

Clariens
Educação

Faculdade
ZARNS

UNESUL
BAHIA

IMEPAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

AVALIAÇÃO DE 2ª CHAMADA

INTERNATO MÉDICO

GABARITO COMENTADO

05.06.26

 **EU,
MÉDICO**

SUMÁRIO

1	PREVENTIVA	6
1.1	QUESTÃO - PREVENTIVA	6
1.1.1	Comentários	6
1.2	QUESTÃO - PREVENTIVA	7
1.2.1	Comentários	9
1.3	QUESTÃO - PREVENTIVA	10
1.3.1	Comentários	11
1.4	QUESTÃO- PREVENTIVA	13
1.4.1	Comentários	14
1.5	QUESTÃO- PREVENTIVA	15
1.5.1	Comentários	16
1.6	QUESTÃO- PREVENTIVA	17
1.6.1	Comentários	18
1.7	QUESTÃO- PREVENTIVA	19
1.7.1	Comentários	19
1.8	QUESTÃO- PREVENTIVA	21
1.8.1	Comentários	21
1.9	QUESTÃO- PREVENTIVA	23
1.9.1	Comentários	23
1.10	QUESTÃO- PREVENTIVA	24
1.10.1	Comentários	25
1.11	QUESTÃO- PREVENTIVA	26
1.11.1	Comentários	26
1.12	QUESTÃO- PREVENTIVA	27
1.12.1	Comentários	28
1.13	QUESTÃO- PREVENTIVA	29
1.13.1	Comentários	30
1.14	QUESTÃO- PREVENTIVA	31
1.14.1	Comentários	31
1.15	QUESTÃO- PREVENTIVA	32
1.15.1	Comentários	33
1.16	QUESTÃO- PREVENTIVA	34
1.16.1	Comentários	35
1.17	QUESTÃO- PREVENTIVA PSIQUIATRIA	36
1.17.1	Comentários	36
1.18	QUESTÃO- PREVENTIVA	38
1.18.1	Comentários	39
1.19	QUESTÃO- PREVENTIVA PSIQUIATRIA	40
1.19.1	Comentários	41
1.20	QUESTÃO- PREVENTIVA	42
1.20.1	Comentários	42
2	CLÍNICA MÉDICA	44
2.1	QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA	44
2.1.1	Comentários	45
2.2	QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA	46
2.2.1	Comentários	47
2.3	QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA UE	49
2.3.1	Comentários	50
2.4	QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA UE	54
2.4.1	COMENTÁRIOS	55
2.5	QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA UE	56

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

2.5.1	Comentários	57
2.6	QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA PSQUIATRIA	59
2.6.1	Comentários	60
2.7	QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA PSQUIATRIA UE	61
2.7.1	COMENTÁRIOS	61
2.8	QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA PSQUIATRIA UE	62
2.8.1	Comentários	63
2.9	QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA PSQUIATRIA	65
2.9.1	Comentários	66
2.10	QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA	67
2.10.1	Comentários	68
2.11	QUESTÃO – CM	69
2.11.1	Comentários	70
2.12	QUESTÃO – CM	72
2.12.1	Comentários	73
2.13	QUESTÃO – CM	74
2.13.1	Comentários	75
2.14	QUESTÃO – CM	76
2.14.1	Comentários	77
2.15	QUESTÃO – CM	80
2.15.1	Comentários	81
2.16	QUESTÃO – CM	83
2.16.1	Comentários	84
2.17	QUESTÃO – CM	85
2.17.1	Comentários	86
2.18	QUESTÃO – CM	89
2.18.1	Comentários	89
2.19	QUESTÃO – CM	91
2.19.1	Comentários	91
2.20	QUESTÃO – CM	95
2.20.1	Comentários	96
3	CIRURGIA	97
3.1	QUESTÃO – CIRURGIA	97
3.1.1	Comentários	98
3.2	QUESTÃO – CIRURGIA	99
3.2.1	Comentários	100
3.3	QUESTÃO – CIRURGIA	100
3.3.1	Comentários	101
3.4	QUESTÃO – CIRURGIA	102
3.4.1	Comentários	103
3.5	QUESTÃO – CIRURGIA	103
3.5.1	Comentários	104
3.6	QUESTÃO – CIRURGIA	105
3.6.1	Comentários	106
3.7	QUESTÃO – CIRURGIA	106
3.7.1	Comentários	107
3.8	QUESTÃO – CIRURGIA	108
3.8.1	Comentários	109
3.9	QUESTÃO – CIRURGIA	109
3.9.1	Comentários	110
3.10	QUESTÃO – CIRURGIA	111
3.10.1	Comentários	112
3.11	QUESTÃO – CIRURGIA	113

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

3.11.1	Comentários	113
3.12	QUESTÃO – CIRURGIA	114
3.12.1	Comentários	115
3.13	QUESTÃO – CIRURGIA	116
3.13.1	Comentários	116
3.14	QUESTÃO – CIRURGIA	117
3.14.1	Comentários	118
3.15	QUESTÃO – CIRURGIA	119
3.15.1	Comentários	119
3.16	QUESTÃO – CIRURGIA UE	120
3.16.1	comentários	121
3.17	QUESTÃO – CIRURGIA UE	123
3.17.1	Comentários	123
3.18	QUESTÃO – CIRURGIA UE	129
3.18.1	Comentários	129
3.19	QUESTÃO – CIRURGIA	132
3.19.1	Comentários	133
3.20	QUESTÃO – CIRURGIA	134
3.20.1	Comentários	135
4	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	137
4.1	QUESTÃO – GO PSIQUIATRIA	137
4.1.1	Comentários	137
4.2	QUESTÃO – GO PSIQUIATRIA	139
4.2.1	Comentários	139
4.3	QUESTÃO – GO	142
4.3.1	Comentários	143
4.4	QUESTÃO – GO	144
4.4.1	Comentários	145
4.5	QUESTÃO – GO	147
4.5.1	Comentários	148
4.6	QUESTÃO – GO	150
4.6.1	Comentários	151
4.7	QUESTÃO – GO	153
4.7.1	Comentários	153
4.8	QUESTÃO – GO	155
4.8.1	Comentários	156
4.9	QUESTÃO – GO	157
4.9.1	Comentários	159
4.10	QUESTÃO – GO	161
4.10.1	Comentários	162
4.11	QUESTÃO – GO	164
4.11.1	Comentários	165
4.12	QUESTÃO – GO	166
4.12.1	Comentários	167
4.13	QUESTÃO – GO	169
4.13.1	Comentários	170
4.14	QUESTÃO – GO	172
4.14.1	Comentários	173
4.15	QUESTÃO – GO	175
4.15.1	Comentários	175
4.16	QUESTÃO – GO	177
4.16.1	Comentários	178
4.17	QUESTÃO – GO	180

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

4.17.1	Comentários	181
4.18	QUESTÃO – GO	183
4.18.1	Comentários	184
4.19	QUESTÃO – GO	186
4.19.1	Comentários	187
4.20	QUESTÃO – GO	189
4.20.1	Comentários	190
5	PEDIATRIA	192
5.1	QUESTÃO – PED	192
5.1.1	Comentários	193
5.2	QUESTÃO – PED	194
5.2.1	Comentários	195
5.3	QUESTÃO – PED	197
5.3.1	Comentários	198
5.4	QUESTÃO – PED	200
5.4.1	Comentários	201
5.5	QUESTÃO – PED	203
5.5.1	Comentários	204
5.6	QUESTÃO – PED	205
5.6.1	Comentários	206
5.7	QUESTÃO – PED	208
5.7.1	Comentários	210
5.8	QUESTÃO – PED	211
5.8.1	Comentários	212
5.9	QUESTÃO – PED	213
5.9.1	Comentários	215
5.10	QUESTÃO – PED	216
5.10.1	Comentários	217
5.11	QUESTÃO – PED	218
5.11.1	Comentários	220
5.12	QUESTÃO – PED	221
5.12.1	Comentários	223
5.13	QUESTÃO – PED	224
5.13.1	Comentários	225
5.14	QUESTÃO – PED	227
5.14.1	Comentários	228
5.15	QUESTÃO – PED	230
5.15.1	Comentários	231
5.16	QUESTÃO – PED	232
5.16.1	Comentários	233
5.17	QUESTÃO – PED	235
5.17.1	Comentários	236
5.18	QUESTÃO – PED	238
5.18.1	Comentários	239
5.19	QUESTÃO – PED	240
5.19.1	Comentários	242
5.20	QUESTÃO – PED	244
5.20.1	Comentários	245

