madrugada, coberto pela insulina basal, e não aos componentes prandiais.

A dose de detemir deve ser aumentada de forma gradual e individualizada, acompanhando-se a glicemia de jejum e de madrugada. Caso o ajuste da dose não seja suficiente ou gere hipoglicemia em outros períodos, o fracionamento da detemir em duas aplicações diárias pode ser considerado como próximo passo, já que sua duração de ação (12–20h) pode não sustentar cobertura basal completa de 24 horas em alguns pacientes.

Alternativa B

A insulina lispro administrada antes do café da manhã atua principalmente sobre a glicemia pré-almoço. Como as glicemias pré-almoço permanecem entre 120 e 140 mg/dL, não há evidência de que a dose de 4 UI no café da manhã seja insuficiente. O problema documentado — hiperglicemia já presente às 3h da madrugada — ocorre muitas horas antes da aplicação dessa dose prandial, tornando essa alternativa incompatível com o padrão glicêmico apresentado.

Alternativa C

As doses prandiais do almoço e do jantar influenciam, respectivamente, as glicemias pré-jantar (110–130 mg/dL) e ao deitar (140–160 mg/dL), ambas dentro de faixas aceitáveis. Não há hiperglicemia pós-prandial que justifique o aumento dessas doses, e essa conduta não corrigiria a elevação já presente às 3h da madrugada, que antecede a ação dessas insulinas prandiais.

Alternativa D

Não há qualquer episódio de hipoglicemia documentado — nem por relato, nem nas aferições de madrugada realizadas especificamente para investigar essa hipótese. Reduzir as doses prandiais não tem fundamento clínico neste caso e poderia agravar a hiperglicemia pós-prandial, sem qualquer efeito sobre a causa identificada do problema, que é a cobertura basal noturna insuficiente.

Visão do aprovado

Em questões de insulinoterapia basal-bolus, procure o **horário em que a glicemia está alterada**:

- glicemia de jejum persistentemente alta → pensar em ajuste da insulina basal noturna;
- glicemia pré-almoço alta → revisar bolus do café da manhã;
- glicemia pré-jantar alta → revisar bolus do almoço;
- glicemia ao deitar alta → revisar bolus do jantar.

Antes de aumentar a basal por hiperglicemia de jejum, procure sinais de hipoglicemia noturna, lanches extras ao deitar, falha de adesão ou doença intercorrente. Quando esses fatores são afastados, o ajuste gradual da basal se torna a conduta mais adequada.

Fica a dica

No esquema basal-bolus, glicemia de jejum conversa principalmente com a insulina basal.

Os bolus prandiais devem ser ajustados conforme o padrão glicêmico relacionado às refeições, e não pela glicemia matinal isolada.

Questão 67

Um recém-nascido masculino de 7 dias, nascido a termo e sem intercorrências perinatais, é avaliado antes da alta da maternidade. Durante a gestação, houve soroconversão materna documentada para toxoplasmose na 18ª semana. A gestante utilizou espiramicina por 15 dias e interrompeu o tratamento. O recém-nascido está ativo, afebril, com boa sucção, exame neurológico normal e sem hepatoesplenomegalia ou alterações oculares aparentes. A sorologia realizada em amostra de sangue

periférico do recém-nascido mostra IgM e IgG anti-Toxoplasma gondii reagentes. A conduta indicada é:

- A.** Iniciar sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, com avaliação oftalmológica, auditiva, USTF (ou TC), hemograma e TGO/TGP
- B.** Repetir a sorologia em 10 dias para descartar contaminação por sangue materno durante o parto e, mantendo-se a positividade do IgM, iniciar o esquema terapêutico com avaliação oftalmológica, auditiva e neuroimagem
- C.** Solicitar PCR para T. gondii em sangue periférico e líquido, iniciando sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico apenas se o resultado for positivo, associado à avaliação oftalmológica e auditiva
- D.** Iniciar sulfadiazina e pirimetamina, associando o ácido folínico apenas se surgir neutropenia ao hemograma seriado, com avaliação oftalmológica, auditiva e neuroimagem

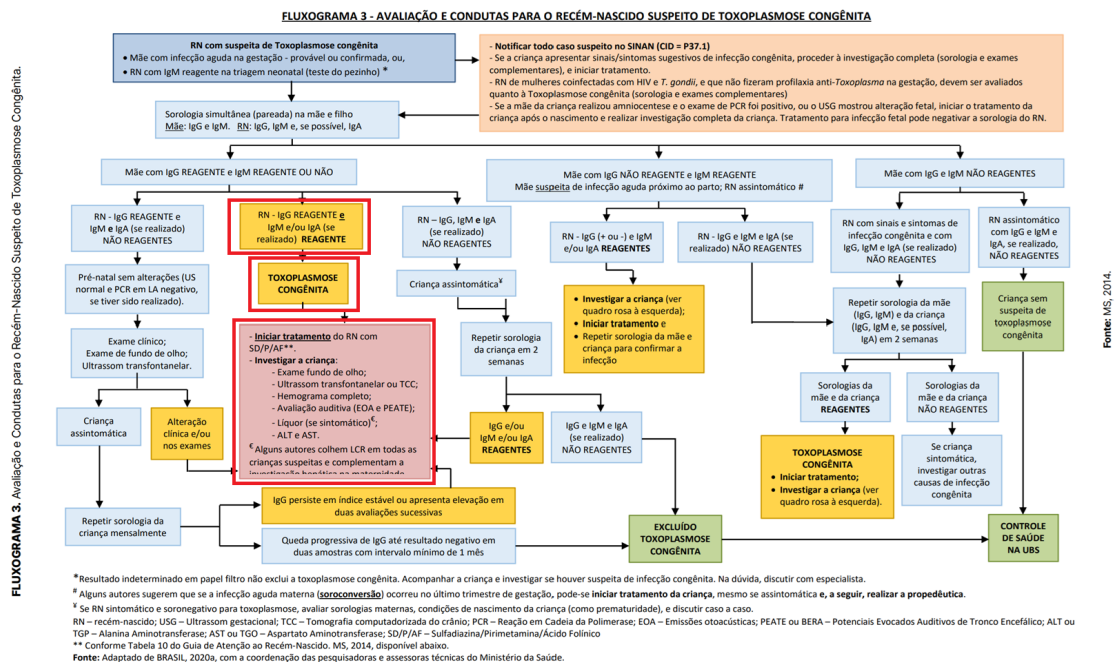
Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

O recém-nascido deve ser considerado portador de **toxoplasmose congênita com indicação de tratamento**, pois apresenta IgM anti-Toxoplasma gondii reagente em amostra de sangue periférico, associada à soroconversão materna documentada durante a gestação. De acordo com o Ministério da Saúde, a positividade de IgM e/ou IgA específica no soro do recém-nascido ou lactente durante o primeiro semestre de vida constitui indicação para iniciar o tratamento.



A IgG neonatal isoladamente não confirma a infecção, porque anticorpos IgG maternos atravessam a placenta e podem permanecer detectáveis no lactente durante vários meses. Já a presença de IgM específica no soro periférico indica produção pelo próprio recém-nascido e reforça o diagnóstico de infecção congênita. Como a amostra foi obtida em sangue periférico (e não em sangue de cordão umbilical, coletado no momento do parto), a possibilidade de contaminação por sangue materno — cenário que justificaria repetição do exame em 10 dias — não se aplica a este caso.

A ausência de manifestações clínicas não modifica a conduta. A maioria dos recém-nascidos com toxoplasmose congênita pode estar assintomática ao nascimento, mas ainda apresentar lesões subclínicas ou desenvolver sequelas visuais, neurológicas e auditivas posteriormente. O Ministério da Saúde recomenda tratamento de todas as crianças com infecção diagnosticada no primeiro ano de vida, inclusive as assintomáticas — e o diagnóstico, uma vez confirmado por IgM reagente, não deve ser reaberto por meio de exames confirmatórios adicionais (como PCR) nem condicionado a achados de imagem ou laboratoriais.

O tratamento indicado é realizado com **sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico**, associado à investigação da extensão do acometimento (exame oftalmológico com fundo de olho, neuroimagem, hemograma, enzimas hepáticas e avaliação auditiva). O ácido folínico deve ser administrado **concomitantemente** à pirimetamina desde o início do esquema — e não introduzido posteriormente, caso surja toxicidade hematológica —, pois sua função é justamente prevenir a mielossupressão induzida pela pirimetamina.

Alternativa A

O recém-nascido apresenta indicação de início imediato do tratamento para toxoplasmose congênita. Há soroconversão materna comprovada

durante a gestação, tratamento materno incompleto e IgM anti-*Toxoplasma gondii* reagente no soro neonatal. Segundo o Ministério da Saúde, a positividade de IgM e/ou IgA específica no soro durante o primeiro semestre de vida é suficiente para indicar o início da terapia, mesmo que a criança esteja assintomática.

O esquema recomendado é composto por sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico. O ácido folínico deve acompanhar o uso da pirimetamina **desde o primeiro dia**, para reduzir o risco de toxicidade hematológica, especialmente supressão medular — nunca deve ser reservado para uso reativo, após já instalada a neutropenia.

Simultaneamente ao início do tratamento, deve ser realizada a investigação da extensão do acometimento, mesmo na ausência de sinais clínicos, já que a maioria dos recém-nascidos com toxoplasmose congênita é assintomática ao nascimento e pode apresentar lesões subclínicas. O Ministério da Saúde recomenda:

- **Avaliação oftalmológica** (exame de fundo de olho), o mais precocemente possível, para rastrear coriorretinite;
- **Avaliação auditiva**, com emissões otoacústicas e potencial evocado auditivo de tronco encefálico (EOA e PEATE);
- **Ultrassonografia transfontanelar (USTF) ou tomografia computadorizada de crânio (TC)**, para investigar calcificações, hidrocefalia ou outras alterações do sistema nervoso central;
- **Hemograma completo**, essencial tanto para avaliar repercussões da infecção quanto para monitorar a toxicidade hematológica da pirimetamina antes e durante o tratamento;
- **TCO/TGP (transaminases)**, para avaliar acometimento hepático.

A investigação com líquido é reservada aos casos com alteração neurológica clínica ou de imagem, o que não se aplica a este recém-nascido, cujo exame neurológico é normal. Da mesma forma, não há indicação de confirmação diagnóstica adicional por PCR (sangue ou líquido): o diagnóstico já está estabelecido pela IgM reagente, e aguardar qualquer exame confirmatório postergaria desnecessariamente o início da terapia.

Alternativa B

A recomendação de repetir a sorologia em 10 dias para descartar contaminação por sangue materno aplica-se especificamente a **amostras colhidas no momento do parto (sangue de cordão umbilical)**, situação em que existe risco remoto de contaminação com sangue materno durante o nascimento — daí a orientação de aguardar a queda da meia-vida do IgM (aproximadamente 5 dias) e do IgA (aproximadamente 10 dias) antes de repetir o exame.

Neste caso, porém, a amostra foi colhida em **sangue periférico do recém-nascido aos 7 dias de vida**, e não em sangue de cordão ao nascimento. Não há, portanto, fundamento para questionar a origem do IgM detectado nem para postergar o início do tratamento à espera de confirmação por repetição sorológica. O Ministério da Saúde inclui a positividade da IgM no soro periférico entre os critérios que indicam tratamento imediato, sem exigência de nova coleta confirmatória quando a amostra já foi obtida adequadamente após a primeira semana de vida.

Reter esse detalhe metodológico (tipo de amostra e momento da coleta) é o que diferencia esta alternativa da conduta correta: trata-se de uma recomendação real do protocolo, aplicada, porém, a um cenário que não corresponde ao caso descrito.

Alternativa C

O PCR para *T. gondii* (em sangue periférico, líquido, urina ou líquido amniótico) é uma ferramenta diagnóstica complementar, útil especialmente quando a sorologia é inconclusiva ou quando se deseja confirmar infecção fetal. No entanto, sua sensibilidade em sangue periférico é baixa (em torno de 29%), o que significa que um resultado negativo **não exclui** a infecção congênita — tornar o início do tratamento dependente desse resultado pode levar a uma decisão equivocada de não tratar uma criança efetivamente infectada.

Neste caso, o diagnóstico já está confirmado pela positividade do IgM em sangue periférico, critério laboratorial suficiente segundo o Ministério da Saúde para indicar tratamento imediato. Solicitar PCR como pré-requisito para a terapêutica inverte a lógica diagnóstica do caso: em vez de usar um exame de baixa sensibilidade para reabrir uma discussão já encerrada, a conduta correta é iniciar o tratamento e conduzir a investigação complementar (incluindo, se pertinente, o próprio PCR) de forma simultânea, nunca como condição para tratar.

Alternativa D

O ácido folínico deve ser administrado **concomitantemente** à pirimetamina desde o início do esquema terapêutico, e não apenas quando surgir neutropenia ao hemograma seriado. Sua função é justamente **prevenir** a toxicidade medular induzida pela pirimetamina (que inibe a diidrofolato redutase), e não tratá-la depois de instalada. Os protocolos de referência são explícitos quanto a isso: a pirimetamina e a sulfadiazina só devem ser administradas em conjunto com o ácido folínico; na falta

deste, o esquema deve ser temporariamente suspenso — nunca iniciado sem ele.

Iniciar sulfadiazina e pirimetamina sem ácido folínico concomitante expõe o recém-nascido a um risco desnecessário de mielossupressão (neutropenia, anemia, plaquetopenia) que poderia ter sido evitado desde o primeiro dia de tratamento. Trata-se de uma inversão da lógica profilática do esquema terapêutico padrão-ouro.

Visão do aprovado

Na toxoplasmose congênita, a interpretação da sorologia é essencial:

- **IgG reagente isolada:** pode corresponder a anticorpo materno transferido pela placenta;
- **IgM ou IgA reagente no soro neonatal:** indica produção de anticorpos pela criança e constitui indicação de tratamento;
- **IgM no teste do pezinho:** é exame de triagem e precisa ser confirmada em amostra sérica;
- **recém-nascido assintomático:** pode estar infectado e apresentar complicações tardias.

Diante de IgM neonatal reagente, não se deve aguardar sintomas, alterações nos exames complementares ou aumento do IgG. A conduta é iniciar:

sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico.

Simultaneamente, deve-se investigar possíveis acometimentos:

- fundo de olho;
- ultrassonografia transfontanelar ou outra neuroimagem indicada;
- avaliação auditiva;
- hemograma;
- transaminases;
- análise do líquido quando houver indicação clínica ou neurológica.

O ponto central da questão é: **toxoplasmose congênita confirmada ou com critério terapêutico deve ser tratada mesmo quando o recém-nascido está clinicamente normal.**

Questão 68

Uma menina de 4 anos é trazida ao pronto-socorro após engasgar com um pedaço de maçã durante o lanche. A mãe relata que a criança estava brincando e correndo enquanto comia quando começou a tossir intensamente, mas, há cerca de 2 minutos, deixou de tossir e não consegue emitir sons. Ao exame, está consciente, agitada, com cianose perioral, incapaz de falar ou tossir, com tiragem intercostal e uso de musculatura acessória, há entrada de ar ausente bilateralmente. Os pais negam tentativa prévia de remoção do corpo estranho. A conduta inicial indica-

da é:

- A.** Realizar cinco golpes no dorso isoladamente e reavaliar a permeabilidade da via aérea
- B.** Realizar ciclos de cinco golpes no dorso alternados com cinco compressões torácicas
- C.** Realizar ciclos de cinco golpes no dorso alternados com cinco compressões abdominais
- D.** Realizar laringoscopia direta imediata para tentativa de visualização e retirada do corpo estranho

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

O quadro é compatível com **obstrução grave de via aérea por corpo estranho**. A criança engasgou durante a alimentação, inicialmente tossiu, mas evoluiu com incapacidade de tossir, falar ou emitir sons, além de cianose e ausência de ruídos respiratórios audíveis. Esses achados indicam obstrução importante, com necessidade de intervenção imediata.

Como se trata de uma criança **maior de 1 ano**, ainda **consciente**, a conduta indicada é realizar manobras de desobstrução. Pela recomendação atualizada da AHA, em crianças e adultos conscientes com obstrução grave, devem ser realizados ciclos de **cinco golpes no dorso alternados com cinco compressões abdominais**, até a expulsão do corpo estranho ou até a vítima tornar-se irresponsiva

Alternativa A

Os golpes dorsais fazem parte da conduta atual para crianças conscientes com obstrução grave por corpo estranho, mas não devem ser realizados isoladamente. A recomendação é alternar cinco golpes firmes entre as escápulas com cinco compressões abdominais, repetindo os ciclos até que o objeto seja eliminado ou a criança perca a responsividade.

Apenas reavaliar após cinco golpes dorsais, sem prever a sequência com compressões abdominais caso a obstrução persista, torna a alternativa incompleta. É importante notar que as diretrizes pediátricas de 2025 passaram a recomendar essa combinação, enquanto orientações anteriores enfatizavam predominantemente as compressões abdominais para crianças maiores de 1 ano.

Alternativa B

A alternativa está incorreta porque aplica à criança um protocolo específico para a faixa etária de **lactentes (menores de 1 ano)**.

Segundo a atualização AHA/PALS 2025, a conduta para OVACE grave é estratificada por idade, e essa distinção é um dos pontos mais cobrados em prova justamente por gerar confusão entre candidatos:

- **Lactentes (<1 ano):** ciclos repetidos de 5 golpes no dorso alternados com **5 compressões torácicas** (técnica de dois dedos ou dois polegares, semelhante ao ponto de compressão da RCP), até a expulsão do objeto ou perda de consciência. As **compressões abdominais são contraindicadas** nessa faixa etária pelo risco de lesão de órgãos intra-abdominais (fígado e baço, proporcionalmente maiores e menos protegidos pela grade costal ainda imatura do lactente).
- **Crianças ≥1 ano e adultos:** ciclos repetidos de 5 golpes no dorso alternados com **5 compressões abdominais** (manobra de Heimlich modificada em ciclos), até a expulsão do objeto ou perda de consciência.

No caso descrito, a paciente tem 4 anos — portanto se enquadra no protocolo de criança/adulto, e não no de lactente. Aplicar compressões torácicas nesse contexto configura uso do algoritmo errado para a faixa etária, ainda que a lógica geral (ciclos de golpes alternados com compressões) esteja correta.

É importante destacar que essa estratificação por idade — e não apenas o tipo de compressão em si — é o real objeto de avaliação da questão, simulando um erro comum entre profissionais que memorizam o "ciclo de 5+5" sem diferenciar corretamente o tipo de compressão indicado por faixa etária.

Alternativa C

Em uma criança consciente com mais de 1 ano e obstrução grave das vias aéreas, devem ser realizados ciclos de cinco golpes dorsais, seguidos de cinco compressões abdominais. As manobras são repetidas até a expulsão do corpo estranho ou até que a criança se torne irresponsiva.



Os golpes dorsais devem ser aplicados firmemente entre as escápulas, com a criança inclinada para a frente. Nas compressões abdominais, o socorrista posiciona-se atrás da criança e realiza movimentos rápidos para dentro e para cima, acima do umbigo e abaixo do apêndice xifoide.

Se o objeto for expelido, a criança deve ser reavaliada. Se perder a consciência, devem-se iniciar imediatamente as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, começando pelas compressões torácicas. A boca deve ser inspecionada antes das ventilações, removendo-se apenas o objeto que estiver claramente visível, sem realizar varredura digital às cegas.

Alternativa D

A laringoscopia direta pode ter papel no ambiente hospitalar quando o corpo estranho está visível e pode ser retirado por profissional treinado, especialmente se as manobras iniciais falharem ou durante o manejo avançado da via aérea. Entretanto, ela não deve substituir as manobras imediatas de desobstrução em uma criança consciente com obstrução grave.

Preparar equipamentos, posicionar a criança e tentar visualizar o objeto pode atrasar uma intervenção simples e imediatamente disponível. Além disso, tentativas instrumentais inadequadas podem deslocar o corpo estranho para uma posição mais distal ou traumatizar a via aérea.

Portanto, a primeira conduta é realizar golpes dorsais e compressões abdominais. A abordagem instrumental deve ser reservada à equipe capacitada e ao momento apropriado, sem atrasar o suporte básico de vida.

Visão do aprovado

Em questões de corpo estranho em via aérea, o primeiro passo é separar **tosse efetiva** de **obstrução grave**.

Se a criança tosse, fala ou chora, a conduta é estimular a tosse e observar. Se não consegue tossir, falar ou respirar adequadamente, está cianótica ou silenciosa, trata-se de obstrução grave e exige intervenção imediata.

Depois, veja a idade: lactentes menores de 1 ano não recebem compressões abdominais. Crianças maiores de 1 ano, como a deste caso, devem receber ciclos de golpes no dorso alternados com compressões abdominais enquanto estiverem conscientes.

Fica a dica

Criança maior de 1 ano, consciente e engasgada sem conseguir tossir ou falar: desobstruir imediatamente.

Na obstrução grave, não basta oferecer oxigênio ou observar. A prioridade é remover o corpo estranho da via aérea.

Questão 69

Mulher de 52 anos procura atendimento no ambulatório de cirurgia por dor recorrente em hipocôndrio direito há 6 meses. Refere episódios de dor intensa, em cólica, iniciados cerca de 30 minutos após refeições ricas em gordura, com irradiação para o dorso e duração de 2 a 4 horas. A dor melhora com uso de analgésicos. Nega febre, náuseas intensas, vômitos ou icterícia. Ao exame físico, apresenta-se corada, hidratada, anictérica e afebril. O abdome é flácido, sem massas palpáveis, e não há dor à palpação do hipocôndrio direito nem interrupção da inspiração durante a palpação da região da vesícula biliar. Exames laboratoriais abaixo. Ultrassonografia de abdome: vesícula biliar com múltiplos cálculos de até 1,5 cm, paredes finas, ausência de líquido perivesicular e colédoco com calibre de 4 mm. Considerando o quadro clínico apresentado, qual conduta está indicada para essa paciente?

Exame	Resultado	Valor de referência (VR)
Leucócitos	7.200/mm ³	4.000 a 11.000/mm ³
Bilirrubina total	0,9 mg/dL	0,1-1,2 mg/dL
Fosfatase alcalina (FA)	95 U/L	40-129 U/L
Gama-glutamil transferase (GGT)	42 U/L	5-55 U/L

- A. Observação clínica com orientações dietéticas.
- B. Colectomia videolaparoscópica eletiva.
- C. Ácido ursodesoxicólico 10 mg/kg/dia por 6 meses.
- D. Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui um caso que pinta um quadro absolutamente **clássico de cólica biliar**: mulher de meia-idade com dor em hipocôndrio direito desencadeada por refeições gordurosas, que irradia para o dorso e dura algumas horas. A ultrassonografia confirma a presença de múltiplos cálculos na vesícula. O detalhe crucial que muitos estudantes perdem é que essa paciente vem apresentando episódios recorrentes há 6 meses — isso não é colelitíase *assintomática*!

Vamos construir o diagnóstico passo a passo. A dor aparece cerca de 30 minutos após alimentação gordurosa porque a gordura intraluminal estimula a liberação de *colecistocinina (CCK)*, que promove contração da vesícula biliar. Quando há um cálculo obstruindo transitoriamente o ducto cístico, essa contração gera aumento de pressão intravesicular e dor visceral intensa — a cólica biliar. A dor dura de 2 a 4 horas porque eventualmente o cálculo se desloca, a obstrução se resolve e a pressão normaliza. Esse padrão temporal é bem característico e diferente de uma dor contínua que sugeriria inflamação estabelecida.

Agora precisamos diferenciar isso de possíveis complicações. Não se trata de *colecistite aguda* porque a paciente está afebril, sem leucocitose (7.200/mm³ é normal), Murphy negativo no momento do exame, e a ultrassonografia mostra paredes vesiculares finas sem líquido perivesicular. Também não há *coledocolitíase* (cálculo no ducto biliar comum), pois as bilirrubinas estão normais, a fosfatase alcalina está normal e o colédoco tem calibre normal de 4mm (o normal vai até 6-7mm). Estamos diante de uma **colelitíase sintomática não complicada**.

Aqui mora a pegadinha da questão: qual a diferença de conduta entre colelitíase *assintomática* e *sintomática*? A literatura é clara: pacientes com cálculos assintomáticos (achado incidental, sem sintomas) têm baixo risco de desenvolver complicações (cerca de 1% antes do aparecimento de sintomas) e por isso não justificam cirurgia profilática — conduta é observação. Porém, uma vez que o paciente desenvolve sintomas recorrentes, o perfil de risco muda completamente: há grande probabilidade de novas crises e de complicações como *colecistite aguda*, *coledocolitíase* ou *pancreatite biliar*. Nossa paciente já tem 6 meses de episódios recorrentes — ela é sintomática e tem indicação cirúrgica.

Como a paciente está estável, sem complicações agudas, sem sinais de infecção ou obstrução biliar, o tratamento de escolha é a **colecistectomia videolaparoscópica eletiva**. "Eletiva" significa que podemos programar a cirurgia em momento oportuno, sem urgência, otimizando as condições clínicas. A via videolaparoscópica é o padrão-ouro atual pela menor morbidade, recuperação mais rápida e menores taxas de complicação comparada à cirurgia aberta.

Alternativa A

Observação clínica com orientações dietéticas é o distrator mais atraente desta questão e costuma pegar muitos estudantes. O raciocínio equivocado é pensar: "a paciente está estável, sem complicações, vamos tentar manejo conservador primeiro". O erro está em não diferenciar colelitíase *assintomática* de *sintomática*. Observação com dieta seria apropriada se os cálculos fossem achado incidental sem sintomas. Mas esta paciente tem 6 meses de episódios recorrentes de dor — ela já é sintomática! A orientação dietética (evitar gordura) até pode diminuir a frequência das crises, mas não resolve o problema de base e o risco de complicações permanece elevado. Uma vez que o paciente torna-se sintomático, a conduta é cirúrgica.

Alternativa B

Colecistectomia videolaparoscópica eletiva é nossa resposta correta. Todo o raciocínio que construímos nos leva até aqui: paciente com colelitíase *sintomática* (episódios recorrentes por 6 meses), sem complicações agudas no momento, tem indicação de cirurgia eletiva. A via videolaparoscópica é o padrão-ouro por ser minimamente invasiva, com excelentes resultados e rápida recuperação. "Eletiva" significa que não há urgência — podemos programar adequadamente, otimizar condições clínicas se necessário, e realizar em ambiente controlado. Esta é a conduta que oferece cura definitiva e previne complicações futuras.

Alternativa C

Ácido ursodesoxicólico pode parecer uma alternativa menos invasiva, mas aqui está outro conceito importante: o tratamento clínico de dissolução tem indicações muito restritas e não funciona neste caso. O *ácido ursodesoxicólico* age solubilizando o colesterol da superfície do cálculo e só é eficaz em cálculos de colesterol pequenos (menores que

5mm) e não calcificados. Nossa paciente tem cálculos de até 1,5 cm (15mm) — três vezes o tamanho limite! Além disso, mesmo nos casos selecionados em que funciona, a taxa de recorrência chega a 50%. Esse tratamento ficou reservado para raríssimos pacientes com contraindicação absoluta à cirurgia, o que não é o caso aqui.

Alternativa D

Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia é um distrator para quem não identificou corretamente a localização do problema. A CPRE está indicada para *coledocolitíase* — quando há cálculo no ducto biliar comum (colédoco). Os cálculos desta paciente estão na vesícula, não no colédoco! Temos várias pistas disso: bilirrubinas normais (não há obstrução biliar), fosfatase alcalina normal (não há colestase), e o colédoco tem calibre normal de 4mm na ultrassonografia. A CPRE é um procedimento invasivo com riscos próprios (*pancreatite pós-CPRE*, sangramento, perfuração) e seria completamente desnecessária neste cenário. O problema está na vesícula e a solução é removê-la cirurgicamente.

Visão do aprovado

Nas provas, *colecistite sintomática* costuma aparecer em dois formatos: ou como reconhecimento direto da indicação cirúrgica (caso mais simples), ou como diferenciação entre assintomático versus sintomático — e essa é a pegadinha clássica. A tentação de marcar observação com dieta é enorme, principalmente quando o paciente está estável e os exames sem alterações. O discriminador está no histórico: episódios recorrentes por 6 meses caracterizam sintomático, e aí a conduta muda radicalmente. Outro ponto: as bancas adoram misturar esse cenário com complicações como *colangite* (*tríade de Charcot*: febre, icterícia e dor) ou *coledocolitíase*. O atalho na prova é checar icterícia, bilirrubinas e calibre do colédoco — se tudo normal, o problema está confinado à vesícula.

Quando o tema aparece associado a complicações, as questões costumam explorar conceitos técnicos como *visão crítica de Strassberg* em cirurgias difíceis ou manejo de *coledocolitíase* com CPRE. Nas questões anteriores, vemos isso: *colecistectomia parcial* quando há aderências intensas, ou *coledocolitotomia laparoscópica* após falha endoscópica. Esses desdobramentos geralmente caem em provas cirúrgicas mais específicas, mas é importante saber que existem para não estranhar se aparecerem como alternativas-distratoras em questões de acesso direto.

Um último alerta: valores limítrofes podem confundir. Colédoco de 4mm é tranquilamente normal (aceita-se até 6-7mm), mas em prova alguns candidatos já ficam preocupados. GGT de 42 também está no limite superior, mas sem elevação de FA ou bilirrubinas não caracteriza colestase. O diagnóstico se apoia no conjunto, e aqui o conjunto grita "**cólica biliar recorrente sem complicação**" — cirurgia eletiva resolve, e postergar só aumenta risco.

Questão 70

Uma menina de 8 anos é levada ao ambulatório de neurologia pediátrica por episódios paroxísticos recorrentes há 6 meses. A mãe relata que a criança "para no meio da atividade", fica com olhar fixo e ausente por 10 a 15 segundos, não responde quando chamada e, em seguida, volta ao normal como se nada tivesse acontecido. Os episódios ocorrem múltiplas vezes ao dia, especialmente durante atividades que exigem concentração. A professora notou queda significativa no rendimento escolar. Ao exame neurológico, apresenta desenvolvimento neuropsicomotor normal, sem déficits focais. Durante a consulta, observa-se um episódio típico: interrupção súbita da fala, olhar fixo, discreto automatismo oral, sem queda ou movimentos tônicos ou clônicos, com duração de 12 segundos e recuperação imediata, sem confusão pós-ictal. O EEG mostra descargas generalizadas de complexos ponta-onda regulares a 3 Hz, ativadas por hiperventilação. Não há história de crises tônico-clônicas generalizadas. Considera-se como diagnóstico e conduta terapêutica inicial:

- A. Crises focais com comprometimento da consciência; iniciar carbamazepina
- B. Epilepsia ausência da infância; iniciar etossuximida
- C. Epilepsia ausência juvenil; iniciar valproato
- D. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; iniciar metilfenidato

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

O quadro é típico de **epilepsia ausência da infância (EAI)**: crises breves, estereotipadas e muito frequentes, com início e término súbitos, interrupção da atividade em curso, olhar fixo, ausência de resposta e recuperação imediata, sem período de confusão pós-ictal. Automatismos discretos, como movimentos orais, são compatíveis com crises de ausência típicas e não devem ser confundidos com automatismos de crises focais.

O EEG confirma o diagnóstico eletroclínico ao demonstrar descargas generalizadas regulares de complexos ponta-onda a 3 Hz — achado clássico da EAI, segundo a classificação da ILAE (2017), que descreve essa síndrome em crianças neurologicamente normais, com múltiplas crises diárias e descargas entre aproximadamente 2,5 e 4 Hz. A hiperventilação é o principal método de ativação em consultório para crises de ausência, com alta sensibilidade para deflagrar tanto a descarga ele-

trográfica quanto a crise clínica — por isso sua presença no enunciado reforça, e não apenas ilustra, o diagnóstico.

Como não há história de crises tônico-clônicas generalizadas nem outros tipos de crise associados, a **etossuximida** é a droga de escolha inicial. O ensaio clínico randomizado de referência (Glauser et al., NEJM 2010) demonstrou eficácia equivalente entre etossuximida e valproato para controle de crises de ausência isoladas, porém com significativamente menos efeitos adversos atencionais/cognitivos com a etossuximida — motivo pelo qual as diretrizes (ILAE) a recomendam como primeira linha nesse cenário específico.

Alternativa A

Crises focais com comprometimento da consciência (antiga "crise parcial complexa") também podem cursar com interrupção da atividade, olhar fixo, ausência de resposta e automatismos, gerando diagnóstico diferencial legítimo com crises de ausência. Entretanto, diferem em pontos objetivos: costumam ter duração mais longa (tipicamente acima de 30–60 segundos, frequentemente ultrapassando 1 minuto), podem apresentar sinais de lateralização ou aura antes do início, e comumente são seguidas de confusão pós-ictal — nenhum desses achados está presente no caso, que descreve crises breves (12 segundos) com recuperação imediata.

O EEG também afasta essa hipótese, pois mostra descargas generalizadas regulares de ponta-onda a 3 Hz, e não descargas epileptiformes de início focal/regional, como se esperaria em uma epilepsia focal.

A carbamazepina, além de não indicada nesse cenário, é classicamente contraindicada em epilepsias generalizadas: bloqueadores de canal de sódio como a carbamazepina podem agravar crises de ausência e mio-clônicas. Portanto, tanto o diagnóstico quanto o tratamento propostos estão incorretos.

Alternativa B

A idade de início, a frequência elevada das crises, a semiologia e o EEG são todos compatíveis com epilepsia ausência da infância. As crises típicas apresentam início súbito, interrupção da consciência, olhar fixo e duração geralmente breve (poucos segundos até ~20 segundos), com retorno imediato ao estado basal e ausência de confusão pós-ictal — exatamente o que se observa no episódio presenciado na consulta.

Pequenos automatismos, como movimentos mastigatórios, piscamentos ou manipulação de objetos, podem ocorrer em até dois terços das crises de ausência e não transformam a crise em focal quando o restante do quadro clínico e o EEG indicam início generalizado.

A hiperventilação é um método de ativação clássico e sensível para crises de ausência, podendo desencadear tanto a descarga eletrográfica

quanto a crise clínica — reproduzindo em consultório o mecanismo fisiopatológico da doença.

Na ausência de crises tônico-clônicas ou mioclônicas associadas, a etossuximida é a primeira escolha terapêutica: apresenta eficácia comparável ao valproato para controle de crises de ausência, porém com menor impacto cognitivo e atencional, conforme demonstrado no estudo comparativo de referência (Glauser et al., NEJM 2010).

Alternativa C

A epilepsia ausência juvenil (EAJ) geralmente tem início mais tardio, entre 9 e 13 anos (pico ao redor da puberdade), enquanto a epilepsia ausência da infância tipicamente inicia entre 4 e 10 anos (pico entre 5 e 7 anos) — a paciente do caso, com 8 anos, está mais alinhada ao perfil etário da EAI.

Além da idade de início, a EAJ costuma cursar com crises de ausência menos frequentes ao longo do dia (em contraste com as dezenas de episódios diários característicos da EAI) e apresenta associação bem mais frequente com crises tônico-clônicas generalizadas — ausentes na história deste caso.

O valproato pode ser indicado em epilepsias generalizadas quando coexistem crises de ausência com crises tônico-clônicas ou mioclônicas, cenário compatível com a EAJ, mas não é a primeira escolha para ausências isoladas. Além disso, o valproato exige cautela especial em meninas e adolescentes devido a seus riscos reprodutivos (teratogenicidade) e metabólicos, sendo reservado para situações em que há outros tipos de crise, risco relevante deles, ou falha da primeira linha terapêutica.

Alternativa D

A queda do rendimento escolar associada a episódios de aparente "desatenção" é um cenário clássico de erro diagnóstico na atenção primária, frequentemente confundido com TDAH — o que reforça o valor pedagógico deste distrator. Contudo, no TDAH a desatenção é contínua e contextual, sem episódios estereotipados de início e término abruptos, perda completa da responsividade por segundos e retomada imediata da atividade, como descrito no caso.

Durante a consulta, foi observado um evento típico acompanhado de alteração eletroencefalográfica generalizada a 3 Hz, ativada por hiperventilação — dado objetivo que confirma se tratar de crises epiléticas, e não de lapsos comportamentais compatíveis com TDAH.

A redução do desempenho escolar, nesse contexto, decorre da repetição de múltiplas crises de ausência ao longo do dia, que fragmentam a atenção e prejudicam a aprendizagem — fenômeno bem documentado na literatura sobre EAI. O metilfenidato não trata essas crises e não deve ser iniciado como conduta principal; pelo contrário, pode teoricamente reduzir o limiar convulsivo em alguns pacientes.

Visão do aprovado

Diante de uma criança em idade escolar com “desligamentos” breves e repetidos ao longo do dia, queda do rendimento escolar e retorno imediato ao basal, pense em **crise de ausência**. O dado que diferencia de TDAH é o caráter paroxístico: começa de repente, dura poucos segundos e termina de forma abrupta, sem confusão depois.

O EEG com complexos ponta-onda generalizados a 3 Hz, especialmente ativados por hiperventilação, praticamente consolida o diagnóstico de epilepsia ausência da infância.

Fica a dica

Crise de ausência não é “distração”: é episódio breve, súbito, estereotipado e com recuperação imediata.

Na epilepsia ausência da infância com crises de ausência isoladas, a **etossuximida** é uma das principais opções de tratamento inicial.

Questão 71

Mulher de 54 anos foi submetida à tireoidectomia total há 36 horas devido a carcinoma papilífero da tireoide. No período pós-operatório, evoluiu sem intercorrências até o momento atual, quando passou a apresentar formigamento perioral e nas extremidades das mãos e dos pés. Ao exame físico, encontra-se consciente, orientada e afebril. Pressão arterial: 120 × 80 mmHg (valor de referência: aproximadamente 90/60 a 120/80 mmHg). Frequência cardíaca: 88 batimentos por minuto (valor de referência: 60–100 batimentos por minuto). Frequência respiratória: 16 incursões respiratórias por minuto (valor de referência: 12–20 incursões respiratórias por minuto). Saturação periférica de oxigênio: 98% em ar ambiente (valor de referência: ≥ 95%). A região cervical não apresenta sinais de sangramento nem aumento de volume. A ausculta cardíaca e pulmonar é normal. Durante a aferição da pressão arterial, observa-se espasmo carpopedal após a insuflação do manguito do esfigmomanômetro. A percussão do nervo facial, imediatamente à frente do pavilhão auricular, desencadeia contração involuntária da musculatura da hemiface ipsilateral. Exames laboratoriais (abaixo). Considerando o quadro clínico apresentado, qual conduta está indicada para essa paciente?