1 PREVENTIVA

1.1 QUESTÃO - PREVENTIVA

Considerando as medidas para diminuir a transmissão vertical do HIV, escolha a alternativa CORRETA para indicação de parto cesárea eletiva:

- a) Apenas para mulheres com carga viral do HIV > 10.000 cópias, independentemente do tempo de bolsa rota.
- b) Para mulheres com carga viral do HIV > 1.000 cópias e idade gestacional acima de 34 semanas de gestação.
- c) Apenas para mulheres com carga viral do HIV > 10.000 cópias, independentemente da idade gestacional.
- d) Apenas para mulheres com carga viral do HIV > 10.000 cópias e idade gestacional acima de 28 semanas.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: Difícil**

1.1.1 COMENTÁRIOS

A questão avalia a prevenção da transmissão vertical do HIV no momento da definição da via de parto. O dado decisivo não é apenas a sorologia materna, mas a carga viral do HIV aferida no final da gestação, especialmente a partir de 34 semanas. Quando a carga viral é elevada ou desconhecida nesse período, a cesárea eletiva reduz o risco de exposição fetal ao sangue e às secreções maternas durante o trabalho de parto e a ruptura de membranas.

No padrão de prova, a palavra-chave é “carga viral”. Para gestantes vivendo com HIV, a via vaginal é preferencial quando há supressão viral sustentada e não existe indicação obstétrica de cesárea. A cesárea eletiva, por sua vez, é indicada quando a carga viral é maior ou igual a 1.000 cópias/mL após 34 semanas ou quando a carga viral é desconhecida no período oportuno.

Alternativa A

Incorreta. O ponto de corte de 10.000 cópias/mL não corresponde ao critério utilizado para indicação de cesárea eletiva na prevenção da transmissão vertical.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Além disso, “independentemente do tempo de bolsa rota” torna a afirmativa imprecisa, pois o benefício da cesárea eletiva está relacionado à realização antes do início do trabalho de parto e com membranas íntegras.

Alternativa B

Correta. A alternativa reconhece o parâmetro essencial: carga viral acima de 1.000 cópias/mL em idade gestacional superior a 34 semanas. Embora a redação pudesse ser ainda mais precisa ao mencionar “maior ou igual a 1.000 cópias/mL” e, idealmente, realização eletiva por volta de 38 semanas, é a única alternativa alinhada ao critério técnico.

Alternativa C

Incorreta. Repete o ponto de corte inadequado de 10.000 cópias/mL e desconsidera a idade gestacional, que é fundamental porque a carga viral de referência para decisão da via de parto deve ser obtida no final da gestação.

Alternativa D

Incorreta. Além do ponto de corte errado, a idade gestacional acima de 28 semanas não é o marco utilizado para essa decisão obstétrica. O marco técnico cobrado é a carga viral a partir de 34 semanas.

Visão do aprovado

Em itens do ENAMED, não memorize números aleatórios: associe HIV + via de parto ao binômio “34 semanas” e “1.000 cópias/mL”. Alternativas com 10.000 cópias/mL costumam ser distratores.

Referência de apoio: Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais.

1.2 QUESTÃO - PREVENTIVA

Uma paciente com transtorno por uso de álcool chega a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) solicitando apoio para ficar abstinente. Cristiane tem 42

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

anos, é mãe, está desempregada, faz uso de álcool desde os 16 anos; ela conta que aumentou o consumo perto dos 35 anos e, desde então, faz uso diariamente e ao longo de todo o dia, com maior consumo à noite. Faz 10 dias que vem diminuindo, estando há 2 dias sem beber, mas não está se sentindo bem; tem insônia, náusea e inquietação, e por isso buscou ajuda. Nega febre, suor, tremor e sintomas psicóticos. É a terceira vez que tenta parar. Nas outras vezes, tentou sozinha e não conseguiu, mas não teve problemas graves de saúde. Não costuma ir à UBS de referência e tem receio do que as pessoas podem falar. Na avaliação, a equipe usou o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. O escore da paciente nesse teste foi de 24 pontos, indicando provável transtorno por uso de álcool de moderado a grave.

Adote: CAGE - sigla formada pelas iniciais em inglês das palavras-chave das perguntas de um instrumento utilizado para avaliar uso de álcool (*cutdown, annoyed, guilty e eye-opened*).

Qual das alternativas a seguir descreve a conduta correta do CAPS frente ao caso?

- a) Aplicar também o CAGE, solicitar exames e iniciar o tratamento com inibidores da recaptção de serotonina associados a benzodiazepínicos, além de encaminhar para Unidade Básica de Saúde para demais cuidados.
- b) Deve acolher, ouvir a história da paciente e encaminhá-la para cuidado longitudinal na Atenção Primária à Saúde (APS), pois ela deve entrar no sistema de saúde por intermédio da APS e, se necessário, ser encaminhada.
- c) Reconhecer a gravidade do caso pelos sinais de abstinência e, a partir do diagnóstico, encaminhar para serviço de emergência para atendimento inicial, organizando internação breve para tratamento posterior.
- d) Deve fazer observação por algumas horas, avaliar rede de apoio, introduzir Diazepam de até 10 mg de 8/8 horas e tiamina 100 mg IM por 5 dias, orientar sinais de alerta e marcar retorno breve para reavaliação do caso.

👉 **Gabarito: D**

👉 **Dificuldade: Difícil**

1.2.1 COMENTÁRIOS

A questão aborda o manejo inicial de uma usuária com transtorno por uso de álcool em serviço de atenção psicossocial. O AUDIT de 24 pontos indica transtorno provável de intensidade moderada a grave, mas a conduta imediata depende da avaliação clínica da síndrome de abstinência, dos sinais de gravidade, da rede de apoio e da possibilidade de seguimento próximo.

Cristiane está há 2 dias sem beber e apresenta sintomas leves a moderados, como insônia, náusea e inquietação. O enunciado nega febre, sudorese, tremores, sintomas psicóticos, convulsões ou delirium. Isso afasta, naquele momento, um quadro grave que exigiria emergência hospitalar. O CAPS deve acolher, observar, avaliar suporte e risco, tratar abstinência de forma supervisionada quando houver estrutura, administrar tiamina para prevenir complicações neurológicas e garantir retorno breve.

Alternativa A

Incorreta. O CAGE não é necessário para “confirmar” o que o AUDIT e a história clínica já caracterizam. Além disso, inibidores seletivos da recaptação de serotonina não são tratamento inicial da abstinência alcoólica e não devem ser associados mecanicamente a benzodiazepínicos sem avaliação de comorbidades e risco.

Alternativa B

Incorreta. A APS integra a rede e deve participar do cuidado longitudinal, mas o CAPS não deve simplesmente devolver a usuária para a porta de entrada. A Rede de Atenção Psicossocial pressupõe acolhimento, cuidado compartilhado e responsabilização do serviço que recebeu a demanda.