Exame	Resultado	Valor de referência (VR)
Cálcio sérico total	7,2 mg/dL	8,5-10,5 mg/dL
Albumina	4,0 g/dL	3,5-5,0 g/dL
Fósforo	5,8 mg/dL	2,5-4,5 mg/dL
Potássio	4,1 mEq/L	3,5-5,0 mEq/L
Magnésio	1,8 mEq/L	1,5-2,5 mEq/L

- A.** Iniciar reposição oral de cálcio para correção da hipocalcemia sintomática.
- B.** Administrar ansiolítico por via oral para controle das manifestações neuromusculares.
- C.** Realizar exploração cirúrgica cervical para investigação de complicação hemorrágica pós-operatória.
- D.** Iniciar reposição endovenosa de cálcio associada à administração de calcitriol por via oral.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

O quadro é característico de **hipocalcemia sintomática após tireoidectomia total**, provavelmente decorrente de hipoparatiroidismo pós-operatório. A paciente encontra-se no 2º dia de pós-operatório e passa a apresentar parestesias periorais e nas extremidades, associadas a manifestações de hiperexcitabilidade neuromuscular: **sinal de Trousseau** e **sinal de Chvostek**.



Sinal de Trousseau na hipocalcemia

Após tireoidectomia total, pode ocorrer redução transitória ou permanente da função das glândulas paratireoides em decorrência de manipulação, comprometimento de sua vascularização ou remoção inadvertida. A redução da secreção de paratormônio diminui a reabsorção renal de cálcio, reduz a ativação renal da vitamina D e aumenta a reabsorção tubular de fósforo de forma indireta? Na verdade, atenção aqui: o PTH normalmente **reduz a reabsorção tubular de fósforo**, promovendo fosfatúria. Portanto, sua deficiência provoca **retenção de fósforo**, justificando a associação de hipocalcemia e hiperfosfatemia.

Os exames laboratoriais reforçam esse mecanismo: há **cálcio total reduzido (7,2 mg/dL)**, **albumina normal (4,0 g/dL)**, **fósforo elevado (5,8 mg/dL)** e **magnésio normal (1,8 mEq/L)**. A albumina normal é particularmente importante porque demonstra que a redução do cálcio total não pode ser atribuída simplesmente à hipoalbuminemia. Já o magnésio normal torna menos provável a hipomagnesemia como causa ou fator perpetuador da hipocalcemia.

Diante de **hipocalcemia sintomática com tetania**, está indicada a administração de **cálcio por via intravenosa**, habitualmente na forma de gluconato de cálcio. No contexto de provável hipoparatiroidismo pós-operatório, associa-se **vitamina D ativa, como o calcitriol**, que favorece

a absorção intestinal de cálcio independentemente da ativação renal estimulada pelo paratormônio.

Portanto, a alternativa **D é a correta**.

Alternativa A

A reposição de cálcio por via oral é utilizada principalmente em pacientes com hipocalcemia **leve ou assintomática** e também integra o tratamento de manutenção do hipoparatireoidismo.

Nesta paciente, entretanto, já existem manifestações clínicas de hiperexcitabilidade neuromuscular, com parestesias, **espasmo carpopedal desencadeado pela insuflação do manguito (sinal de Trousseau)** e **contração da musculatura facial após percussão do nervo facial (sinal de Chvostek)**.

Diante de hipocalcemia sintomática com tetania, a correção inicial deve ser realizada com **cálcio por via intravenosa**, pois a reposição exclusivamente oral apresenta início de ação inadequado para o quadro agudo.

Além disso, no provável hipoparatireoidismo pós-operatório, o tratamento subsequente geralmente requer associação de cálcio com **vitamina D ativa**, particularmente calcitriol.

Alternativa B

Parestesias periorais e de extremidades podem ocorrer em situações de ansiedade associadas à hiperventilação, mas os dados apresentados apontam objetivamente para **hipocalcemia verdadeira**.

A paciente apresenta cálcio total reduzido na presença de **albumina normal**, além de hiperfosfatemia e manifestações de hiperexcitabilidade neuromuscular. O contexto de tireoidectomia total realizada há 36 horas reforça ainda mais a possibilidade de hipoparatireoidismo pós-operatório.

Portanto, administrar apenas um ansiolítico não trata o distúrbio metabólico responsável pelos sintomas e retardaria a correção da hipocalcemia.

Alternativa C

O hematoma cervical é uma complicação potencialmente grave após tireoidectomia e deve ser prontamente reconhecido, principalmente quando há aumento rápido do volume cervical, sensação de pressão, disfagia, alteração vocal, estridor ou comprometimento respiratório.

Entretanto, a paciente apresenta **saturação periférica de oxigênio normal, ausculta pulmonar normal e ausência de sangramento ou aumento de volume cervical**. Além disso, suas manifestações neuromusculares são explicadas pela hipocalcemia documentada laboratorialmente.

Não há, portanto, elementos que indiquem hematoma cervical ou necessidade de exploração cirúrgica.

Alternativa D

A paciente apresenta **hipocalcemia sintomática com manifestações de tetania** após tireoidectomia total. Nesse cenário, a administração de cálcio por via intravenosa está indicada para correção rápida da hipocalcemia e controle das manifestações neuromusculares.

O contexto clínico e laboratorial também sugere **hipoparatiroidismo pós-operatório**: além da hipocalcemia, há hiperfosfatemia, compatível com redução da ação do paratormônio sobre a excreção renal de fósforo. A albumina normal confirma que a redução do cálcio total não decorre simplesmente de redução da fração ligada às proteínas.

No hipoparatiroidismo, a menor ação do paratormônio também reduz a atividade renal da **1-alfa-hidroxilase**, diminuindo a formação de 1,25-di-hidroxitamina D. Por isso, utiliza-se **calcitriol**, a forma ativa da vitamina D, para aumentar a absorção intestinal de cálcio.

Assim, o cálcio intravenoso trata a manifestação aguda, enquanto o calcitriol auxilia na manutenção da calcemia durante o período de hipofunção das paratireoides.

Visão do aprovado

O caminho mais rápido para resolver a questão é reconhecer a sequência:

Tireoidectomia total → 24–48 horas → parestesias + Trousseau/Chvostek → pense em hipocalcemia por hipoparatiroidismo pós-operatório.

Depois, use o laboratório para confirmar o mecanismo:

↓ cálcio + albumina normal + ↑ fósforo + magnésio normal → favorece hipoparatiroidismo.

A albumina normal é uma pista importante. Como uma parcela relevante do cálcio circulante encontra-se ligada à albumina, a hipoalbuminemia pode reduzir o **cálcio total** sem necessariamente produzir redução proporcional do cálcio ionizado. Aqui, com albumina de 4,0 g/dL, essa explicação não se sustenta.

Por fim, a conduta depende principalmente da **manifestação clínica da hipocalcemia**. Pacientes assintomáticos ou com manifestações leves podem ser tratados com reposição oral. Já diante de **tetania ou outras manifestações importantes**, deve-se utilizar **cálcio intravenoso**.

Fica a dica: Hipoparatiroidismo pós-tireoidectomia: ↓ PTH → ↓ cálcio + ↑ fósforo + ↓ calcitriol

Se houver **hipocalcemia sintomática importante** → **cálcio intravenoso**. Para o controle do hipoparatiroidismo → **cálcio + vitamina D ativa (calcitriol)**.

Questão 72

Um menino de 2 anos, 12 kg, é levado ao pronto-socorro por diarreia aquosa há 2 dias, com cerca de 10 evacuações nas últimas 24 horas, associada a vômitos e baixa aceitação de líquidos. Ao exame físico, encontra-se letárgico, com olhos muito fundos, lágrimas ausentes, boca e língua muito secas, pulso fraco e enchimento capilar lentificado. Quando ofertada solução de reidratação oral, não consegue beber adequadamente. A prega cutânea abdominal desaparece muito lentamente. De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde para o manejo da diarreia, a prescrição correta para a fase de expansão é:

- A.** Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer lactato, 10 a 20 mL/kg em bólus, podendo ser repetido conforme resposta clínica, com reavaliação hemodinâmica a cada infusão.
- B.** Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer lactato, 30 mL/kg em 1 hora, seguidos de 70 mL/kg em 5 horas.
- C.** Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer lactato, 70 mL/kg em 2 horas e 30 minutos, seguidos de 30 mL/kg em 30 minutos.
- D.** Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer lactato, 30 mL/kg em 30 minutos, seguidos de 70 mL/kg em 2 horas e 30 minutos.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

A avaliação do estado de hidratação, segundo o Ministério da Saúde, é feita a partir de oito variáveis clínicas, organizadas em três colunas (A – sem desidratação; B – com desidratação; C – desidratação grave). A regra de decisão é: *dois ou mais sinais da coluna correspondente classificam o paciente naquele grupo, desde que, para a coluna C, pelo menos um dos sinais presentes seja um dos quatro sinais destacados com asterisco (*) — que são os de maior peso clínico por indicarem comprometimento sistêmico ou de perfusão.

Variável	Achado do paciente	Coluna correspondente
Estado geral	Letárgico	C*
Sede	Não consegue beber adequadamente	C*
Pulso	Fraco	C*
Sinal da prega abdominal	Desaparece muito lentamente (>2s)	C
Boca/língua	Muito seca	C
Olhos	Fundos	B/C (não discrimina)
Lágrimas	Ausentes	B/C (não discrimina)

O paciente preenche **cinco sinais da coluna C**, sendo **três deles marcados com asterisco** (estado geral, sede e pulso) — muito além do mínimo exigido pelo protocolo, que seria apenas dois sinais com ao menos um asterisco. Isso torna a classificação como **desidratação grave inequívoca e não sujeita a zona cinzenta**: mesmo que se descartasse um dos critérios com asterisco por dúvida de interpretação clínica, os outros dois já seriam suficientes para fechar o diagnóstico.

Vale destacar ainda que o próprio protocolo orienta que, **havendo qualquer dúvida quanto à classificação, deve-se adotar o plano de tratamento do pior cenário** — reforçando que, mesmo em uma leitura mais conservadora dos achados, a conduta correta permaneceria sendo o Plano C.

Essa classificação (desidratação grave) indica a instituição imediata do **Plano C**, com reidratação endovenosa iniciada pela **fase de expansão**, cujo objetivo é a correção rápida da hipovolemia. Para crianças com 1 ano ou mais, o esquema preconizado é: 30 mL/kg em 30 minutos, seguidos de 70 mL/kg em 2 horas e 30 minutos, totalizando 100 mL/kg. Para os 12 kg do paciente, isso corresponde a 360 mL na primeira etapa e 840 mL na segunda.

Alternativa A

Solução correta, mas lógica de administração equivocada: bólus fracionados com reavaliação a cada infusão são característicos da ressuscitação volêmica do choque séptico pediátrico, não do Plano C do Ministério da Saúde para diarreia/desidratação, que segue dois tempos fixos e predeterminados.

Alternativa B

Volumes e solução corretos, mas o tempo de infusão (1 hora + 5 horas) é o esquema preconizado para menores de 1 ano. O paciente tem 2 anos, exigindo o esquema mais rápido.

Alternativa C

Volumes, solução e tempos individualmente corretos, mas a ordem está invertida. O primeiro tempo deve ser o volume menor (30 mL/kg) infundido rapidamente (30 minutos), para correção inicial da hipovolemia; só então se completa a expansão com o volume maior (70 mL/kg) em tempo mais prolongado.

Alternativa D

Esquema correto: 30 mL/kg em 30 minutos seguidos de 70 mL/kg em 2 horas e 30 minutos, totalizando 1.200 mL para este paciente de 12 kg.

Visão do aprovado

ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
Observe	Estado geral ¹	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos ¹	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede ¹	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca / Língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
Explore	Sinal da prega abdominal ¹	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Peda de peso ²	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
Decida		<u>SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO</u>	Se apresentar dois ou mais sinais: <u>COM DESIDRATAÇÃO</u>	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*): <u>DESIDRATAÇÃO GRAVE</u>
Trate		Plano A	Plano B	Plano C

1. Variáveis para avaliação do estado de hidratação do paciente que têm maior relação de sensibilidade e especificidade, segundo a Organização Mundial da Saúde.

2. A avaliação da perda de peso é necessária quando o paciente está internado e evolui com diarreia e vômito.

Questão 73

Um menino de 4 anos é levado à UBS pelos pais por dor de garganta há 2 dias. Apresenta febre baixa, tosse seca, coriza clara, espirros e irritação ocular bilateral. A criança frequenta escola, onde vários colegas tiveram sintomas respiratórios semelhantes na última semana. A caderneta de vacinação está atualizada, com duas doses da vacina tríplice viral. Ao exame físico, está em bom estado geral, com mucosa orofaríngea hiperemiada e amígdalas discretamente aumentadas, sem exsudato. Observa-se ausência de manchas de Koplik em mucosa jugal, de petéquias

em palato, de linfonodomegalia cervical anterior dolorosa e de exantema. Ausculta pulmonar sem alterações. A conduta indicada é:

- A. Realizar tratamento sintomático e orientar medidas gerais
- B. Prescrever amoxicilina por 10 dias para faringoamigdalite estreptocócica
- C. Solicitar teste rápido ou cultura de orofaringe para pesquisa de estreptococo
- D. Administrar penicilina benzatina para prevenir complicações estreptocócicas

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

O quadro é compatível com **faringite viral**, provavelmente associada a uma infecção de vias aéreas superiores. A presença de tosse, coriza, espirros e irritação ocular bilateral favorece etiologia viral e reduz bastante a probabilidade de faringoamigdalite causada pelo estreptococo do grupo A.

Vale destacar que a associação de tosse, coriza e conjuntivite compõe o pródromo clássico do sarampo (os "3 Cs": *cough, coryza, conjunctivitis*), que antecede o exantema morbiliforme em 2 a 4 dias. Entretanto, dois elementos reduzem significativamente essa probabilidade no caso descrito: a ausência de manchas de Koplik — achado precoce e relativamente específico do pródromo, embora sua ausência isolada não exclua a doença, já que pode ainda não ter surgido neste momento da evolução — e o esquema vacinal completo para tríplice viral, que confere alta proteção, ainda que não absoluta. Diante do conjunto clínico e epidemiológico apresentado, a hipótese de sarampo é pouco provável, embora não possa ser descartada com absoluta certeza apenas com os dados disponíveis.

Também não estão presentes achados que aumentariam a suspeita de infecção estreptocócica, como febre alta, exsudato amigdaliano, petéquias em palato, linfonodos cervicais anteriores dolorosos ou exantema. Nessas circunstâncias, não há indicação de teste microbiológico nem de antibioticoterapia. A conduta é tratamento sintomático, manutenção da hidratação e orientação aos responsáveis sobre evolução e sinais de alarme. A SBP destaca que antibióticos devem ser reservados aos casos em que há evidência de infecção bacteriana, especialmente pelo estreptococo do grupo A.

Alternativa A

A criança apresenta manifestações predominantemente virais: febre baixa, tosse seca, coriza clara, espirros e irritação ocular. A hiperemia da orofaringe e o aumento discreto das amígdalas podem ocorrer em infecções virais e, isoladamente, não indicam etiologia bacteriana.

A associação de faringite com sintomas nasais, tosse e conjuntivite é particularmente sugestiva de infecção viral. Além disso, o bom estado geral, a ausência de exsudato, de petéquias em palato, de linfonodomegalia cervical anterior dolorosa e de exantema tornam a faringoamigdalite estreptocócica pouco provável.

A conduta é oferecer medidas de suporte, como hidratação, alimentação conforme aceitação, lavagem nasal com solução salina quando necessário e analgésico ou antitérmico para dor e febre. Os responsáveis devem ser orientados sobre retorno caso haja piora do estado geral, dificuldade respiratória, incapacidade para ingerir líquidos, sinais de desidratação, febre persistente ou surgimento de outras manifestações relevantes.

Não há benefício em utilizar antibiótico para uma infecção viral. Além de não reduzir a duração dos sintomas, a prescrição desnecessária pode causar efeitos adversos e contribuir para resistência antimicrobiana.

Alternativa B

A amoxicilina é uma opção terapêutica para faringoamigdalite estreptocócica confirmada ou adequadamente diagnosticada, mas o quadro apresentado não sugere essa etiologia.

A presença de tosse, coriza, espirros e irritação ocular aponta para infecção viral. Na faringite estreptocócica, geralmente predominam dor de garganta de início mais abrupto, febre, inflamação tonsilofaríngea, exsudato, petéquias em palato e linfonodomegalia cervical anterior dolorosa, enquanto manifestações virais evidentes costumam estar ausentes.

Prescrever amoxicilina apenas pela presença de dor de garganta e hiperemia orofaríngea representaria uso inadequado de antimicrobiano. O tratamento antibiótico deve ser reservado aos casos em que há evidência suficiente de infecção pelo estreptococo do grupo A.

Alternativa C

O teste rápido de detecção de antígeno ou a cultura de orofaringe são utilizados quando existe suspeita clínica de faringite estreptocócica e o resultado poderá modificar a conduta. Não se recomenda testar crianças com sinais clínicos claros de infecção viral, como tosse, coriza e conjuntivite.

A realização indiscriminada do teste pode detectar colonização assintomática pelo estreptococo, especialmente em crianças em idade escolar. Nesse cenário, um resultado positivo poderia ser interpretado equivocadamente.

damente como causa do quadro e levar à prescrição desnecessária de antibiótico.

Portanto, a criança não precisa de investigação microbiológica neste momento. A avaliação clínica já aponta para etiologia viral e sustenta o manejo sintomático.

Alternativa D

A penicilina benzatina pode ser utilizada no tratamento da faringoamigdalite estreptocócica, especialmente quando há preocupação com a adesão a um esquema oral. Sua finalidade é erradicar o estreptococo, reduzir a transmissão e prevenir complicações, como a febre reumática.

Entretanto, não se administra penicilina preventivamente a toda criança com dor de garganta. Neste caso, não há quadro clínico compatível com infecção estreptocócica nem confirmação laboratorial. A aplicação seria desnecessária, dolorosa e exporia a criança ao risco de reações adversas sem benefício clínico.

A prevenção das complicações estreptocócicas depende do tratamento adequado dos casos verdadeiramente causados pelo estreptococo, e não do uso empírico de antibióticos em quadros virais.

Visão do aprovado

Na criança com dor de garganta, procure primeiro sinais que apontam para etiologia viral:

tosse + coriza + espirros + conjuntivite ou irritação ocular = quadro viral.

Achados que aumentam a suspeita de estreptococo incluem:

- febre mais alta;
- ausência de tosse;
- exsudato amigdaliano;
- petéquias em palato;
- linfonodos cervicais anteriores dolorosos;
- exantema escarlatiniforme.

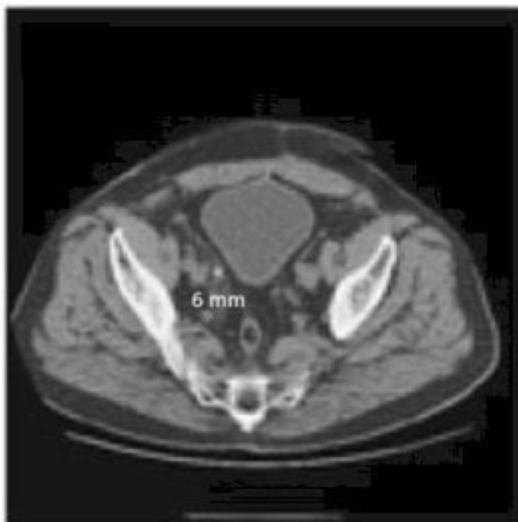
Quando há sinais virais claros, a sequência é:

não testar → não prescrever antibiótico → tratar os sintomas e orientar.

A hiperemia da orofaringe, isoladamente, não diferencia infecção viral de bacteriana.

Questão 74

Homem de 32 anos procura o pronto-socorro com dor lombar direita intensa, de início súbito há 4 horas, irradiada para a região inguinal e para o testículo direito. Nega febre, calafrios ou disúria. Refere episódio semelhante há 2 anos, com eliminação espontânea de cálculo urinário. Ao exame físico, apresenta-se corado, hidratado e afebril (36,2 °C). Pressão arterial: 130 × 80 mmHg. Frequência cardíaca: 88 batimentos por minuto. Apresenta dor à punho-percussão da loja renal direita, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais e Tomografia computadorizada de abdome e pelve sem contraste (abaixo). Considerando o quadro clínico apresentado, qual conduta está indicada para esse paciente?



Exame	Resultado	Valor de referência (VR)
Creatinina	0,9 mg/dL	0,7-1,3 mg/dL
Ureia	32 mg/dL	10-50 mg/dL
Leucócitos	7.800/mm ³	4.000-11.000/mm ³
Exame de urina	Hematuria microscópica; Ausência de leucócitos; Nitrito negativo	Hemácias: 0-2/campo; Leucócitos: 0-5/campo; Nitrito: negativo

- A.** Analgesia, hidratação orientada e alfa-bloqueador para terapia expul-siva com seguimento urológico.
- B.** Analgesia, hidratação orientada e alfabloqueador, com indicação de ureterosopia eletiva em até 24 horas.
- C.** Analgesia, hidratação e alfabloqueador associados à antibioticotera-pia empírica devido ao risco de infecção urinária.
- D.** Derivação urinária de urgência com duplo J ou nefrostomia percutâ-neia para alívio imediato da obstrução.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui um **quadro clássico de cólica renal**: homem jovem com dor lombar súbita, intensa, irradiando para região inguinal e testí-culo ipsilateral. A TC já confirmou o diagnóstico - cálculo de 6mm em ureter distal esquerdo. Agora precisamos definir a conduta, e para isso vamos avaliar sistematicamente alguns pontos cruciais.

Primeiro, vamos **checar se há alguma complicação que exija in-tervenção urgente**. Olhamos para quatro grandes indicações de deriva-ção urinária imediata: infecção urinária/sepse, insuficiência renal aguda, rim único funcionante e dor refratária à analgesia. Nosso paciente está afebril, sem leucocitose, a urina mostra ausência de leucocitúria e nitrito negativo - ou seja, não há infecção. A função renal está normal (creatini-na 0,9 mg/dL) e o rim contralateral está preservado. Não há menção de dor refratária. Conclusão: nenhuma indicação de urgência cirúrgica.

Segundo ponto: vamos avaliar se este cálculo é **candidato à elimi-nação espontânea**. Aqui entram dois critérios fundamentais - tamanho e localização. Nosso cálculo tem 6mm (entre 5-10mm) e está no ureter distal. Essa é exatamente a faixa de tamanho e a localização mais favo-rável para terapia expulsiva medicamentosa! Cálculos menores que 10mm têm boa chance de eliminação espontânea, e quando estão em ureter distal (já passaram pelos pontos de estreitamento proximais), a probabilidade aumenta ainda mais.

Aqui entra o conceito de **terapia expulsiva medicamentosa com alfa-bloqueadores**. Medicamentos como tansulosina ou doxazosina promovem o relaxamento da musculatura lisa ureteral, facilitando a passagem do cálculo e aumentando a taxa de eliminação espontânea em cerca de 50%. A hidronefrose discreta que vemos na TC é esperada - ela acontece pela obstrução aguda, mas não é grave o suficiente para indicar derivação imediata.

Um detalhe importante: o enunciado menciona **"hidratação orientada"**, não "hiper-hidratação". Essa diferença é crucial! Embora pareça intuitivo que aumentar muito a ingesta hídrica ajudaria a "empurrar" o cálculo, a hiper-hidratação na verdade aumenta a pressão intrarrenal e piora a dor. Orientamos hidratação adequada, mas sem exageros.

Critérios para Terapia Expulsiva com Alfa-bloqueadores:

- Cálculo entre 5-10mm
- Localização em ureter médio ou distal
- Ausência de infecção urinária
- Ausência de insuficiência renal aguda
- Rim contralateral funcionando
- Dor controlável com analgesia
- Paciente com condições de seguimento ambulatorial

Nosso paciente preenche **todos os critérios favoráveis**: tem história prévia de eliminação espontânea (bom prognóstico!), está hemodinamicamente estável, sem complicações, e o cálculo está em posição e tamanho ideais. A conduta mais adequada é, portanto, analgesia + hidratação orientada + alfa-bloqueador para terapia expulsiva, com seguimento urológico para avaliar a efetividade do tratamento (geralmente por até 30 dias, com pico de expulsão entre 4-5 dias).

O seguimento urológico é essencial porque, se o cálculo não for eliminado em 4-6 semanas, aí sim será necessária intervenção (geralmente ureterosopia). Mas por enquanto, damos uma chance para o tratamento conservador otimizado. **A resposta correta é a alternativa A.**

Alternativa A

Esta é a conduta ideal para nosso paciente. Ele preenche todos os critérios para terapia expulsiva medicamentosa: cálculo de 6mm (faixa 5-10mm), localização em ureter distal, ausência de infecção, função renal preservada, rim contralateral normal. A analgesia controla os sintomas, a hidratação orientada (não excessiva) mantém fluxo urinário adequado sem aumentar pressão intrarrenal, e o alfa-bloqueador relaxa a musculatura ureteral facilitando a expulsão. O seguimento urológico é fundamental para avaliar se houve eliminação ou se será necessária intervenção posterior.

Alternativa B

A ureteroscopia é uma opção de tratamento para cálculos ureterais que não são eliminados espontaneamente, causam dor refratária, apresentam crescimento, obstrução persistente ou quando o paciente prefere tratamento definitivo. Entretanto, neste caso, o paciente apresenta cálculo ureteral distal de 6 mm, dor controlável, função renal preservada, ausência de infecção e sem sinais de complicação. Assim, a conduta inicial recomendada é tratamento conservador com analgesia, hidratação orientada, terapia expulsiva com alfa-bloqueador e acompanhamento ambulatorial, não havendo indicação de ureteroscopia eletiva nas próximas 24 horas.

Alternativa C

Embora a terapia expulsiva com alfa-bloqueador seja apropriada neste caso, não há indicação de antibioticoterapia. O paciente encontra-se afebril, sem disúria, leucocitose ou sinais laboratoriais de infecção urinária. Além disso, o exame de urina demonstra ausência de leucócitos e nitrito negativo. A presença de hematúria microscópica é um achado frequente na cólica renal e, isoladamente, não justifica o uso de antibióticos. Dessa forma, a antibioticoterapia empírica seria inadequada.

Alternativa D

Derivação urinária urgente (duplo J ou nefrostomia) está indicada em situações de complicações graves: sepse urinária, insuficiência renal aguda, anúria, rim único obstruído ou dor totalmente refratária à analgesia. Nosso paciente não apresenta nenhuma dessas condições. A hidronefrose discreta é consequência esperada da obstrução aguda recente (apenas 4 horas), não indicando gravidade por si só. Fazer uma derivação agora seria um procedimento invasivo desnecessário, com riscos de infecção, desconforto e custos, quando o paciente tem excelentes chances de eliminar o cálculo espontaneamente com terapia expulsiva. Reservamos procedimentos invasivos para quando realmente necessários ou quando o tratamento conservador falha.

Visão do aprovado

Nas provas, questões de nefrolitíase costumam testar principalmente a **capacidade de decisão entre três cenários distintos**: terapia expulsiva conservadora, intervenção urgente ou procedimentos eletivos. A pegadinha mais cruel apareceu na questão anterior do rim único — um detalhe que muda completamente a conduta, transformando um caso aparentemente simples em urgência cirúrgica. Sempre que encontrar nefrolitíase, procure ativamente por rim único, anúria ou deterioração de função renal, porque esses achados invalidam qualquer tentativa de manejo conservador.

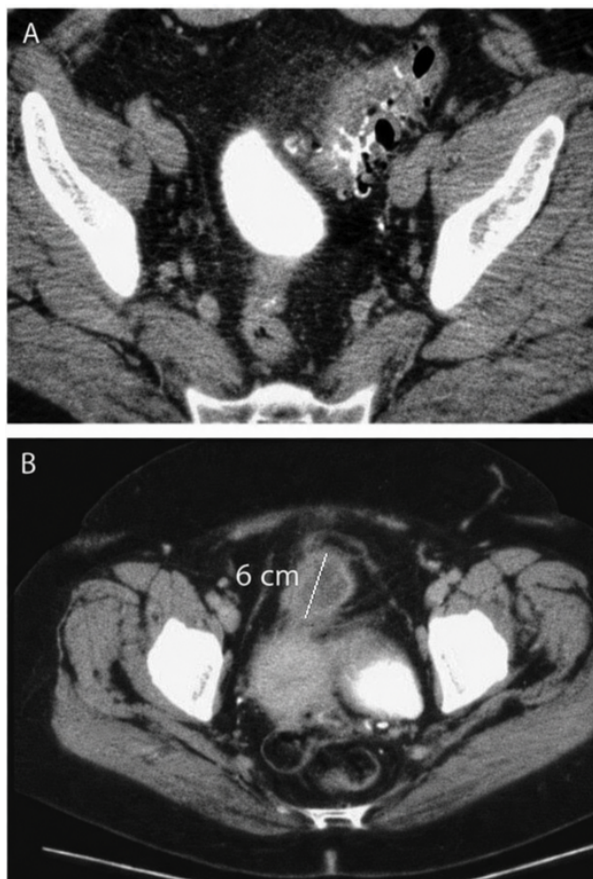
Outro padrão recorrente é a **alternativa-armadilha da antibioticoterapia**, que explora a associação automática entre "exame de urina alterado" e "infecção". As bancas sabem que candidatos apressados veem hematúria e pensam em ITU, especialmente quando o enunciado descreve o resultado de urina com destaque. O discriminador aqui não está

no exame de urina isolado, mas na ausência do conjunto febre-leucocitúria-nitrito positivo. Questões desse tema frequentemente incluem dados laboratoriais normais justamente para testar se você reconhece que hematúria isolada é achado esperado, não complicação infecciosa.

Um ponto que varia entre questões é a **localização do cálculo**: ureter proximal costuma ter pior prognóstico para expulsão espontânea comparado ao distal (como no caso atual), e essa diferença pode aparecer como critério de desempate entre terapia expulsiva e litotripsia. Fique atento também ao formato de cobrança sobre seguimento - algumas questões testam se você sabe que a terapia expulsiva não é "alta sem retorno", mas exige reavaliação urológica programada para confirmar eliminação ou definir intervenção posterior.

Questão 75

Homem de 58 anos é atendido no pronto-socorro com queixa de dor em fossa ilíaca esquerda há 4 dias, de intensidade progressiva, associada a febre (temperatura axilar máxima de 38,7°C) e náuseas. Refere episódio similar há 8 meses, de menor intensidade, que melhorou espontaneamente. Nega vômitos, alteração do hábito intestinal ou sintomas urinários. Hipertenso em uso de losartana. Ao exame físico: regular estado geral, descorado +/4+, hidratado, Frequência cardíaca 92 bpm, Pressão Arterial 140x85 mmHg, temperatura 38,2°C. Abdome: ruídos hidroaéreos presentes, doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda e hipogástrio, com massa palpável endurecida em hipogástrio, sem sinais de irritação peritoneal difusa. Exames laboratoriais: Leucócitos 15.200/mm³ (Valor de Referência: 4.000 a 11.000/mm³), bastões 8% (Valor de Referência: 0-5%). Tomografia de abdome com contraste (imagem abaixo). Qual é a conduta adequada?



- A. Alta hospitalar com ciprofloxacina oral e metronidazol por 7 dias.
- B. Antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro associada à drenagem percutânea do abscesso.
- C. Internação para antibioticoterapia endovenosa e observação clínica rigorosa por 48 horas.
- D. Sigmoidectomia de urgência com anastomose primária por via laparoscópica ou aberta.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Esta questão aborda um cenário clássico de **diverticulite aguda complicada**, no qual a tomografia evidencia um **abscesso pélvico de aproximadamente 6 cm**, compatível com **diverticulite complicada (Hinchey II)**. O paciente apresenta dor progressiva em fossa ilíaca esquerda, febre, leucocitose com desvio à esquerda e massa palpável ao exame físico, caracterizando um processo infeccioso localizado, porém ainda sem sinais de peritonite difusa ou instabilidade hemodinâmica.

O ponto central da questão é reconhecer que, embora não haja indicação de cirurgia de urgência, o tamanho do abscesso modifica completa-

mente a conduta. Atualmente, as principais diretrizes (ASCRS, WSES e EAES/SAGES) recomendam que **abscessos maiores que 3-4 cm sejam tratados com antibioticoterapia intravenosa associada à drenagem percutânea, sempre que tecnicamente possível**. A cirurgia fica reservada para pacientes com peritonite generalizada, falha do tratamento conservador ou impossibilidade de drenagem.

Critério de 4 cm para drenagem de abscessos

- **Abscesso $\geq$ 4 cm:** antibioticoterapia EV + drenagem percutânea (guiada por TC ou US)
- **Abscesso $<$ 4 cm:** antibioticoterapia EV isolada + observação clínica
- **Deterioração clínica em qualquer cenário:** considerar laparotomia exploradora

Alternativa A

O tratamento ambulatorial é reservado para pacientes com **diverticulite não complicada**, com dor leve, ausência de sinais sistêmicos importantes e boa tolerância à via oral.

Este paciente apresenta diversos critérios que contraindicam alta:

- febre;
- leucocitose com desvio à esquerda;
- massa inflamatória palpável;
- abscesso de aproximadamente **6 cm** na tomografia.

Além disso, abscessos dessa dimensão apresentam elevada taxa de falha quando tratados apenas com antibióticos, tornando inadequada a antibioticoterapia oral isolada.

Alternativa B

Esta é exatamente a conduta preconizada pelas diretrizes atuais.

O abscesso possui cerca de **6 cm**, ultrapassando o limite de 3-4 cm utilizado pela maioria das recomendações para indicar drenagem percutânea.

O tratamento combina:

- internação;
- antibioticoterapia intravenosa cobrindo gram-negativos e anaeróbios (por exemplo, piperacilina-tazobactam ou ceftriaxona associada a metronidazol);
- drenagem percutânea guiada por tomografia ou ultrassonografia, quando houver janela técnica.

Essa estratégia permite controlar o foco infeccioso em aproximadamente 80% dos pacientes, evitando cirurgia de urgência.

Alternativa C

Embora a internação e o antibiótico intravenoso sejam realmente necessários, a alternativa está **incompleta**.

Antibioticoterapia isolada costuma ser indicada para:

- abscessos pequenos (até 3 cm, ou até 4 cm em algumas diretrizes);
- pacientes sem coleção drenável.

Neste caso, existe um abscesso volumoso (6 cm), claramente acessível ao tratamento intervencionista.

Apenas observar aumenta significativamente o risco de falha terapêutica, persistência da infecção e necessidade posterior de cirurgia de urgência.

Alternativa D

A cirurgia não constitui o tratamento inicial dos pacientes com abscesso localizado e estabilidade clínica.

As indicações clássicas de cirurgia de urgência incluem:

- peritonite purulenta ou fecal (Hinchey III e IV);
- perfuração livre;
- instabilidade hemodinâmica;
- sepse não controlada;
- falha do tratamento conservador.

Nenhum desses critérios está presente.

Realizar sigmoidectomia logo na admissão expõe o paciente a maior morbidade e mortalidade quando ainda existe elevada chance de resolução com tratamento não operatório.

Visão do aprovado

A resposta correta é a **alternativa B**.

A grande armadilha da questão é perceber que **não basta diagnosticar diverticulite complicada**. É preciso interpretar **o tamanho do abscesso**, pois ele determina a estratégia terapêutica.

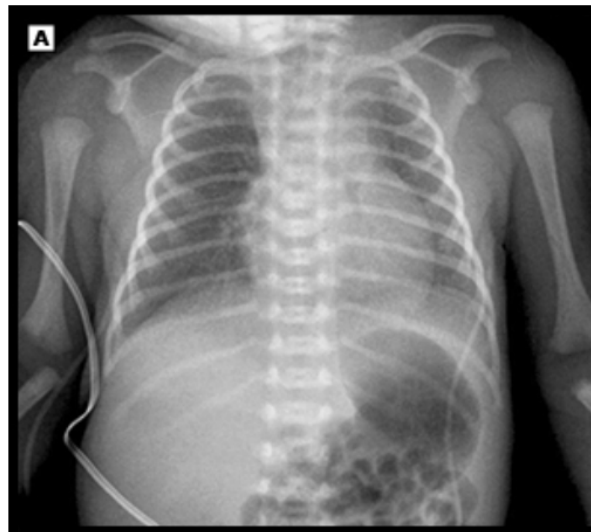
Na prática, vale decorar o seguinte algoritmo:

- **Sem abscesso** → tratamento clínico.
- **Abscesso até 3-4 cm** → antibiótico intravenoso.
- **Abscesso maior que 3-4 cm** → antibiótico + drenagem percutânea.
- **Peritonite difusa, perfuração livre, instabilidade ou falha do tratamento conservador** → cirurgia.

A tomografia mostra uma coleção de **6 cm**, o paciente permanece hemodinamicamente estável e não apresenta sinais de peritonite difusa. Portanto, a melhor conduta é controlar o foco infeccioso por meio de **antibioticoterapia intravenosa associada à drenagem percutânea**, reservando a cirurgia apenas para os casos em que esse tratamento não obtenha sucesso.