Alternativa C

Incorreta. A paciente apresenta sintomas de abstinência, porém não há sinais de abstinência grave, delirium, psicose, convulsão, instabilidade clínica ou risco agudo que indiquem encaminhamento imediato à emergência e internação breve como primeira conduta.

Alternativa D

Correta. A alternativa combina acolhimento e observação, avaliação de rede de apoio, benzodiazepínico em dose supervisionada para sintomas de abstinência, tiamina para prevenção de encefalopatia de Wernicke, orientação de sinais de alerta e reavaliação breve. É a opção que melhor traduz cuidado responsável no CAPS diante de abstinência sem sinais graves.

Visão do aprovado

A armadilha é confundir gravidade do transtorno por uso de álcool com gravidade da abstinência. AUDIT alto exige plano terapêutico estruturado; abstinência grave exige emergência. Neste caso, a clínica permite manejo inicial no CAPS com seguimento próximo.

Referência de apoio: Ministério da Saúde. Linha de Cuidado - Transtornos por uso de álcool no adulto; OPAS/OMS. mhGAP.

1.3 QUESTÃO - PREVENTIVA

Um paciente apresenta-se ao ambulatório com relato de estar recebendo mensagens codificadas através da televisão e do rádio, que o orientam sobre conspirações contra sua vida. Refere que essas mensagens são exclusivamente direcionadas a ele, sendo capaz de decodificá-las apenas através de sua inteligência especial. O paciente mantém crítica relativa à natureza da vivência, reconhecendo que outras pessoas não conseguem captar tais mensagens. Identifique o fenômeno psicopatológico que melhor caracteriza essa apresentação clínica:

- a) Prosopagnosia, no qual o reconhecimento de faces humanas está prejudicado ou abolido e há incapacidade de reconhecer membros específicos de determinada classe semântica.
- b) Pseudoalucinação ou alucinose, caracterizada pela percepção do paciente da experiência alucinatória como estranha a sua pessoa, o sujeito é adequadamente crítico, reconhecendo seu caráter patológico.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- c) Amnésia dissociativa, ou psicogênica, há perda de elementos mnêmicos seletivos. O indivíduo esquece, por exemplo, uma fase ou um evento de sua vida, mas consegue lembrar de tudo que ocorreu "ao seu redor".
- d) Alucinação extracampina multimodal combinada com delírio não sistematizado, mantendo ausência completa de crítica e integração das vivências psicopatológicas.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: Difícil**

1.3.1 COMENTÁRIOS

O enunciado descreve um paciente que interpreta mensagens reais da televisão e do rádio como se fossem direcionadas exclusivamente a ele, com conteúdo persecutório e grandioso. Em psicopatologia, esse padrão remete fortemente a ideias ou delírios de referência, frequentemente associados a delírios persecutórios. O ponto que a alternativa indicada procura explorar é a presença de crítica relativa: o paciente reconhece que outras pessoas não captam as mensagens e mantém alguma distância em relação à vivência.

A pseudoalucinação/alucinose, em sentido estrito, envolve experiência perceptiva anômala reconhecida como estranha ou patológica pelo sujeito, com maior preservação crítica do que na alucinação verdadeira. Contudo, o enunciado não descreve uma percepção sem objeto, e sim uma interpretação delirante de estímulos reais. Por isso, este item merece atenção de avaliador.

Alternativa A

Incorreta. Prosopagnosia é alteração neuropsicológica do reconhecimento de faces, sem relação com mensagens codificadas, autorreferência, perseguição ou vivência alucinatória.

Alternativa B

Correta. É a alternativa que tenta valorizar a crítica preservada diante de uma experiência psicopatológica. Entretanto, tecnicamente, a descrição do caso se aproxima mais de ideia/delírio de referência do que de pseudoalucinação ou

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

alucinação, pois as mensagens existem como estímulos externos reais; o problema está no significado atribuído a elas.

A questão solicita a identificação do fenômeno psicopatológico que “melhor caracteriza” o caso clínico dentre as alternativas disponíveis. Nesse contexto, a alternativa B permanece como a mais adequada, pois o enunciado enfatiza a preservação parcial da crítica, ao descrever que o paciente “reconhece que outras pessoas não conseguem captar tais mensagens”. Tal aspecto afasta a descrição de um delírio plenamente estruturado com perda total do juízo de realidade.

Além disso, pseudoalucinação/alucinação caracteriza-se justamente pela vivência perceptiva acompanhada de algum grau de insight ou crítica acerca da experiência, elemento valorizado no enunciado e ausente nas demais alternativas.

Alternativa C

Incorreta. Amnésia dissociativa envolve perda seletiva de conteúdos autobiográficos, geralmente vinculada a eventos traumáticos ou estressores. Não há queixa de memória no caso.

Alternativa D

Incorreta. A alternativa descreve alucinação extracampina multimodal com ausência completa de crítica, o que não corresponde ao caso. O enunciado informa crítica relativa, e não ausência completa de crítica.

Visão do aprovado

Em psicopatologia, diferencie percepção de interpretação. Alucinação é percepção sem objeto; delírio de referência é interpretação autorreferente de um estímulo real. Essa distinção é decisiva para evitar erro.

Referência de apoio

Dalgalarrondo, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais; DSM-5-TR.

1.4 QUESTÃO- PREVENTIVA

Na emergência do Hospital de Ensino, criança de 6 meses é atendida com febre, palidez, prostração, vômitos, convulsões, manchas vermelhas no corpo, taquicardia e taquipneia. É internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com quadro de choque séptico indo a óbito no mesmo dia com suspeita diagnóstica de Doença Meningocócica (DM). O caso foi notificado às autoridades competentes. Na investigação epidemiológica, identificou-se que esta criança é irmã gêmea, portanto contato íntimo, de paciente de 6 meses internada há 3 dias em outro hospital da cidade com suspeita de Meningite, sendo que na baciloscopia do líquido cefalorraquidiano identificou-se diplococos gram negativo, sendo posteriormente confirmado na cultura *Neisseria Meningitidis* Sorogrupo C. Este primeiro caso não foi notificado. As duas crianças tomaram aos 3 meses a 1ª dose vacina conjugada contra o meningococo do sorogrupo C, conforme Carteira de Vacinação, porém estavam com as vacinas em atraso desde os 3 meses de idade.

Pode-se afirmar que:

- a) Dentre as medidas de controle preconizadas pelo Ministério da Saúde para a Doença Meningocócica, a indicação de quimioprofilaxia, deve ser feita se a ocorrência de caso secundário for identificada na vigência de um surto da doença na localidade.
- b) De acordo com o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN/Ministério da Saúde), a meningite é doença de notificação compulsória dos casos confirmados, porém a adoção de medidas de controle com a quimioprofilaxia é feita em casos que não foram vacinados para a doença.
- c) Cabe ao médico e ao hospital, onde a criança foi atendida, diagnosticar e adotar a conduta para o paciente que está atendendo e aos familiares procurar atendimento para a quimioprofilaxia para os demais membros da família na Unidade Básica de Saúde próxima de sua casa.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

d) A meningite é doença de notificação compulsória a simples suspeita. O primeiro caso deveria ter sido notificado à Vigilância Epidemiológica, possibilitando assim a investigação epidemiológica, o controle dos comunicantes íntimos e a prescrição de quimioprofilaxia para eles, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

👉 **Gabarito: D**

👉 **Dificuldade: Difícil**

1.4.1 COMENTÁRIOS

A questão avalia vigilância epidemiológica e controle de comunicantes na doença meningocócica. A criança internada com diplococos gram-negativos no líquido e confirmação de *Neisseria meningitidis* sorogrupo C representa caso de meningite meningocócica. A irmã gêmea, contato íntimo, evoluiu com quadro fulminante compatível com doença meningocócica, choque séptico e óbito. O ponto central é que a meningite é de notificação compulsória a partir da suspeita, não apenas após confirmação laboratorial.

A notificação oportuna desencadeia investigação epidemiológica, identificação de contatos próximos, quimioprofilaxia e atualização vacinal quando indicada. Em doença meningocócica, contatos domiciliares, creche/escola, pessoas expostas a secreções respiratórias e profissionais expostos sem proteção devem ser avaliados rapidamente.

Alternativa A

Incorreta. A quimioprofilaxia não depende da existência de surto. Ela é indicada para contatos próximos de casos suspeitos ou confirmados de doença meningocócica, pela possibilidade de prevenir casos secundários.

Alternativa B

Incorreta. A notificação não se restringe a casos confirmados. Além disso, a vacinação prévia não elimina automaticamente a necessidade de quimioprofilaxia quando há contato íntimo com caso suspeito/confirmado.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Alternativa C

Incorreta. O serviço que atende o caso suspeito não deve limitar-se ao cuidado individual. Notificar e acionar a vigilância são responsabilidades assistenciais e sanitárias. A busca de quimioprofilaxia pelos familiares não deve depender apenas de iniciativa espontânea.

Alternativa D

Correta. A simples suspeita de meningite deve ser notificada. A notificação do primeiro caso teria permitido investigação, classificação de contatos íntimos e prescrição de quimioprofilaxia de forma oportuna, reduzindo risco de caso secundário.

Visão do aprovado

Em vigilância epidemiológica, o tempo é parte da resposta. Se o enunciado traz meningococo, contato domiciliar e segundo caso grave, pense em falha de notificação e de bloqueio oportuno.

Referência de apoio: Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde; Diretrizes para enfrentamento das meningites até 2030.

1.5 QUESTÃO- PREVENTIVA

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, foram aprovadas duas leis, pelo Congresso Nacional, que são chamadas de leis orgânicas do SUS. Uma delas, a lei n. 8.142/1990, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Considerando a legislação mencionada, para que o Governo Federal repasse recursos do SUS para estados e municípios, é necessária a existência de:

- a) Comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários e de prontuário eletrônico.
- b) Plano diretor de regionalização e de conselho de saúde paritário.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- c) Plano de saúde e de central de marcação de consultas e exames.
- d) Fundo de saúde e de conselho de saúde paritário.

👉 **Gabarito: D**

👉 **Dificuldade: Difícil**

1.5.1 COMENTÁRIOS

A questão trata da Lei nº 8.142/1990, uma das leis orgânicas do SUS, que disciplina a participação da comunidade e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde. Para receber recursos federais, estados, Distrito Federal e municípios devem cumprir requisitos institucionais mínimos, entre eles Fundo de Saúde, Conselho de Saúde com composição paritária, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, contrapartida orçamentária e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

A alternativa correta, no formato da questão, é aquela que reúne dois requisitos nucleares e explicitamente previstos: fundo de saúde e conselho de saúde paritário.

Alternativa A

Incorreta. A comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários é um dos requisitos da Lei nº 8.142/1990, mas prontuário eletrônico não é condição legal para repasse federal de recursos do SUS.

Alternativa B

Incorreta. O plano diretor de regionalização é instrumento importante de organização do SUS, mas não substitui os requisitos expressos da Lei nº 8.142/1990. O conselho paritário está correto, porém a alternativa combina-o com elemento inadequado para a pergunta.

Alternativa C

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Incorreta. Plano de saúde é requisito legal, mas central de marcação de consultas e exames não é condição estabelecida pela Lei nº 8.142/1990 para repasse de recursos federais.

Alternativa D

Correta. Fundo de saúde e conselho de saúde paritário são requisitos centrais para a transferência regular e automática de recursos do SUS, expressando a lógica de financiamento vinculado e controle social.

Visão do aprovado

Quando a banca mencionar Lei nº 8.142/1990, pense imediatamente em controle social e financiamento: conferências, conselhos, fundos e repasses intergovernamentais.

Referência de apoio

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

1.6 QUESTÃO- PREVENTIVA

Em um estudo caso-controle, foi avaliada a associação entre a presença de fumantes em casa e doenças respiratórias em crianças. Entre 120 casos, 90 tinham pelo menos uma pessoa fumante em casa, ao passo que, entre 360 controles, tal presença foi evidenciada para 120. A medida de efeito, nesta situação, é (assinale a alternativa correta):

- a) Risco 60% maior nos expostos.
- b) Risco 38,6% maior nos expostos.
- c) Risco seis vezes maior nos expostos.
- d) Risco 3,86 vezes maior nos expostos.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: Difícil**

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

1.6.1 COMENTÁRIOS

A questão avalia medida de associação em estudo caso-controle. Nesse tipo de delineamento, os participantes são selecionados pelo desfecho: casos têm a doença respiratória e controles não têm. Por isso, não se calcula risco diretamente; a medida de efeito apropriada é a razão de chances, ou odds ratio (OR).

Organizando a tabela 2x2: entre os casos, 90 crianças estavam expostas a fumantes em casa e 30 não estavam; entre os controles, 120 estavam expostas e 240 não estavam. O OR é calculado por $(a \times d)/(b \times c)$: $(90 \times 240)/(30 \times 120) = 21.600/3.600 = 6$. Assim, a chance de exposição entre os casos é seis vezes a chance de exposição entre controles; em linguagem simplificada, a associação é aproximadamente seis vezes maior.

Alternativa A

Incorreta. “Risco 60% maior” não corresponde ao cálculo e usa linguagem inadequada para estudo caso-controle.

Alternativa B

Incorreta. O valor 38,6% não resulta da razão de chances calculada a partir da tabela 2x2 apresentada.

Alternativa C

Correta. O gabarito informado é numericamente correto quanto ao valor 6. O termo “risco”, para estudo caso-controle, refere-se a “chance” ou “odds ratio”. A formulação mais rigorosa seria: odds de exposição seis vezes maior entre casos em comparação aos controles, ou $OR = 6$, contudo está correta diante das demais alternativas.

Alternativa D

Incorreta. O valor 3,86 não corresponde ao produto cruzado da tabela. Pode ser resultado de tentativa de cálculo com proporções, mas não é a medida correta para o delineamento.

Visão do aprovado

Sempre que o delineamento for caso-controle, desconfie de alternativas que falam em risco. A banca pode aceitar linguagem simplificada, mas o raciocínio epidemiológico correto é odds ratio.

Referência de apoio

Gordis. Epidemiology; Medronho et al. Epidemiologia.

1.7 QUESTÃO- PREVENTIVA

Homem de 68 anos, portador de tuberculose pulmonar bacilífera, em início de tratamento, tem como contatos: a esposa de 66 anos, portadora de diabetes mellitus e uma neta de 9 anos. Ambas negam queixas respiratórias e têm radiografias de tórax normais. A neta recebeu BCG-ID ao nascer. O teste tuberculínico da esposa é de 8 mm (VN 9mm) e da neta, de 6 mm (VN 4mm). Segundo orientação do Ministério da Saúde, a introdução do tratamento para infecção latente por tuberculose (ILTB):

- a) deve ser feita apenas para a esposa.
- b) deve ser feita apenas para a neta.
- c) deve ser feita para a esposa e para a neta.
- d) não deve ser feita para a esposa nem para a neta.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: Difícil**

1.7.1 COMENTÁRIOS

A questão aborda investigação de contatos de tuberculose pulmonar bacilífera e indicação de tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTB). O caso índice é bacilífero, o que torna a investigação dos contatos domiciliares prioritária. Esposa e neta são assintomáticas e têm radiografia de tórax normal, portanto a decisão passa pelo teste tuberculínico e pelo grupo de risco.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

No Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, contatos adultos e adolescentes assintomáticos, após exclusão de TB ativa, seguem investigação com prova tuberculínica; resultado de 5 mm ou mais direciona investigação radiológica e, se normal, tratamento de ILTB. Em crianças menores de 10 anos contatos, a prova tuberculínica de 5 mm ou mais é critério para tratamento, especialmente quando a BCG foi aplicada há mais de dois anos.