Questão 76

Um recém-nascido masculino, com 38 semanas de idade gestacional e peso de 3.200 g, nasce por cesariana eletiva, sem trabalho de parto prévio. A gestação transcorreu sem intercorrências, e o índice de Apgar foi 8 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto. Duas horas após o nascimento, apresenta frequência respiratória de 68 irpm, gemência discreta e tiragem intercostal leve. A ausculta pulmonar revela murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. A saturação de oxigênio é de 94% em ar ambiente, aumentando para 98% com oxigênio por cateter nasal. A radiografia de tórax foi realizada, conforme a imagem. Nas 12 horas seguintes, ocorre melhora progressiva do desconforto respiratório. O diagnóstico mais provável é:



- A. Pneumonia neonatal de transmissão vertical
- B. Síndrome de aspiração meconial
- C. Síndrome do desconforto respiratório
- D. Taquipneia transitória do recém-nascido

Nível de dificuldade: Moderada

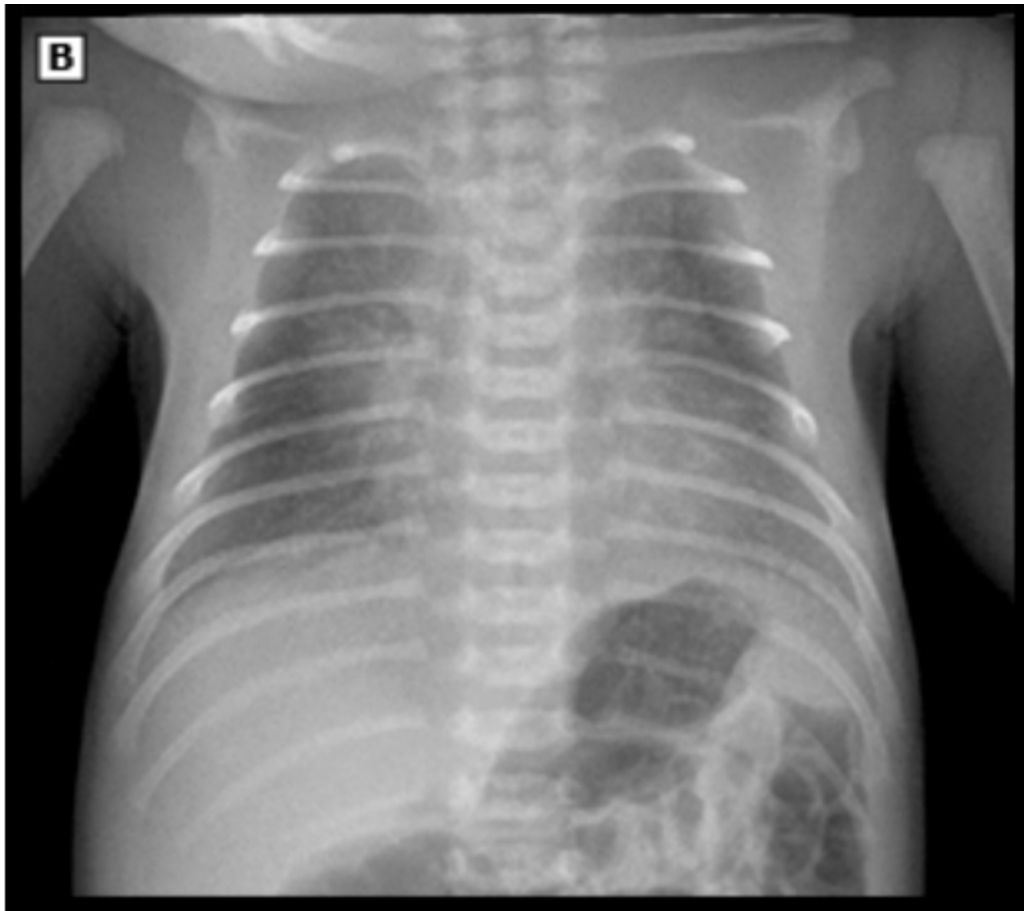
Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

O quadro é típico de **taquipneia transitória do recém-nascido**, condição causada pelo atraso na reabsorção do líquido pulmonar fetal. Ocorre principalmente em recém-nascidos a termo ou prematuros tardios, sobretudo após **cesariana eletiva sem trabalho de parto**, porque a ausência das modificações hormonais e mecânicas associadas ao trabalho de parto favorece a permanência de líquido nos pulmões.

As manifestações surgem nas primeiras horas de vida e incluem taquipneia, gemência, retrações e necessidade discreta de oxigênio. A radiografia apresenta é típica da TTRN pois apresenta sinais de retenção de líquido pulmonar, como opacidades lineares ou estrias perihilares, hiperinsuflação e líquido nas fissuras interlobares. Veja outra RX da mesma patologia:



Fonte: UpToDate

O curso é autolimitado, com melhora progressiva geralmente nas primeiras 24 a 72 horas.

Neste caso, a associação entre nascimento a termo por cesariana eletiva, desconforto respiratório precoce e leve, ausculta sem ruídos adventícios, necessidade limitada de oxigênio, líquido nas fissuras e rápida melhora clínica torna a taquipneia transitória o diagnóstico mais provável.

Alternativa A

A pneumonia neonatal de transmissão vertical deve ser considerada diante de fatores de risco infecciosos maternos ou perinatais, como corioamnionite, febre materna, rotura prolongada de membranas, colonização materna por estreptococo do grupo B sem profilaxia adequada, prematuridade ou sinais sistêmicos no recém-nascido.

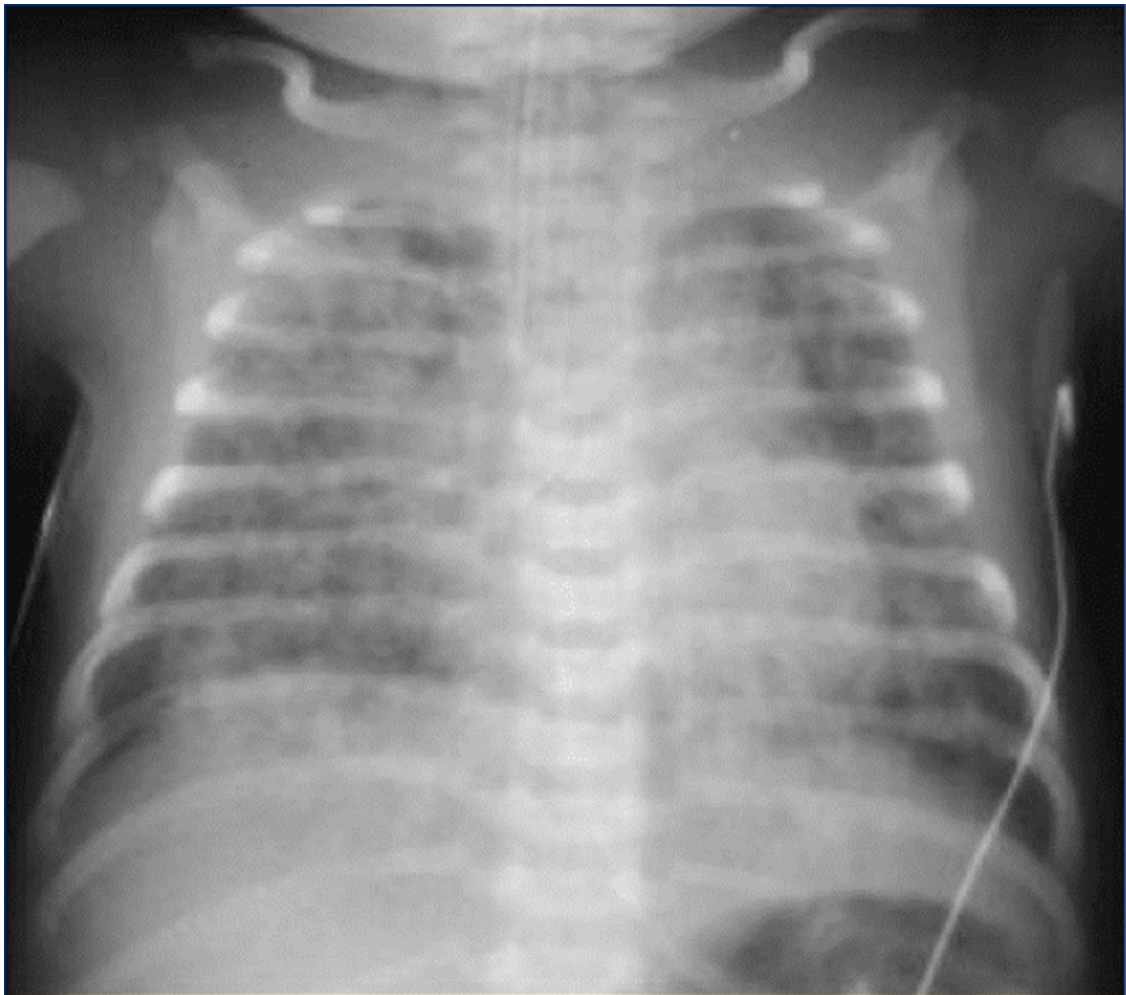
O quadro pode incluir desconforto respiratório, instabilidade térmica, hipotatividade, dificuldade alimentar, alteração da perfusão e necessidade crescente de oxigênio. A radiografia pode ser variável, com infiltrados difusos ou focais, e muitas vezes não permite diferenciação isolada de outras doenças respiratórias.

No caso apresentado, não há fatores de risco infecciosos, a gestação transcorreu sem intercorrências, o recém-nascido permanece em bom estado geral e ocorre melhora progressiva espontânea em poucas horas. Além disso, a radiografia mostra líquido nas fissuras, achado mais típico de taquipneia transitória. Portanto, pneumonia neonatal é menos provável.

Alternativa B

A síndrome de aspiração meconial ocorre quando o recém-nascido aspira líquido amniótico contendo mecônio antes ou durante o nascimento. É mais frequente em recém-nascidos a termo ou pós-termo submetidos a sofrimento fetal, e o enunciado geralmente informa a presença de líquido amniótico meconial.

Clinicamente, pode causar desconforto respiratório importante, hipoxemia, tórax hiperinsuflado e ausculta com roncos e sibilos. A radiografia costuma apresentar infiltrados grosseiros, heterogêneos e assimétricos, alternados com áreas de hiperinsuflação ou atelectasia, podendo haver complicações como pneumotórax e hipertensão pulmonar persistente.

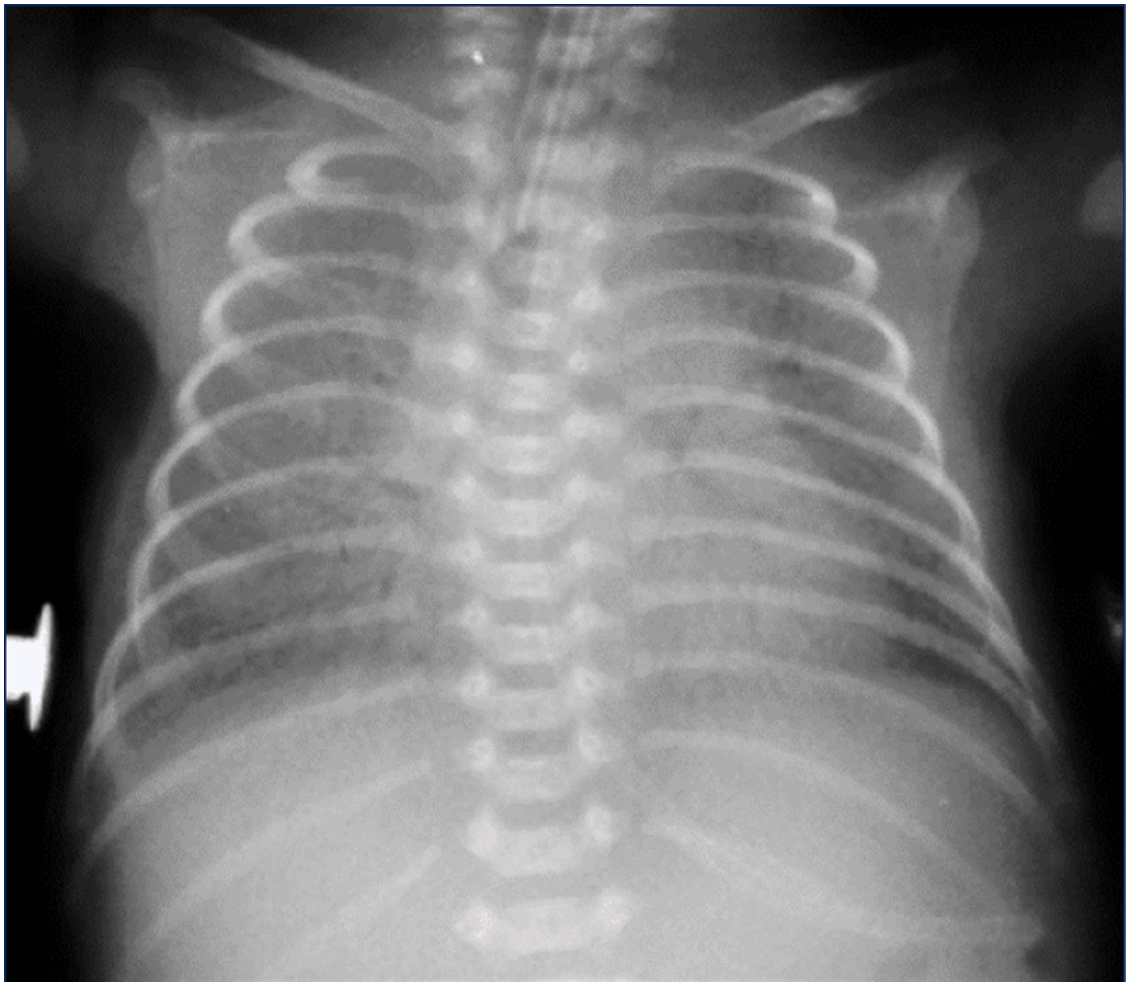


Neste caso, não há relato de líquido meconial, sofrimento fetal ou necessidade de reanimação. A ausculta pulmonar é limpa, a radiografia mostra opacidades lineares perihilares e líquido nas fissuras, e ocorre melhora rápida nas primeiras horas, achados muito mais compatíveis com taquipneia transitória.

Alternativa C

A síndrome do desconforto respiratório neonatal, também chamada doença da membrana hialina, decorre principalmente da deficiência de surfactante. É mais comum em recém-nascidos prematuros, e sua frequência e gravidade aumentam quanto menor a idade gestacional.

O quadro geralmente se inicia logo após o nascimento, com taquipneia, gemência, retrações e necessidade progressiva de oxigênio. Na radiografia, são esperados redução do volume pulmonar, infiltrado retículo-granular difuso, aspecto de vidro fosco e broncogramas aéreos.



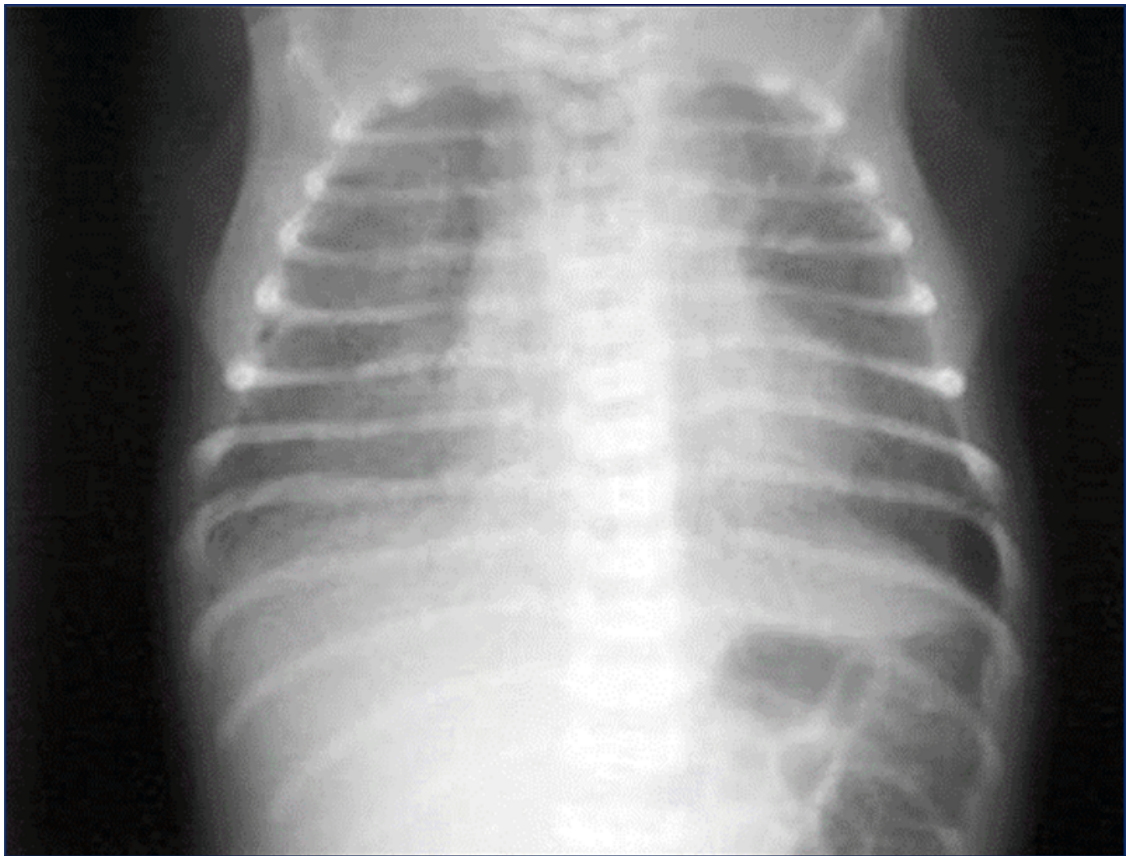
Embora o parto cesáreo sem trabalho de parto possa aumentar o risco de desconforto respiratório, este recém-nascido tem 38 semanas, apresenta pulmões bem aerados e radiografia com líquido nas fissuras, além de melhora espontânea nas horas seguintes. Esses dados favorecem retenção transitória de líquido pulmonar, e não deficiência significativa de surfactante.

Alternativa D

A taquipneia transitória do recém-nascido é a hipótese que melhor integra os fatores de risco, a apresentação clínica, os achados radiográficos e a evolução.

O recém-nascido é a termo e nasceu por cesariana eletiva sem trabalho de parto, importante fator associado ao atraso na eliminação do líquido pulmonar fetal. O desconforto começou nas primeiras horas de vida e foi leve, com frequência respiratória de 68 irpm, gemência discreta, retrações leves e necessidade pequena de oxigênio. A ausculta sem ruídos adventícios também é compatível com o quadro.

A radiografia é característica, demonstrando opacidades lineares perihilares e líquido nas fissuras interlobares, que refletem a retenção de líquido pulmonar. A melhora progressiva durante as 12 horas seguintes reforça o caráter transitório e autolimitado da condição.



O tratamento é predominantemente de suporte, com monitorização, oxigenoterapia quando necessária e manutenção de condições adequadas de temperatura e glicemia. Casos com taquipneia importante podem exigir suspensão temporária da alimentação por via oral e hidratação venosa ou por sonda, de acordo com a avaliação clínica.

Visão do aprovado

Na taquipneia transitória do recém-nascido, procure a combinação:

RN a termo ou prematuro tardio + cesariana sem trabalho de parto + desconforto respiratório precoce e leve + líquido nas fissuras + melhora rápida.

Os principais diferenciais são:

- **Síndrome do desconforto respiratório:** prematuridade, deficiência de surfactante, baixo volume pulmonar e padrão reticulogranular;
- **Aspiração meconial:** líquido meconial, sofrimento fetal, roncos ou sibilos e infiltrados grosseiros;
- **Pneumonia neonatal:** fatores de risco infecciosos, sinais sistêmicos e evolução potencialmente progressiva;
- **Taquipneia transitória:** retenção de líquido pulmonar e evolução autolimitada.

A expressão **“líquido nas fissuras interlobares”** é uma pista clássica para taquipneia transitória.

Questão 77

Paciente do sexo masculino, 35 anos, deu entrada no pronto-socorro vítima de queimadura térmica após explosão de botijão de gás em sua residência, ocorrida há 2 horas. Nega perda de consciência, trauma associado ou inalação de fumaça. Ao exame físico, paciente consciente e orientado, peso de 80 kg, frequência cardíaca de 95 bpm, pressão arterial de 130 x 80 mmHg, frequência respiratória de 18 irpm, saturação de O₂ de 98% em ar ambiente. Apresenta queimaduras de segundo e terceiro grau envolvendo todo o membro superior direito e todo o tronco anterior. Exames laboratoriais iniciais sem alterações significativas. Via aérea pérvia, sem sinais de lesão inalatória. Qual o volume inicial de cristalóide balanceado para reposição volêmica?

- A. 100 mL/h de solução de manutenção apenas.
- B. 270 mL/h de Ringer lactato para reposição inicial.
- C. 500 mL/h de albumina 5% como fluido de escolha inicial.
- D. 540 mL/h de cristalóide calculado pela fórmula de Parkland tradicional.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Temos aqui um cenário que testa diretamente nosso conhecimento sobre as **diretrizes atualizadas do ATLS 11** para reposição volêmica no grande queimado. Nosso paciente é um homem de 35 anos, 80 kg, com 27% de superfície corporal queimada (queimaduras de 2º e 3º grau - todo o membro superior direito = 9% e todo o tronco anterior = 18%), que chega ao pronto socorro 2 horas após explosão de botijão. O ponto tranquilizador inicial: ele está estável hemodinamicamente, consciente e orientado, com via aérea pérvia e sem sinais de lesão inalatória. Isso significa que, seguindo o xABCDE do trauma, a via aérea está garantida e podemos focar na reposição volêmica (C - circulação).

A questão pede o volume horário inicial de cristalóide balanceado. Antes de sair fazendo contas, precisamos entender uma mudança fundamental: **o ATLS 11 alterou significativamente a fórmula de reposição volêmica** em relação às edições anteriores. Enquanto a fórmula de Parkland tradicional e o ATLS 10 preconizavam volumes maiores, o ATLS 11 adotou uma abordagem mais conservadora baseada em evidências sobre os riscos da ressuscitação excessiva.

Vamos aos cálculos para nosso paciente. Segundo o ATLS 11, para queimadura térmica em adultos, usamos:

Fórmula ATLS 11 (queimadura térmica):

- **2 mL de Ringer lactato × peso (kg) × % SCQ**
- Volume TOTAL dividido por 16
- Volume total = $2 \times 80 \text{ kg} \times 27\% = 4.320 \text{ mL}$
- Taxa horária = $4.320 / 16 = 270 \text{ mL/h}$

A questão não está testando nossa capacidade de fazer conta - está testando se conhecemos a **diretriz atual do ATLS 11**. A alternativa correta é a B, com 270 mL/h, seguindo a fórmula mais conservadora e atualizada.

Por que essa mudança? A fórmula de Parkland tradicional frequentemente **superestimava as necessidades de fluidos**, levando ao fenômeno chamado "fluid creep" (ressuscitação excessiva). O excesso de volume aumenta o edema tecidual (tanto na área queimada quanto em tecidos saudáveis), eleva pressão intra-abdominal e compartimental, dificulta oxigenação pela hemodiluição e predispõe à SDRA. O ATLS 11 reconheceu isso e adotou volumes iniciais mais conservadores, com a meta de titular conforme resposta clínica: débito urinário de 0,5-1 mL/kg/h, lactato sérico, pressão arterial e perfusão periférica.

O **cristaloide de escolha** continua sendo o Ringer lactato aquecido. Coloides (como albumina) só devem ser considerados após as primeiras 24 horas, geralmente apenas se albumina sérica < 2 g/dL, pois nas primeiras 24h a permeabilidade capilar está tão aumentada que até macromoléculas extravasam para o interstício.

Alternativa A

Essa alternativa é claramente insuficiente para um grande queimado. Volume de manutenção serve apenas para repor perdas insensíveis basais em um paciente sem perdas extras significativas. Nosso paciente com 27% de SCQ tem enormes perdas de fluidos pela área queimada devido ao aumento da permeabilidade capilar e extravasamento de plasma para o interstício. Fornecer apenas 100 mL/h levaria rapidamente a choque hipovolêmico, insuficiência renal aguda por hipoperfusão e falência de múltiplos órgãos.

Alternativa B

Essa é nossa resposta! Representa o volume calculado pela fórmula do ATLS 11 (2 mL/kg/% SCQ dividido por 16 horas), que reflete a prática atual baseada em evidências sobre os riscos da ressuscitação excessiva. Esse volume será o ponto de partida, devendo ser ajustado conforme a resposta clínica do paciente nas horas seguintes, monitorando débito urinário (meta: 0,5-1 mL/kg/h), lactato e perfusão periférica. O Ringer lactato é a solução ideal por ser cristaloide isotônico com composição eletrolítica próxima ao plasma.

Alternativa C

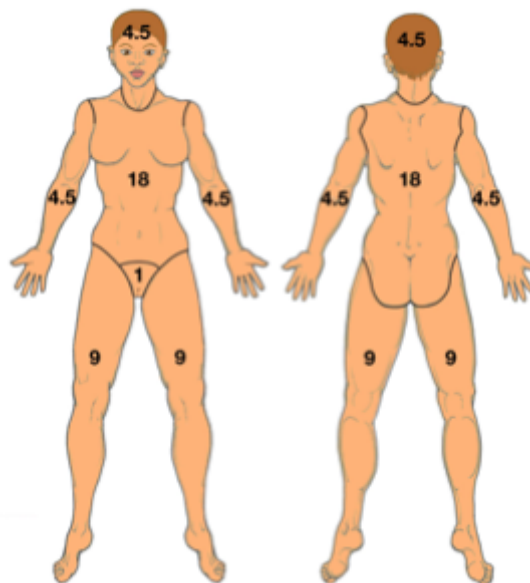
Dois erros conceituais aqui. Primeiro, coloides não são indicados nas primeiras 24 horas após queimadura. Nas primeiras 24h, a permeabilidade capilar está tão aumentada que até macromoléculas (como albumina) extravasam para o interstício - você estaria "jogando albumina fora" sem benefício adicional e ainda aumentando a pressão coloidosmótica intersticial, piorando o edema. Segundo, o volume de 500 mL/h está excessivo mesmo para qualquer protocolo. Usar coloides precocemente em alto volume seria uma receita para complicações graves. Essa é uma *pegadinha clássica* em questões de queimado - testar se o candidato sabe o timing correto para introdução de coloides.

Alternativa D

Aqui está a principal pegadinha da questão! O cálculo está matematicamente correto pela fórmula de Parkland tradicional ($4 \times 80 \times 27 / 2 / 8 = 540 \text{ mL/h}$), e muitos estudantes que decoraram apenas essa fórmula ou que estudaram pelo ATLS 10 marcariam essa alternativa sem hesitar. Porém, a questão está testando se conhecemos a atualização do ATLS 11, que reduziu o volume inicial de 4 mL/kg/% para 2 mL/kg/% e mudou a distribuição temporal (não mais metade em 8h, mas total em 16h). A Parkland tradicional com 4 mL/kg/% frequentemente resulta em fluid creep (ressuscitação excessiva), e por isso a diretriz atual adotou volumes menores como ponto de partida, titulando conforme necessidade clínica. Não se trata de erro de cálculo, mas sim de estar atualizado com as diretrizes mais recentes.

Visão do aprovado

O principal desafio da questão é não pular etapas. Primeiro, o candidato deve calcular corretamente a superfície corporal queimada pela Regra dos Nove: **tronco anterior (18%) + membro superior direito (9%) = 27% de SCQ.**



Em seguida, aplica-se a fórmula de Parkland modificada pelo ATLS 11ª edição: **2 mL × peso (kg) × %SCQ/16**, utilizando cristalóide balanceado (preferencialmente Ringer lactato)!

Tipo	Idade	Fórmula	Débito urinário
Térmica ou química	≥ 13 anos	$\frac{2 \times P \times \%SCQ}{16}$ Velocidade de infusão em mL/h pras primeiras 24h	30-50 mL/h ou 0.5 mL/kg/h
	< 13 anos	$\frac{3 \times P \times \%SCQ}{16}$	1 mL/kg/h
	< 30 kg	$\frac{3 \times P \times \%SCQ}{16}$ + soro de manutenção com glicose 5%	1 mL/kg/h
Elétrica	Qualquer idade	$\frac{4 \times P \times \%SCQ}{16}$	1-1.5 mL/kg/h*

Questão 78

Um menino de 8 anos é levado à Unidade Básica de Saúde porque os pais estão preocupados com sua baixa estatura. O pai mede 160 cm e a mãe, 150 cm. A criança sempre cresceu próxima ao percentil 3 da curva de estatura, sem mudança de canal, com velocidade média de crescimento de 5,5 cm ao ano nos últimos dois anos. Apresenta peso e IMC adequados, proporções corporais normais, ausência de distorções ou sintomas de doença crônica e desenvolvimento puberal Tanner G1P1. A idade óssea é compatível com a idade cronológica. A conduta indicada é:

- Solicitar investigação hormonal inicial, encaminhar à endocrinologia pediátrica e manter acompanhamento compartilhado
- Orientar a família, acompanhar a curva de crescimento e reavaliar periodicamente a velocidade de crescimento
- Solicitar rastreamento de doença sistêmica, ampliar a investigação laboratorial e antecipar o retorno clínico
- Investigar atraso constitucional, repetir a idade óssea e acompanhar o desenvolvimento puberal

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

O menino apresenta quadro compatível com **baixa estatura familiar**, uma variante normal do crescimento. Ele mantém a estatura próxima ao percentil 3, sem queda de canal, apresenta velocidade de crescimento preservada, proporções corporais normais, peso e IMC adequados e ausência de sinais clínicos de doença sistêmica ou endocrinológica.

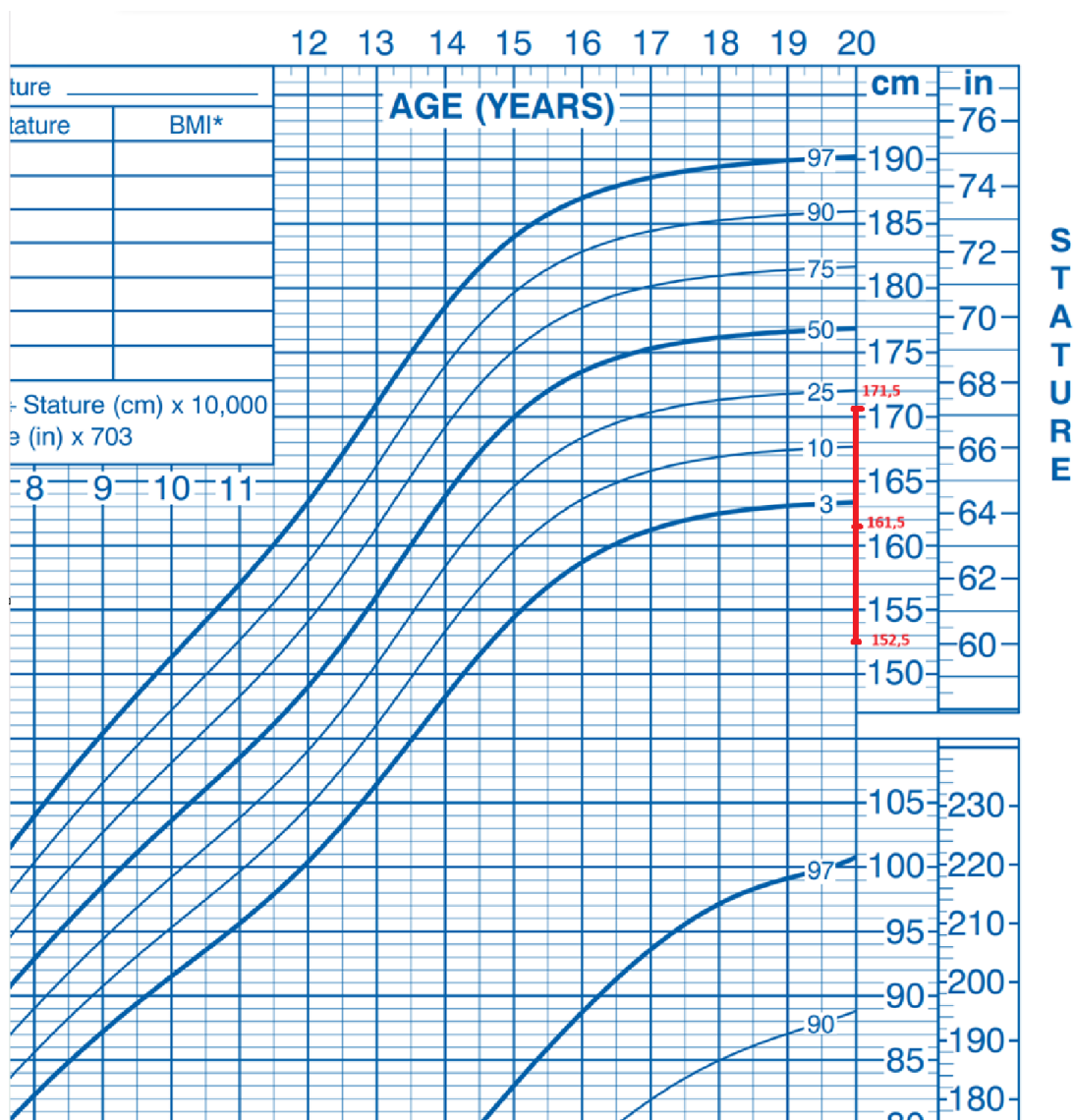
Calculando a estatura alvo, temos: $(160 + 150 + 13) / 2 = 161,5 \text{ cm}$

- Fórmula para meninos: $(\text{Estatura do pai} + \text{Estatura da mãe} + 13) / 2$

Com a estatura alvo, adicionamos $\pm 9 \text{ cm}$ e teremos o canal familiar desse paciente:

- $161,5 \pm 9 = 152,5 \text{ a } 170,5 \text{ cm}$

Agora, vamos plotar essas informações na curva de crescimento:



Vejam acima que a linha do percentil 3 está contida no canal familiar, logo, podemos dizer que essa criança tem uma baixa estatura **familiar**, uma variante da normalidade que, na imensa maioria dos casos (exceto em casos muito extremos), não exige tratamento.

Alternativa A

A estatura abaixo dos percentis habituais pode motivar investigação, mas sua interpretação não deve ser feita isoladamente. Neste caso, a criança apresenta trajetória linear estável, sem desaceleração do crescimento, e velocidade média de 5,5 cm ao ano, compatível com o esperado para o período pré-puberal.

Além disso, não há sinais que sugiram doença endócrina, como redução progressiva da velocidade de crescimento associada a preservação ou aumento excessivo do peso, nem manifestações de doença sistêmica, alterações das proporções corporais, dismorfias ou atraso importante da idade óssea. A estatura prevista também é coerente com a baixa estatura dos pais.

Por isso, não há necessidade imediata de investigação hormonal ampla ou encaminhamento à endocrinologia pediátrica apenas por a criança se encontrar próxima ao percentil 3. O encaminhamento deve ser considerado quando há velocidade de crescimento reduzida, perda de canal, grande discrepância em relação ao alvo familiar, idade óssea significativamente alterada ou outros achados clínicos de alerta.

Alternativa B

A criança apresenta todos os elementos esperados na baixa estatura familiar: pais de baixa estatura, crescimento paralelo à curva, velocidade de crescimento normal, idade óssea compatível com a cronológica, proporções corporais preservadas e previsão de estatura final coerente com o alvo genético.

A velocidade de crescimento é um dos parâmetros mais importantes na avaliação. Uma criança pode estar abaixo do percentil 3 e ainda apresentar uma variante normal, desde que mantenha crescimento adequado ao longo do tempo. Neste caso, a média de 5,5 cm ao ano nos últimos dois anos é tranquilizadora para um menino pré-púbere.

A conduta é explicar aos responsáveis que a estatura provavelmente reflete o padrão familiar, registrar corretamente as medidas na curva e acompanhar periodicamente a velocidade de crescimento e a progressão puberal. Novas investigações serão indicadas se houver desaceleração, queda de percentis, aparecimento de sintomas, desproporção corporal ou evolução incompatível com o alvo familiar.

Alternativa C

O rastreamento de doenças sistêmicas é apropriado quando há sinais clínicos ou alterações do padrão de crescimento que levem suspeita de causa patológica. Entre os elementos de alerta estão perda ponderal ou baixo ganho de peso, sintomas gastrointestinais, respiratórios ou constitucionais, desaceleração do crescimento, queda de canal, alterações do exame físico e discrepância importante em relação à estatura-alvo familiar.

Nenhum desses achados está presente. O menino tem peso e IMC adequados, exame físico normal, ausência de sintomas crônicos e velocidade de crescimento preservada. Dessa forma, ampliar imediatamente a investigação laboratorial teria baixo rendimento e poderia medicalizar uma variante normal.

O acompanhamento longitudinal continua sendo indispensável. Caso a velocidade de crescimento diminua ou surjam sinais clínicos novos, a investigação deverá ser reconsiderada.

Alternativa D

O atraso constitucional do crescimento e da puberdade costuma apresentar desaceleração relativa em algum período da infância, história fa-

miliar de maturação tardia e, sobretudo, **idade óssea atrasada em relação à idade cronológica**. A criança tende a iniciar a puberdade mais tarde e a prolongar o período de crescimento, alcançando estatura final compatível com o potencial genético.

Neste caso, a idade óssea é compatível com a idade cronológica, o que favorece baixa estatura familiar. O estágio Tanner G1P1 é esperado aos 8 anos e não representa atraso puberal, pois ainda não há obrigação de início da puberdade nessa idade.

Portanto, não há indicação de repetir precocemente a idade óssea ou classificar o quadro como atraso constitucional. A maturação puberal deve ser observada nas consultas de rotina, como ocorre com todas as crianças.

Visão do aprovado

Na avaliação da baixa estatura, não olhe apenas o percentil. Verifique:

- velocidade de crescimento;
- trajetória na curva;
- estatura-alvo familiar;
- idade óssea;
- peso e IMC;
- proporções corporais;
- sinais de doença crônica ou endocrinológica.

Baixa estatura familiar:

- pais baixos;
- criança cresce paralelamente à curva;
- velocidade de crescimento normal;
- idade óssea próxima da cronológica;
- estatura final esperada compatível com o alvo familiar.

Atraso constitucional:

- maturação mais lenta;
- idade óssea atrasada;
- puberdade mais tardia;
- história familiar de maturação tardia frequente.

O principal dado tranquilizador não é a posição no percentil, mas a **manutenção de uma velocidade de crescimento adequada**.

Questão 79

Homem de 28 anos é trazido ao pronto-socorro após queda de aproximadamente 3 metros de altura durante atividade laboral. Inicialmente apresentava-se confuso, mas responsivo a comandos simples. Na chegada ao hospital, está sonolento, abre os olhos apenas à dor, emite sons incompreensíveis e apresenta flexão anormal à dor. Frequência cardíaca

de 88 bpm, pressão arterial de 130/80 mmHg, frequência respiratória de 10 irpm com padrão irregular e saturação de oxigênio de 89% em ar ambiente. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Presença de hematoma frontal direito e otorragia bilateral. Não há sinais de trauma torácico ou abdominal ao exame inicial. Qual é a conduta prioritária no atendimento deste paciente?

- A.** Solicitar tomografia computadorizada de crânio imediatamente e definir a necessidade de intervenção após o resultado.
- B.** Administrar manitol por via intravenosa e reavaliar o nível de consciência antes de proceder ao controle das vias aéreas.
- C.** Iniciar ventilação não invasiva com pressão positiva para correção da hipoxemia e solicitar tomografia computadorizada de crânio.
- D.** Realizar estabilização da coluna cervical, pré-oxigenação e intubação orotraqueal, seguida de tomografia computadorizada de crânio.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

O caso apresenta um paciente vítima de trauma de alta energia, com **traumatismo cranioencefálico grave e comprometimento da oxigenação e ventilação**, situação em que a prioridade é reconhecer e tratar imediatamente condições capazes de produzir lesão cerebral secundária.

A avaliação inicial deve seguir uma abordagem sistematizada, priorizando **via aérea, ventilação e oxigenação antes da investigação por imagem**. No traumatismo cranioencefálico, hipóxia e hipotensão são importantes determinantes de pior prognóstico, razão pela qual devem ser identificadas e corrigidas precocemente.

Vamos calcular a **Escala de Coma de Glasgow**:

- abertura ocular à dor: **2 pontos**;
- resposta verbal com sons incompreensíveis: **2 pontos**;
- resposta motora com flexão anormal à dor: **3 pontos**.

Portanto, o paciente apresenta **Glasgow = 7**, caracterizando traumatismo cranioencefálico grave. Além disso, apresenta frequência respiratória de 10 incursões por minuto com padrão irregular e saturação periférica de oxigênio de 89% em ar ambiente, indicando comprometimento respiratório associado.

Nesse cenário, há indicação de **via aérea definitiva com intubação oro-traqueal e ventilação mecânica**, tanto pelo rebaixamento importante do nível de consciência quanto pela ventilação e oxigenação inadequadas. A intubação deve ser realizada com **restrição do movimento da coluna cervical**, considerando a possibilidade de lesão cervical associada ao mecanismo do trauma. Diretrizes atuais do American College of Surgeons recomendam intubação e ventilação mecânica precoces no traumatismo cranioencefálico com Glasgow inferior a 9, buscando evitar hipóxia, controlar a ventilação e reduzir o risco de aspiração.

A tomografia computadorizada de crânio é necessária nesse paciente, mas deve ser realizada **após a estabilização das ameaças imediatas à vida**.

Alternativa A

A tomografia computadorizada de crânio está indicada no traumatismo cranioencefálico grave e deverá ser realizada assim que possível. O erro da alternativa está na **sequência das intervenções**.

O paciente apresenta Glasgow 7, padrão respiratório irregular e saturação periférica de oxigênio de 89%. Portanto, possui problemas prioritários relacionados à proteção da via aérea, ventilação e oxigenação.

Encaminhá-lo diretamente à tomografia sem antes assegurar uma via aérea definitiva poderia prolongar a hipóxia e expô-lo a deterioração respiratória ou broncoaspiração durante o transporte e o exame.

A investigação diagnóstica é importante, mas **não deve preceder o tratamento das ameaças imediatas à vida**.

Alternativa B

O manitol é uma opção de terapia hiperosmolar utilizada em situações selecionadas de **hipertensão intracraniana**, particularmente diante de deterioração neurológica atribuível ao aumento da pressão intracraniana ou sinais de herniação.

Neste caso, embora o paciente apresente traumatismo cranioencefálico grave, as pupilas permanecem isocóricas e fotorreagentes e não são descritos sinais clínicos inequívocos de herniação que justifiquem priorizar terapia hiperosmolar.

Mais importante, a administração de manitol **não corrige a ameaça imediata representada pela inadequação da via aérea e da ventilação**. Nenhuma intervenção destinada ao controle da pressão intracraniana deve retardar a correção da hipóxia.

Portanto, administrar manitol e aguardar reavaliação neurológica antes de estabelecer uma via aérea definitiva inverte a sequência de prioridades do atendimento inicial.

Alternativa C

Embora o paciente apresente hipoxemia, a ventilação não invasiva não oferece a proteção de via aérea necessária diante de **rebaixamento importante do nível de consciência**.

Com Glasgow 7, o paciente apresenta risco de perda dos reflexos protetores da via aérea e de broncoaspiração. Além disso, o padrão respiratório irregular sugere comprometimento da ventilação espontânea.

Nesse cenário, é necessária **via aérea definitiva com intubação orotraqueal**, seguida de ventilação mecânica. A ventilação não invasiva não deve retardar esse procedimento.

Após a intubação, a ventilação deve ser ajustada de forma a evitar tanto hipóxia quanto alterações inadequadas da pressão arterial de dióxido de carbono. As recomendações atuais do ACS para TCE estabelecem como objetivo saturação periférica de oxigênio de pelo menos 94%, além de normocapnia na ausência de hipertensão intracraniana.

Alternativa D

O paciente apresenta traumatismo cranioencefálico grave, com **Glasgow 7**, associado a padrão respiratório irregular e saturação periférica de oxigênio de 89%. A prioridade é assegurar oxigenação e ventilação adequadas e proteger a via aérea contra aspiração.

Deve-se realizar **pré-oxigenação seguida de intubação orotraqueal**, mantendo restrição do movimento cervical durante o manejo da via aérea devido à possibilidade de lesão cervical associada ao mecanismo do trauma.

A intubação endotraqueal permite estabelecer uma via aérea definitiva, proteger contra broncoaspiração e instituir ventilação mecânica controlada. O ACS recomenda intubação endotraqueal e ventilação mecânica precoces nos pacientes com TCE e Glasgow inferior a 9.

Somente após o tratamento das ameaças imediatas relacionadas à via aérea, ventilação e oxigenação, o paciente deve prosseguir para **tomografia computadorizada de crânio**, necessária para identificação das lesões intracranianas e definição do tratamento subsequente.

Visão do aprovado

O segredo desta questão não está em decidir **se o paciente precisa de tomografia**. Ele precisa. A pergunta é: **o que vem primeiro?**

Guarde a sequência: **TCE grave + Glasgow < 9 → pense imediatamente em proteção da via aérea e ventilação**.

E, neste caso, existem **três pistas convergentes: Glasgow 7 + respiração irregular + SpO₂ 89%**.

Não deixe a tomografia roubar sua atenção. No atendimento inicial ao trauma, uma lesão intracraniana importante não muda a prioridade de

corrigir primeiro as ameaças relacionadas à **via aérea, ventilação e oxigenação**.

Outro ponto importante é evitar a hiperventilação profilática. No TCE, o objetivo habitual é manter ventilação próxima da normalidade. A redução deliberada da PaCO₂ fica reservada a situações específicas de hipertensão intracraniana grave ou herniação como medida temporizadora, pois hipocapnia excessiva pode reduzir o fluxo sanguíneo cerebral.

Glasgow < 9 + TCE → via aérea definitiva

Primeiro: pré-oxigenar + restringir movimento cervical + intubar + ventilar adequadamente.

Depois: tomografia computadorizada de crânio.

Referência bibliográfica

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Advanced Trauma Life Support (ATLS): Student Course Manual*. 11. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2025.

Questão 80

Uma menina de 2 anos é levada ao pronto-socorro por diarreia aquosa há quatro dias, com oito evacuações nas últimas 24 horas. Apresenta sede intensa, mucosas secas e redução da diurese, mas permanece alerta e hemodinamicamente estável. Não há vômitos persistentes, doença renal conhecida ou uso de medicamentos. Os exames laboratoriais são apresentados na tabela a seguir. A interpretação acidobásica e o mecanismo mais provável são:

Parâmetro	Resultado	Valor de referência
pH arterial	7,28	7,35-7,45
PaCO ₂	29 mmHg	35-45 mmHg
Bicarbonato	13 meq/L	22-26 meq/L
Sódio	136 meq/L	135-145 meq/L
Cloro	113 meq/L	98-108 meq/L
Potássio	3,4 meq/L	3,5-5,0 meq/L
Glicemia	88 mg/dL	70-100 mg/dL

- A.** Acidose metabólica hiperclorêmica, com ânion gap normal, decorrente de perda gastrointestinal de bicarbonato, com compensação respiratória adequada
- B.** Acidose metabólica hiperclorêmica, com ânion gap normal, decorrente de perda gastrointestinal de bicarbonato, com compensação respiratória insuficiente
- C.** Acidose metabólica hiperclorêmica, com ânion gap normal, decorrente de perda renal de bicarbonato por acidose tubular renal, com compensação respiratória adequada
- D.** Acidose metabólica hiperclorêmica, com ânion gap normal, decorrente de perda gastrointestinal de bicarbonato, configurando distúrbio misto com alcalose respiratória sobreposta

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

A gasometria mostra **acidemia**, pois o pH arterial é de 7,28. O bicarbonato está reduzido, em 13 mEq/L, indicando que o distúrbio primário é uma **acidose metabólica**. A PaCO₂ também está diminuída (29 mmHg), o que representa resposta ventilatória compensatória.

O ânion gap é calculado por:

$$\text{Ânion gap} = \text{Na}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$$

$$\text{Ânion gap} = 136 - (113 + 13) = 10 \text{ mEq/L}$$

Esse resultado está dentro da faixa habitual de normalidade, caracterizando **acidose metabólica com ânion gap normal**, também chamada de acidose metabólica hiperclorêmica — achado reforçado pelo cloro elevado (113 mEq/L, acima do VR de 98–108 mEq/L).

A compensação respiratória esperada pode ser avaliada pela fórmula de Winter:

$$\text{PaCO}_2 \text{ esperada} = 1,5 \times \text{HCO}_3^- + 8 \pm 2$$

$$\text{PaCO}_2 \text{ esperada} = 1,5 \times 13 + 8 \pm 2 = 27,5 \pm 2 \text{ mmHg (intervalo: 25,5–29,5 mmHg)}$$

A PaCO_2 medida, de 29 mmHg, está **dentro** desse intervalo — ainda que próxima do limite superior —, indicando compensação respiratória adequada, sem evidência de distúrbio respiratório associado. Um erro comum é comparar a PaCO_2 medida apenas ao valor central da fórmula (27,5) em vez de considerar toda a margem de tolerância (± 2), o que pode levar a uma conclusão equivocada de compensação insuficiente.

As duas principais causas de acidose metabólica hiperclorêmica com ânion gap normal são a **perda gastrointestinal de bicarbonato** (diarreia) e a **perda renal de bicarbonato** (acidose tubular renal — ATR). A distinção entre elas é primariamente clínica: a diarreia costuma ser aguda, volumosa e autolimitada, enquanto a ATR tipicamente cursa de forma crônica, sem diarreia associada, e frequentemente com outros achados como nefrocalcinose, raquitismo ou história familiar. No caso descrito, a diarreia aquosa volumosa de início recente, associada a sinais de desidratação e sem história prévia de doença renal, aponta diretamente para o mecanismo entérico.

Além disso, a hipocalemia leve (K^+ 3,4 mEq/L) é outro achado compatível com perdas gastrointestinais na diarreia, reforçando o mecanismo proposto.

Alternativa A

A criança apresenta acidemia (pH 7,28) com redução importante do bicarbonato (13 mEq/L), confirmando acidose metabólica como distúrbio primário. O cloro está elevado (113 mEq/L) e o ânion gap calculado é de 10 mEq/L, dentro da faixa de normalidade — configurando acidose metabólica hiperclorêmica com ânion gap normal.

No contexto de diarreia aquosa volumosa e recente, sem sinais ou história sugestivos de doença renal crônica, o mecanismo mais consistente é a perda entérica de bicarbonato pelas fezes, com retenção relativa de cloro para manutenção da eletroneutralidade plasmática — mecanismo clássico e mais frequente de acidose hiperclorêmica em crianças previamente hígidas.

Quanto à compensação respiratória, pela fórmula de Winter a PaCO_2 esperada é de $27,5 \pm 2$ mmHg, ou seja, entre 25,5 e 29,5 mmHg. A PaCO_2 medida (29 mmHg) está dentro desse intervalo, ainda que próxima ao limite superior, confirmando compensação respiratória adequada — não havendo, portanto, componente adicional de alcalose ou acidose respiratória sobreposto.

Alternativa B

Esta alternativa acerta a categorização do distúrbio — acidose metabólica hiperclorêmica com ânion gap normal por perda entérica de bicarbonato —, mas erra ao classificar a compensação respiratória como **insuficiente**.

A avaliação da adequação da resposta ventilatória não deve ser feita comparando a PaCO_2 medida apenas ao valor central estimado pela fórmula de Winter (27,5 mmHg), e sim ao intervalo de tolerância completo (± 2 mmHg), que resulta em uma faixa de 25,5 a 29,5 mmHg. A PaCO_2 medida (29 mmHg) está dentro desse intervalo, ainda que próxima do limite superior — o que caracteriza compensação **adequada**, e não insuficiente.

Para que a compensação fosse considerada insuficiente, seria necessário que a PaCO_2 medida estivesse **acima** de 29,5 mmHg, indicando hipoventilação relativa em relação ao esperado para o grau de acidemia — o que não é o caso.

Alternativa C

Esta alternativa também acerta a categorização geral (acidose metabólica hiperclorêmica com ânion gap normal e compensação respiratória adequada), mas atribui o mecanismo à **perda renal de bicarbonato por acidose tubular renal (ATR)**, o que não é sustentado pelo quadro clínico apresentado.

A ATR é uma causa reconhecida de acidose hiperclorêmica com ânion gap normal, mas tipicamente se manifesta de forma **crônica e insidiosa**, muitas vezes acompanhada de outros achados como déficit de crescimento, nefrocalcinose, raquitismo ou nefrolitíase, e não está associada a um episódio agudo de diarreia volumosa. Não há, no enunciado, qualquer elemento sugestivo de tubulopatia renal prévia ou concomitante.

Por outro lado, a apresentação aguda — diarreia aquosa iniciada há quatro dias, com oito evacuações nas últimas 24 horas e sinais claros de desidratação (sede intensa, mucosas secas, redução da diurese) — é altamente compatível com o mecanismo entérico de perda de bicarbonato, que é, de longe, a causa mais comum de acidose hiperclorêmica em pediatria nesse contexto clínico.

Alternativa D

Esta alternativa parte corretamente do mecanismo entérico de perda de bicarbonato, mas acrescenta indevidamente a presença de um **distúrbio misto, com alcalose respiratória sobreposta**.

Um componente de alcalose respiratória associada só estaria presente se a PaCO_2 medida estivesse **abaixo** do limite inferior previsto pela fórmula de Winter — ou seja, abaixo de 25,5 mmHg —, configurando hiperventilação desproporcional à magnitude da acidose metabólica.

No caso em questão, a PaCO_2 medida é de 29 mmHg, valor que se encontra **dentro** do intervalo esperado (25,5–29,5 mmHg), e não abaixo dele. Portanto, não há hiperventilação excessiva nem alcalose respiratória sobreposta — trata-se de uma resposta compensatória simples e adequada à acidose metabólica primária.

Visão do aprovado

A interpretação deve seguir quatro passos:

1. **pH baixo:** acidemia.
2. **Bicarbonato baixo:** acidose metabólica.
3. **Ânion gap normal e cloro elevado:** acidose metabólica hiperclorêmica.
4. **PaCO_2 dentro da fórmula de Winter:** compensação respiratória adequada.

A atenção principal está na alternativa D. PaCO_2 baixa não significa automaticamente alcalose respiratória. É necessário compará-la ao valor esperado:

- PaCO_2 dentro da faixa: compensação adequada;
- PaCO_2 abaixo da faixa: alcalose respiratória associada;
- PaCO_2 acima da faixa: acidose respiratória associada.

Neste caso:

diarreia + bicarbonato baixo + cloro alto + ânion gap normal = perda intestinal de bicarbonato.

Questão 81

Homem de 58 anos, com diagnóstico de cirrose hepática por vírus da hepatite C, tratado com antivirais de ação direta e com resposta virológica sustentada há 2 anos. Classificação Child-Pugh A. Sem histórico de nódulos hepáticos. Qual deve ser a conduta adequada em relação ao rastreio de Carcinoma Hepatocelular (CHC) para esse paciente?

- A. Suspender o rastreamento após a resposta virológica sustentada, devido à redução do risco de CHC.
- B. Manter rastreamento semestral com ultrassonografia abdominal, associada ou não à dosagem de alfafetoproteína (AFP).
- C. Suspender o rastreamento após cinco anos de resposta virológica sustentada.
- D. Realizar tomografia computadorizada multifásica semestral como método de rastreamento.

Comentário da questão**Introdução**

O rastreio do carcinoma hepatocelular (CHC) está indicado para pacientes com cirrose hepática que apresentem expectativa de benefício com tratamento curativo, independentemente da etiologia da doença hepática. Um dos cenários que mais gera dúvidas é o paciente com hepatite C que alcançou resposta virológica sustentada (RVS) após tratamento com antivirais de ação direta. Embora a erradicação viral reduza de forma expressiva o risco de desenvolvimento de CHC, ela não elimina esse risco em pacientes que já apresentam cirrose estabelecida, uma vez que a arquitetura hepática permanece alterada e o potencial carcinogênico da doença não é completamente revertido.

Por esse motivo, as diretrizes atuais da AASLD recomendam que pacientes cirróticos mantenham rastreamento semestral com ultrassonografia abdominal, associada ou não à dosagem de alfafetoproteína (AFP), mesmo após resposta virológica sustentada. A interrupção do rastreio não é recomendada, pois o risco residual de CHC permanece acima do limiar considerado custo-efetivo para vigilância.

Alternativa A

A resposta virológica sustentada reduz significativamente o risco de carcinoma hepatocelular, mas não representa cura da cirrose. Embora a eliminação do vírus interrompa a agressão inflamatória contínua ao fígado, pacientes com fibrose avançada ou cirrose permanecem sob risco de desenvolver CHC por vários anos após a erradicação viral. Dessa forma, suspender o rastreamento apenas porque o paciente atingiu RVS contraria as recomendações atuais e pode atrasar o diagnóstico de tumores potencialmente curáveis.

Alternativa B

Essa é exatamente a conduta recomendada pelas principais diretrizes internacionais. Todo paciente com cirrose hepática deve manter rastreamento semestral para CHC por meio de ultrassonografia abdominal, associada ou não à dosagem de AFP. A periodicidade de seis meses representa o melhor equilíbrio entre sensibilidade para detecção precoce e custo-efetividade, não havendo benefício comprovado para intervalos menores em pacientes de risco habitual.

Vale lembrar que a utilização da AFP varia entre as diretrizes. Enquanto algumas recomendam sua associação rotineira à ultrassonografia, outras consideram seu uso opcional. Por esse motivo, a redação "associada ou não à AFP" contempla adequadamente as recomendações atuais.

Alternativa C

Esse distrator explora uma dúvida frequente: existiria um momento seguro para interromper o rastreamento após a cura da hepatite C? A resposta é não. Até o momento, não existe evidência que estabeleça um intervalo de tempo após a resposta virológica sustentada em que seja possível suspender a vigilância em pacientes cirróticos. Estudos demonstram que o risco de CHC persiste mesmo após cinco anos e pode permanecer elevado por uma década ou mais, justificando a manutenção indefinida do rastreamento enquanto o paciente continuar sendo candidato ao tratamento.

Alternativa D

A tomografia computadorizada multifásica apresenta excelente desempenho diagnóstico para caracterização de nódulos hepáticos, mas não deve ser utilizada como método de rastreamento de rotina. Além do maior custo, envolve exposição à radiação e ao contraste iodado, sem demonstrar benefício suficiente para substituir a ultrassonografia na vigilância periódica. Seu papel está reservado para investigação de lesões suspeitas identificadas no rastreamento ou para pacientes em que a ultrassonografia apresente qualidade inadequada.

Visão do aprovado

A grande armadilha da questão é confundir **cura da infecção pelo vírus da hepatite C** com **desaparecimento do risco de carcinoma hepatocelular**. A palavra mais importante do enunciado não é "resposta virológica sustentada", mas sim **cirrose**. Uma vez estabelecida a cirrose, o paciente continua apresentando risco significativo de CHC mesmo após a erradicação viral, motivo pelo qual o rastreamento deve ser mantido.

Outro ponto frequentemente explorado pelas bancas é diferenciar **rastreamento** de **diagnóstico**. A ultrassonografia permanece o método de escolha para vigilância semestral, enquanto tomografia computadorizada e ressonância magnética multifásicas são reservadas para a investigação e caracterização de lesões suspeitas. Em provas, sempre que o enunciado mencionar **cirrose compensada** e perguntar sobre rastreamento de CHC, a resposta deve remeter imediatamente à **ultrassonografia semestral, com ou sem AFP**, independentemente da etiologia da cirrose ou da obtenção de resposta virológica sustentada!

Questão 82

Homem de 35 anos procura consulta na Unidade Básica de Saúde com queixa de abaulamento em região inguinal direita há 3 meses. Refere que o abaulamento surge principalmente quando tosse, espirra ou faz esforço físico no trabalho (carregador), desaparecendo completamente quando se deita. Nega dor intensa, náuseas, vômitos, alteração do hábito intestinal ou febre. Antecedentes pessoais: tabagista, trabalho com esforço físico repetitivo. Exame físico: bom estado geral, afebril, abdome

flácido, indolor à palpação. Na posição ortostática, observa-se abaulamento em região inguinal direita que se projeta em direção ao anel inguinal externo, localizado acima do ligamento inguinal. À manobra de Valsalva, o abaulamento torna-se mais evidente. Quando se comprime o anel inguinal profundo e se solicita nova manobra de Valsalva, o abaulamento não surge. A massa é facilmente reduzível com manobras manuais. Qual o diagnóstico provável e a conduta adequada para este paciente?

- A.** Hérnia inguinal direta, tratamento cirúrgico eletivo
- B.** Hérnia inguinal indireta, tratamento cirúrgico eletivo
- C.** Hérnia femoral, encaminhamento para cirurgia de urgência
- D.** Linfadenite inguinal, tratamento conservador com antibioticoterapia oral

Nível de dificuldade: Moderada

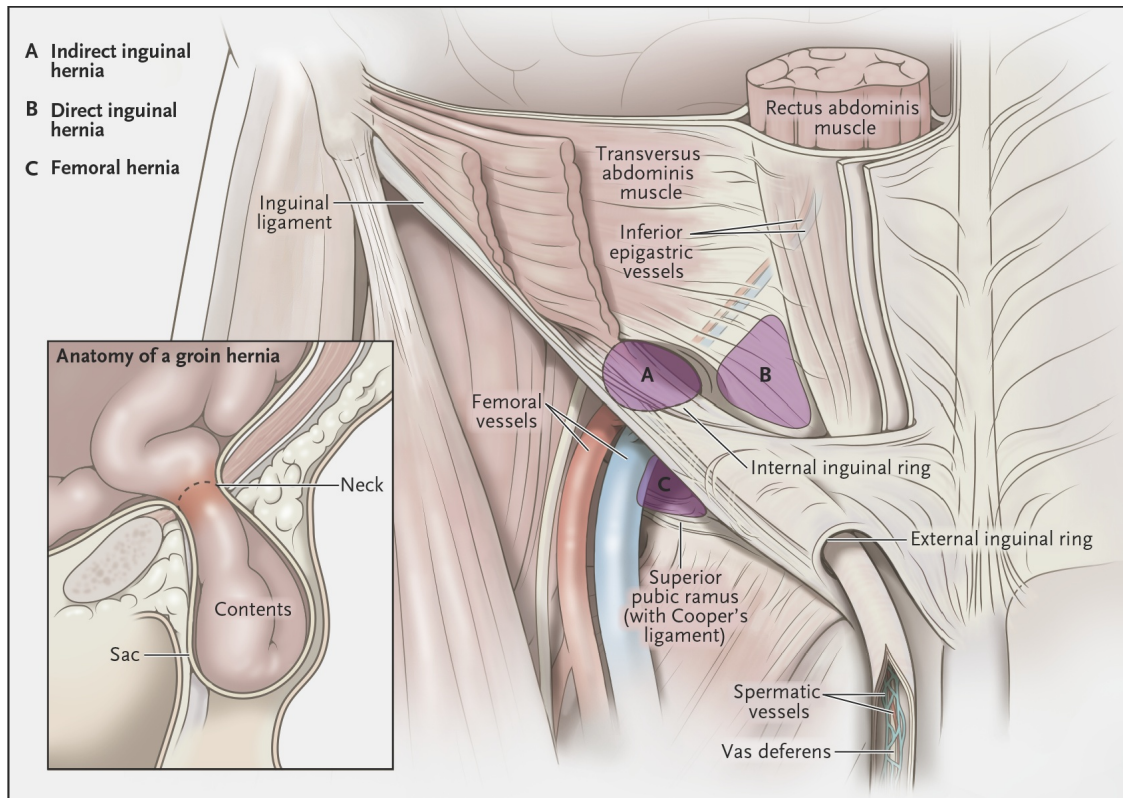
Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

As hérnias inguinais correspondem ao tipo mais frequente de hérnia da parede abdominal e são muito mais comuns em homens. O diagnóstico é predominantemente clínico e depende da história típica de abaulamento relacionado ao aumento da pressão intra-abdominal, associado ao exame físico cuidadoso. Um dos pontos mais cobrados em provas é a diferenciação entre hérnia inguinal direta e indireta, especialmente pela utilização da manobra de compressão do anel inguinal profundo.

No caso apresentado, o paciente apresenta abaulamento redutível, que surge aos esforços e desaparece em decúbito, caracterizando uma hérnia inguinal não complicada. O dado decisivo é que a compressão do anel inguinal profundo impede o reaparecimento da hérnia durante a manobra de Valsalva, achado clássico de hérnia inguinal indireta.



Fonte: [Groin Hernias in Adults](#). N Engl J Med. 2015.

Alternativa A

A hérnia inguinal direta ocorre por enfraquecimento adquirido da parede posterior do canal inguinal, protrui através do triângulo de Hesselbach e situa-se medialmente aos vasos epigástricos inferiores. Em geral, acomete pacientes mais idosos e raramente alcança o escroto.

O principal erro da alternativa está no diagnóstico. Como a hérnia direta não atravessa o anel inguinal profundo, sua compressão não impediria o aparecimento do abaulamento durante a manobra de Valsalva. Esse teste clínico praticamente afasta essa hipótese no caso apresentado.

Alternativa B

A hérnia inguinal indireta atravessa o anel inguinal profundo, percorre todo o canal inguinal e emerge pelo anel superficial, localizando-se lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. Está frequentemente relacionada à persistência do processo vaginal e é a hérnia inguinal mais comum, especialmente em pacientes jovens.

O dado-chave do enunciado é que, ao comprimir o anel inguinal profundo, o abaulamento deixa de aparecer durante a manobra de Valsalva. Isso demonstra que o conteúdo herniário utiliza justamente esse orifício para sua protrusão, confirmando o diagnóstico de hérnia indireta.

Além disso, trata-se de uma hérnia sintomática, ainda que sem sinais de encarceramento ou estrangulamento. Nesses casos, o tratamento indicado é o reparo cirúrgico eletivo, preferencialmente com técnica livre de

tensão utilizando tela, reduzindo significativamente o risco de recorrência.

Alternativa C

As hérnias femorais localizam-se abaixo do ligamento inguinal, atravessando o canal femoral, medialmente à veia femoral. São muito mais frequentes em mulheres e apresentam maior risco de encarceramento e estrangulamento, motivo pelo qual costumam ter indicação cirúrgica precoce.

Entretanto, o caso descreve claramente um abaulamento acima do ligamento inguinal, projetando-se em direção ao anel inguinal externo, compatível com hérnia inguinal. Além disso, não há qualquer sinal de complicação que justificasse cirurgia de urgência.

Alternativa D

Linfadenites inguinais podem produzir aumento de volume na região inguinal, porém não apresentam comportamento típico de hérnia.

Linfonodos inflamados não aumentam durante a manobra de Valsalva, não desaparecem em decúbito, não são completamente redutíveis e não sofrem influência da compressão do anel inguinal profundo. Além disso, geralmente estão associados a dor local, sinais inflamatórios e algum foco infeccioso na drenagem linfática correspondente, achados ausentes neste paciente.

Visão do aprovado

A banca construiu uma questão clássica de anatomia aplicada ao exame físico.

O diagnóstico de hérnia inguinal já fica evidente pela história:

- abaulamento relacionado ao esforço;
- desaparecimento em decúbito;
- redução manual fácil;
- ausência de sinais de encarceramento.

O verdadeiro diferencial entre hérnia direta e indireta está na manobra de compressão do anel inguinal profundo.

Decore esta regra:

- **A hérnia desaparece quando o anel profundo é comprimido → hérnia indireta.**
- **A hérnia continua aparecendo apesar da compressão → hérnia direta.**

Isso ocorre porque apenas a hérnia indireta atravessa o anel inguinal profundo.

Por fim, lembre-se da conduta. Em pacientes com hérnia inguinal sintomática, o tratamento de escolha é a **correção cirúrgica eletiva**, preferencialmente com reparo utilizando tela. A estratégia de observação ("watchful waiting") pode ser considerada apenas em homens com hérnias totalmente assintomáticas ou minimamente sintomáticas, desde que adequadamente orientados sobre sinais de complicação e acompanhados periodicamente. Essa estratégia não se aplica às hérnias femorais, que apresentam elevado risco de encarceramento e devem ser operadas após o diagnóstico.

Questão 83

Homem de 42 anos retorna ao ambulatório de gastroenterologia de hospital terciário, onde realiza acompanhamento regular por retocolite ulcerativa há 5 anos. Realizados exames laboratoriais de rotina (abaixo). Refere apenas desconforto leve e intermitente em hipocôndrio direito há algumas semanas. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, afebril, sem icterícia. O abdome é flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem dor à palpação do hipocôndrio direito durante a inspiração profunda. Considerando esse quadro clínico, qual exame complementar está indicado e qual achado é esperado?

Exame	Resultado	Valor de referência (VR)
Fosfatase alcalina (FA)	285 U/L	40-129 U/L
Gama-glutamil transferase (GGT)	180 U/L	8-61 U/L
Aspartato aminotransferase (AST)	65 U/L	até 40 U/L
Alanina aminotransferase (ALT)	58 U/L	até 41 U/L
Bilirrubina total	0,8 mg/dL	0,2-1,2 mg/dL
Bilirrubina direta	0,2 mg/dL	0,0-0,3 mg/dL
Bilirrubina indireta	0,6 mg/dL	0,2-0,9 mg/dL

- A. Colangiorressonância; múltiplas estenoses intercaladas na árvore biliar.
- B. CPRE; presença de litíase impactada no colédoco terminal.
- C. Ultrassonografia abdominal; espessamento da parede da vesícula biliar.
- D. Tomografia computadorizada de abdome; lesão tumoral presente ao nível do hilo hepático.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

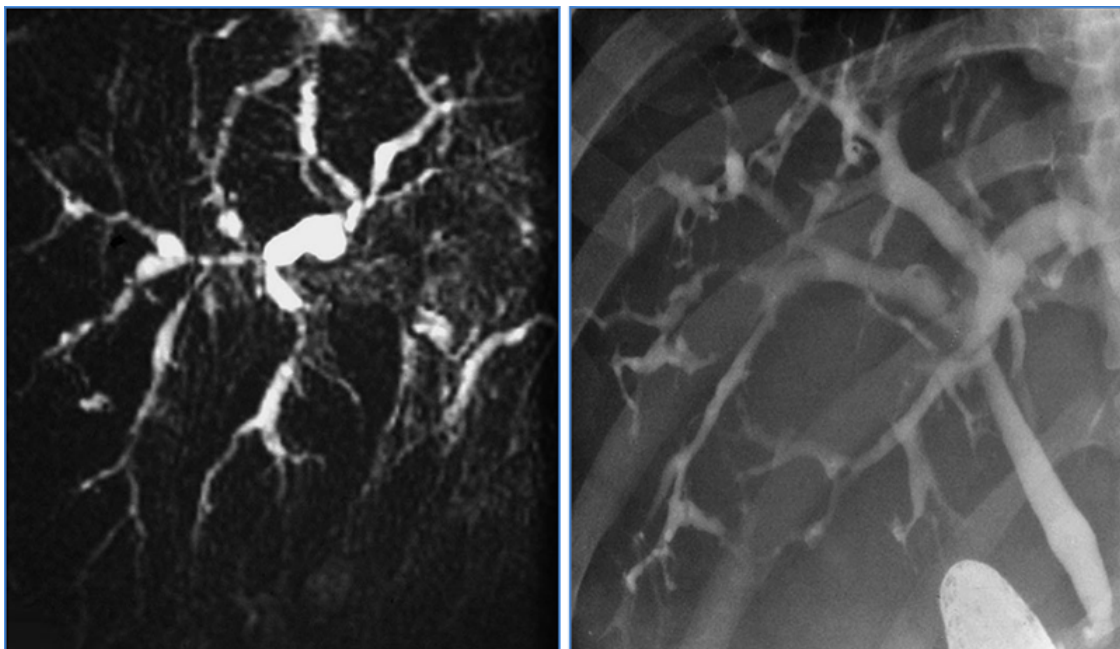
Esta questão nos desafia a integrar informações que, à primeira vista, parecem pertencer a sistemas diferentes: **uma doença inflamatória intestinal e uma alteração hepática**. Mas é justamente nessa conexão que mora a chave diagnóstica.

Vamos dissecar o caso. Temos um homem de 42 anos com retocolite ulcerativa há 5 anos que, em exames de rotina, apresenta um padrão laboratorial muito específico: FA elevada 2,2 vezes e GGT elevada 3 vezes, enquanto as transaminases estão apenas discretamente elevadas e as bilirrubinas permanecem normais. Esse é um clássico **padrão colestático** - quando as enzimas canaliculares (FA e GGT) predominam sobre as hepatocelulares (AST e ALT).

Clinicamente, nosso paciente está quase assintomático: apenas um desconforto leve no hipocôndrio direito, sem icterícia, sem febre, Murphy negativo. Esse é o ponto crucial: **colestase laboratorial sem colestase clínica significativa**, em um paciente com retocolite ulcerativa. Qual diagnóstico devemos considerar prioritariamente?

A resposta é Colangite Esclerosante Primária (CEP). Existe uma associação bem estabelecida entre CEP e retocolite ulcerativa - cerca de 50 a 70% dos pacientes com CEP têm doença inflamatória intestinal, sendo a retocolite ulcerativa a mais comum. A CEP é uma doença inflamatória crônica das vias biliares que causa fibrose e estenoses progressivas dos ductos intra e extra-hepáticos. O processo inflamatório gera **colestase crônica**, explicando a elevação predominante de FA e GGT. Nas fases iniciais, a doença é frequentemente oligossintomática ou assintomática, sendo detectada apenas por alterações laboratoriais - exatamente o nosso caso.

Agora, como confirmamos esse diagnóstico? Precisamos visualizar a árvore biliar para identificar as alterações características da CEP. O exame de escolha é a colangiorressonância magnética (ColangioRM), que é não invasiva, não utiliza radiação ionizante e tem excelente acurácia para avaliar as vias biliares intra e extra-hepáticas. O achado patognomônico da CEP é o padrão de **"colar de contas" ou "contas de rosário"**: múltiplas estenoses curtas intercaladas por segmentos de dilatação ou calibre normal ao longo da árvore biliar.



Portanto, o raciocínio nos leva naturalmente à **alternativa A**: colangiorrressonância mostrando múltiplas estenoses intercaladas na árvore biliar.

Dica para provas: Sempre que vir um paciente com retocolite ulcerativa apresentando padrão colestático assintomático ou oligossintomático, pense imediatamente em CEP. E lembre-se: pacientes com CEP + RCU devem iniciar rastreamento de câncer colorretal já ao diagnóstico, pelo risco aumentado.

Alternativa A

Alternativa CORRETA. A colangiorrressonância é o exame de escolha para investigação de CEP por ser não invasiva e ter alta acurácia para visualizar tanto ductos intra quanto extra-hepáticos. O achado de múltiplas estenoses intercaladas produzindo o padrão em "colar de contas" é patognomônico de CEP, fechando o diagnóstico que suspeitamos pelo contexto clínico (RCU + padrão colestático).

Alternativa B

A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) é um método invasivo que envolve sedação, risco de pancreatite pós-procedimento e outras complicações. Embora também mostre a árvore biliar e possa detectar CEP, ela é reservada para situações em que há necessidade terapêutica (colocação de próteses, dilatação de estenoses dominantes) ou quando a ColangioRM é inconclusiva. Além disso, o achado proposto - **litíase impactada no colédoco terminal** - não explica o contexto de retocolite ulcerativa nem o padrão de colestase crônica e progressiva. Coledocolitíase causaria um quadro mais agudo, com cólica biliar típica, e não teria essa associação com DII.

Alternativa C

A ultrassonografia abdominal seria um exame razoável como triagem inicial na investigação de sintomas no hipocôndrio direito, mas tem baixa sensibilidade para avaliar a árvore biliar, especialmente os ductos intra-hepáticos. O achado sugerido - **espessamento da parede da vesícula biliar** - apontaria para colecistite, mas nosso paciente tem Murphy negativo, afastando esse diagnóstico. Além disso, colecistite crônica não explicaria o padrão colestático tão pronunciado nem teria relação com a retocolite ulcerativa.