Alternativa A

Incorreta se considerada isoladamente. A esposa tem 66 anos, diabetes mellitus e contato domiciliar com caso bacilífero. Com teste tuberculínico de 8 mm e radiografia normal, há fundamento para ILTB; contudo, a neta também apresenta critério.

Alternativa B

Incorreta. A neta de 9 anos, contato domiciliar, BCG ao nascer e teste tuberculínico de 6 mm preenche critério para ILTB. O problema é excluir a esposa, pois o contato adulto com PT de 8 mm também pode preencher critério segundo fluxogramas ministeriais de investigação de contatos, considerando a comorbidade (diabetes).

Alternativa C

Correta. Tecnicamente, é a alternativa mais consistente com o Manual do Ministério da Saúde: tratar ILTB na esposa e na neta, após exclusão de tuberculose ativa, pois ambas são contatos domiciliares, assintomáticas, com radiografia normal e prova tuberculínica positiva para o contexto.

Alternativa D

Incorreta. Ignora o risco de adoecimento de contatos domiciliares de caso bacilífero e a positividade do teste tuberculínico no contexto apresentado.

Visão do aprovado

Itens sobre ILTB exigem atenção ao “contexto de contato”. O mesmo valor de prova tuberculínica pode ter interpretação diferente conforme idade, BCG, imunossupressão e exposição recente a caso bacilífero.

Referência de apoio: Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.

1.8 QUESTÃO- PREVENTIVA

Paciente de 54 anos de idade apresenta paraparesia espástica tropical, doença causada pelo HTLV-1, e usa andador para deambular. A paciente faz fisioterapia motora três vezes por semana. Essa atividade é um exemplo do(s) seguinte(s) nível(is) de prevenção:

- A) Secundário e terciário.
- B) Primário.
- C) Secundário
- D) Terciário.

👉 **Gabarito: D**

👉 **Dificuldade: Difícil**

1.8.1 COMENTÁRIOS

A questão cobra níveis de prevenção segundo a lógica de Leavell e Clark. A paciente já apresenta doença estabelecida por HTLV-1, com paraparesia espástica tropical e limitação funcional importante, pois utiliza andador. A fisioterapia motora, nesse contexto, busca preservar funcionalidade, reduzir incapacidades, prevenir complicações musculoesqueléticas e favorecer reabilitação.

Em classificação clássica, ações de reabilitação diante de incapacidade instalada pertencem à prevenção terciária. Alguns materiais didáticos, porém, incluem “limitação da incapacidade” como componente da prevenção secundária e “reabilitação” como prevenção terciária, o que pode levar a resposta combinada secundária e terciária.

Alternativa A

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Incorreta. A questão descreve paciente com doença já estabelecida, apresentando paraparesia espástica tropical associada ao HTLV-1, limitação funcional importante e necessidade de andador para deambulação. A fisioterapia motora, nesse contexto, possui finalidade predominantemente reabilitadora, voltada à redução de incapacidades, manutenção funcional e melhora da qualidade de vida.

Alternativa B

Incorreta. Prevenção primária ocorre antes da doença, buscando evitar sua ocorrência por promoção da saúde ou proteção específica. A paciente já tem doença e incapacidade funcional.

Alternativa C

Incorreta como resposta isolada. A prevenção secundária está ligada ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação de dano antes de incapacidade consolidada. O uso de andador desloca o foco para reabilitação.

Alternativa D

Correta. O item segue a classificação tradicional mais cobrada em saúde coletiva, fisioterapia em paciente com sequela funcional estabelecida é exemplo típico de prevenção terciária.

Visão do aprovado

A pista é “usa andador”. Quando o enunciado mostra limitação funcional instalada e fisioterapia para manter autonomia, pense primeiro em prevenção terciária.

Referência de apoio

Rouquayrol e Gurgel. Epidemiologia & Saúde; Leavell e Clark. Medicina Preventiva.

1.9 QUESTÃO- PREVENTIVA

Em 1999, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria no 1.339/GM, adotou oficialmente uma lista ou relação de agravos originados no processo de trabalho, para uso clínico e epidemiológico no SUS. Nesta relação estão incluídas as três categorias de doenças relacionadas ao trabalho propostas pelo médico inglês Richard Schilling e utilizadas mundialmente. Qual dos agravos abaixo pertence ao Grupo I da classificação de Schilling?

- a) Asma
- b) Hérnia de hiato
- c) Saturnismo
- d) Varizes de membros inferiores

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: Difícil**

1.9.1 COMENTÁRIOS

A classificação de Schilling organiza as doenças relacionadas ao trabalho em três grupos. O Grupo I reúne doenças em que o trabalho é causa necessária, ou seja, sem a exposição ocupacional específica a doença dificilmente ocorreria naquele contexto. São exemplos clássicos as intoxicações ocupacionais por agentes químicos, como saturnismo por exposição ao chumbo.

Alternativa A

Incorreta. Asma pode ser relacionada ao trabalho, mas geralmente se enquadra como doença em que o trabalho contribui ou atua como fator desencadeante/agravante, não sendo necessariamente causa única em todos os casos.

Alternativa B

Incorreta. Hérnia de hiato não é exemplo típico de doença profissional de causa necessária pelo trabalho na classificação de Schilling.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Alternativa C

Correta. Saturnismo é intoxicação por chumbo, classicamente associada à exposição ocupacional. Integra o Grupo I de Schilling, pois o agente causal é diretamente relacionado ao processo de trabalho.

Alternativa D

Incorreta. Varizes de membros inferiores podem ser agravadas por condições laborais, como permanência prolongada em ortostatismo, mas não configuram doença em que o trabalho seja causa necessária.

Visão do aprovado

Para memorizar: Grupo I = trabalho causa; Grupo II = trabalho fator contributivo; Grupo III = trabalho agravante/desencadeante de doença preexistente ou multifatorial.

Referência de apoio: Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde; Portaria nº 1.339/GM/MS.

1.10 QUESTÃO- PREVENTIVA

Trabalhador da construção civil é atendido no serviço de saúde após ter sido picado por aranha. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) de sua empresa teria identificado os riscos do processo de trabalho e elaborado o mapa destes, classificando a possibilidade da ocorrência desse evento como um tipo de risco ocupacional:

- a) Biológico.
- b) Químico.
- c) De Acidentes.
- d) Toxicológico.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

1.10.1 COMENTÁRIOS

A questão avalia reconhecimento de riscos ocupacionais no mapa de riscos. A picada por aranha no canteiro de obras ocorre por interação com animal peçonhento no ambiente de trabalho. Na classificação tradicional dos mapas de risco da CIPA, esse evento é enquadrado como risco de acidente, por envolver situação capaz de provocar lesão súbita ao trabalhador.

Alternativa A

Incorreta. Risco biológico envolve exposição a microrganismos, sangue, secreções, parasitas ou material biológico, como ocorre em serviços de saúde, laboratórios ou manejo de resíduos. A aranha como animal peçonhento, no mapa de risco ocupacional, é usualmente classificada como risco de acidente.

Alternativa B

Incorreta. Risco químico envolve substâncias, poeiras, fumos, gases, vapores e produtos químicos. A picada por aranha não decorre de exposição química ocupacional clássica.

Alternativa C

Correta. Animais peçonhentos, quedas, cortes, choques elétricos, máquinas sem proteção e outras situações que podem gerar lesões súbitas são enquadradas como riscos de acidentes.