Alternativa D

O *colangiocarcinoma* é uma complicação temida da CEP (ocorre em até 10-15% dos pacientes ao longo da vida), mas seria improvável como apresentação inicial em um paciente de 42 anos com bom estado geral e sem icterícia. Além disso, a tomografia computadorizada, embora útil para avaliar massas e caracterizar lesões hepáticas, **não é o melhor método para visualizar detalhadamente a árvore biliar** - a Colangiograma é superior para essa finalidade. Esta alternativa serve como distrator para quem conhece a associação CEP-colangiocarcinoma, mas não pondera a idade do paciente e o contexto clínico.

Visão do aprovado

Nas provas, o reconhecimento da CEP como manifestação extraintestinal da retocolite ulcerativa é um padrão de cobrança frequente, mas costuma aparecer de forma sutil: o examinador apresenta um paciente já com diagnóstico estabelecido de DII e introduz alterações laboratoriais colestáticas em exames de rotina, sem sintomas chamativos. A pegadinha clássica está em dois pontos: primeiro, o candidato pode não fazer a conexão imediata entre RCU e risco de CEP, focando apenas no desconforto abdominal e buscando causas agudas de colestase; segundo, na escolha do método diagnóstico, onde a CPRE aparece como distrator tentador por também visualizar a árvore biliar, mas ela é invasiva e reservada para casos com **necessidade terapêutica ou Colangiograma inconclusiva**.

Outro ponto estratégico para prova: bancas adoram testar se o candidato sabe diferenciar os métodos de imagem para vias biliares. A USG é um distrator recorrente por ser o exame inicial em muitos contextos abdominais, mas tem baixa sensibilidade para ductos intra-hepáticos, justamente onde a CEP costuma dar seus primeiros sinais. Já a TC aparece quando querem avaliar se você conhece a associação **CEP-colangiocarcinoma** (complicação real e importante), mas seria precoce demais pensar em tumor como primeira hipótese em um paciente jovem, assintomático, sem icterícia e com bom estado geral.

Vale ficar atento também que as manifestações extraintestinais de DII são tema quente e podem ser cobradas tanto isoladamente quanto em conjunto:

- Artrite
- Uveíte

- Pioderma gangrenoso
- Eritema nodoso
- CEP

O formato típico é: paciente com DII conhecido mais achado novo sugestivo de acometimento extraintestinal, cabendo ao candidato **identificar a manifestação e sua investigação apropriada**.

Questão 84

Paciente masculino, 32 anos, operário de construção civil, é admitido no pronto-socorro após acidente de trabalho em que foi atingido por prancha de madeira na região lateral do tórax direito. Refere dor intensa no local do trauma e dispneia progressiva há 30 minutos. Nega perda de consciência ou outras lesões. Ao exame físico: consciente, orientado, corado; frequência cardíaca de 92 bpm, pressão arterial de 130/80 mmHg, frequência respiratória de 24 irpm, saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente. Inspeção torácica revela expansibilidade reduzida à direita, sem deformidades visíveis ou ferimentos penetrantes. À palpação, discreta crepitação subcutânea em região infraclavicular direita. Ausculta pulmonar demonstra murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito, com sons cardíacos audíveis e rítmicos. Percussão torácica evidencia hipertimpanismo em hemitórax direito. Exame do abdome e extremidades sem alterações. Traqueia centrada, ausência de turgência jugular. Qual a conduta adequada?

- A.** Observação clínica com oxigenioterapia e reavaliação em 2 horas.
- B.** Punção descompressiva imediata no 2º espaço intercostal direito.
- C.** Drenagem torácica no 5º espaço intercostal direito, linha axilar anterior.
- D.** Tomografia computadorizada de tórax antes de qualquer intervenção terapêutica.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

Um trabalhador de 32 anos sofre **trauma torácico contuso** e chega ao pronto-socorro com dispneia progressiva. Esse cenário já acende o alerta para lesões intratorácicas que comprometem a ventilação, e nosso trabalho aqui é duplo: primeiro, fazer o diagnóstico correto; segundo, e mais importante para acertar a questão, classificar adequadamente a gravidade para escolher a conduta certa.

Vamos analisar os achados do exame físico de forma sistemática. À *inspeção*, temos expansibilidade reduzida à direita – o hemitórax direito não expande adequadamente. À *palpação*, encontramos crepitação subcutânea em região infraclavicular, sinal de que há ar dissecando os tecidos subcutâneos (enfisema subcutâneo). À *ausculta*, o murmúrio vesicular está abolido no hemitórax direito. E à *percussão*, temos hiper-timpanismo à direita. Essa tríade clássica – murmúrio abolido + hiper-timpanismo + redução da expansibilidade – nos leva diretamente ao diagnóstico de pneumotórax.

Mas aqui está o ponto crítico da questão: que TIPO de pneumotórax temos? Precisamos diferenciar entre **pneumotórax simples e pneumotórax hipertensivo**, porque as condutas são completamente diferentes. O pneumotórax hipertensivo é uma emergência absoluta que causa choque obstrutivo – o ar aprisionado na cavidade pleural gera pressão progressiva que desloca o mediastino, comprime a veia cava e compromete o retorno venoso. Os sinais clássicos são: desvio de traqueia para o lado oposto, turgência jugular (por obstrução do retorno venoso) e instabilidade hemodinâmica (hipotensão, taquicardia importante).

Nosso paciente tem *traqueia centrada, ausência de turgência jugular e sinais vitais estáveis* (PA 130/80, FC 92). Isso EXCLUI pneumotórax hipertensivo. Temos, portanto, um **pneumotórax simples**. A fisiopatologia aqui é diferente: o trauma causou uma lesão no parênquima pulmonar (provavelmente por fratura de costela ou contusão), permitindo que ar escape do pulmão para o espaço pleural. Esse ar colapsa parcialmente o pulmão, mas sem o mecanismo de válvula unidirecional que caracteriza o hipertensivo.

Agora vem a segunda pergunta crucial: nosso paciente com pneumotórax simples é *sintomático ou assintomático*? Isso é decisivo porque define a conduta. Olhando para os dados: dispneia progressiva, saturação de 91% (hipoxemia), frequência respiratória de 24 irpm (taquipneia), e dor intensa. Claramente, este é um paciente **SINTOMÁTICO**. E aqui aplicamos a regra de ouro do manejo de pneumotórax traumático: todo paciente sintomático com pneumotórax simples deve ser drenado, sem exceção.

A conduta indicada é a *drenagem torácica em selo d'água*, realizada no *5º espaço intercostal, na linha axilar anterior*. Não precisamos de punção descompressiva (isso é para hipertensivo), não podemos apenas observar (paciente sintomático) e não devemos atrasar com exames de imagem (diagnóstico é clínico e paciente precisa de intervenção). A **drenagem torácica é a conduta definitiva** que resolve o pneumotórax, permitindo a reexpansão pulmonar e a resolução dos sintomas.

Dica para a prova: Em trauma torácico, sempre que encontrar murmúrio abolido + hipertimpanismo, pense em pneumotórax. O diferencial-chave é: tem desvio de traqueia + turgência jugular + instabilidade? Se SIM → hipertensivo (punção + drenagem). Se NÃO → simples. Aí pergunte: é sintomático? Se SIM → drenagem. Se NÃO e pequeno → pode observar.

Alternativa A

Alternativa A – Observação clínica com oxigenioterapia e reavaliação em 2 horas.

Essa alternativa é tentadora porque existe, de fato, indicação para **conduta expectante em pneumotórax traumático** – mas apenas em pacientes assintomáticos com pneumotórax pequeno (menos de 1/3 do volume pleural). O erro aqui é não reconhecer que nosso paciente é claramente sintomático: ele tem dispneia progressiva, saturação de 91%, taquipneia e dor intensa. A presença de *enfisema subcutâneo* também indica que há comunicação ativa de ar. Observar esse paciente seria subestimar a gravidade do quadro e retardar uma intervenção necessária. A oxigenioterapia isolada não resolve o problema mecânico do ar na cavidade pleural.

Alternativa B

Alternativa B – Punção descompressiva imediata no 2º espaço intercostal direito.

Este é o distrator mais perigoso da questão, e ele pega quem confunde **pneumotórax simples com pneumotórax hipertensivo**. A punção descompressiva (*toracocentese de alívio*) é a conduta IMEDIATA para o pneumotórax hipertensivo – uma emergência que não espera por nada, nem por raio-X. Mas nosso paciente NÃO tem sinais de hipertensão intratorácica: a traqueia está centrada (não desviada), não há turgência jugular e ele está hemodinamicamente estável. A presença de crepitação subcutânea e hipoxemia pode fazer você pensar em gravidade, mas isso não define hipertensivo. Para pneumotórax simples sintomático, a conduta é diretamente a drenagem torácica (conduta definitiva), não a punção.

Alternativa C

Alternativa C – Drenagem torácica no 5º espaço intercostal direito, linha axilar anterior. ✓ CORRETA

Esta é a conduta adequada e completa todo o raciocínio que construímos. Temos um **pneumotórax simples (não hipertensivo) em paciente sintomático** – e a regra é clara: drenar sempre. A *drenagem torácica em selo d'água* é a conduta definitiva que permite a evacuação do ar da cavidade pleural, a reexpansão do pulmão colapsado e a resolução dos sintomas. O local padrão é o *5º espaço intercostal na linha axilar*

anterior ou média, seguindo a técnica adequada (incisão na borda superior da costela inferior para evitar o feixe vâsculo-nervoso, divulsão romba, inserção digital e passagem do dreno em direção posterior e cefálica). Esta é a conduta que salva o paciente e resolve o problema de forma definitiva.

Alternativa D

Alternativa D – Tomografia computadorizada de tórax antes de qualquer intervenção terapêutica.

Esse erro é comum em quem tem medo de agir sem "certeza absoluta". Mas em trauma torácico, precisamos entender que o **diagnóstico de pneumotórax é clínico** – a tríade murmúrio abolido + hipertimpanismo + redução de expansibilidade tem altíssima acurácia. A tomografia pode até detectar pneumotórax pequenos que o exame físico não pega, mas nosso paciente tem um pneumotórax evidente clinicamente e sintomático. Solicitar TC antes de intervir seria retardar desnecessariamente uma conduta essencial, colocando o paciente em risco de deterioração. A imagem de controle indicada após a drenagem é um *raio-X simples de tórax*, não TC.

Visão do aprovado

Nas provas de trauma torácico, esse tema costuma ser cobrado em dois tempos: primeiro, a diferenciação entre **pneumotórax simples e hipertensivo** (foco desta questão); depois, em questões subsequentes, as bancas testam conhecimento sobre técnica de drenagem e complicações do procedimento. A pegadinha clássica que aparece repetidamente é confundir a presença de *enfisema subcutâneo* ou *hipoxemia* com sinais de hipertensivo. O atalho para não cair nessa armadilha é verificar objetivamente os três marcadores de hipertensão intratorácica: desvio de traqueia, turgência jugular e instabilidade hemodinâmica. Se os três estiverem ausentes, não importa quão "grave" pareça o quadro, não é hipertensivo.

Outro padrão recorrente em questões de pneumotórax traumático é a cobrança sobre **falha de drenagem por erro técnico**. Questões anteriores mostram cenários em que o dreno foi posicionado no subcutâneo (fora do espaço pleural), perpetuando o pneumotórax. Esse erro acontece quando algum óstio do dreno fica exteriorizado ou no tecido subcutâneo, funcionando como uma via de entrada de ar externo. Na prova, sempre que o paciente permanecer sintomático após drenagem, pense primeiro em mau posicionamento do dreno.

Vale memorizar também que, em contexto de trauma, **qualquer sintoma respiratório já é suficiente** para indicar drenagem: não é necessário ter hipoxemia grave ou múltiplos critérios. A presença isolada de dispneia, taquipneia ou dessaturação leve já classifica como sintomático. Bancas costumam colocar saturações limítrofes (90-92%) justamente para testar se o candidato reconhece que isso já basta para drenar, sem necessidade de esperar deterioração maior.

Questão 85

Homem de 42 anos procura pronto-socorro com dor abdominal em cólica há 8 horas, localizada em região periumbilical, acompanhada de náuseas e vômitos biliosos. Refere não ter eliminado gases nem fezes nas últimas 12 horas. Antecedente de apendicectomia há 3 anos. Ao exame físico apresenta-se desidratado (+/4+), afebril, frequência cardíaca de 88 bpm, pressão arterial de 125/80 mmHg. Abdome levemente distendido, ruídos hidroaéreos aumentados e metálicos, doloroso à palpação difusa sem sinais de irritação peritoneal. Radiografia de abdome abaixo. Qual a conduta inicial adequada?



- A. Laparotomia exploradora de urgência.
- B. Jejum, hidratação venosa e sonda nasogástrica.
- C. Enema fosfatado e laxativo estimulante por via oral.
- D. Antibioticoterapia de amplo espectro e alta hospitalar com analgésicos.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

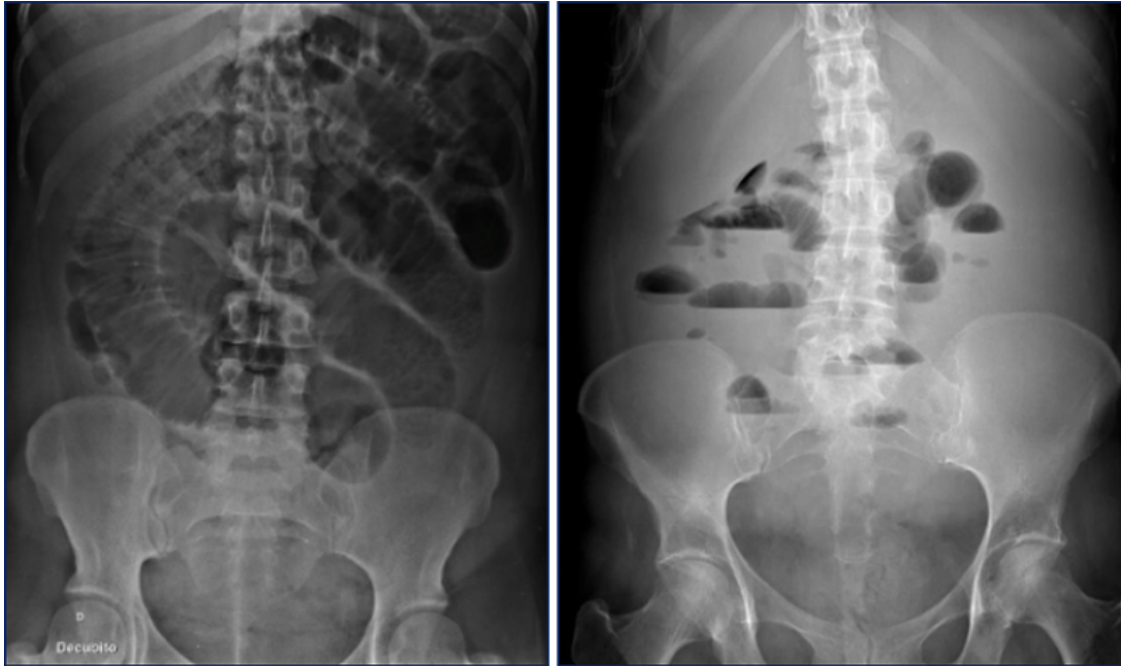
Comentário da questão

Introdução

Nosso paciente apresenta o **padrão clássico de obstrução intestinal por bridas**: homem com história de cirurgia abdominal prévia (apendicectomia há 3 anos) que desenvolve dor abdominal em cólica periumbilical, vômitos biliosos e parada de eliminação de gases e fezes.

A questão-chave aqui não é fazer o diagnóstico — isso está praticamente dado — mas sim reconhecer se estamos diante de uma obstrução simples ou complicada, pois isso define completamente nossa conduta inicial.

Vamos construir o raciocínio a partir das pistas do caso. A localização periumbilical da dor e os vômitos biliosos já nos direcionam para obstrução de intestino delgado (obstruções baixas, de cólon, cursam com dor em quadrantes inferiores e vômitos mais tardios, muitas vezes fecaloides). Os ruídos hidroaéreos aumentados e metálicos confirmam o caráter mecânico da obstrução - num íleo paralítico teríamos ausência de ruídos.



Agora vem o ponto decisivo: **temos sinais de complicação?** É fundamental procurar por sinais de estrangulamento ou necrose de alça, que mudariam completamente nossa abordagem. Vamos checar sistematicamente: o paciente está afebril (febre sugeriria necrose), com frequência cardíaca normal (taquicardia seria sinal de alerta), sem sinais de irritação peritoneal ao exame físico (ausência de defesa, descompressão brusca negativa), e a radiografia não mostra pneumoperitônio ou sinais de sofrimento intestinal. Perfeito — estamos diante de uma obstrução intestinal simples, sem complicações.

Mas por que isso importa tanto? Porque a conduta é completamente diferente. Nas obstruções complicadas (com estrangulamento, necrose ou perfuração), a cirurgia é urgente e inadiável. Já nas obstruções simples, principalmente quando causadas por bridas, temos uma excelente chance de resolução com tratamento conservador - estudos mostram que 60 a 85% das obstruções parciais resolvem sem necessidade de operação apenas com descompressão e suporte clínico. A fisiopatologia das bridas envolve traves fibróticas que distorcem as alças, criando pontos de angulação e compressão; muitas vezes, a descompressão

pela sonda nasogástrica reduz a distensão das alças, permitindo que elas "se soltem" dessas aderências sem necessidade de lise cirúrgica.

O **tratamento conservador inicial** consiste em: jejum absoluto (evitar progressão do conteúdo intestinal para a área obstruída), hidratação venosa vigorosa (nosso paciente já apresenta desidratação leve pelos vômitos), e sonda nasogástrica em drenagem (descomprime o estômago, previne broncoaspiração, reduz a distensão das alças). É fundamental monitorizar o paciente com exame físico seriado: se houver piora clínica, surgimento de febre, taquicardia, sinais de irritação peritoneal ou progressão da distensão mesmo com a sonda, aí sim partimos para cirurgia. Mas a tentativa inicial conservadora é absolutamente apropriada e tem alta taxa de sucesso nesse cenário.

Alternativa A

A laparotomia exploradora de urgência seria a conduta correta se tivéssemos **sinais de complicação**: febre, taquicardia, leucocitose, sinais de irritação peritoneal (que sugeririam estrangulamento ou necrose), ou pneumoperitônio (perfuração). Nenhum desses achados está presente no nosso caso. O erro aqui é não diferenciar obstrução simples de complicada — pular direto para cirurgia significa expor o paciente a um procedimento invasivo desnecessário quando há 60-85% de chance de resolução clínica. A cirurgia fica reservada para casos que não melhoram após 24-48h de tratamento conservador ou que apresentem sinais de complicação desde o início.

Alternativa B

Esta é a **conduta correta** para nosso paciente. Jejum, hidratação venosa e sonda nasogástrica formam a tríade do tratamento conservador de obstruções intestinais simples. O jejum evita que mais conteúdo chegue à área obstruída; a hidratação corrige a desidratação pelos vômitos e mantém a perfusão intestinal; a sonda nasogástrica descomprime o estômago (prevenindo broncoaspiração), reduz a distensão das alças por ar deglutido e permite monitorar o débito. Com essa abordagem inicial e monitorização rigorosa, a maioria dos casos de obstrução por bridas resolve espontaneamente, evitando cirurgia desnecessária.

Alternativa C

Esta alternativa representa um **erro potencialmente grave** — tanto o enema quanto os laxativos estimulantes são contraindicados em obstruções mecânicas. O raciocínio equivocado seria pensar "o intestino está parado, vamos estimulá-lo". Mas numa obstrução mecânica, há um obstáculo físico impedindo a progressão do conteúdo. Estimular a peristaltase acima desse ponto com laxativos ou enema aumenta a pressão intraluminal e pode levar à perfuração intestinal. Laxativos e enemas são reservados para constipação funcional (sem obstrução mecânica) ou, em casos muito selecionados, para impactação fecal. Nunca em obstrução mecânica aguda como a do nosso paciente.

Alternativa D

Esta alternativa erra em dois pontos fundamentais. Primeiro, **antibioticoterapia de amplo espectro** não está indicada numa obstrução simples sem sinais de complicação — antibióticos entram apenas se houver suspeita de translocação bacteriana, necrose ou perfuração (o que não é o caso). Segundo, e mais grave: dar alta para um paciente com obstrução intestinal aguda é inadequado. Este paciente precisa de internação hospitalar para monitorização rigorosa, suporte clínico e observação de possível piora que exija cirurgia. A obstrução intestinal é uma emergência que requer vigilância contínua, mesmo quando optamos inicialmente pelo tratamento conservador.

Visão do aprovado

Nas provas, obstrução intestinal aparece em formatos variados que precisamos reconhecer: ora perguntam diretamente a conduta inicial (como aqui), ora solicitam qual medida deve ser EVITADA (padrão comum que testa se sabemos as contraindicações), ora questionam apenas a etiologia mais provável. A pegadinha recorrente nesses cenários é colocar enema ou medicamentos pró-cinéticos como opção - aparecem frequentemente nas alternativas erradas justamente porque são contraindicados em obstrução mecânica, com risco real de perfuração. No caso atual, a alternativa C traz exatamente essa **armadilha clássica**.

Um detalhe que as bancas exploram na diferenciação clínica é a presença ou ausência de gás no reto à radiografia. Quando há gás distal preservado, caracteriza-se suboclusão (obstrução parcial), que tem prognóstico ainda mais favorável ao tratamento conservador. Já a ausência completa de gás no cólon, como no caso apresentado, indica obstrução total, mas ainda assim sem complicações justifica tentativa clínica inicial. Outro ponto: vômitos biliosos indicam obstrução recente de delgado, enquanto vômitos de odor fétido e coloração escurecida sugerem obstrução mais arrastada ou baixa - essa variação na descrição dos vômitos costuma aparecer para diferenciar tempo de evolução e localização.

Vale memorizar o **padrão epidemiológico** que cai repetidamente: bridas são a causa mais comum de obstrução de delgado (e de obstrução intestinal geral), enquanto neoplasia é a principal causa de obstrução colônica. Esse contraste aparece com frequência, seja como pergunta direta ou como base para construir o raciocínio diagnóstico a partir da história clínica e localização da dor.

Questão 86

Homem de 45 anos, contador, comparece ao ambulatório de coloproctologia referindo sangramento vermelho vivo indolor durante as evacuações há 8 meses. Relata que o sangramento ocorre principalmente quando faz esforço evacuatório e que nota saída de “caroços” pelo ânus durante a defecação, que retornam espontaneamente após alguns mi-

nutos. Nega dor anal, febre, perda ponderal ou alteração do hábito intestinal. Encontra-se com rastreamento para câncer colorretal atualizado, sem achados relevantes. Há 4 meses, iniciou medidas dietéticas com aumento do consumo de fibras, maior ingestão hídrica e redução do esforço evacuatório, porém os sintomas persistem com a mesma frequência. Ao exame físico geral, não apresenta alterações. Ao exame proctológico, não se observam fissuras ou tumorações externas. À anuscopia, observam-se mamilos hemorroidários internos que prolapsam à manobra de Valsalva e apresentam redução espontânea. Qual é a conduta adequada neste momento?

- A. Manter apenas as medidas dietéticas atuais por mais 3 meses.
- B. Prescrever antibiótico e anti-inflamatório para tratar trombose hemorroidária.
- C. Realizar ligadura elástica das hemorroidas internas em regime ambulatorial.
- D. Encaminhar para hemorroidectomia cirúrgica convencional como tratamento de primeira escolha.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

O grande desafio desta questão não é fazer o diagnóstico — nosso paciente tem um quadro clássico de hemorroida interna — mas sim **reconhecer que é hora de mudar de estratégia**. Ele "fez a lição de casa": aumentou fibras, bebeu mais água, evitou esforço evacuatório por 4 meses completos. E o resultado? Nada mudou. Esse é o ponto de virada que define nossa conduta.

Vamos construir o raciocínio desde o início. Temos um homem de 45 anos com *sangramento vermelho vivo indolor* há 8 meses — essa combinação já nos direciona fortemente para hemorroidas internas, que ficam acima da linha pectínea e recebem inervação visceral (por isso não doem). Se fosse fissura anal, por exemplo, teríamos dor intensa como sintoma cardinal; se fosse hemorroida externa trombosada, haveria dor e abaulamento palpável. Nada disso está presente aqui.

O segundo achado fundamental é o *prolapso que retorna espontaneamente*. O paciente descreve "caroços" que saem durante a evacuação e voltam sozinhos após alguns minutos. Esse detalhe — o retorno espontâneo — é a chave para classificar a hemorroida. Vamos relembrar rapidamente a classificação das hemorroidas internas:

Classificação das Hemorroidas Internas

- **Grau I:** sem prolapso (apenas sangramento)
- **Grau II:** prolapso com retorno espontâneo
- **Grau III:** prolapso que requer redução manual
- **Grau IV:** prolapso irreduzível (permanentemente exteriorizado)

Nosso paciente claramente tem *hemorroida grau II*: há prolapso durante o esforço, mas ele retorna sozinho sem precisar empurrar de volta. O exame físico confirma isso ao mostrar prolapso à Valsalva com retorno espontâneo, além de descartar outras causas (mucosa íntegra, sem fissuras ou tumorações).

Agora vem a decisão terapêutica. A *escada terapêutica* para hemorroidas segue uma lógica progressiva: começamos com tratamento conservador (medidas dietéticas e comportamentais), depois escalonamos para procedimentos ambulatoriais (ligadura elástica, escleroterapia, coagulação), e reservamos a cirurgia (hemorroidectomia) para casos mais avançados ou refratários. O erro comum é pensar que "mais conservador é sempre melhor" ou que "cirurgia é o tratamento definitivo ideal" — na verdade, precisamos escolher o tratamento adequado ao grau da doença e à resposta terapêutica.

E aqui está o ponto crucial: nosso paciente *já fez 4 meses de tratamento conservador adequado* (fibras, hidratação, evitar esforço) e os sintomas persistem com a mesma frequência. Isso caracteriza falha do tratamento conservador. Quatro meses é tempo mais que suficiente para avaliar resposta; insistir por mais 3 meses seria perder tempo e deixar o paciente sintomático desnecessariamente.

Para *hemorroidas grau II refratárias ao tratamento conservador*, a próxima etapa é um procedimento ambulatorial, e a ligadura elástica é o método de escolha. Ela funciona colocando um elástico ao redor do mamilo hemorroidário acima da linha pectínea (onde não há sensibilidade dolorosa), causando necrose isquêmica e posterior fibrose. É mais eficaz que escleroterapia ou coagulação infravermelha, requer menos sessões e tem bons resultados em graus I e II. A hemorroidectomia cirúrgica fica reservada para graus III-IV ou quando os procedimentos ambulatoriais falham — usar cirurgia como primeira escolha em grau II seria um tratamento excessivamente agressivo (overtreatment).

Portanto, o raciocínio nos leva naturalmente à **alternativa C: realizar ligadura elástica em regime ambulatorial**. É o próximo degrau apropriado na escada terapêutica para este paciente com hemorroida grau II que não respondeu ao conservador.

Alternativa A

Manter apenas as medidas dietéticas atuais por mais 3 meses.

Essa alternativa pode parecer atraente para quem valoriza demais o tratamento conservador ou pensa "sempre tentar o menos invasivo pri-

meiro". O erro aqui é **não reconhecer que o tratamento conservador já falhou**. O paciente não fez apenas 2 semanas de dieta — foram 4 meses completos com as medidas corretas (fibras, hidratação, evitar esforço), e os sintomas persistem com a mesma frequência. Quando há falha terapêutica clara após tempo adequado, insistir na mesma abordagem não é prudência, é inércia. Manter o paciente sintomático por mais 3 meses (totalizando 7 meses de conservador!) seria subestimar o caso e postergar desnecessariamente o alívio dos sintomas.

Alternativa B

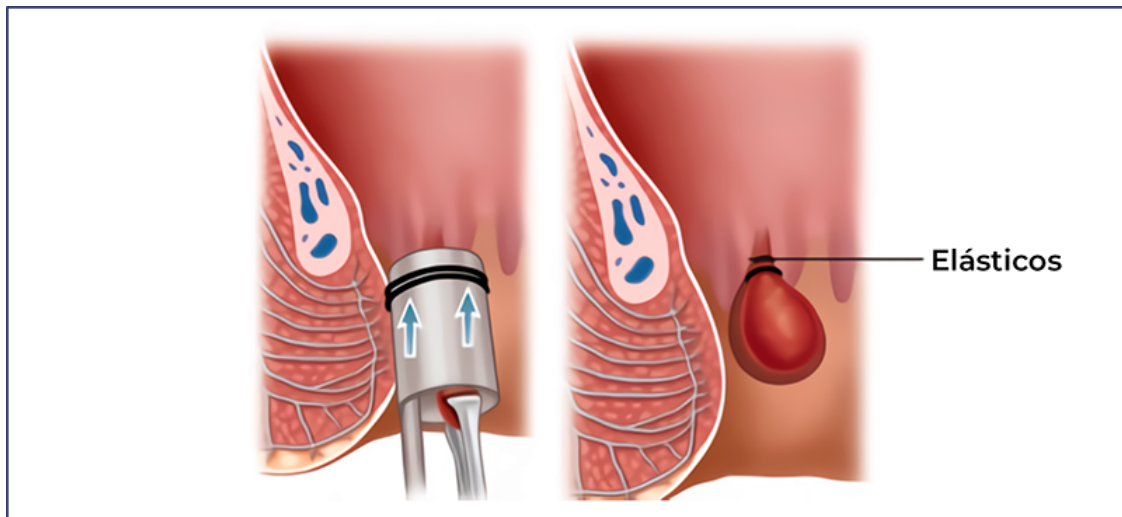
Prescrever antibiótico e anti-inflamatório para tratar trombose hemorroidária.

Essa alternativa é claramente eliminável porque **não há trombose hemorroidária neste caso**. A trombose (geralmente de hemorroidas externas) se apresenta com dor intensa, abaulamento doloroso à palpação e não costuma ter prolapso redutível. Nosso paciente tem sangramento *indolor*, o exame não mostra tumorações externas ou abaulamentos, e há prolapso típico de hemorroida interna grau II. Além disso, antibiótico não tem papel no tratamento de trombose hemorroidária (que não é processo infeccioso) — o tratamento seria analgesia e, eventualmente, excisão do trombo se muito sintomático. Totalmente fora do contexto clínico apresentado.

Alternativa C

Realizar ligadura elástica das hemorroidas internas em regime ambulatorial.

Nosso gabarito! Esta é a conduta correta porque estamos diante de uma **hemorroida interna grau II refratária ao tratamento conservador**. A ligadura elástica é o procedimento ambulatorial de escolha para graus I e II sintomáticos que não respondem às medidas conservadoras — é mais eficaz que escleroterapia ou coagulação infravermelha, requer menos sessões e tem baixa taxa de complicações. O procedimento é realizado no consultório, sem necessidade de internação ou anestesia (pois é feito acima da linha pectínea, onde não há sensibilidade dolorosa). Representa o próximo degrau apropriado na escada terapêutica, respeitando a progressão conservador → procedimento ambulatorial → cirurgia.



Alternativa D

Encaminhar para hemorroidectomia cirúrgica convencional como tratamento de primeira escolha.

Esse é o distrator para quem pensa "cirurgia é o tratamento definitivo, então vamos logo para ela". O erro fundamental aqui é não respeitar a escada terapêutica e indicar **tratamento excessivamente agressivo para o grau da doença**. A hemorroidectomia cirúrgica é reservada para hemorroidas grau III-IV ou para casos em que os procedimentos ambulatoriais falharam. Indicar cirurgia como primeira escolha em um grau II seria overtreatment — sujeitaríamos o paciente a um procedimento mais invasivo (que requer anestesia, tem maior morbidade, dor pós-operatória significativa e tempo de recuperação maior) quando há uma opção ambulatorial eficaz e menos invasiva disponível. A cirurgia tem seu lugar, mas não é "de primeira escolha" para grau II.

Visão do aprovado

Em provas, hemorroidas costumam ser cobradas testando dois pontos específicos: se você reconhece o grau pela descrição do prolapso (especialmente diferenciando grau II de III pelo retorno espontâneo versus necessidade de redução manual) e se você sabe quando abandonar o tratamento conservador para escalonar. A pegadinha clássica mora nas alternativas que prolongam desnecessariamente as medidas dietéticas — candidatos tendem a supervalorizar "mais tempo de conservador" por medo de parecer invasivo, mas **o erro é justamente não reconhecer falha terapêutica documentada**.

Outro padrão recorrente é a armadilha da hemorroidectomia como "tratamento definitivo". Bancas adoram colocar cirurgia como opção tentadora, apostando que o raciocínio será "cirurgia resolve de vez, então é melhor escolha". O discriminador-chave para eliminar essa alternativa rapidamente é checar o grau: se for I ou II sem contraindicação a procedimentos ambulatoriais, cirurgia representa overtreatment. Vale fixar que ligadura elástica aparece repetidamente como primeira linha para graus I-II refratários ao conservador.

Um detalhe que diferencia candidatos: saber que prazos como "4 meses" não são arbitrários. Questões costumam trazer durações variadas de tratamento (2 semanas, 1 mês, 3-4 meses) justamente para testar se você distingue tentativa inicial insuficiente de falha terapêutica estabelecida. Quando o enunciado especifica que as medidas foram corretas E mantidas por tempo prolongado SEM melhora, é sinal direto para o próximo degrau terapêutico — **insistir seria inércia, não prudência**.

Questão 87

Paciente do sexo masculino, 28 anos, é admitido no pronto-socorro após colisão automobilística a 80 km/h. Durante o transporte, permaneceu consciente e orientado. Ao exame inicial, apresenta escala de coma de Glasgow 15, queixa de dor intensa em hipocôndrio direito e epigástrio. Sinais vitais: frequência cardíaca de 88 bpm, pressão arterial de 120 x 75 mmHg, frequência respiratória de 18 irpm, saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente. Exame físico mostra abdome doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, sem defesa muscular ou sinais de irritação peritoneal. Ruídos hidroaéreos presentes. Após reposição inicial com 500 ml de solução cristaloide, paciente mantém estabilidade hemodinâmica. Tomografia computadorizada do abdome com contraste revela hematoma subcapsular hepático e laceração do segmento VI do fígado compatível com lesão grau III, pequena quantidade de líquido livre em pelve, ausência de extravasamento ativo de contraste e demais órgãos íntegros. Qual a conduta adequada para este paciente?

- A. Laparotomia exploradora imediata devido à presença de lesão hepática grau III.
- B. Alta hospitalar após controle da dor com prescrição de analgésicos orais.
- C. Tratamento não operatório com internação em unidade de terapia intensiva, jejum, analgesia e monitorização seriada dos sinais vitais e hemoglobina.
- D. Laparotomia com empacotamento hepático e controle de danos mesmo com estabilidade hemodinâmica para prevenir sangramento tardio.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

Vemos, nesta questão, um dos conceitos mais importantes no manejo do trauma abdominal: **a estabilidade hemodinâmica supera a gravidade anatômica da lesão**. Nosso paciente sofreu um trauma de

alta energia (colisão a 80 km/h), mas todos os sinais vitais estão impecáveis - FC 88, PA 120x75, consciente e orientado (Glasgow 15). Esse contraste entre a violência do mecanismo e a estabilidade clínica é exatamente o que define nossa conduta.

Vamos construir o raciocínio como faríamos na sala de emergência. Primeiro, seguimos o ATLS: vias aéreas pérvias, ventilação adequada (FR 18, SatO2 98%), circulação estável. O exame físico mostra dor localizada em hipocôndrio direito, mas um achado crucial: ausência de defesa muscular ou sinais de irritação peritoneal. Isso significa que não temos indicação absoluta de laparotomia exploradora imediata.

Como o paciente está estável, podemos investir tempo em um método diagnóstico mais preciso: a tomografia com contraste. E aqui encontramos dois achados fundamentais para nossa decisão: uma lesão hepática grau III (laceração do segmento VI com hematoma subcapsular) e, igualmente importante, ausência de extravasamento ativo de contraste (sem *blush* arterial).

Precisamos entender a classificação AAST do trauma hepático. As lesões são divididas em cinco graus, e um erro conceitual comum é achar que grau III já é "grave". Na verdade, graus I-III são considerados lesões de baixo grau, enquanto apenas graus IV-V são de alto grau. Mas aqui vem o ponto mais importante: mesmo lesões de alto grau (IV-V) podem ser manejadas de forma não operatória se o paciente permanecer hemodinamicamente estável!

Conceito fundamental: No trauma hepático moderno, a estabilidade hemodinâmica é o principal preditor de sucesso do tratamento não operatório, independentemente do grau da lesão. A intervenção cirúrgica no fígado traumatizado é tecnicamente desafiadora e menos definitiva que a esplenectomia, por isso evitamos a laparotomia sempre que possível.

Os critérios para tratamento não operatório (TNO) são claros: paciente hemodinamicamente estável (sem taquicardia, hipotensão ou sinais de choque), ausência de peritonite, disponibilidade de UTI para monitorização, hemoderivados disponíveis e, idealmente, acesso à arteriografia caso necessário. Nosso paciente preenche todos esses critérios!

E quanto ao líquido livre em pelve? Isso é esperado em trauma hepático - é sangue proveniente da lesão que será reabsorvido. Não indica cirurgia por si só. A ausência de *blush* arterial é tranquilizadora: significa que não há sangramento arterial ativo que exigiria angioembolização. Se houvesse extravasamento ativo de contraste na TC, mesmo com estabilidade, indicaríamos arteriografia com embolização.

Portanto, nosso paciente segue para tratamento não operatório: internação em UTI (para monitorização rigorosa), jejum (preparação caso haja necessidade cirúrgica posterior), analgesia adequada e acompa-

nhamento seriado dos sinais vitais e hemoglobina. A alternativa correta é a **letra C**.