Alternativa D

Incorreta. “Risco toxicológico” não é uma categoria clássica do mapa de riscos da CIPA. A toxicidade do veneno não muda a classificação ocupacional do evento.

Visão do aprovado

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Não confunda agente biológico com animal peçonhento. Em mapa de risco, a banca costuma cobrar a categoria operacional: animal peçonhento é risco de acidente.

Referência de apoio: Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho; manuais de mapa de risco/CIPA.

1.11 QUESTÃO- PREVENTIVA

A Constituição Federal, tratando da Saúde, estabelece que:

- a) saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas preventivas e assistenciais de alta qualidade técnica e humana.
- b) o público-alvo principal do SUS são as parcelas da sociedade em situação de maior vulnerabilidade social.
- c) a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, mas sua participação no SUS só pode se dar de forma complementar.
- d) uma das diretrizes do SUS é o atendimento integral, com igual ênfase para as atividades preventivas e assistenciais.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

1.11.1 COMENTÁRIOS

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, organizada por políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário. Também define que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, mas a participação privada no SUS ocorre de forma complementar.

Alternativa A

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Incorreta. A redação constitucional não se limita a políticas preventivas e assistenciais de “alta qualidade técnica e humana”. A formulação correta envolve políticas sociais e econômicas, redução de riscos e acesso universal e igualitário.

Alternativa B

Incorreta. O SUS tem caráter universal. Embora a equidade imponha maior atenção a grupos vulnerabilizados, o público-alvo do SUS não se restringe a essas parcelas da sociedade.

Alternativa C

Correta. A Constituição afirma que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que instituições privadas podem participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes do sistema e mediante contrato ou convênio.

Alternativa D

Incorreta. A diretriz constitucional é atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A alternativa erra ao falar em “igual ênfase”.

Visão do aprovado

A banca costuma trocar uma palavra para mudar o sentido constitucional. “Prioridade para preventivas, sem prejuízo das assistenciais” não é o mesmo que “igual ênfase”.

Referência de apoio: Constituição Federal de 1988, arts. 196 a 199.

1.12 QUESTÃO- PREVENTIVA

Ao assumir a coordenação de uma equipe de saúde da família, um médico de família e comunidade percebe que sua equipe não utiliza critérios para estabelecimento de fluxo de agendamento de visitas domiciliares. Diante dessa situação, ele decide promover uma roda de conversa a fim de sensibilizar sua equipe acerca da necessidade de organizar critérios para a

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

definição das visitas domiciliares como uma abordagem ao indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário.

Nesse caso, qual é o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que melhor se enquadra na estratégia adotada para melhoria do trabalho da equipe?

- A) Equidade.
- B) Autonomia.
- C) Integralidade.
- D) Universalidade.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

1.12.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve uma equipe de Saúde da Família sem critérios para agendamento de visitas domiciliares. O médico propõe organizar critérios considerando o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário. A pergunta não é sobre acesso universal a todos, mas sobre priorização conforme necessidades, risco e vulnerabilidade. Esse é o núcleo do princípio da equidade.

Alternativa A

Correta. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, alocando maior atenção a quem apresenta maior necessidade, risco ou vulnerabilidade. Critérios de visita domiciliar devem priorizar acamados, frágeis, pessoas com dificuldade de acesso, condições crônicas complexas, puérperas, crianças de risco, sofrimento mental ou vulnerabilidade social.

Alternativa B

Incorreta. Autonomia é valor ético relacionado à capacidade de decisão dos usuários, mas não é o princípio que melhor explica a organização de fluxo por critérios de necessidade.

Alternativa C

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Incorreta como melhor resposta. A integralidade é relevante porque considera dimensões biopsicossociais, mas o eixo decisório do caso é priorizar visitas conforme necessidades distintas, o que caracteriza equidade.

Alternativa D

Incorreta. Universalidade garante direito de acesso a todos, mas não define sozinho a ordem de prioridade quando a demanda supera a capacidade operacional da equipe.

Visão do aprovado

Quando o enunciado fala em organizar fila, fluxo ou prioridade conforme risco, vulnerabilidade ou necessidade, a resposta tende a ser equidade.

Referência de apoio: Constituição Federal de 1988; Lei nº 8.080/1990; Política Nacional de Atenção Básica.

1.13 QUESTÃO- PREVENTIVA

De acordo com o art. 198 da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes, assinale com V as afirmativas verdadeiras e com F as falsas.

- () Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- () Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
- () Coordenação do cuidado.
- () Atendimento universal e equânime.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA.

- A) V V F F.
- B) F V F V.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

C) V F F V.

D) F V V F.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

1.13.1 COMENTÁRIOS

O art. 198 da Constituição Federal define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem sistema único, organizado segundo três diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Item 1 - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo

Verdadeiro. É uma das diretrizes expressas do art. 198.

Item 2 - Atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais

Verdadeiro. Reproduz a diretriz constitucional de integralidade conforme a redação do art. 198.

Item 3 - Coordenação do cuidado

Falso no comando constitucional. Coordenação do cuidado é atributo e diretriz organizativa especialmente relevante na Atenção Primária e nas redes de atenção, mas não aparece como uma das três diretrizes do art. 198.

Item 4 - Atendimento universal e equânime

Falso para a pergunta. Universalidade e equidade são princípios fundamentais do SUS, mas não são a redação das diretrizes listadas no art. 198. A alternativa correta é V V F F.

Visão do aprovado

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A pegadinha é misturar princípios doutrinários do SUS com diretrizes constitucionais do art. 198. Universalidade e equidade são verdadeiros no SUS, mas falsos se a pergunta exige a sequência literal do artigo.

Referência de apoio: Constituição Federal de 1988, art. 198.

1.14 QUESTÃO- PREVENTIVA

A desprescrição de medicamentos é definida como a retirada de um fármaco inadequado de um paciente. Sobre a desprescrição de medicamentos assinale a afirmativa CORRETA:

- a) As interações farmacocinéticas não são relevantes no momento de retirada de um fármaco.
- b) A desprescrição é uma técnica homogênea que pode melhorar a adesão terapêutica do paciente em qualquer circunstância clínica.
- c) A desprescrição pode ser compreendida como uma ação de prevenção terciária.
- d) A síndrome de retirada é mais comum ao se retirarem fármacos que atuam no sistema nervoso central.

👉 **Gabarito: D**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

1.14.1 COMENTÁRIOS

Desprescrição é o processo planejado e supervisionado de reduzir, suspender ou substituir medicamentos quando os riscos superam os benefícios, quando não há indicação atual, quando há duplicidade terapêutica ou quando a carga medicamentosa gera dano. É especialmente relevante em idosos, pessoas com multimorbidade, polifarmácia e maior risco de eventos adversos.

Alternativa A

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Incorreta. Interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas são centrais no raciocínio de desprescrição. Retirar ou manter um fármaco pode alterar níveis séricos, efeitos e toxicidade de outros medicamentos.

Alternativa B

Incorreta. Desprescrição não é técnica homogênea nem aplicável indistintamente. Deve ser individualizada, pactuada com o paciente, baseada em objetivos terapêuticos, prognóstico, riscos de retirada e monitoramento.

Alternativa C

Incorreta ou imprecisa. A desprescrição é frequentemente compreendida como ação de prevenção quaternária, pois busca evitar intervenções desnecessárias, iatrogenia e medicalização excessiva. Pode reduzir danos em pessoas com doença estabelecida, mas não é classicamente classificada como prevenção terciária.

Alternativa D

Correta. Síndromes de retirada são mais comuns e clinicamente relevantes com medicamentos que atuam no sistema nervoso central, como benzodiazepínicos, antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e opioides, exigindo retirada gradual e monitoramento.