Alternativa A

A laparotomia exploradora imediata seria indicada se houvesse **instabilidade hemodinâmica persistente** após reposição volêmica ou sinais de peritonite difusa. O erro conceitual aqui é achar que o grau III da lesão, por si só, é indicação cirúrgica. Como vimos, graus I-III são lesões de baixo grau, e mesmo lesões de alto grau (IV-V) podem ser tratadas conservadoramente se o paciente permanecer estável. A estabilidade hemodinâmica do nosso paciente (mantida inclusive após reposição de apenas 500ml) e a ausência de sinais peritoneais contraindicam a cirurgia imediata.

Alternativa B

Esta alternativa é francamente absurda e serve como distrator óbvio. Um paciente com **trauma hepático grau III** necessita internação prolongada, mesmo que estável. Há risco de sangramento tardio, desenvolvimento de complicações como biloma, abscess hepático ou hemobilia. A alta precoce seria negligência médica. Todo paciente em tratamento não operatório de trauma hepático requer monitorização em ambiente de terapia intensiva por pelo menos 24-48 horas, com exames seriados e reavaliações frequentes.

Alternativa C

Esta é a **conduta correta** e resume perfeitamente o protocolo de TNO para trauma hepático. A internação em UTI permite monitorização rigorosa dos sinais vitais - qualquer deterioração hemodinâmica será rapidamente identificada. O jejum mantém o paciente preparado para eventual laparotomia de urgência. A analgesia adequada é essencial para conforto e para permitir exame físico seriado (dor progressiva ou desenvolvimento de peritonite indicariam deterioração). A dosagem seriada de hemoglobina detecta sangramento oculto: uma queda inicial é esperada, mas quedas progressivas podem indicar sangramento contínuo e necessidade de reavaliação.

Alternativa D

O empacotamento hepático é uma técnica de **cirurgia de controle de danos**, reservada para pacientes em choque hemorrágico com instabilidade refratária. O princípio é simples: compressas ao redor do fígado controlam temporariamente o sangramento, permitindo que o paciente seja levado à UTI para ressuscitação (correção de hipotermia, acidose e coagulopatia), retornando ao centro cirúrgico 24-48h depois para retirada das compressas e hemostasia definitiva. Realizar laparotomia "profilática" em paciente estável para "prevenir sangramento tardio" vai contra toda a literatura moderna de trauma hepático - isso aumentaria morbidade sem benefício, já que a intervenção cirúrgica no fígado é desafiadora e a maioria das lesões para de sangrar espontaneamente.

Visão do aprovado

Esse tema é cobrado de forma bastante padronizada nas provas: paciente politraumatizado estável, imagem mostrando lesão que parece grave (grau III, IV ou até V), e a pergunta sobre conduta. A armadilha clássica é fazer o candidato associar automaticamente **gravidade anatômica com indicação cirúrgica**. Nas questões anteriores, vemos a mesma estrutura se repetir - seja no trauma esplênico, hepático ou pancreático, as bancas sempre colocam alternativas que tentam desviar o foco da estabilidade hemodinâmica para outros parâmetros menos relevantes.

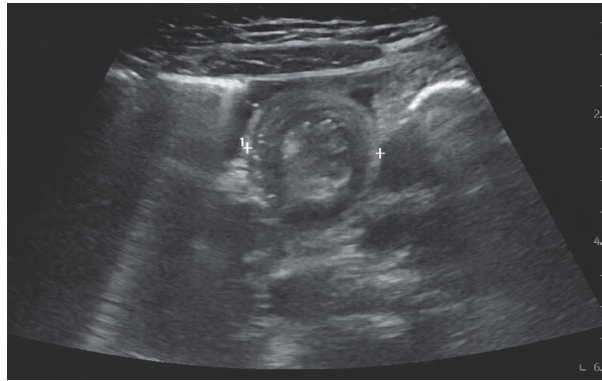
Três pegadinhas aparecem com frequência alarmante nesse contexto:

- Usar a queda de hemoglobina como critério isolado para cirurgia, geralmente com valores específicos tipo "queda de 2g/dL" - na prática, uma queda inicial é esperada após sangramento, e o que importa é a queda progressiva em dosagens subsequentes associada à instabilidade
- Transformar volume de líquido livre em indicação cirúrgica, quando na verdade esse sangue será reabsorvido; aqui tem um detalhe sutil que pode cair: líquido livre sem lesão parenquimatosa identificada na TC pode indicar lesão de víscera oca e aí sim justificaria investigação adicional
- Confundir dor abdominal intensa com peritonite - o examinador pode descrever "dor intensa em hipocôndrio" para simular urgência, mas sem defesa involuntária não caracteriza peritonite

Outro padrão recorrente é cobrar a classificação AAST de múltiplos órgãos sólidos na mesma prova ou em provas subsequentes da mesma banca. Se caiu pâncreas numa questão anterior, fique atento porque fígado ou baço podem aparecer na sequência. O discriminador que diferencia conduta conservadora pura de angioembolização - presença de *blush* arterial na TC - costuma ser o ponto de virada em questões mais elaboradas, então na prova o atalho é procurar ativamente se o enunciado menciona ou nega extravasamento ativo de contraste.

Questão 88

Lactente masculino de 9 meses, previamente hígido, é levado ao pronto-socorro pelos pais que relatam início súbito de episódios de choro intenso há 6 horas, durante os quais a criança flexiona as pernas sobre o abdome, apresenta palidez e sudorese. Entre os episódios, permanece calmo e sem sintomas. Evoluiu com vômitos não biliosos e eliminação de muco sanguinolento de aspecto gelatinoso. Ao exame físico, apresenta-se irritado, corado, hidratado, afebril. Abdome levemente distendido, doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. É palpada massa de consistência endurecida em quadrante superior direito. Ruídos hidroaéreos presentes e aumentados. Foi realizada ultrassonografia abdominal (abaixo). Qual é o diagnóstico mais provável?



- A. Apendicite aguda.
- B. Intussuscepção intestinal.
- C. Gastroenterite aguda bacteriana.
- D. Má rotação intestinal com volvo de intestino médio.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Essa questão nos apresenta um **caso de manual de intussuscepção intestinal**. Vamos ver como praticamente cada linha do enunciado nos entrega uma pista clássica dessa condição.

Começamos com um lactente de 9 meses — e esse detalhe já deveria acender um alerta vermelho. A intussuscepção tem um pico de incidência justamente entre 6 e 12 meses de vida, sendo a principal causa de obstrução intestinal nessa faixa etária. Então, diante de qualquer quadro de dor abdominal aguda em um bebê dessa idade, precisamos ter essa hipótese na nossa lista.

O segundo achado fundamental é o **padrão da dor: episódios de choro intenso com períodos de acalmia completa entre as crises**. Esse comportamento intermitente é extremamente característico. A criança chora intensamente, flexiona as pernas sobre o abdome (tentando aliviar a dor visceral), apresenta palidez e sudorese, e depois... fica completamente calma, como se nada tivesse acontecido. Isso ocorre porque a obstrução intestinal na intussuscepção é dinâmica e intermitente — o segmento invaginado se contrai e relaxa com os movimentos peristálticos.



Invaginação intestinal ileocecólica que é o local mais acometido (80%). Observar o apêndice com extremidade fora da invaginação. Fonte: Elaborado pela Medway

Mas o achado mais específico vem a seguir: eliminação de muco sanguinolento de aspecto gelatinoso, a famosa "geleia de framboesa". Esse é um achado praticamente patognomônico de intussuscepção. A fisiopatologia é direta: quando um segmento intestinal invagina dentro do outro, o mesentério é comprimido junto. Isso causa **congestão venosa progressiva da mucosa intestinal**, que começa a sangrar e produzir muco. O resultado é essa eliminação característica de sangue misturado com muco que tem aspecto gelatinoso.

O exame físico nos traz mais uma confirmação: massa palpável em quadrante superior direito. Na intussuscepção ileocecal (que representa 80% dos casos), o ceco invaginado tipicamente migra do quadrante inferior direito em direção ao hipocôndrio direito ou transversal, formando uma massa de consistência endurecida — o chamado *intussuscepto*.

E para fechar o diagnóstico, a ultrassonografia mostra imagem em alvo. Esse é o achado ultrassonográfico clássico: no corte transversal, vemos anéis concêntricos de diferentes ecogenicidades representando as camadas da parede intestinal invaginada. É como se estivéssemos olhando um "alvo" ou uma "rosca".



Ultrassonografia transversal mostra os anéis alternados de baixa e alta ecogenicidade devido à invaginação intestinal, sinal do alvo. Fonte: Ashcraft pág. 533.

Portanto, temos a tríade clássica completa: dor abdominal em cólica com períodos assintomáticos + geleia de framboesa + massa palpável. Quando somamos a idade típica (9 meses) e o sinal do alvo na USG, o diagnóstico de **intussuscepção intestinal** está praticamente confirmado.

Para não cair em armadilhas, vale destacar que os vômitos são não biliosos neste caso. Isso é importante porque ajuda a diferenciar de outras causas de obstrução intestinal, como veremos na análise das alternativas.

Alternativa A

A apendicite aguda é extremamente incomum em lactentes e apresenta quadro clínico bastante diferente do descrito.

Embora possa haver dor abdominal e vômitos, a dor costuma ser contínua e progressiva, acompanhada de irritabilidade persistente, febre e si-

nais inflamatórios. Não é esperado o padrão clássico de crises de dor intercaladas por períodos de completo bem-estar.

Além disso, fezes em aspecto de geleia de groselha e massa palpável em quadrante superior direito não fazem parte da apresentação da apendicite.

Alternativa B

O caso reúne praticamente todos os achados clássicos da intussuscepção intestinal.

Os principais elementos diagnósticos são:

- lactente de 9 meses, faixa etária de maior incidência;
- início súbito de dor abdominal em cólicas, manifestada por episódios de choro intenso com flexão das pernas;
- períodos assintomáticos entre as crises;
- vômitos inicialmente não biliosos;
- eliminação de muco sanguinolento em aspecto de geleia de groselha;
- massa palpável em quadrante superior direito, descrita classicamente como "massa em salsicha";
- ultrassonografia demonstrando o sinal do alvo.

Vale lembrar que a tríade clássica (dor abdominal, massa palpável e fezes em geleia de groselha) ocorre em uma minoria dos pacientes. Na prática, o padrão de dor intermitente associado ao sinal ultrassonográfico costuma ser suficiente para o diagnóstico.

Alternativa C

A gastroenterite aguda pode cursar com vômitos e diarreia, inclusive sanguinolenta em algumas infecções bacterianas, porém diversos achados afastam esse diagnóstico.

Não é esperado:

- dor em crises com períodos completamente assintomáticos;
- massa abdominal palpável;
- fezes em geleia de groselha;
- sinal do alvo na ultrassonografia.

Além disso, pacientes com gastroenterite frequentemente apresentam diarreia predominante e podem evoluir com febre e sinais sistêmicos, ausentes neste caso.

Alternativa D

A má rotação intestinal complicada por volvo do intestino médio constitui uma emergência cirúrgica e deve sempre ser lembrada diante de lactentes com vômitos biliosos.

Entretanto, o quadro clínico é diferente do apresentado.

O principal achado é o vômito bilioso de início abrupto, frequentemente acompanhado de rápida deterioração clínica e sinais de sofrimento intestinal.

O paciente da questão apresenta vômitos não biliosos, crises intermitentes de dor, fezes em geleia de groselha e ultrassonografia com sinal do alvo, conjunto altamente sugestivo de intussuscepção.

Visão do aprovado

Esta é uma questão clássica de reconhecimento de padrão.

A banca praticamente entrega o diagnóstico ao reunir os principais elementos da intussuscepção:

- lactente entre 6 e 12 meses;
- dor abdominal em cólicas;
- crises de choro com flexão das pernas;
- períodos de completo alívio entre as crises;
- vômitos;
- fezes em geleia de groselha;
- massa palpável em quadrante superior direito;
- sinal do alvo na ultrassonografia.

O detalhe que costuma diferenciar essa doença das demais causas de abdome agudo pediátrico é o comportamento da dor: a criança sofre crises intensas de cólica e, entre elas, parece completamente bem. Esse padrão praticamente não ocorre na apendicite nem na gastroenterite.

Outro ponto importante é não decorar apenas a tríade clássica. Ela está presente em menos de um terço dos pacientes. Na prática, basta reconhecer a associação entre lactente, dor abdominal intermitente e ultrassonografia com sinal do alvo para chegar ao diagnóstico.

Por fim, lembre-se da conduta. Na ausência de perfuração, peritonite ou instabilidade hemodinâmica, o tratamento inicial é a **redução não operatória por enema pneumático ou hidrostático guiado por fluoroscopia ou ultrassonografia**, método que é simultaneamente diagnóstico e terapêutico. A cirurgia fica reservada para casos com contraindicação à redução, falha do procedimento ou evidência de sofrimento intestinal.

Dica de prova: sempre que aparecer um lactente entre **6 e 12 meses** com **dor em crises, fezes em geleia de groselha e sinal do alvo na ultrassonografia**, pense imediatamente em **intussuscepção intestinal**. É uma das associações mais clássicas da cirurgia pediátrica.

Questão 89

Homem de 24 anos é admitido no pronto-socorro duas horas após sofrer ferimento por arma branca no oitavo espaço intercostal esquerdo, na linha axilar anterior. Encontra-se hemodinamicamente estável, eupneico e sem sinais de irritação peritoneal. A tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste não evidencia pneumotórax, hemotórax, pneumoperitônio, lesões de órgãos sólidos ou outras alterações relevantes. Nesse contexto, a conduta é:

- A. Observação clínica.
- B. Laparotomia exploradora.
- C. Nova tomografia computadorizada de tórax e abdome após 12 horas.
- D. Laparoscopia diagnóstica.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

Os ferimentos penetrantes localizados na transição toracoabdominal merecem atenção especial devido ao risco de lesão diafragmática. Essa região corresponde à área de sobreposição entre tórax e abdome, onde a posição do diafragma varia com o ciclo respiratório. Assim, um ferimento aparentemente torácico pode lesar estruturas abdominais, enquanto um ferimento aparentemente abdominal pode acometer o diafragma.

A lesão diafragmática pode permanecer assintomática na fase aguda, especialmente em pacientes hemodinamicamente estáveis e sem sinais de irritação peritoneal. Além disso, a tomografia computadorizada apresenta sensibilidade limitada para identificar pequenas lesões diafragmáticas, principalmente nos traumas penetrantes. O diagnóstico não realizado nessa fase pode resultar em hérnia diafragmática traumática tardia, com encarceramento ou estrangulamento de vísceras.

Nesses casos, a laparoscopia diagnóstica é considerada o método de escolha, pois permite inspeção direta do diafragma e, quando necessário, o reparo da lesão no mesmo procedimento.

Alternativa A

A observação clínica isolada não é suficiente. Embora o paciente esteja estável e a tomografia computadorizada não tenha demonstrado lesões intra-abdominais, esse exame não exclui de forma confiável pequenas lesões diafragmáticas. Optar apenas pela observação pode re-

tardar o diagnóstico e favorecer o desenvolvimento de hérnia diafragmática traumática tardia.

Alternativa B

A laparotomia exploradora está indicada principalmente para pacientes com instabilidade hemodinâmica, peritonite ou outra indicação formal de exploração abdominal. Neste caso, o paciente encontra-se estável e não apresenta evidências de lesão intra-abdominal que justifiquem uma abordagem aberta, tornando a laparotomia um procedimento excessivamente invasivo.

Alternativa C

A repetição da tomografia computadorizada não resolve a principal limitação do método. A dificuldade em identificar lesões diafragmáticas decorre da própria sensibilidade do exame, especialmente quando as perfurações são pequenas. Dessa forma, não há recomendação para repetir rotineiramente a tomografia antes da investigação definitiva.

Alternativa D

A laparoscopia diagnóstica é a conduta indicada. Em pacientes hemodinamicamente estáveis com ferimentos penetrantes na transição toracoabdominal, ela permite avaliação direta de ambos os hemidiafragmas, apresentando maior acurácia para o diagnóstico de lesões diafragmáticas do que os exames de imagem. Além disso, caso a lesão seja identificada, o tratamento pode ser realizado no mesmo tempo cirúrgico, evitando a evolução para hérnia diafragmática traumática.

Visão do aprovado

Essa é uma questão clássica de trauma que avalia um detalhe frequentemente explorado nas provas: **tomografia computadorizada normal não exclui lesão diafragmática após trauma penetrante da transição toracoabdominal.**

O raciocínio deve seguir três passos:

1. **Reconhecer a topografia do ferimento.** Um ferimento no oitavo espaço intercostal esquerdo, na linha axilar anterior, deve levantar imediatamente a suspeita de lesão diafragmática.
2. **Avaliar a estabilidade do paciente.** Como o paciente está hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite, não há indicação de laparotomia de urgência.
3. **Conhecer a limitação da tomografia.** O exame pode não identificar pequenas lesões do diafragma. Por isso, a laparoscopia diagnóstica permanece indicada mesmo diante de uma tomografia aparentemente normal.

Fique atento: em trauma penetrante da transição toracoabdominal, especialmente à esquerda, a principal "pegadinha" é confiar excessivamente na tomografia computadorizada. O diagnóstico definitivo da le-

são diafragmática, quando houver suspeita clínica, é feito por inspeção direta do diafragma, geralmente por **laparoscopia** em pacientes estáveis.

Questão 90

Homem de 52 anos, diabético, procura o pronto-socorro com quadro de febre há 5 dias, tosse produtiva com escarro purulento e dor torácica à direita. Em uso de Clavulin há 24h, prescrito por um familiar médico. Exame físico: regular estado geral, temperatura 38,8°C, FR 24 ipm, FC 110 bpm, PA 110x70 mmHg, saturação 92% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares diminuídos e macicez à percussão em base direita. Radiografia de tórax revela opacidade em lobo inferior direito com velamento de seio costofrênico ipsilateral. Realizada toracocentese diagnóstica e coletados exames de sangue, com os seguintes resultados: Qual a conduta mais adequada para este paciente?

Exame	Resultado	Valor de referência
Aspecto do líquido pleural	Turvo-amarelado	Líquido pleural normal: claro a levemente amarelado
pH do líquido pleural	7,1	7,60 a 7,66
Glicose do líquido pleural	35 mg/dL	Sérica: 70 a 110 mg/dL; Pleural $\geq$ 60% da glicose sérica
LDH do líquido pleural	890 U/L	Sérica: 140 a 280 U/L; Pleural $<$ 2/3 do LDH sérico
Proteínas do líquido pleural	4,2 g/dL	Sérica: 6,0 a 8,3 g/dL; Pleural/serum $<$ 0,5
Gram do líquido pleural	Cocos gram-positivos aos pares	Ausência de microrganismos
Leucócitos (hemograma)	18.500/mm ³ (desvio à esquerda)	4.000 a 11.000/mm ³

- A. Ampliar espectro antibiótico e manter observação clínica.
- B. Iniciar corticoterapia sistêmica associada ao antibiótico vigente.
- C. Realizar toracocentese evacuadora e manter antibioticoterapia atual.
- D. Indicar drenagem torácica fechada com tubo de tórax e antibioticoterapia endovenosa.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

O momento decisivo dessa questão está na análise do líquido pleural. Temos um paciente diabético de 52 anos com quadro clássico de pneumonia bacteriana - febre há 5 dias, tosse produtiva com escarro purulento, dor torácica, consolidação pulmonar à direita no exame físico

e RX mostrando opacidade em lobo inferior direito. Até aqui, seria pneumonia com antibioticoterapia, certo? O ponto é que vemos também **velamento do seio costrofrênico**, indicando derrame pleural associado. E é aqui que a questão fica interessante: não é qualquer derrame, precisamos analisar os números da toracocentese para definir nossa conduta.

Quando temos pneumonia com derrame pleural, nosso raciocínio deve seguir uma sequência: primeiro, confirmar que é um exsudato (não um transudato por insuficiência cardíaca, por exemplo); segundo, definir se é um derrame parapneumônico simples (que pode resolver com antibiótico) ou complicado/empiema (que exige drenagem). Os critérios que fazem essa diferenciação são específicos e devemos buscá-los ativamente na análise do líquido. Vejamos os achados do nosso paciente:

Análise do Líquido Pleural - Critérios de Complicação	
pH: 7,1 → abaixo de 7,2 ✓ (critério de complicação)	
Glicose: 35 mg/dL → abaixo de 40 mg/dL ✓ (critério de complicação)	
Gram: cocos gram-positivos aos pares ✓ (presença de bactérias = critério ABSOLUTO)	
Aspecto: turvo-amarelado (exsudato inflamatório/infeccioso)	

Percebam que TODOS os critérios de complicação estão presentes. O pH abaixo de 7,2 reflete intensa atividade metabólica bacteriana e resposta inflamatória no espaço pleural - as bactérias e leucócitos produzem ácido lático, reduzindo o pH local. A glicose abaixo de 40 mg/dL indica consumo pelos microorganismos e células inflamatórias. E a presença de bactérias ao Gram (cocos gram-positivos aos pares, sugestivo de *Streptococcus pneumoniae*) sela o diagnóstico: temos um **empiema pleural / derrame parapneumônico complicado**.

Agora vem a decisão terapêutica crucial: antibiótico sozinho resolve? Não. Temos material infectado/inflamatório no espaço pleural que precisa ser removido fisicamente - antibiótico não penetra adequadamente em coleções organizadas com pH tão baixo. Precisamos de drenagem. Mas que TIPO de drenagem? Aqui mora a principal armadilha da questão: uma toracocentese evacuadora (punção única para retirar líquido) seria suficiente? A resposta é não. Quando cruzamos os critérios de complicação (pH < 7,2, glicose < 40, Gram positivo), o líquido tende a ser mais espesso, pode formar septações e loculações, e reacumula rapidamente após punção simples. Nesses casos, a conduta é **drenagem torácica fechada com tubo de tórax** - um dreno posicionado no espaço pleural e conectado a sistema em selo d'água, que permite drenagem contínua, previne reacúmulo e favorece a reexpansão pulmonar.

Portanto, nossa conduta neste paciente com pneumonia complicada por empiema pleural é clara: drenagem torácica fechada com tubo de tórax associada à antibioticoterapia endovenosa (que deve cobrir o pneumococo, podendo usar ceftriaxona ou penicilina cristalina em doses altas). O gabarito é a alternativa D. Em provas, sempre que virem pH pleural abaixo de 7,2 ou glicose abaixo de 40, pensem imediatamente: **"preciso de dreno de tórax, não apenas punção"**.

Alternativa A

O paciente apresenta **empiema pleural** com critérios de complicação (pH < 7,2, glicose < 40 mg/dL, Gram positivo). Apenas ampliar antibiótico não resolve coleções infectadas no espaço pleural que precisam ser drenadas fisicamente. Ainda que possa ser discutido, futuramente, o escalonamento (paciente em uso há 24h de um antibiótico prescrito por um familiar), não é a prioridade no momento.

Alternativa B

Corticoides não são indicados em *empiema pleural* ativo com bactérias presentes no líquido. O foco deve ser na drenagem da coleção infectada e antibioticoterapia adequada.

Alternativa C

Toracocentese evacuadora (punção única) é insuficiente para empiema com critérios de complicação. O líquido tende a ser septado e reacula rapidamente, exigindo drenagem contínua com sistema fechado.

Alternativa D

Presença de critérios de **empiema pleural** (pH 7,1, glicose 35 mg/dL, Gram positivo) exige **drenagem torácica fechada** para remoção contínua da coleção infectada associada à antibioticoterapia endovenosa.

Visão do aprovado

Nas provas de residência, o tema empiema pleural costuma ser cobrado exatamente nesse formato: caso de pneumonia seguido de análise bioquímica do líquido pleural, pedindo a conduta. O padrão se repete: a banca fornece os valores-chave (pH, glicose, aspecto, Gram) e espera que reconheçamos rapidamente os critérios de complicação para decidir entre conduta conservadora, toracocentese ou drenagem fechada. Os valores decoráveis são **pH menor que 7,2 e glicose menor que 40 mg/dL** - quando pelo menos um desses está presente, já pensamos em derrame complicado que pode precisar de dreno.

A pegadinha clássica, que aparece frequentemente nessas questões, é a alternativa com toracocentese evacuadora. Muitos candidatos acertam que precisa drenar, mas erram o tipo de drenagem. A sacada está em perceber que toracocentese (punção única) serve para diagnóstico ou para derrames parapneumônicos simples sem critérios de complicação; quando cruzamos os critérios (principalmente Gram positivo,

que define empiema franco), a coleção tende a ser septada e reaccumular após punção simples, exigindo **sistema fechado contínuo**.

Outro ponto que pode aparecer em questões mais elaboradas é a discussão sobre fibrinolíticos intrapleurais (*alteplase*, *estreptoquinase*) para empiemas loculados que não drenam bem com tubo simples, ou a indicação de cirurgia com decorticação pulmonar quando o paciente não melhora após 5-7 dias de drenagem adequada e antibiótico. Essas são variações menos comuns, mas que definem **questões de bancas mais difíceis**.

Questão 91

Homem de 38 anos comparece à consulta na Unidade Básica de Saúde solicitando avaliação médica de rotina. Refere estar assintomático e nega uso regular de medicações. Ao exame físico: peso 82 kg, altura 1,73 m (IMC 27 kg/m²), pressão arterial 125 x 78 mmHg, sem outras alterações. Na anamnese, informa que o pai desenvolveu diabetes mellitus tipo 2 aos 55 anos e a mãe aos 60 anos. Nega tabagismo e etilismo. Praticava atividade física esporadicamente. Considerando as diretrizes brasileiras de rastreamento para diabetes mellitus tipo 2, a conduta indicada para este paciente é:

- A. orientar retorno aos 45 anos para início do rastreamento com glicemia de jejum.
- B. solicitar curva glicêmica de 75g como exame de escolha para rastreamento neste momento.
- C. solicitar glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, repetindo a cada 3 anos se resultado normal.
- D. implementar rastreamento anual com glicemia de jejum para todos os adultos a partir dos 35 anos, independente de fatores de risco.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

Nosso paciente tem 38 anos, está assintomático e procura a UBS para uma avaliação de rotina. À primeira vista parece uma consulta preventiva comum, mas os detalhes trazem pistas importantes: IMC 27 (sobrepeso), história familiar de DM2 em parentes de primeiro grau (pai e mãe) e sedentarismo. A pergunta central é: este paciente já tem indicação de rastreamento para diabetes tipo 2 agora, ou devemos aguardar?

Para responder, precisamos das diretrizes brasileiras vigentes. A **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), atualizada em 2025**, estruturou o rastreamento de DM2 em três frentes:

- 1) **rastreamento universal** para **todo adulto assintomático a partir dos 35 anos**, independentemente de fatores de risco;
- 2) **rastreamento por fator de risco** para **adultos de 18 a 34 anos** que tenham sobrepeso ou obesidade ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e ao menos um fator de risco adicional (história familiar de DM2 em 1º grau, HAS, doença cardiovascular, $\text{HDL} < 35$, triglicerídeos > 250 , SOP, sinais de resistência insulínica, inatividade física);
- 3) situações específicas, como **FINDRISC alto ou muito alto**, pré-diabetes prévio, história de diabetes gestacional ou uso de fármacos hiperglicemiantes.

Uma mudança importante em relação à diretriz anterior: o rastreamento universal foi **antecipado dos 45 para os 35 anos**, aproximando o Brasil das recomendações internacionais (a ADA já indicava aos 45, e a nova SBD é mais precoce). Aplicando ao caso: nosso paciente tem 38 anos, ou seja, **já está na faixa de rastreamento universal** — não é preciso aguardar nenhuma idade adicional. Além disso, ele soma sobrepeso, história familiar e sedentarismo, o que só reforça a indicação.

E qual exame solicitar? A SBD 2025 mantém como **exames iniciais de escolha a glicemia de jejum e a hemoglobina glicada (HbA1c)** — práticos, acessíveis e com boa acurácia para a fase assintomática. O **teste oral de tolerância à glicose (TOTG)** não é exame de primeira linha para rastreamento populacional: na diretriz, ele entra em etapas posteriores do algoritmo (com destaque agora para o **TOTG de 1 hora**, mais sensível) diante de exames iniciais alterados ou de indivíduos de maior risco. Para o rastreamento inicial, queremos simplicidade e reprodutibilidade — não o teste mais sensível.

E a periodicidade, se o resultado inicial for normal? Aqui está outra atualização relevante: a SBD 2025 **individualiza o intervalo conforme o risco**, e não usa mais um "3 anos" fixo para todos. Com exames normais e **menos de 3 fatores de risco adicionais ou FINDRISC baixo/moderado, repete-se a cada 3 anos**; com **≥ 3 fatores adicionais ou FINDRISC alto/muito alto, o intervalo cai para anual**; no pré-diabetes, ao menos anual. Contando os fatores do nosso paciente — história familiar em 1º grau (1) e inatividade física (1), com PA normal e sem dislipidemia relatada —, temos **menos de 3 fatores adicionais e FINDRISC estimado baixo/moderado**, o que o coloca corretamente na **repetição trienal**. Vale reforçar: pai e mãe diabéticos contam como **um** fator (história em 1º grau), não dois.

O rastreamento anual indiscriminado para toda a população ≥ 35 anos não se justifica — aumenta custos, sobrecarrega o sistema e eleva falsos-positivos sem ganho proporcional de detecção em quem é de baixo risco.

Alternativa A

A *American Diabetes Association (ADA)* recomenda rastreamento universal a partir de 45 anos, mas as diretrizes brasileiras são mais precoces, iniciando aos 35 anos para todos ou aos 25 anos na presença de fatores de risco. Nosso paciente, com 38 anos e múltiplos fatores de risco, já está muito além do ponto de corte para rastreamento. Aguardar até 45 anos significaria perder uma janela de 7 anos para detecção e prevenção de complicações - conduta inadequada segundo as recomendações nacionais.

Alternativa B

O teste oral de tolerância à glicose (TOTG ou curva glicêmica) é um exame mais complexo, que exige preparo de 3 dias, jejum prolongado, administração de sobrecarga de glicose e múltiplas coletas. Embora seja excelente para diagnosticar intolerância à glicose e diabetes gestacional, ele não é o exame de escolha para rastreamento populacional de DM2 em adultos assintomáticos. Os exames de rastreamento devem ser simples, reprodutíveis e práticos - características que a glicemia de jejum e a HbA1c possuem, mas a curva glicêmica não.

Alternativa C

A alternativa contempla todos os elementos das diretrizes brasileiras: (1) reconhece que o paciente já tem indicação de rastreamento agora (não precisa aguardar), (2) indica os exames de escolha apropriados (*glicemia de jejum* ou *HbA1c*), e (3) estabelece a periodicidade correta de 3 anos para repetição se o resultado for normal. Esta conduta está alinhada com a prevenção secundária eficiente, permitindo detecção precoce sem sobrecarregar o sistema com testagens excessivas.

Alternativa D

Esta alternativa merece atenção especial porque toca em um conceito fundamental de saúde pública: a diferença entre **rastreamento universal (para toda a população) e rastreamento oportunístico/direcionado (para grupos de risco)**. Embora a idade de 35 anos esteja correta segundo as diretrizes brasileiras, a proposta de rastreamento anual indiscriminado é problemática por várias razões:

Do ponto de vista de custo-efetividade, rastrear anualmente toda a população adulta acima de 35 anos geraria um número enorme de exames. O **número necessário para rastrear (NNS - number needed to screen)** seria altíssimo para detectar um único caso novo de diabetes em um período de apenas 1 ano, especialmente em pessoas sem fatores de risco. A periodicidade de 3 anos foi estabelecida justamente porque a

progressão de normoglicemia para diabetes geralmente leva alguns anos, e testagens anuais não aumentam significativamente a detecção precoce em pessoas de baixo risco.

Além disso, rastreamentos muito frequentes aumentam o risco de falso-positivos, levando a ansiedade desnecessária, exames complementares em cascata e até tratamentos inapropriados. Também há o fenômeno da **variabilidade glicêmica**: uma pessoa pode ter uma glicemia levemente elevada em um dia (por stress, jejum inadequado, etc.) e normal no dia seguinte. Rastreamentos anuais multiplicam essas variações sem benefício clínico comprovado.

As diretrizes modernas privilegiam o rastreamento direcionado: mais intensivo (intervalos menores, até anual) em pessoas com alto risco, e menos frequente (trienal) em pessoas de risco moderado ou baixo. Esta abordagem estratificada otimiza recursos, reduz danos e mantém a efetividade da detecção precoce. Portanto, **rastreamento universal anual não está recomendado**.

Visão do aprovado

Nas provas de medicina de família e preventiva, questões sobre rastreamento de diabetes costumam testar dois pontos críticos: a diferenciação entre diretrizes (brasileiras versus americanas) e a confusão entre exames de rastreamento versus diagnóstico. A pegadinha mais comum é oferecer a idade de 45 anos como gatilho universal para rastreamento - isso vem da ADA e não das diretrizes nacionais.

Outro padrão recorrente é a apresentação de casos limítrofes, onde o paciente tem apenas um ou dois fatores de risco leves e está na faixa etária intermediária (entre 25 e 35 anos). Nesses cenários, a banca testa se você sabe que **basta um fator de risco a partir dos 25 anos para indicar rastreamento**. Já a armadilha do TOTG como rastreamento aparece com frequência: as bancas adoram oferecer a curva glicêmica como "exame mais completo" ou "padrão-ouro", mas essa não é a lógica do rastreamento populacional - queremos simplicidade e reprodutibilidade, não o exame mais sensível.

Por fim, fique atento à periodicidade: **rastreamento anual só se justifica em situações de altíssimo risco** (*pré-diabetes*, por exemplo), nunca como rotina universal.

Questão 92

Um lactente do sexo feminino, de 6 meses, é levado pela mãe à Unidade Básica de Saúde para consulta de puericultura. Encontra-se em aleitamento materno exclusivo, sustenta a cabeça, senta-se com apoio, leva objetos à boca e demonstra interesse pelos alimentos consumidos pela família durante as refeições. A mãe solicita orientações sobre o início da alimentação complementar. A orientação correta a ser fornecida é:

- A.** Manter o aleitamento materno e oferecer alimentos liquidificados, sem adição de açúcar, em três refeições ao dia
- B.** Manter o aleitamento materno e oferecer alimentos amassados com garfo, sem adição de açúcar ou mel, em três refeições ao dia
- C.** Manter o aleitamento materno e oferecer alimentos amassados com garfo, iniciando exclusivamente com frutas nas primeiras semanas
- D.** Manter o aleitamento materno e oferecer alimentos amassados com garfo, acrescentando pequenas quantidades de açúcar para facilitar a aceitação inicial

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

A alimentação complementar deve ser iniciada por volta dos **6 meses**, quando a criança já apresenta maturidade neurológica e motora para receber alimentos diferentes do leite materno. O lactente descrito apresenta sinais de prontidão: sustenta a cabeça, senta-se com apoio, leva objetos à boca e demonstra interesse pela comida.

O aleitamento materno deve ser mantido, preferencialmente até 2 anos ou mais. Os alimentos devem ser oferecidos inicialmente **amassados com garfo**, em consistência espessa, sem serem liquidificados ou peneirados. Entre 6 e 7 meses, podem ser oferecidas três refeições complementares ao dia, habitualmente duas refeições com frutas e uma refeição principal contendo alimentos de diferentes grupos. Não se recomenda adicionar açúcar, mel, melado ou adoçantes antes dos 2 anos

Alternativa A

A manutenção do aleitamento materno, a ausência de açúcar e a oferta de três refeições ao dia estão adequadas. O erro está na consistência proposta. Os alimentos não devem ser liquidificados, batidos no liquidificador ou peneirados. Essas práticas deixam a preparação excessivamente homogênea e impedem que a criança tenha contato adequado com diferentes texturas.

No início da alimentação complementar, a comida deve ser amassada com garfo, mantendo consistência espessa. Essa forma de apresentação favorece o aprendizado da mastigação, o desenvolvimento das habilidades orais e a progressão posterior para alimentos picados, desfiados ou oferecidos em pedaços macios. Preparações muito líquidas também podem apresentar menor densidade energética, fazendo com que a cri-

ança precise consumir volumes maiores para obter a mesma quantidade de energia e nutrientes.

Alternativa B

Aos 6 meses, deve-se manter o aleitamento materno e iniciar a alimentação complementar com alimentos in natura ou minimamente processados, variados e adequados à alimentação da família. Inicialmente, os alimentos devem ser amassados com garfo e oferecidos em consistência espessa, sem necessidade de liquidificar ou peneirar.

Entre 6 e 7 meses, podem ser oferecidas três refeições complementares ao dia. Em geral, orientam-se duas refeições com frutas e uma refeição principal, como almoço ou jantar. Essa refeição deve conter alimentos de diferentes grupos, incluindo cereal ou tubérculo, feijão ou outra leguminosa, carne ou ovo, legumes e verduras.

Não se deve acrescentar açúcar, mel, melado ou adoçantes. Além de favorecer a preferência por sabores excessivamente doces, o consumo de açúcar antes dos 2 anos não é recomendado pelo Ministério da Saúde. O mel também deve ser evitado nessa faixa etária. A alimentação deve ser responsiva, respeitando os sinais de fome e saciedade, sem forçar a criança e sem interromper precocemente o aleitamento materno.

Alternativa C

A manutenção do aleitamento materno e a oferta de alimentos amassados com garfo estão corretas. O erro está em recomendar que a alimentação complementar seja iniciada exclusivamente com frutas durante as primeiras semanas.

A partir dos 6 meses, a criança deve receber alimentos variados dos diferentes grupos alimentares. As frutas podem ser oferecidas desde o início, mas não devem ser o único tipo de alimento. Também deve ser introduzida uma refeição principal contendo cereais ou tubérculos, feijões, carnes ou ovos, legumes e verduras.

Essa variedade é importante porque, a partir dessa idade, o leite materno isoladamente já não supre integralmente todas as necessidades nutricionais, especialmente de energia, ferro e outros micronutrientes. Restringir a alimentação apenas às frutas pode atrasar a oferta de fontes importantes de ferro, proteínas e energia.

Alternativa D

A manutenção do aleitamento materno e a consistência amassada com garfo estão adequadas, mas não se deve acrescentar açúcar para facilitar a aceitação. O Ministério da Saúde orienta que preparações ou produtos contendo açúcar não sejam oferecidos antes dos 2 anos.

A recusa inicial de determinados alimentos é comum e não deve ser interpretada como necessidade de adoçar a comida. A criança está conhecendo novos sabores, aromas e texturas e pode precisar de várias

exposições até aceitar um alimento. A conduta adequada é oferecê-lo novamente em outras ocasiões, sem pressão e respeitando os sinais de fome e saciedade.

A adição precoce de açúcar pode favorecer a formação de preferência por sabores muito doces e dificultar a aceitação do sabor natural dos alimentos.

Visão do aprovado

Aos 6 meses, pense em quatro pontos principais:

aleitamento mantido + comida amassada + variedade + ausência de açúcar.

Não se recomenda:

- liquidificar ou peneirar os alimentos;
- iniciar exclusivamente com frutas por várias semanas;
- acrescentar açúcar para facilitar a aceitação;
- substituir precocemente as mamadas pelas refeições.

Entre 6 e 7 meses, a criança pode receber três refeições complementares ao dia, geralmente duas com frutas e uma refeição principal. A comida deve ser espessa e amassada com garfo, evoluindo progressivamente de consistência conforme o desenvolvimento.

Questão 93

Uma menina de 3 anos recebeu diagnóstico de anemia ferropriva há seis semanas e iniciou sulfato ferroso na dose de 2 mg/kg/dia de ferro elementar, administrado junto às principais refeições. Os responsáveis relatam adesão adequada e ausência de efeitos adversos. Os exames são apresentados na tabela abaixo. A conduta indicada é:

Parâmetro	Antes do tratamento	Após 6 semanas	Valor de referência
Hemoglobina	8,2 g/dL	8,6 g/dL	11,0-14,0 g/dL
Hematócrito	25%	26%	34-40%
VCM	68 fL	70 fL	73-87 fL
RDW	18%	17%	11,5-14,5%
Reticulócitos	—	1,20%	0,5-2,5%

- A.** Manter a prescrição atual, repetir o hemograma em 30 a 45 dias e aguardar a evolução da hemoglobina.
- B.** Manter a dose atual, investigar outras causas de anemia e aguardar os resultados antes de modificar o tratamento.
- C.** Ajustar o ferro oral para dose terapêutica, orientar administração que favoreça a absorção e reavaliar a resposta.
- D.** Suspender o ferro oral, iniciar ferro intravenoso e repetir o hemograma em 30 a 45 dias.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

A criança apresenta **resposta inadequada ao tratamento da anemia ferropriva**. Após seis semanas, a hemoglobina aumentou apenas de 8,2 para 8,6 g/dL, elevação de 0,4 g/dL, permanecendo anemia microcítica com RDW aumentado. Em tratamento adequado, espera-se aumento da hemoglobina superior a aproximadamente 1 g/dL após quatro semanas.

Antes de considerar falha verdadeira ao ferro oral, é necessário verificar dose, adesão, forma de administração e diagnóstico. Neste caso, apesar da adesão relatada, foram identificados dois fatores que explicam a resposta insuficiente:

- a dose de **2 mg/kg/dia de ferro elementar é inferior à dose terapêutica recomendada para anemia ferropriva**, geralmente de 3 a 6 mg/kg/dia;
- o sulfato ferroso está sendo administrado junto às principais refeições, o que pode reduzir sua absorção. O Ministério da Saúde orienta a administração preferencialmente no intervalo entre as refeições.

Assim, a conduta inicial é corrigir o tratamento oral, orientar uma administração que favoreça a absorção e reavaliar a resposta antes de indicar ferro intravenoso ou ampliar a investigação etiológica.

Alternativa A

Manter a prescrição sem corrigir os fatores identificados não é a conduta indicada. A dose atual (2 mg/kg/dia de ferro elementar) está abaixo da faixa terapêutica recomendada pelo Consenso da SBP sobre Anemia Ferropriva que preconiza 3 a 6 mg/kg/dia. Além disso, a administração junto às principais refeições reduz a absorção do ferro não heme, já que a absorção é favorecida pelo jejum.

Simplesmente repetir o hemograma em 30 a 45 dias e aguardar, sem corrigir dose e forma de administração, prolonga desnecessariamente a exposição da criança à anemia e ao risco de repercussões no neurodesenvolvimento — um dos pontos centrais reforçados pelo próprio Consenso SBP, que classifica a anemia ferropriva como "mais que uma doença, uma urgência médica". Reavaliar sem intervir sobre uma causa já identificada de falha (dose subterapêutica associada à má absorção) não está alinhado à conduta esperada de um médico generalista diante de dados que já explicam a resposta insuficiente.

Alternativa B

A investigação de outras causas de anemia pode ser necessária quando não há resposta ao ferro apesar de tratamento adequado, mas não é apropriado manter uma prescrição reconhecidamente insuficiente enquanto se aguardam exames complementares. Antes de considerar falha verdadeira ao ferro oral ou questionar o diagnóstico, é necessário garantir que o tratamento foi conduzido com dose terapêutica, adesão adequada e administração que favoreça a absorção — o que ainda não ocorreu neste caso.

A dose de 2 mg/kg/dia e a administração junto às refeições explicam, de forma plausível e suficiente, a pequena elevação da hemoglobina (0,4 g/dL em 6 semanas, aquém do aumento esperado de pelo menos 1,0 g/dL em 30 a 45 dias). Assim, a conduta inicial é corrigir esses fatores antes de ampliar a investigação etiológica. Diagnósticos diferenciais de falha verdadeira — perda sanguínea persistente, doença celíaca, inflamação crônica, parasitoses conforme o contexto epidemiológico, hemoglobinopatias (especialmente traço talassêmico) ou erro diagnóstico inicial — devem ser considerados apenas se persistir resposta inadequada após uma tentativa terapêutica oral corretamente conduzida.

Alternativa C

A criança recebeu uma dose de ferro elementar inferior à terapêutica e em condição desfavorável à absorção. O Consenso da SBP sobre Anemia Ferropriva (2021) e o PCDT/MS Anemia por Deficiência de Ferro (Portaria SAS/MS nº 1.247/2014) recomendam, para o tratamento da anemia ferropriva, sulfato ferroso em dose de 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar, fracionado ou em dose única, individualizada conforme a intensidade da anemia e a tolerância do paciente.

Portanto, a conduta indicada é ajustar o ferro oral para essa faixa terapêutica. Quanto à forma de administração, a absorção do ferro não heme é favorecida pelo jejum; a administração junto a alimentos-fonte de vitamina C pode contribuir para melhorar a absorção, enquanto leite e derivados devem ser evitados na mesma tomada, por reduzirem a biodisponibilidade do ferro. Quando houver intolerância, a administração junto às refeições é uma estratégia aceitável para preservar a adesão — ainda que à custa de menor absorção e, conseqüentemente, de tratamento mais prolongado —, mas não deve ser a primeira escolha diante de resposta insuficiente com dose já subterapêutica.

Após a correção da dose e da forma de administração, deve-se reavaliar clinicamente e repetir o hemograma e a contagem de reticulócitos em 30 a 45 dias, quando se espera aumento da hemoglobina de pelo menos 1,0 g/dL. Uma vez confirmada a resposta adequada, o tratamento deve ser mantido por tempo suficiente para repor os estoques corporais de ferro (habitualmente até 6 meses ou até a normalização de Hb, VCM, HCM, ferro sérico, saturação da transferrina e ferritina), não sendo interrompido assim que a hemoglobina se normaliza.

Alternativa D

Não há indicação imediata de suspender o ferro oral e iniciar ferro intravenoso. A via oral permanece a primeira escolha para a maioria das crianças com anemia ferropriva, desde que utilizada em dose terapêutica e de maneira adequada — o que ainda não ocorreu neste caso, já que a criança recebeu apenas 2 mg/kg/dia de ferro elementar, junto às principais refeições.

O ferro intravenoso é reservado para situações específicas, como intolerância importante ao tratamento oral, má absorção comprovada (por exemplo, doença celíaca ou doença inflamatória intestinal), impossibilidade de uso da via oral, necessidade de reposição rápida, ou falha terapêutica documentada apesar de dose, administração e adesão adequadas. Nenhum desses critérios está preenchido neste momento: a tentativa oral ainda não foi corretamente conduzida.

A primeira medida deve ser otimizar a terapia oral (corrigir dose e administração) e documentar a resposta hematológica em 30 a 45 dias. Somente se, após essa correção, a hemoglobina não se elevar conforme o esperado, é que se deve revisar a adesão de forma mais detalhada, confirmar a deficiência de ferro e considerar via parenteral ou investigação de causas alternativas.

Visão do aprovado

Diante de aparente falha ao ferro oral, revise quatro pontos antes de ampliar a investigação:

diagnóstico + dose + adesão + administração.

Neste caso:

- diagnóstico prévio de anemia ferropriva;
- dose utilizada: **2 mg/kg/dia**, abaixo da terapêutica;
- administração: junto às refeições, com possível redução da absorção;
- resposta: aumento de apenas **0,4 g/dL em seis semanas**, insuficiente.

A dose profilática de ferro não deve ser confundida com a dose de tratamento. Para anemia ferropriva infantil, a referência clássica do Ministério da Saúde é **3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar**.

A ausência de resposta somente deve levar à investigação de refratariedade após garantir que a criança recebeu uma tentativa terapêutica realmente adequada.

Questão 94

Uma menina de 4 anos e 3 meses é levada à Unidade Básica de Saúde para atualização do calendário vacinal. O cartão de vacinação registra: três doses de pentavalente e três doses de vacina poliomielite inativada (VIP) aos 2, 4 e 6 meses; uma dose de reforço com DTP e uma dose de reforço com VIP aos 15 meses; uma dose de tríplice viral aos 12 meses; uma dose de varicela aos 15 meses; e uma dose de febre amarela aos 9 meses. As demais vacinas indicadas para a idade estão em dia. Segundo o Calendário Nacional de Vacinação vigente do Ministério da Saúde, a conduta indicada é:

- A.** Administrar hepatite A, DTP, tríplice viral, varicela e febre amarela
- B.** Administrar VIP, dT, tríplice viral, varicela e febre amarela
- C.** Administrar VIP, DTP, tríplice viral, varicela e febre amarela
- D.** Administrar VIP, pentavalente, tríplice viral, varicela e febre amarela

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: C

Comentário da questão

Introdução

A consulta dos 4 anos de idade é um dos pontos de maior densidade do Calendário Nacional de Vacinação, concentrando quatro reforços/complementações simultâneas: 2º reforço de VIP, 2º reforço de DTP, 2ª dose de varicela e reforço de febre amarela — além de eventuais doses de tríplice viral em atraso.

A partir de 3 de agosto de 2026, por força da Nota Técnica nº 64/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS, o Ministério da Saúde reintroduz o 2º reforço da vacina poliomielite inativada (VIP) aos 4 anos de idade, mantendo o esquema exclusivo com VIP (sem uso de VOP, retirada do calendário desde 2024) e reforçando o compromisso do país com a manutenção do status de área livre de poliovírus selvagem, alcançado em 1994. Até então, o esquema de pólio era composto por 3 doses (2, 4 e 6 meses) mais um único reforço aos 15 meses; agora, um segundo reforço se soma ao calendário, respeitando intervalo mínimo de 6 meses entre os dois reforços.

Some-se a isso os pontos já consolidados do calendário: a partir dos 15 meses, o reforço padrão de difteria, tétano e coqueluche passa a ser feito com DTP, sendo a pentavalente reservada ao esquema primário (2, 4 e 6 meses) e utilizada como reforço apenas em situação excepcional de indisponibilidade da DTP — a dT só entra em cena a partir dos 7 anos. A varicela segue esquema de 2 doses; a 2ª dose de tríplice viral (SCR), prevista para os 15 meses, deve ser administrada simultaneamente à 1ª dose de varicela monovalente, sendo comum encontrar crianças com essa 2ª dose de SCR em atraso, a qual deve ser resgatada assim que identificado.

Calendário Nacional de Vacinação (PNI) — resumo

CALENDÁRIO VACINAL PELO PNI	
AO NASCER	• BCG + Hepatite B
2 MESES	• Pentavalente + VIP + Pneumo20 + Rotavírus
3 MESES	• Meningo C
4 MESES	• Pentavalente + VIP + Pneumo10 + Rotavírus
5 MESES	• Meningo C
6 MESES	• Pentavalente + VIP • Influenza • COVID-19 (1ª dose)
7 MESES	• Influenza (2ª dose na primovacinação) • COVID-19 (2ª dose)
9 MESES	• Febre amarela
12 MESES	• Tríplice viral (SCR) + Pneumo20 + Meningo ACWY
15 MESES	• Hepatite A + DTP + VIP + Varicela
4 ANOS	• Varicela + DTP + Febre amarela + VIP
9 A 14 ANOS	• HPV
10 A 14 ANOS	• Dengue
11 A 14 ANOS	• Meningo ACWY

Nota: no período de transição da pneumocócica conjugada (a partir de junho/2026), o esquema básico de rotina passa a ser D1 (2 meses) com VPC20, D2 (4 meses) com VPC10 e reforço (12 meses) com VPC20, conforme estoque disponível.

Fonte: Calendário Nacional de Vacinação 2026 (Ministério da Saúde); Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026; Nota Técnica nº 64/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS; Guia Técnico para Introdução da Vacina Pneumocócica 20-valente (Conjugada) no PNI, 2026; Calendário SBP/SBIm 2025-2026; Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), 6ª ed., 2023.

Vamos começar pelo que a criança recebeu: 3 doses de VIP e 3 doses de pentavalente (2, 4, 6 meses), 1 reforço de DTP e 1 reforço de VIP (15 meses), 1 dose de tríplice viral (12 meses), 1 dose de varicela (15 meses) e 1 dose de febre amarela (9 meses). As demais vacinas indicadas para a

idade — incluindo as séries pneumocócica e meningocócica — já estão em dia. Isso significa que ela completou a série primária de poliomielite e das vacinas bacterianas (DTP+Hib+HepB), além do 1º reforço de VIP e DTP, mas ainda deixou lacunas a serem resgatadas nesta visita.

Agora vem a parte crucial: identificar o que falta nesta visita dos 4 anos e 3 meses. Para a poliomielite, a criança já tem as 3 doses primárias e o 1º reforço de VIP aos 15 meses — falta o 2º reforço de VIP, programado justamente aos 4 anos pela NT 64/2026, com intervalo mínimo de 6 meses já superado. Para as vacinas bacterianas, ela recebeu o 1º reforço de DTP aos 15 meses — falta o 2º reforço de DTP, também previsto aos 4 anos. A tríplice viral teve apenas 1 dose aos 12 meses, e o PNI preconiza uma 2ª dose, idealmente aos 15 meses junto com a 1ª dose de varicela — como isso não ocorreu (a criança recebeu apenas a varicela isolada aos 15 meses), a dose de SCR deve ser resgatada agora. A varicela também teve apenas 1 dose (15 meses); o esquema básico prevê 2 doses, sendo a 2ª indicada exatamente aos 4 anos. E aqui vem um ponto que muitos candidatos negligenciam por não revisar o cartão com atenção: a criança já recebeu a dose básica de febre amarela aos 9 meses — o que falta não é a primeira dose, e sim o reforço dos 4 anos, com intervalo mínimo de 30 dias amplamente satisfeito.

Alternativa A

A vacina hepatite A tem esquema de dose única no Calendário Nacional de Vacinação, sem previsão de reforço subsequente — logo, se "as demais vacinas indicadas para a idade estão em dia", a hepatite A já foi administrada e não há indicação de nova dose. Essa alternativa testa exatamente o erro de não reconhecer que, a partir de 3 de agosto de 2026, a VIP passará a ter um 2º reforço aos 4 anos (Nota Técnica nº 64/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS), deixando essa lacuna "genérica" ser preenchida por outra vacina infantil conhecida, porém sem indicação real nesse momento. O restante da alternativa (DTP, tríplice viral, varicela e febre amarela) está correto, o que reforça que o erro está isolado no reconhecimento da VIP.

Alternativa B

A vacina dT (dupla adulto — difteria e tétano) só está indicada a partir dos 7 anos de idade, sendo utilizada como reforço decenal após o esquema de DTP estar completo. Aos 4 anos, o reforço de difteria, tétano e coqueluche ainda deve ser feito com DTP (tríplice bacteriana), que cobre também o componente pertussis — componente ausente na dT. Essa alternativa testa a confusão entre as duas siglas semelhantes (DTP x dT), um erro clássico de leitura apressada do calendário. O restante da alternativa (VIP, tríplice viral, varicela e febre amarela) está corretamente indicado para a idade.

Alternativa C

Esta é a combinação correta e completa para a consulta dos 4 anos e 3 meses. A VIP recebe seu 2º reforço aos 4 anos, conforme reintroduzi-

do pela Nota Técnica nº 64/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS a partir de 3 de agosto de 2026, com intervalo mínimo de 6 meses desde o reforço anterior (15 meses) já superado. A DTP recebe seu 2º reforço aos 4 anos, seguindo o mesmo intervalo mínimo de 6 meses desde o 1º reforço. A tríplice viral, com apenas 1 dose registrada aos 12 meses, precisa da 2ª dose resgatada — idealmente ela teria sido administrada junto com a 1ª dose de varicela aos 15 meses, mas isso não ocorreu, então deve ser feita agora. A varicela recebe sua 2ª dose, prevista exatamente aos 4 anos. E a febre amarela recebe seu reforço dos 4 anos, com intervalo mínimo de 30 dias desde a dose aos 9 meses amplamente satisfeito. Todas as cinco intervenções são simultaneamente cabíveis e tecnicamente corretas nesta visita.

Alternativa D

A vacina pentavalente é destinada ao esquema primário (2, 4 e 6 meses de idade); a partir dos 15 meses, o reforço padrão contra difteria, tétano e coqueluche passa a ser feito com DTP, sendo a pentavalente reservada apenas para situações excepcionais de indisponibilidade da DTP. Como não há, no enunciado, qualquer menção a essa situação de exceção, a conduta padrão e esperada é a administração de DTP, não de pentavalente. Essa alternativa testa a confusão entre a vacina do esquema primário (que também protege contra Hib e hepatite B, componentes desnecessários nesta fase) e a vacina de reforço específica para essa faixa etária. O restante da alternativa (VIP, tríplice viral, varicela e febre amarela) está corretamente indicado.

Visão do aprovado

Essa questão é um ótimo exemplo de como a prova gosta de testar quem realmente lê o cartão de vacina linha por linha, em vez de decorar "a criança de 4 anos toma DTP, VIP e febre amarela" de forma automática. O pulo do gato aqui foi perceber que a varicela isolada aos 15 meses (sem a tríplice viral junto) é uma pista silenciosa de que a 2ª dose de SCR ficou para trás — muita gente ia direto para "VIP + DTP + varicela + febre amarela" e esquecia de resgatar a tríplice viral.

O segundo ponto de atenção é a atualização da VIP: o calendário mudou em agosto de 2026, e bancas costumam adorar cobrar mudanças recentes justamente para separar quem estuda o normativo vigente de quem decorou uma versão antiga. Vale o hábito de, ao revisar calendário vacinal, sempre checar a data da última atualização antes da prova — normas de imunização mudam com frequência maior do que a maioria das outras áreas da pediatria.

Por fim, fica a dica das "vacinas-armadilha": pentavalente (só primário, salvo exceção), dT (só a partir dos 7 anos) e hepatite A (dose única, sem reforço) aparecem constantemente como distratores plausíveis exatamente porque soam familiares — o candidato aprovado sabe reconhecer o "nome certo, momento errado".

Referência bibliográfica

- **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Nota Técnica nº 64/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS:** reintrodução do 2º reforço da vacina poliomielite inativada (VIP) aos 4 anos de idade no Calendário Nacional de Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 18 jun. 2026. Disponível em: https://sbim.org.br/images/SEI_0056071763_Nota_Tecnica_64.pdf_2026-06-23.pdf. Acesso em: 28 ago. 2026.
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026.** Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2026.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2026.
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Guia Técnico para Introdução da Vacina Pneumocócica 20-valente (Conjugada) no Programa Nacional de Imunizações.** 1. ed. – versão eletrônica preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/guia-tecnico-para-introducao-da-vacina-pneumococica-20-valente-conjugada-no-programa-nacional-de-imunizacoes.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2026.
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Nota Técnica nº 52/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS:** diretrizes para utilização da vacina pneumocócica 20-valente (conjugada) na Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (RIE). Brasília: Ministério da Saúde, 20-21 maio 2026. *(referência complementar sobre a VPC20 em situações especiais; não se aplica à criança do caso, que não apresenta indicação clínica especial).*
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).** 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais-6a-edicao/view>. Acesso em: 28 ago. 2026.
- **SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIm).** **Calendário de Vacinação SBIm Criança:** recomendações 2025/2026. São Paulo: SBIm, 2025. Disponível em: https://sbim.org.br/images/crianca-Calend-SBIm-2025-250508a-web.pdf_2025-05-09.pdf. Acesso em: 28 ago. 2026.
-

Questão 95

Um menino de 18 meses é levado à Unidade Básica de Saúde para consulta de puericultura. Os pais relatam que ele caminha sem apoio, rabisca espontaneamente, tenta usar a colher, fala cerca de 10 palavras isoladas além de "mamãe" e "papai", aponta para mostrar objetos de interesse e segue comandos simples sem gestos. Também imita atividades domésticas, atende quando chamado pelo nome e não apresenta perda de habilidades previamente adquiridas. O crescimento está adequado para a idade. Além da aplicação do M-CHAT-R, com entrevista de seguimento quando indicada, a conduta adequada é:

- A.** Considerar desenvolvimento adequado para a idade, orientar estímulos apropriados e manter acompanhamento de rotina
- B.** Considerar atraso motor, encaminhar para estimulação precoce e antecipar a reavaliação clínica
- C.** Considerar possível atraso de linguagem, programar reavaliação do desenvolvimento em 30 dias
- D.** Considerar atraso cognitivo, solicitar avaliação neurológica e iniciar investigação complementar

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: A

Comentário da questão

Introdução

A avaliação do desenvolvimento infantil deve considerar os diferentes domínios, como motricidade grossa e fina, linguagem, cognição, comunicação social e comportamento adaptativo. O menino descrito apresenta aquisições compatíveis com a idade: caminha sem apoio, rabisca espontaneamente, tenta utilizar a colher, fala algumas palavras além de "mamãe" e "papai", compreende comandos simples e imita atividades realizadas pelos adultos.

Também demonstra habilidades importantes de comunicação social, como apontar para compartilhar objetos de interesse e atender quando chamado pelo nome. A ausência de perda de habilidades previamente adquiridas é outro dado tranquilizador, pois a regressão do desenvolvimento constitui sinal de alerta e exige investigação.

Dessa forma, além da aplicação do M-CHAT-R/F prevista para essa faixa etária, a conduta é registrar o desenvolvimento como adequado, orientar estímulos apropriados e manter o acompanhamento habitual na puericultura. O rastreamento com o M-CHAT-R/F deve ser realizado mesmo quando a criança não apresenta suspeita clínica de transtorno do espectro autista.

Alternativa A

A criança apresenta desenvolvimento compatível com o esperado para a idade nos diferentes domínios avaliados. No aspecto motor grosso, caminha sem apoio. No motor fino e adaptativo, rabisca espontaneamente e tenta utilizar a colher. Em relação à linguagem, fala algumas palavras além de “mamãe” e “papai” e compreende comandos simples sem necessidade de gestos.

No domínio social e comunicativo, aponta para mostrar objetos de interesse, atende quando chamada pelo nome e imita atividades domésticas. O ato de apontar para compartilhar interesse é uma habilidade relevante de atenção compartilhada, enquanto a imitação demonstra aquisição social e cognitiva apropriada.

Também não há perda de habilidades, alteração do crescimento ou qualquer outro sinal de alerta neurológico. Portanto, não há indicação de encaminhamento especializado ou realização de exames complementares.

A conduta adequada é registrar os marcos observados, orientar a família sobre estímulos apropriados e manter o seguimento habitual. Podem ser incentivadas atividades como leitura de livros com figuras, nomeação de objetos e partes do corpo, brincadeiras de imitação, desenho com giz de cera, tentativa supervisionada de alimentação com colher e exploração segura do ambiente.

Além dessa vigilância clínica, deve-se aplicar o M-CHAT-R/F, conforme estabelecido no comando. Esse instrumento complementa a avaliação, mas não substitui a análise global do desenvolvimento e não representa, isoladamente, um teste diagnóstico. O Ministério da Saúde recomenda sua aplicação aos 18 meses, inclusive em crianças sem suspeita clínica.

Alternativa B

A criança não apresenta atraso motor. Caminhar sem apoio é uma aquisição esperada nessa faixa etária, e não há relato de quedas excessivas, assimetrias, alterações do tônus ou dificuldade para se deslocar.

Além disso, o desenvolvimento motor fino também está adequado, uma vez que a criança rabisca espontaneamente e tenta utilizar a colher. Esses dados demonstram progressão das habilidades motoras e adaptativas.

O encaminhamento para estimulação precoce é indicado quando há atraso confirmado, risco para o desenvolvimento ou sinais de alerta que justifiquem intervenção especializada. Embora todas as crianças devam receber estímulos adequados no ambiente familiar, isso não equivale ao encaminhamento para um serviço formal de estimulação precoce.

Portanto, não há indicação de classificar a criança como portadora de atraso motor nem de antecipar sua reavaliação exclusivamente com base nas informações apresentadas.

Alternativa C

Não há evidências suficientes para considerar atraso de linguagem. Aos 18 meses, espera-se que a criança apresente progressão da linguagem verbal, com uso de palavras além de “mamãe” e “papai”, associada à compreensão de ordens simples e ao uso de gestos comunicativos. O menino descrito apresenta essas aquisições.

A avaliação da linguagem não deve se limitar ao número absoluto de palavras pronunciadas. É necessário observar também a compreensão, a intenção comunicativa, o uso de gestos, a atenção compartilhada e a progressão das habilidades. Nesse caso, a criança segue comandos simples, aponta para compartilhar interesses, responde ao nome e não apresenta regressão.

Assim, não existe motivo para adiar a conclusão clínica nem programar obrigatoriamente uma reavaliação em 30 dias. O acompanhamento do desenvolvimento deve continuar nas consultas de rotina. Uma reavaliação antecipada seria indicada caso houvesse ausência de progressão, perda de habilidades, preocupação significativa da família ou resultado alterado no rastreamento.

Alternativa D

Não existem elementos que indiquem atraso cognitivo. A criança compreende comandos simples, imita atividades domésticas, utiliza objetos com finalidade, demonstra interesse pelo ambiente e apresenta interação social adequada. Essas habilidades refletem desenvolvimento cognitivo, comunicativo e adaptativo compatível com a idade.

A avaliação neurológica e os exames complementares não são indicados rotineiramente em uma criança com desenvolvimento adequado. A investigação especializada seria considerada diante de regressão, atraso significativo em um ou mais domínios, alterações do tônus, assimetria motora, crises epiléticas, anormalidades do perímetro cefálico ou outros achados clínicos relevantes.

Solicitar exames sem uma hipótese diagnóstica definida não traria benefício e poderia gerar preocupação e intervenções desnecessárias.

Visão do aprovado

Aos 18 meses, não avalie apenas uma habilidade isolada. Observe diferentes domínios:

- **Motor grosso:** caminha sem apoio;
- **Motor fino:** rabisca e tenta usar a colher;
- **Linguagem:** fala palavras além de “mamãe” e “papai”;
- **Compreensão:** segue comandos simples;

- **Comunicação social:** aponta para compartilhar interesse e responde ao nome;
- **Cognição e adaptação:** imita atividades domésticas.

A ausência de regressão é um dado tranquilizador. Perda de palavras, redução da interação, abandono de habilidades motoras ou desaparecimento de gestos comunicativos exigem investigação.

Outro ponto importante: o M-CHAT-R/F deve ser aplicado nessa faixa etária mesmo quando o desenvolvimento parece adequado. Ele é um instrumento de rastreamento para risco de TEA, e não um teste diagnóstico.

Questão 96

Homem de 29 anos, funcionário da limpeza urbana, procura a UPA com febre (39,2°C), cefaleia intensa, náuseas e dor muscular generalizada há 3 dias. Refere que há 6 dias precisou entrar em água de enchente até a cintura para desobstruir um bueiro durante o trabalho. Nega comorbidades e alergias medicamentosas. Exame físico: bom estado geral, febril, hidratado, conjuntivite bilateral discreta, ausculta cardiopulmonar normal, abdome sem alterações, extremidades com dor à palpação da musculatura das panturrilhas. Qual a conduta mais adequada para este paciente?

- A. Prescrever azitromicina 500mg via oral duas vezes ao dia por 7 dias.
- B. Prescrever doxiciclina 100mg via oral de 12 em 12 horas por 7 dias.
- C. Prescrever ciprofloxacino 500mg via oral de 12 em 12 horas por 10 dias.
- D. Orientar apenas sintomáticos e hidratação, com retorno se piora do quadro.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

Quando vemos um paciente com **exposição a água de enchente** seguida de febre, a primeira hipótese que deve vir à mente é leptospirose. Neste caso, temos um cenário quase didático: trabalhador da limpeza urbana que há 6 dias entrou em água de enchente até a cintura e agora, 3 dias após o início dos sintomas, apresenta uma tríade clássica que praticamente fecha o diagnóstico.

Vamos dissecar as pistas do enunciado. Nosso paciente tem febre alta (39,2°C), cefaleia intensa, náuseas e dor muscular generalizada, sintomas inespecíficos que poderiam sugerir várias infecções. Mas dois achados ao exame físico são extremamente reveladores: conjuntivite bilateral discreta (hiperemia/sufusão conjuntival) e **dor à palpação das panturrilhas**. Essa combinação, febre + mialgia em panturrilhas + hiperemia conjuntival, forma a tríade característica da leptospirose em sua forma anictérica.

Aqui vale uma diferenciação importante. Poderíamos pensar em dengue, que também causa febre, mialgia e cefaleia. Porém, a dengue tipicamente causa mialgia generalizada ou predominante em membros e dorso, não especificamente nas panturrilhas. Além disso, **conjuntivite não é um achado típico de dengue**: quando há acometimento ocular, geralmente é dor retro-orbitária, não hiperemia conjuntival. O contexto epidemiológico sela o diagnóstico: a exposição ocupacional a água de enchente há 6 dias é absolutamente compatível com o período de incubação da leptospirose (2-30 dias, média 7-14 dias).

Estabelecido o diagnóstico de leptospirose, precisamos classificar a gravidade. A leptospirose apresenta-se em duas formas principais: a forma anictérica (85-90% dos casos), caracterizada por síndrome febril com mialgia, cefaleia e hiperemia conjuntival, geralmente autolimitada; e a Doença de Weil (5-15% dos casos), forma grave com icterícia rubínica, insuficiência renal aguda e manifestações hemorrágicas. Nosso paciente está em **bom estado geral**, hidratado, sem icterícia, sem alterações em ausculta cardiopulmonar ou abdome, claramente uma forma leve/moderada, sem sinais de gravidade.

Classificação da Leptospirose

- **Forma anictérica (85-90%):** febre alta, cefaleia intensa, mialgia em panturrilhas, hiperemia conjuntival. Evolução autolimitada em 7-10 dias. Tratamento ambulatorial.
- **Doença de Weil (5-15%):** icterícia rubínica, insuficiência renal aguda, manifestações hemorrágicas. Mortalidade elevada. Requer internação e tratamento IV.

O tratamento antibiótico está indicado porque reduz a duração e gravidade dos sintomas quando iniciado até 5 dias do início do quadro. Nosso paciente está no 3º dia de sintomas, portanto dentro da janela terapêutica ideal. Para formas leves/moderadas em tratamento ambulatorial, a **primeira escolha é doxiciclina 100mg** via oral de 12/12h por 7 dias. Alternativas incluem amoxicilina (500mg 8/8h por 7 dias) e azitromicina (500mg 1x/dia por 3 dias), mas estas são opções de segunda linha.

Tratamento da Leptospirose por Gravidade

Forma leve/moderada (ambulatorial):

- Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 7 dias (primeira escolha)
- Azitromicina 500mg VO 1x/dia por 3 dias (alternativa)
- Amoxicilina 500mg VO 8/8h por 7 dias (segunda linha)

Forma grave (hospitalar):

- Penicilina G cristalina 1,5 milhão UI IV 6/6h por 7 dias (primeira escolha)
- Ceftriaxone 1-2g IV 1x/dia por 7 dias (alternativa)
- Ampicilina 1g IV 6/6h por 7 dias (segunda alternativa)

Portanto, o raciocínio nos conduz naturalmente à alternativa B: prescrever **doxiciclina 100mg via oral** de 12 em 12 horas por 7 dias. É o tratamento de primeira linha, adequado à gravidade do caso, e iniciado no momento ideal para impactar a evolução da doença.

Alternativa A

A azitromicina pode confundir porque de fato é uma opção terapêutica para leptospirose, mas a doxiciclina ainda costuma ser a primeira escolha. Além disso, há um erro na posologia: quando usamos azitromicina para leptospirose, o esquema correto é **500mg 1x/dia por 3 dias**, não 500mg duas vezes ao dia por 7 dias como sugere a alternativa. A doxiciclina permanece superior em eficácia e é a opção preferencial em todas as diretrizes para tratamento ambulatorial.

Alternativa B

Esta é a resposta correta. A doxiciclina 100mg de 12/12h por 7 dias é o **tratamento de primeira linha** para leptospirose em sua forma leve/moderada, exatamente o que temos neste caso. O paciente apresenta critérios clínicos e epidemiológicos para leptospirose, está em bom estado geral (sem sinais de gravidade que exigiriam internação), e encontra-se na janela terapêutica ideal (sintomas há 3 dias, tratamento eficaz até 5 dias). A doxiciclina reduzirá a duração dos sintomas, a gravidade do quadro e a leptospirúria, além de prevenir progressão para formas graves.

Alternativa C

O ciprofloxacino não faz parte do arsenal terapêutico padrão para leptospirose. Embora seja uma fluoroquinolona com amplo espectro, **não há evidências robustas** que suportem seu uso nesta doença, e ele não consta nas diretrizes e protocolos estabelecidos. Esta alternativa poderia enganar quem pensa em "infecção bacteriana = quinolona", mas o tratamento da leptospirose é bem estabelecido e não inclui ciprofloxacino.

Alternativa D

Este é um distrator perigoso. O paciente realmente está em "bom estado geral", hidratado e sem sinais de gravidade, o que poderia sugerir conduta expectante. Porém, mesmo nas formas leves de leptospirose, o **tratamento antibiótico está indicado** porque demonstrou reduzir a duração dos sintomas, prevenir complicações e diminuir a leptospirúria (eliminação de bactérias na urina). Além disso, estamos dentro da janela terapêutica ideal (até 5 dias do início), quando o antibiótico tem maior impacto. Deixar sem tratamento seria perder a oportunidade de melhorar o desfecho e arriscar progressão para formas mais graves.

Visão do aprovado

Nas provas de residência, leptospirose costuma ser cobrada em dois formatos principais: ou o caso vem com contexto ocupacional/epidemiológico explícito e óbvio (trabalhador de limpeza, enchente, esgoto) para testar se você reconhece a doença, ou vem com apresentação mais sutil para diferenciar de dengue. A pegadinha clássica é justamente essa confusão entre as duas arboviroses febris. O discriminador que as bancas esperam que você identifique rapidamente é a **localização específica da mialgia**: panturrilhas na leptospirose versus generalizada/dorso na dengue. Outro ponto: hiperemia conjuntival versus dor retro-orbitária. Memorizar essa distinção poupa tempo precioso na prova.

Um padrão recorrente que merece atenção é a inclusão de antibióticos "quase certos" nas alternativas incorretas. Azitromicina aparece frequentemente como distrator, às vezes até com posologia errada (7 dias em vez de 3), testando se você conhece não só a droga alternativa mas também o esquema correto. **Ciprofloxacino é outro distrator comum**, explorando o raciocínio automático "infecção bacteriana aguda = fluoroquinolona". As bancas sabem que em ambiente de prova, sob pressão, essas associações automáticas podem induzir ao erro.

A armadilha mais perigosa está na alternativa que sugere conduta expectante. Quando o enunciado menciona "bom estado geral" e ausência de sinais de gravidade, testa-se se o candidato sabe que mesmo formas leves de leptospirose devem ser tratadas quando dentro da janela terapêutica. Esse é um ponto decisivo: o tratamento não depende apenas da gravidade, mas também do momento (até 5 dias). **Deixar passar essa oportunidade** é erro comum em provas, especialmente quando o caso não parece "tão grave".

Questão 97

Homem de 68 anos, admitido há 72 horas na UTI com hemorragia subaracnóidea aneurismática (Hunt-Hess III, Fisher 3), submetido a clipagem cirúrgica no 1º dia. Por hipertensão arterial grave (PA 220x120 mmHg), foi iniciado nitroprussiato de sódio em infusão contínua, mantido em doses altas (até 8 mcg/kg/min) nas últimas 60 horas para controle pressórico rigoroso, com boa resposta (PA 140-160x80-90 mmHg). Recebe nimodipina oral desde a admissão. Nas últimas 12 horas, evolui com piora progressiva do nível de consciência (Glasgow de 14 para 11), agitação,

taquipneia (FR 30) e taquicardia (FC 118). Ao exame: pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem novo déficit focal, sem rigidez de nuca, sem crise convulsiva presenciada, pele com coloração rósea. Fundoscopia sem papiledema. Monitorização com PIC em 12 mmHg. Doppler transcraniano de controle, realizado há 6 horas, com velocidade média na artéria cerebral média de 85 cm/s (normal: < 120 cm/s). Exames laboratoriais abaixo. Qual é a conduta adequada neste momento?