Visão do aprovado

Se a alternativa menciona “qualquer circunstância clínica”, “técnica homogênea” ou “interações irrelevantes”, desconfie. Desprescrição é individualizada e exige monitoramento.

Referência de apoio: Scott et al. Deprescribing; WONCA - prevenção quaternária; literatura de segurança do paciente e uso racional de medicamentos.

1.15 QUESTÃO- PREVENTIVA

A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que

prestam assistência ao paciente. Acerca deste assunto, assinale a afirmativa incorreta.

- a) A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.
- b) A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.
- c) Em 2018 o Ministério da Saúde excluiu a Cólera da lista de doenças de notificação compulsória.
- d) A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

1.15.1 COMENTÁRIOS

A questão pede a alternativa incorreta sobre notificação compulsória. No Brasil, a notificação compulsória é dever de médicos, demais profissionais de saúde e responsáveis por serviços públicos e privados, mas a comunicação também pode ser feita por outros responsáveis institucionais e por qualquer cidadão que tenha conhecimento de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória.

Alternativa A

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Correta. A comunicação também se aplica a responsáveis por estabelecimentos educacionais, de cuidado coletivo, serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa, conforme normas de vigilância.

Alternativa B

Correta. Qualquer cidadão pode comunicar à autoridade de saúde evento de notificação compulsória de que tenha conhecimento. Isso amplia a sensibilidade do sistema de vigilância.

Alternativa C

Incorreta, portanto é o gabarito. A cólera permanece como doença de notificação compulsória, com importância epidemiológica pela possibilidade de surtos e necessidade de resposta rápida. A afirmação de exclusão em 2018 é falsa.

Alternativa D

Correta. A notificação compulsória imediata deve ocorrer em até 24 horas do primeiro atendimento, pelo meio mais rápido disponível, para autoridade competente.

Visão do aprovado

Quando o comando pede “incorreta”, marque a opção falsa, não a melhor conduta. Aqui, o erro objetivo é afirmar que a cólera foi excluída da lista.

Referência de apoio: Ministério da Saúde. Lista Nacional de Notificação Compulsória; Portaria de Consolidação nº 4/2017 e atualizações.

1.16 QUESTÃO- PREVENTIVA

De acordo com a lista nacional de notificação compulsória doenças e agravos de saúde pública, assinale a alternativa que apresenta duas doenças de notificação imediata

- a) Hanseníase e leptospirose.
- b) Malária na região amazônica e sífilis.
- c) Dengue-óbitos e raiva humana.
- d) Tétano e hepatite viral.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: Médio**

1.16.1 COMENTÁRIOS

A questão cobra doenças de notificação compulsória imediata. A notificação imediata deve ocorrer em até 24 horas, pois envolve agravos com potencial de surtos, elevada letalidade, necessidade de bloqueio, investigação urgente ou relevância sanitária imediata.

Alternativa A

Incorreta. Hanseníase é de notificação compulsória, mas não é tipicamente notificação imediata nacional. Leptospirose também demanda vigilância, mas a dupla não corresponde ao par clássico de notificação imediata cobrado.

Alternativa B

Incorreta. Malária na região amazônica e sífilis são notificáveis, mas não formam o par de notificação imediata indicado pela lista nacional no formato da questão. A malária de notificação imediata é, classicamente, a da região extra-amazônica.

Alternativa C

Correta. Óbitos por dengue e raiva humana são eventos de notificação imediata. Ambos exigem investigação urgente: óbito por dengue pela avaliação da assistência e do cenário epidemiológico; raiva humana pela extrema gravidade e necessidade de medidas sanitárias imediatas.

Alternativa D

Incorreta. Tétano e hepatites virais são agravos de notificação compulsória, mas não constituem a dupla solicitada de notificação imediata conforme o padrão da lista.

Visão do aprovado

A banca costuma misturar doenças notificáveis semanais com imediatas. Não basta saber que “notifica”; é preciso saber a periodicidade.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Referência de apoio: Ministério da Saúde. Lista Nacional de Notificação Compulsória.

1.17 QUESTÃO- PREVENTIVA | PSIQUIATRIA

Na unidade de saúde do bairro, uma mulher de 58 anos, diabética, informa que vem apresentando ansiedade persistente, insônia e preocupação excessiva há meses. Controle glicêmico irregular e baixa adesão ao tratamento.

A melhor conduta inicial na atenção básica é:

- A) Benzodiazepínico contínuo
- B) Encaminhamento imediato para internação psiquiátrica
- C) Manejo longitudinal com abordagem psicossocial e avaliação clínica integrada
- D) Suspender tratamento do diabetes até estabilização emocional

👉 Gabarito: C

1.17.1 COMENTÁRIOS

O interno deve integrar saúde mental e clínica médica no manejo longitudinal. A questão avalia a conduta inicial diante de uma usuária com sintomas ansiosos persistentes, insônia, preocupação excessiva, diabetes mellitus com controle irregular e baixa adesão terapêutica no contexto da Atenção Básica. O ponto central é reconhecer que, na APS, o cuidado em saúde mental deve ser longitudinal, integral, territorial e articulado ao manejo das condições crônicas, evitando respostas reducionistas, medicalização inadequada ou encaminhamentos desnecessários.

Alternativa A

Incorreta. O uso contínuo de benzodiazepínico não deve ser a primeira conduta na Atenção Básica para quadro ansioso persistente, especialmente em uma mulher de 58 anos, pois há risco de dependência, sedação, quedas, prejuízo cognitivo e

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

cronificação do uso. Benzodiazepínicos podem ter indicação pontual e por curto período em situações selecionadas, mas não substituem a avaliação clínica, o manejo psicossocial e o acompanhamento longitudinal.

Alternativa B

Incorreta. A internação psiquiátrica imediata não está indicada pelo enunciado. A paciente apresenta ansiedade persistente, insônia e preocupação excessiva, mas não há descrição de emergência psiquiátrica, desorganização grave, risco iminente à integridade ou incapacidade clínica que justifique internação. Na Atenção Básica, a primeira resposta deve ser avaliação qualificada, estratificação de gravidade, vínculo e plano terapêutico.

Alternativa C

Correta. A melhor conduta inicial é o manejo longitudinal com abordagem psicossocial e avaliação clínica integrada. Isso inclui escuta qualificada, avaliação dos sintomas ansiosos e do sono, investigação de fatores psicossociais, revisão do tratamento do diabetes, identificação das barreiras à adesão, educação em saúde, pactuação de metas possíveis, acompanhamento regular e, quando necessário, cuidado compartilhado com a rede de saúde mental. A presença de diabetes com controle irregular reforça a necessidade de abordagem integrada, pois sofrimento psíquico e baixa adesão terapêutica podem se retroalimentar.

Alternativa D

Incorreta. Suspender o tratamento do diabetes até estabilização emocional é conduta inadequada e potencialmente danosa. O cuidado em saúde mental não deve interromper o manejo das condições clínicas. Ao contrário, deve integrar o controle glicêmico, a adesão ao tratamento, o autocuidado e o suporte psicossocial em um plano terapêutico único.

Visão do aprovado

A banca costuma valorizar, em questões de Atenção Básica, respostas centradas em integralidade, longitudinalidade, vínculo, coordenação do cuidado e

abordagem biopsicossocial. Em saúde mental, nem todo sofrimento psíquico exige internação ou prescrição imediata. A melhor resposta geralmente é aquela que integra escuta, avaliação clínica, cuidado continuado e articulação com a rede quando necessário.

Referência de apoio

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental.
Organização Mundial da Saúde. mhGAP Guideline for Mental, Neurological and Substance Use Disorders.