Exame	Resultado	Referência
pH arterial	7,18	7,35-7,45
pCO ₂	32 mmHg	35-45
pO ₂	98 mmHg	80-100
SatO ₂ arterial	0,98	95-100
HCO ₃ ⁻	14 mEq/L	22-26
Lactato arterial	9,4 mmol/L	<2,0
SvcO ₂	0,88	65-75
Sódio	139 mEq/L	135-145
Potássio	4,4 mEq/L	3,5-5,0
Cloro	103 mEq/L	98-107
Ureia	48 mg/dL	15-45
Creatinina	1,1 mg/dL	0,7-1,3
Glicemia	128 mg/dL	70-99
Hemoglobina	13,8 g/dL	13-17
Carboxiemoglobina	0,012	<3
Metaemoglobina	0,008	<2
Troponina I	0,04 ng/mL	<0,04
Cálcio iônico	1,18 mmol/L	1,10-1,30
TP (INR)	1,1	<1,2

- A. Realizar TC de crânio urgente e acionar a neurocirurgia, pela suspeita de ressangramento do aneurisma.
- B. Suspende o nitroprussiato e iniciar hidroxocobalamina endovenosa.
- C. Iniciar terapia hipertensiva induzida e angioplastia química, pela suspeita de vasoespasma sintomático.
- D. Suspende o nitroprussiato, iniciar nitroglicerina e manter conduta expectante com monitorização.

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

O descritivo deste caso clínico nos mostra que **nem toda piora neurológica em um paciente com HSA é uma complicação neurológica**. Nosso paciente está no terceiro dia de UTI após clipagem de um aneurisma cerebral roto, e apresenta rebaixamento do nível de consciência

associado a agitação, taquipneia e taquicardia. O primeiro reflexo de qualquer médico seria pensar nas complicações clássicas da hemorragia subaracnóidea: ressangramento do aneurisma ou *vasoespasmo cerebral sintomático*. Mas vamos com calma - os dados objetivos nos contam outra história.

Avaliando as complicações neurológicas esperadas, vemos que a *PIC* está em 12 mmHg (perfeitamente normal), não há déficit focal novo ao exame, e o *Doppler transcraniano* mostra velocidade de 85 cm/s na artéria cerebral média - dentro da normalidade. Esses achados reduzem a probabilidade de **ressangramento e vasoespasmo, ainda que não descartem totalmente**. Se houvesse ressangramento significativo, esperaríamos elevação da PIC, sinais de herniação ou novos déficits focais. Se fosse vasoespasmo sintomático (complicação esperada em um Fisher 3!), o Doppler mostraria velocidades acima de 120 cm/s, frequentemente ultrapassando 200 cm/s nos casos graves. Além disso, o caso clínico nos traz um cenário conhecido.

Então, se não são as complicações neurológicas óbvias, o que está acontecendo? A chave está em olhar para o contexto sistêmico e os exames laboratoriais. Nosso paciente está taquipneico (FR 30!), taquicárdico (FC 118), e a gasometria revela uma *acidose metabólica grave*: pH 7,18, bicarbonato de 14 mEq/L, e o achado mais impressionante - **lactato arterial de 9,4 mmol/L** (lembrem que o normal é menor que 2!). Calculando o ânion gap: $139 - (103 + 14) = 22$, claramente elevado. Temos aqui uma acidose metabólica com ânion gap elevado e hiperlactatemia intensa.

Diante de uma acidose láctica tão acentuada, devemos pensar nas causas clássicas: choque (mas a PA está controlada em 140-160x80-90 mmHg), sepse (sem febre, sem foco aparente), uso de metformina (não mencionado), ou... *intoxicação por cianeto*. E aqui está a pista que não podemos perder: o paciente vem recebendo **nitroprussiato de sódio em dose de 8 mcg/kg/min há 60 horas!**

O *nitroprussiato de sódio* é um vasodilatador potentíssimo muito usado em emergências hipertensivas, mas contém grupos cianeto em sua molécula. Em condições normais, o cianeto liberado é rapidamente convertido em tiocianato pelo fígado (via rodanase) e excretado pelos rins. O problema surge quando usamos **doses altas (acima de 2-4 mcg/kg/min) por tempo prolongado** - exatamente como no nosso caso (8 mcg/kg/min por 60 horas!). Nessa situação, a capacidade de detoxificação é ultrapassada e o cianeto se acumula.

A fisiopatologia da intoxicação por cianeto é devastadora: o cianeto se liga irreversivelmente ao *citocromo-oxidase mitocondrial*, a última enzima da cadeia transportadora de elétrons. Com isso, **bloqueia completamente a respiração celular aeróbica**, mesmo na presença de oxigênio abundante (por isso a pele pode estar rósea - o oxigênio não está sendo consumido!). As células são forçadas ao metabolismo anaeróbico, gerando lactato em quantidades massivas e causando acidose metabólica com ânion gap elevado. Os tecidos com maior demanda metabólica - sistema nervoso central e coração - são os primeiros a manifestar toxicidade, explicando a alteração do nível de consciência, agitação e taquicardia do nosso paciente.

NITROPRUSSIATO DE SÓDIO		
POSOLOGIA	DURAÇÃO	EFEITOS ADVERSOS
Frasco: 25 mg/ml (2ml) Diluição: 50 mg (2ml) em 248 ml de SG 5%. Concentração final: 200 mcg/ml. Exige proteção à luz Dose: iniciar em bomba de infusão a 0,25-1,5 mcg/kg/min	Início de ação imediato Duração da ação entre 2-5 minutos	Intoxicação por cianeto (em especial se uso de sobredose) Antídoto: cianocobalamina (vitamina B12)
Manejo: • Reavaliação a cada 2-5 min, com incrementos de 0,5/kg/min mcg até dose máxima de 10 mcg/kg/min • Necessidade de reduzir ou aumentar a taxa de infusão da medicação se dá pela avaliação da velocidade de redução da PA e comparação com a meta preconizada para o paciente • Ao atingir a meta de PA, não se deve desligar ou reduzir abruptamente a dose, já que há uma baixa duração de sua ação, predispondo a novo quadro de hipertensão arterial. Está indicada a manutenção da dose necessária de nitroprussiato de sódio, com associação de medicações orais, e conforme redução adicional dos níveis pressóricos, a taxa de infusão de nitroprussiato de sódio pode ser diminuída até o desmame completo da medicação		

O tratamento da intoxicação por cianeto exige duas medidas imediatas: suspender o nitroprussiato (obviamente!) e administrar o antídoto. A *hidroxocobalamina* é o antídoto de escolha atualmente - trata-se de uma forma de vitamina B12 que se liga diretamente ao cianeto, formando cianocobalamina (vitamina B12 comum), que é atóxica e pode ser eliminada pelos rins. Apenas suspender a droga não é suficiente em into-

xicações graves - **o cianeto já ligado às mitocôndrias precisa ser quelado pelo antídoto** para reversão rápida do quadro.

Portanto, diante desse paciente com dose tóxica de nitroprussiato, acidose láctica grave e sintomas neurológicos/cardiovasculares, após termos descartado as complicações neurológicas da HSA com dados objetivos (PIC e Doppler normais), chegamos ao diagnóstico de *intoxicação por cianeto*. A conduta correta é **suspender o nitroprussiato e iniciar hidroxocobalamina endovenosa**, tornando a alternativa B o gabarito.

Alternativa A

Esta é a **armadilha mais atraente da questão**. Piora neurológica súbita em um paciente com HSA aneurismática naturalmente nos faz pensar em *ressangramento do aneurisma*, uma das complicações mais temidas e potencialmente fatais. O raciocínio inicial até faz sentido: mesmo após a clipagem, pode haver falha no procedimento ou ruptura de outro aneurisma não diagnosticado. O problema é que os dados objetivos não sustentam essa hipótese. Se houvesse ressangramento significativo, **esperaríamos**: elevação da PIC (e ela está em 12 mmHg, perfeitamente normal), surgimento de déficit focal novo (ausente no exame), sinais meníngeos ou rigidez de nuca (ausentes), ou até mesmo sinais de herniação. Além disso, a gasometria e o lactato extremamente elevados não são explicados por ressangramento isolado - esse padrão metabólico aponta para um problema sistêmico de metabolismo celular, não para uma complicação estrutural cerebral.

Alternativa B

Gabarito! Esta é a conduta correta e que salva a vida do paciente. Como construímos no raciocínio, temos todos os elementos diagnósticos da *intoxicação por cianeto* secundária ao uso de nitroprussiato em dose tóxica: dose de 8 mcg/kg/min (muito acima do limite de segurança de 2-4 mcg/kg/min) mantida por 60 horas, acidose metabólica grave com ânion gap elevado, hiperlactatemia intensa (9,4 mmol/L), e sintomas neurológicos e cardiovasculares. A *hidroxocobalamina* atua como antídoto específico ao quelar o cianeto livre e o já ligado ao citocromo-oxidase, formando cianocobalamina (atóxica) que é eliminada pelos rins. A dose habitual é de 5g EV em 15 minutos, podendo ser repetida. Apenas suspender a droga (como sugere a alternativa D) não é suficiente em intoxicações graves - o antídoto é fundamental para reversão rápida do quadro.

Alternativa C

Outro distrator forte que explora nosso conhecimento sobre HSA. De fato, nosso paciente tem *Fisher 3*, que é classificação tomográfica de alto risco para vasoespasmó cerebral sintomático (complicação que ocorre tipicamente entre D3-D14 após HSA). A nimodipina oral que ele já vem recebendo serve justamente para prevenir essa complicação.

Quando há vasoespasma sintomático refratário, a estratégia de terapia hipertensiva induzida ("triple-H": hipertensão, hipervolemia, hemodiluição) e angioplastia química com vasodilatadores intra-arteriais são opções terapêuticas. **Mas o Doppler transcraniano normal fala contra esse diagnóstico, ainda que não descarte 100%, considerando o quadro clínico típico da intoxicação com o exame normal, tendemos a não pular etapas do manejo!** A velocidade média na ACM está em 85 cm/s (normal <120 cm/s). Se houvesse vasoespasma significativo, esperaríamos velocidades acima de 120 cm/s (vasoespasma leve), 120-200 cm/s (moderado) ou >200 cm/s (grave).

Alternativa D

Esta alternativa é **parcialmente correta, mas insuficiente** - e é exatamente por isso que é perigosa. Sim, devemos suspender o nitroprussiato imediatamente ao reconhecer a intoxicação. E trocar para nitroglicerina faria sentido se ainda precisássemos de controle pressórico rigoroso (a nitroglicerina é outro vasodilatador potente, mas sem o risco de toxicidade por cianeto). O problema é a "conduta expectante com monitorização". Em uma intoxicação grave por cianeto - e nosso paciente está grave, com pH 7,18 e lactato 9,4! - apenas suspender a droga e aguardar não é suficiente. O cianeto já ligado ao citocromo-oxidase permanecerá bloqueando a respiração celular, e a reversão espontânea será muito lenta. O paciente precisa do antídoto específico (*hidroxocobalamina*) para reversão rápida e completa do quadro. Essa alternativa seria tentadora para quem reconheceu a intoxicação mas não soube que existe antídoto disponível.

Visão do aprovado

Nas provas, intoxicação por nitroprussiato costuma ser cobrada em contexto de UTI neurológica ou cardiológica: o candidato vê "piora neurológica pós-HSA" e corre para ressangramento ou vasoespasma, ignorando o histórico de medicações. O padrão é esse - paciente grave, múltiplas drogas vasoativas, e a banca coloca dados objetivos normais (PIC, Doppler, TC) que você precisa valorizar para descartar as complicações óbvias. A chave de reconhecimento rápido é a tríade: **dose alta de nitroprussiato por tempo prolongado + acidose metabólica desproporcional + lactato muito elevado** sem causa aparente. Quando o lactato está acima de 8-10 mmol/L e não há choque nem sepse evidente, pense em toxicidade mitocondrial.

Outra armadilha recorrente é reconhecer a intoxicação mas escolher apenas suspender a droga, como na alternativa D. Nas questões de antídotos, as bancas testam se você sabe que existe tratamento específico - não basta tirar o agente causal em intoxicações graves. Esse padrão aparece em várias questões: saber que *flumazenil* existe para benzodiazepínico, atropina para colinérgicos, *glucagon* para betabloqueador. No caso do cianeto, **hidroxocobalamina é o antídoto moderno**

que substitui o kit antigo (nitrito + tiosulfato), mas isso raramente é cobrado em detalhes - basta saber que existe e está indicado.

Um ponto que pode confundir: a pele rósea apesar da gravidade. Em hipóxia comum, esperamos cianose; aqui, o oxigênio está disponível mas não é utilizado (*hipóxia citotóxica*), então a saturação periférica pode estar preservada e a pele com aspecto normal. Esse achado paradoxal já apareceu em questões de intoxicação por monóxido de carbono (carboxihemoglobina deixa pele "vermelho-cereja") e cianeto, servindo como pista de que **o problema não é falta de oxigênio, mas falha no uso celular.**

Questão 98

A equipe de gestão de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em região periférica de município de grande porte enfrenta sobrecarga crônica na demanda espontânea. Diariamente, longas filas se formam desde as primeiras horas da manhã, gerando conflitos frequentes entre usuários e funcionários da recepção. A distribuição de senhas limitadas tem sido insuficiente, deixando muitos usuários sem atendimento. Os profissionais relatam estresse e dificuldade para organizar a agenda, enquanto usuários reclamam de falta de acolhimento e resolutividade. A gestão municipal decide implementar o Acolhimento com Classificação de Risco baseado nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Qual é a estratégia indicada para implementar o acolhimento segundo a PNH?

- A. Transferir automaticamente toda demanda espontânea para a UPA de referência.
- B. Criar sala específica de acolhimento com profissional exclusivo para triagem inicial.
- C. Estabelecer sistema de senhas numeradas limitadas com distribuição por ordem de chegada.
- D. Reorganizar o processo de trabalho da equipe com escuta qualificada e avaliação de vulnerabilidade dos usuários.

Nível de dificuldade: Moderada

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

Essa cena é familiar para quem já passou por uma UBS: filas desde as primeiras horas, disputa por senhas limitadas, usuários frustrados

sem conseguir atendimento, profissionais esgotados tentando dar conta de uma demanda que parece impossível de organizar. O cenário descrito na questão retrata **um problema crônico e estrutural** - não é apenas "muita gente procurando a unidade", mas sim um modelo de organização que não funciona.

A tentativa de resolver o problema com distribuição de senhas limitadas já foi testada e está falhando - o próprio enunciado nos diz isso. Muitos usuários ficam sem atendimento, há conflitos na recepção, os profissionais não conseguem organizar a agenda, e os usuários reclamam de **falta de acolhimento e resolutividade**. Percebam que não é apenas um problema de volume, mas de como o serviço está organizado.

A questão nos pergunta sobre a estratégia adequada para implementar o acolhimento segundo a PNH. E aqui está o pulo do gato que muitos estudantes perdem: o acolhimento segundo a Política Nacional de Humanização não é uma sala específica, não é um profissional fazendo triagem, não é um sistema de senhas mais eficiente. O acolhimento, na concepção da PNH, é fundamentalmente **um dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe**.

Vamos entender melhor: quando a PNH fala em acolhimento, ela está propondo uma mudança de paradigma na forma como a equipe se organiza para receber a demanda espontânea. O documento nos deixa claro: "para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás **o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica**".

Então o que seria esse acolhimento? É uma reorganização que exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que apresenta para lidar com as necessidades de saúde da população. A equipe precisa definir: quais profissionais vão receber o usuário que chega (não precisa ser sempre o médico, pode ser enfermeiro, técnico); como vai avaliar risco e vulnerabilidade (não apenas sintomas físicos, mas também contexto social); quais fluxos e protocolos seguir; **como organizar a agenda para dar conta do cuidado necessário**.

Conceito central: O Acolhimento com Classificação de Risco na AB significa escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões físicas, psíquicas e sociais. Não é apenas triagem clínica, mas avaliação ampliada de necessidades e vulnerabilidades.

O primordial do acolhimento é receber e escutar todas as pessoas que procuram o serviço no horário de funcionamento. Não significa que todos terão consulta médica imediata, mas que todos terão escuta qualificada, avaliação de suas necessidades e uma resposta adequada. Para

alguns, será atendimento imediato por urgência; para outros, consulta agendada no dia; para outros, agendamento futuro; para alguns, uma orientação ou procedimento simples resolve; e há casos que precisam ser encaminhados para outro ponto da rede.

Percebam a diferença fundamental: o modelo de senhas limitadas por ordem de chegada não garante equidade (quem chega primeiro pode ter menor necessidade que quem chega depois) e não garante resolatividade (muita gente vai embora sem atendimento ou sem resposta). O acolhimento segundo a PNH propõe que **todos sejam ouvidos e que a priorização aconteça segundo necessidade e vulnerabilidade**, não por ordem de chegada.

Com esse entendimento, fica claro que a resposta correta é a alternativa D: reorganizar o processo de trabalho garantindo escuta qualificada e avaliação de vulnerabilidade para todos os usuários. Essa alternativa captura a **essência do acolhimento segundo a PNH** - não é sobre criar estruturas físicas ou sistemas de triagem, mas sobre transformar a forma como a equipe trabalha para garantir acesso equitativo e resolutivo a todos.

Alternativa A

A AB tem como atribuição acolher e resolver a maioria das demandas de saúde da população, incluindo situações agudas de menor complexidade. Transferir tudo para a UPA sobrecarregaria inadequadamente esse serviço de urgência, desorganizaria a rede e privaria os usuários do vínculo e continuidade do cuidado na AB. Além disso, não resolve o problema organizacional da UBS - apenas transfere o problema para outro lugar.

Alternativa B

Criar uma sala específica de acolhimento com profissional exclusivo para triagem inicial parece organização, parece estar "implementando o acolhimento". Mas atenção: essa alternativa **reduz o acolhimento a um espaço físico e a uma função de triagem**, quando na verdade o acolhimento segundo a PNH é reorganização do processo de trabalho de toda a equipe. Pode até existir uma sala onde o acolhimento aconteça em determinado horário, mas isso é apenas um detalhe operacional - o essencial é que toda a equipe esteja envolvida na reorganização do trabalho, não apenas um profissional específico fazendo triagem.

Alternativa C

O próprio enunciado nos diz que "a distribuição de senhas limitadas tem sido insuficiente, deixando muitos usuários sem atendimento". Manter esse modelo não resolve nada. Além disso, distribuição por ordem de chegada não garante equidade - uma pessoa com situação de urgência ou alta vulnerabilidade que chegue mais tarde ficaria sem atendimento, enquanto demandas simples que chegaram cedo seriam

priorizadas. Esse modelo ignora completamente o conceito de avaliação de risco e vulnerabilidade que é central no acolhimento segundo a PNH.

Alternativa D

Vejam os elementos-chave presentes: reorganizar o processo de trabalho (não é criar sala ou sistema de senhas, é mudar como a equipe trabalha); escuta qualificada (não apenas triagem de sintomas, mas compreensão ampliada das necessidades); avaliação de vulnerabilidade (dimensão social, não apenas clínica); para todos os usuários (não deixa ninguém sem ser ouvido, garantindo equidade). Essa alternativa reflete exatamente o que os documentos técnicos e a PNAB preconizam: acolhimento como dispositivo de reorganização que garante acesso com equidade e resolutividade, baseado em escuta qualificada e avaliação tanto de risco clínico quanto de vulnerabilidades sociais.

Visão do aprovado

Nas provas de MFC e Saúde Coletiva, questões sobre acolhimento costumam trazer como principal distrator a criação de estruturas físicas ou sistemas de triagem que parecem organização mas não capturam o conceito central da PNH. A pegadinha clássica é a alternativa que propõe sala específica com profissional exclusivo fazendo triagem - isso seduz porque intuitivamente parece estar implementando algo concreto, mas reduz acolhimento a espaço físico e função técnica quando o cerne é **mudança no processo de trabalho de toda a equipe**. Outra armadilha recorrente é manter sistemas de senhas ou ordem de chegada com roupagem diferente, como se bastasse torná-los mais eficientes.

O atalho para acertar questões desse tipo é identificar na alternativa correta três elementos simultaneamente: reorganização do processo de trabalho (não apenas criação de sala ou protocolo isolado), escuta qualificada (não apenas triagem de sintomas), e avaliação de vulnerabilidade além do risco clínico. Quando a alternativa foca em estrutura física, profissional específico ou sistema de senhas, mesmo que pareça organizado, falta a dimensão de **transformação coletiva do trabalho em equipe** que caracteriza o acolhimento segundo a PNH. Em provas, também vale atenção para alternativas que propõem transferir demanda para outros pontos da rede como solução primária - isso representa desresponsabilização da AB e contradiz frontalmente a longitudinalidade.

Outro formato de cobrança possível nesse tema é perguntar sobre os objetivos do acolhimento ou sobre como organizar a agenda após implementá-lo. Nesses casos, a lógica é a mesma: buscar alternativas que falem em avaliação ampliada de necessidades, equidade no acesso e resolutividade, em vez de **critérios rígidos de distribuição por ordem de chegada** ou limitação automática de vagas.

Questão 99

Mulher de 27 anos procura o pronto-socorro obstétrico após episódio de sangramento vaginal e cólicas intensas iniciado há 8 horas, ambos já resolvidos. Refere gestação de 9 semanas previamente confirmada por ultrassonografia transvaginal realizada há 15 dias, que evidenciou gestação tópica única com embrião viável. Ao exame físico, encontra-se hemodinamicamente estável. Ao exame ginecológico, observa-se pequena quantidade de sangue em fundo de saco vaginal e colo uterino fechado. A ultrassonografia transvaginal demonstra cavidade uterina vazia, endométrio homogêneo medindo 5 mm, sem alterações anexiais ou líquido livre na pelve. Tipagem sanguínea: O positivo. Qual é a conduta preconizada?

- A. Curetagem uterina
- B. Alta hospitalar com orientações
- C. Internação para observação e monitorização do sangramento
- D. Controle de beta-hCG em 48 horas e nova ultrassonografia em 7 dias

Nível de dificuldade: Difícil

Gabarito: B

Comentário da questão

Introdução

O abortamento completo ocorre quando há eliminação espontânea de todo o conteúdo gestacional, seguida do fechamento do colo uterino e resolução progressiva do sangramento e da dor. O diagnóstico é baseado na associação entre história clínica, exame ginecológico e ultrassonografia, sendo fundamental excluir gestação ectópica antes de definir a conduta.

Nesta questão, a paciente apresentava uma **gestação intrauterina previamente documentada**, informação que praticamente elimina a hipótese de gestação ectópica. Na avaliação atual, encontra-se hemodinamicamente estável, refere melhora espontânea dos sintomas, apresenta colo uterino fechado e a ultrassonografia demonstra cavidade uterina vazia com endométrio fino, achados compatíveis com abortamento completo.

Uma vez confirmado o diagnóstico, a conduta é conservadora. Não há indicação de esvaziamento uterino, internação ou acompanhamento seriado do β -hCG em pacientes sem suspeita de doença trofoblástica

gestacional ou gestação ectópica. Além disso, como a paciente é Rh positivo, não há indicação de imunoglobulina anti-D.

CLASSIFICAÇÃO	APRESENTAÇÃO CLÍNICA/USG	TOQUE VAGINAL	CONDUTA
AMEAÇA	Cólica e sangramento ausentes ou leve Útero compatível com IG BCF presente	Colo fechado	Repouso RELATIVO domiciliar Analgésico/ antiespasmódico
INEVITÁVEL/ EM CURSO	Útero compatível com IG Embrião/feto presente Sangramento profuso	Colo aberto	Esvaziamento uterino Acima de 12 semanas utilizar misoprostol antes do esvaziamento
COMPLETO	História de sangramento vaginal Útero menor que IG e vazio Endométrio regular < 15 mm Parada e diminuição do sangramento e das cólicas após a expulsão	Colo fechado	Orientar e tranquilizar Acompanhar a hemorragia
INCOMPLETO	Sangramento vaginal intenso a moderado, intermitente Cólicas intensas Útero menos que a IG Endométrio > 15mm, irregular	Colo entreaberto	Esvaziamento uterino Acima de 12 semanas, utilizar misoprostol antes do esvaziamento uterino

Alternativa A

A curetagem uterina está indicada quando há retenção de produtos da concepção, sangramento persistente importante, infecção ou instabilidade hemodinâmica. Na presença de cavidade uterina vazia e paciente clinicamente estável, o procedimento não traz benefício e aumenta o risco de complicações, como perfuração uterina e sinéquias.

Alternativa B

A paciente apresenta quadro compatível com abortamento completo: gestação intrauterina previamente confirmada, resolução espontânea da dor e do sangramento intenso, colo uterino fechado e cavidade uterina vazia ao ultrassom. A conduta consiste em alta hospitalar com orientações quanto aos sinais de alerta (febre, sangramento excessivo, dor intensa ou persistente), além de agendamento de seguimento ambulatorial conforme a rotina do serviço.

Alternativa C

A internação não está indicada em pacientes hemodinamicamente estáveis, com sangramento discreto e diagnóstico de abortamento completo. A observação hospitalar fica reservada para mulheres com instabilidade clínica, hemorragia importante ou suspeita de complicações.

Alternativa D

O controle seriado do β -hCG e a repetição da ultrassonografia são indicados quando existe dúvida diagnóstica, suspeita de gestação ectópica, gravidez de localização desconhecida ou doença trofoblástica gestacional. Neste caso, a gestação intrauterina havia sido previamente documentada e a ultrassonografia atual confirma o esvaziamento completo da cavidade uterina, não havendo indicação de acompanhamento laboratorial de rotina.

Visão do aprovado

Diante de uma paciente com gestação intrauterina previamente confirmada, colo uterino fechado, cavidade uterina vazia e endométrio fino (<15-20 mm), pense em abortamento completo. Na ausência de sangramento importante, infecção ou instabilidade hemodinâmica, a conduta é expectante, com alta e orientações. A imunoglobulina anti-D está indicada apenas para gestantes Rh negativas não sensibilizadas.

Questão 100

Mulher quilombola de 42 anos, trabalhadora rural, procura atendimento no posto de apoio da comunidade quilombola São Benedito, localizada a 45 km da sede municipal. Refere hipertensão há 8 anos, com controle inadequado apesar do uso irregular de enalapril 10 mg 2x/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. Relata que consegue deslocar-se à UBS central apenas a cada 3 meses devido às dificuldades de transporte e demandas do trabalho agrícola familiar. Menciona que as orientações nutricionais anteriores "não funcionavam" porque indicavam alimentos não disponíveis na comunidade e desconsideravam o preparo coletivo tradicional das refeições. Ao exame físico: PA = 150 x 96 mmHg, IMC = 28 kg/m², ausculta cardiovascular normal. Glicemia capilar = 142 mg/dL. A paciente cultiva mandioca, feijão-de-corda e hortaliças na roça comunitária e participa do sistema rotativo de preparo das refeições segundo tradições locais. Qual a conduta adequada para garantir o controle das condições crônicas respeitando a equidade?

- A. Encaminhar ao cardiologista da atenção especializada para ajuste farmacológico e orientar dieta hipossódica padronizada pelo guia alimentar.
- B. Orientar retornos mensais na UBS central para monitoramento pressórico e reforçar a necessidade de estrita adesão ao esquema medicamentoso prescrito.
- C. Repactuar as datas das consultas com a equipe multiprofissional da UBS central segundo a sazonalidade agrícola e manter as recomendações nutricionais vigentes.
- D. Articular com agente comunitário quilombola estratégias territoriais e adaptação alimentar culturalmente adequada.

Nível de dificuldade: Fácil

Gabarito: D

Comentário da questão

Introdução

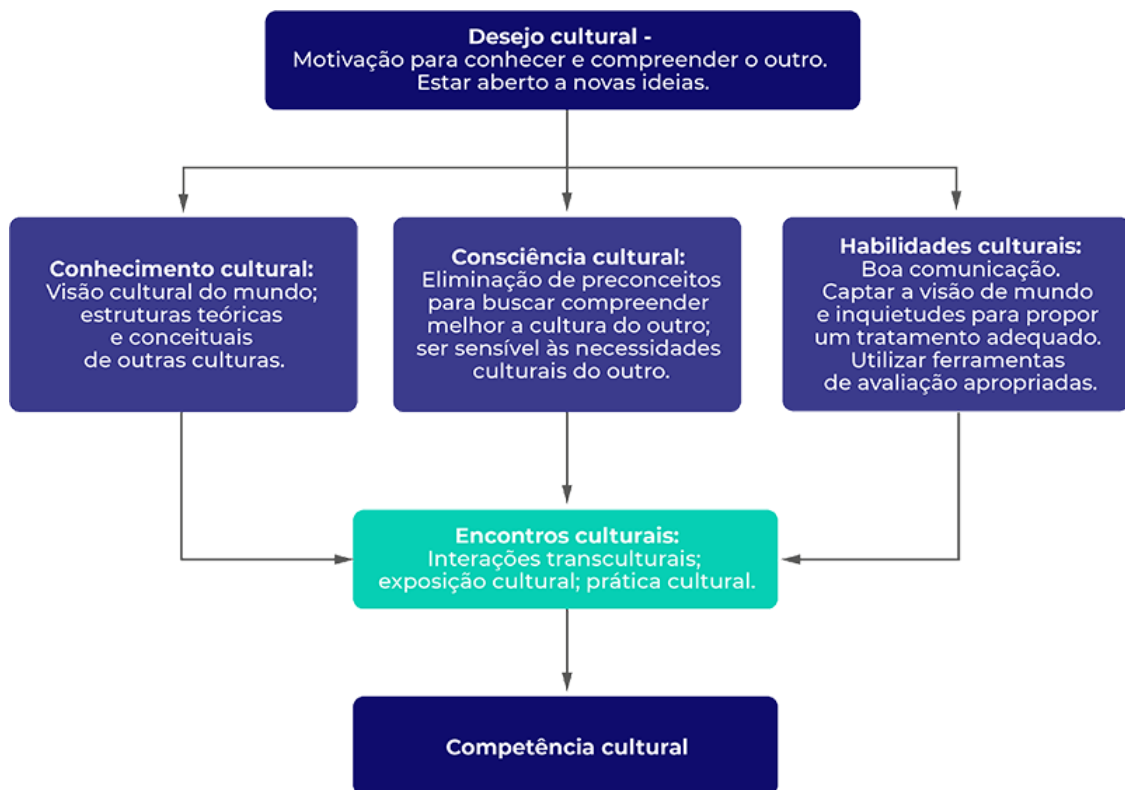
Nossa paciente quilombola tem **HAS há 8 anos sem controle adequado**, e o enunciado nos dá uma pista fundamental logo de cara: as orientações anteriores "não funcionavam" porque desconsideravam a realidade local. Isso nos mostra que o problema não é falta de tentativa de tratamento, mas sim um descompasso entre o cuidado oferecido e a vida real dessa mulher. Precisamos entender por que o manejo vem falhando sistematicamente.

Quando lemos o caso com atenção, identificamos **três barreiras simultâneas** que impedem o controle adequado. Primeiro, a barreira geográfica: a comunidade fica a 45 km da sede municipal, com dificuldades de transporte, permitindo deslocamento à UBS central apenas a cada 3 meses. Segundo, a barreira ocupacional: como trabalhadora rural com demandas do trabalho agrícola familiar, ela não tem flexibilidade para retornos frequentes. Terceiro, e talvez mais importante para esta questão, a barreira cultural: as orientações nutricionais anteriores indicavam alimentos não disponíveis na comunidade e desconsideravam o preparo coletivo tradicional das refeições.

Agora vem um detalhe crucial: o enunciado descreve que ela **cultiva mandioca, feijão-de-corda e hortaliças na roça comunitária** e participa do sistema rotativo de preparo das refeições. Esses detalhes não estão ali por acaso, são pistas diretas de que qualquer solução efetiva precisa trabalhar COM esses alimentos e COM essa organização comunitária, não tentar impor uma dieta externa que já sabemos que falhou.

A questão pede especificamente a conduta que garanta o controle das condições crônicas **"respeitando a equidade"**. Essa expressão é a

chave: equidade, um princípio fundamental do SUS, significa tratar desigualmente os desiguais, ou seja, adaptar as intervenções de saúde às necessidades específicas de cada população, reconhecendo e superando as barreiras que impedem o acesso igualitário ao cuidado. Não basta oferecer o mesmo serviço para todos; é preciso oferecer o serviço ADEQUADO para cada realidade.



No contexto de **populações quilombolas**, a equidade exige competência cultural: a equipe de saúde deve se adaptar às características culturais da população, e não esperar que a população se adapte aos modelos tradicionais de cuidado. Isso envolve conhecer e respeitar as práticas alimentares locais, entender a organização comunitária, reconhecer as barreiras geográficas e ocupacionais, e trabalhar COM a comunidade, não PARA a comunidade.

A conduta adequada precisa contemplar **três elementos essenciais simultaneamente**: (1) articulação com o agente comunitário quilombola, que conhece profundamente a realidade local e serve de ponte entre o serviço de saúde e a comunidade; (2) estratégias territoriais, levando o cuidado ao território da paciente e respeitando suas limitações de deslocamento; e (3) adaptação alimentar culturalmente adequada, trabalhando com os alimentos que ela já cultiva e as formas tradicionais de preparo, em vez de prescrever dietas irrealistas. Essa abordagem não apenas melhora a adesão, ela transforma a relação entre a paciente e o serviço de saúde. O gabarito é a alternativa D.

Alternativa A

Essa alternativa atrai quem foca apenas nos **aspectos biomédicos** do problema. De fato, a PA está em 150x96 mmHg e há HAS de longa

data, tecnicamente, encaminhamento cardiológico e ajuste medicamentoso podem fazer sentido isoladamente. Mas aqui está o erro: essa conduta ignora completamente as barreiras que tornaram o controle inadequado até agora. Se a paciente já tem dificuldade de ir à UBS central a cada 3 meses, como conseguirá consulta com especialista (provavelmente ainda mais distante)? E mais: propor "dieta hipossódica padronizada" é exatamente o que já falhou antes, orientações que desconsideram os alimentos disponíveis localmente e o modo tradicional de preparo. Essa alternativa trata a doença, mas não trata a pessoa em seu contexto. Não respeita a equidade.

Alternativa B

Essa é a **mais claramente inadequada** e serve para eliminar quem não leu o caso com atenção. O enunciado diz explicitamente que a paciente consegue deslocar-se à UBS central apenas a cada 3 meses devido às dificuldades de transporte e demandas do trabalho agrícola. Propor retornos mensais é simplesmente inviável, é ignorar a realidade que o próprio enunciado apresentou. Além disso, "reforçar adesão medicamentosa" pressupõe que o problema é falta de informação ou motivação, quando na verdade o problema são as barreiras estruturais. É uma conduta que culpabiliza a paciente pelo insucesso, desconsiderando os determinantes sociais da saúde.

Alternativa C

Aqui temos um **distrator sofisticado** que confunde muita gente. A alternativa fala em "repactuar plano com equipe multiprofissional" (soa bem) e "adequar segundo calendário comunitário" (demonstra consideração pela realidade local). Mas tem um erro fatal: "manter as recomendações nutricionais vigentes". Ora, o enunciado nos diz claramente que as orientações anteriores NÃO funcionavam justamente porque desconsideravam a realidade local! Manter o que já falhou não faz sentido. Além disso, essa alternativa não menciona o agente comunitário quilombola, elemento-chave para garantir competência cultural, nem especifica estratégias territoriais concretas ou adaptação culturalmente adequada dos alimentos. É um passo na direção certa, mas não atinge o nível de equidade exigido pela questão.

Alternativa D

Esta é a alternativa correta porque contempla TODAS as dimensões necessárias para superar as barreiras identificadas. Primeiro, articular com o agente comunitário quilombola é fundamental: esse profissional conhece a cultura local, fala a mesma língua da comunidade, pode facilitar a adesão medicamentosa com estratégias territoriais (como dispensação local ou visitas domiciliares) e serve de ponte entre o serviço de saúde e a paciente. Segundo, estratégias territoriais significa levar o cuidado ao território da paciente, respeitando suas limitações de deslocamento, consultas no posto de apoio da comunidade, grupos locais, dispensação facilitada de medicamentos. Terceiro, adaptação alimentar culturalmente adequada significa trabalhar com mandioca, feijão-de-

corda e hortaliças que ela já cultivava, respeitar o preparo coletivo tradicional, construir orientações que façam sentido na realidade dela. Essa é a essência da equidade: adaptar o cuidado à pessoa, não adaptar a pessoa ao cuidado.

Visão do aprovado

Em provas de Medicina de Família e Preventiva, questões sobre populações específicas (quilombolas, indígenas, ribeirinhas, rurais) costumam testar se o candidato reconhece que **soluções tecnicamente corretas** do ponto de vista biomédico podem ser inadequadas quando desconsideram determinantes sociais e culturais. A pegadinha clássica está nas alternativas que propõem condutas clinicamente plausíveis: encaminhamento ao especialista, retornos mais frequentes, ajuste medicamentoso, mas que ignoram completamente as barreiras estruturais apresentadas no enunciado. O atalho na prova é identificar quando o próprio caso diz explicitamente que algo já falhou: aqui, as orientações nutricionais padronizadas não funcionaram porque desconsideravam a realidade local. Qualquer alternativa que mantenha esse erro, mesmo que faça outras concessões, estará incorreta.

Outro padrão recorrente é o **distrator sofisticado** que demonstra sensibilidade parcial ao contexto, como repactuar datas segundo sazonalidade agrícola, mas mantém o núcleo do problema inalterado. Esses distratores atraem candidatos que captam parte da mensagem mas não enxergam que equidade exige mudança estrutural, não apenas ajustes periféricos. Na prática de prova, quando a questão menciona "equidade" ou traz detalhes sobre cultura, território e modos de vida (como "cultiva mandioca, feijão-de-corda, preparo coletivo tradicional"), esses elementos não são cenário ilustrativo, são pistas diretas de que a resposta precisa incorporar essas especificidades de forma concreta e operacional.

O conceito de **competência cultural** aparece crescentemente em concursos para médicos de família, especialmente em provas que valorizam a Política Nacional de Atenção Básica e os atributos da APS. O discriminador entre alternativas costuma ser a presença ou ausência de articulação com agentes comunitários locais e adaptação real das intervenções, não apenas "considerar" a cultura, mas construir o plano terapêutico a partir dela.

Referência bibliográfica

- DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J.; DUNCAN, Michael Schmidt; GIUGLIANI, Camila. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.