1.18 QUESTÃO- PREVENTIVA

Paciente chega ao consultório médico e relata que tem herpes genital. Faz algumas perguntas ao seu Médico de Família e Comunidade e obtém respostas aos seus questionamentos. Assinale a alternativa que apresenta a CORRETA explicação ao questionamento feito pela paciente:

- a) Paciente: Posso passar herpes para meu namorado sem ter lesões aparentes?
MFC: Não, pois herpes somente pode ser transmitida quando existem lesões.
- b) Paciente: Existe algum exame que pode confirmar o diagnóstico?
MFC: Infelizmente não, mas existe tecnologia para confirmação diagnóstica do herpes vírus.
- c) Paciente: Os sintomas são só no local acometido ou posso ter sintomas piores?
MFC: O herpes é uma doença de manifestação local.
- d) Paciente: Herpes tem cura?
MFC: Não, após a primo-infecção, o vírus fica latente em gânglios nervosos sensoriais e periodicamente pode ser reativado e migrar até a superfície da pele ou mucosa.

👉 **Gabarito: D**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

1.18.1 COMENTÁRIOS

A questão trata de aconselhamento em herpes genital na Atenção Primária. O herpes simples genital é infecção viral recorrente, causada principalmente pelo HSV-2, embora HSV-1 também possa causar lesões genitais. Após a primo-infecção, o vírus permanece latente em gânglios sensitivos e pode reativar periodicamente, causando lesões ou eliminação viral assintomática.

Alternativa A

Incorreta. A transmissão pode ocorrer mesmo sem lesões aparentes, devido à eliminação viral assintomática. Essa informação é essencial no aconselhamento de casais e na prevenção combinada de IST.

Alternativa B

Incorreta pela redação contraditória. Existem métodos laboratoriais que podem confirmar o diagnóstico, especialmente testes moleculares quando disponíveis, além de avaliação clínica das lesões típicas. Portanto, não é correto dizer “infelizmente não”.

Alternativa C

Incorreta. Embora a manifestação genital local seja comum, a primo-infecção pode cursar com sintomas sistêmicos, linfadenopatia, dor intensa, febre e mal-estar. Em imunossuprimidos, pode haver quadros mais graves.

Alternativa D

Correta. Herpes genital não tem cura erradicadora. Após a primo-infecção, o vírus fica latente em gânglios nervosos sensoriais e pode reativar, migrando para pele ou mucosa e produzindo recorrências, com ou sem lesões evidentes.

Visão do aprovado

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Em IST, a banca valoriza aconselhamento correto: herpes transmite sem lesão, pode recorrer e exige orientação sobre preservativo, abstinência durante lesões, tratamento antiviral quando indicado e comunicação responsável com parceria.

Referência de apoio: Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST.

1.19 QUESTÃO- PREVENTIVA | PSIQUIATRIA

Um homem de 34 anos procura atendimento na Unidade Básica de Saúde para renovação de receitas. Há 2 anos recebeu diagnóstico de episódio depressivo leve e, há 8 meses, iniciou tratamento para hipertensão arterial sistêmica. Relata que, após mudança recente de emprego, passou a apresentar preocupação excessiva, dificuldade de relaxar, sensação frequente de tensão, insônia inicial e medo constante de “não conseguir dar conta”. Desde então, faltou repetidamente às consultas de acompanhamento, refere esquecimento frequente das medicações, interrompeu o uso do anti-hipertensivo em alguns períodos e deixou de realizar exames solicitados. A esposa relata que ele passou a evitar conversar sobre a própria saúde e costuma dizer que “não adianta se cuidar”. Ao exame, apresenta-se ansioso, inquieto e com humor levemente rebaixado, sem sintomas psicóticos. A dificuldade de adesão ao tratamento nesse caso está mais relacionada a:

- A) Baixa percepção de risco cardiovascular associada à hipertensão arterial sistêmica
- B) Sintomas psíquicos que interferem na organização do autocuidado
- C) Efeitos colaterais graves da medicação anti-hipertensiva
- D) Quadro confusional agudo associado à hipertensão arterial sistêmica

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: MODERADO**

1.19.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve um paciente com sintomas ansiosos e depressivos leves associados à redução da adesão ao tratamento clínico de uma doença crônica. A ansiedade persistente, a sensação de incapacidade, a insônia, o humor rebaixado e a evitação relacionada à própria saúde contribuem para prejuízo na organização do autocuidado. Em pacientes com transtornos ansiosos e depressivos, é frequente ocorrer esquecimento de medicações, faltas a consultas, abandono de seguimento e dificuldade de manter rotinas terapêuticas. A atenção básica frequentemente recebe pacientes cuja principal repercussão psiquiátrica não é o sofrimento emocional isolado, mas a interferência funcional sobre doenças clínicas crônicas. O caso também reforça a integração entre saúde mental e manejo longitudinal de hipertensão arterial sistêmica.

Alternativa A

Incorreta. Pacientes hipertensos podem apresentar baixa percepção de risco, especialmente por se tratar de doença frequentemente assintomática. Entretanto, no caso, o principal fator associado à baixa adesão é o sofrimento psíquico e a desorganização funcional.

Alternativa B

Correta. Os sintomas ansiosos e depressivos estão associados à dificuldade de manter rotinas, comparecer a consultas, utilizar medicações adequadamente e cuidar da própria saúde.

Alternativa C

Incorreta. O caso não descreve efeitos colaterais graves nem associação consistente entre sintomas físicos e interrupção medicamentosa.

Alternativa D

Incorreta. Não há alteração aguda da atenção, consciência ou orientação que sugira quadro confusional agudo.

Visão do aprovado

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

O aluno deve: reconhecer que transtornos ansiosos e depressivos interferem diretamente na adesão terapêutica; compreender o impacto funcional dos sintomas psíquicos sobre doenças clínicas crônicas; integrar raciocínio psiquiátrico e atenção primária; evitar interpretar a baixa adesão exclusivamente como “falta de interesse” ou “descuido”.

Erro mais comum do aluno

Atribuir a baixa adesão apenas à hipertensão arterial ou à “falta de responsabilidade” do paciente, sem reconhecer o impacto funcional da ansiedade e da depressão sobre o autocuidado.

1.20 QUESTÃO- PREVENTIVA

Qual dos seguintes métodos é APROPRIADO para determinar a associação estatística entre exposição e doença em um estudo epidemiológico?

- a) Regressão linear para análise de dados categóricos em estudos caso-controle.
- b) Aplicação do teste chi-quadrado para comparar proporções entre grupos expostos e não expostos em estudos transversais.
- c) Taxas de prevalência para inferir causalidade entre exposição e desfecho em estudos longitudinais.
- d) Medidas de tendência central para estabelecer a relação entre as variáveis em estudo de coorte.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: FÁCIL**

1.20.1 COMENTÁRIOS

A questão avalia escolha de teste estatístico conforme tipo de variável e desenho. Em estudos epidemiológicos, exposição e doença frequentemente são variáveis categóricas, como exposto/não exposto e doente/não doente. Para verificar

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

associação entre proporções em grupos, um teste apropriado é o qui-quadrado, desde que os pressupostos de frequência esperada sejam atendidos.

Alternativa A

Incorreta. Regressão linear é usada para desfechos contínuos e não é o método básico adequado para analisar associação entre variáveis categóricas em estudo caso-controle. Em caso-controle, são comuns odds ratio, qui-quadrado e regressão logística.

Alternativa B

Correta. O teste qui-quadrado compara proporções entre grupos e avalia associação entre variáveis categóricas, sendo apropriado em estudos transversais quando se compara frequência de doença entre expostos e não expostos.

Alternativa C

Incorreta. Taxas ou razões de prevalência podem descrever associação em estudos transversais, mas não permitem inferir causalidade por si só. Causalidade exige temporalidade, plausibilidade, controle de confundimento e desenho adequado.

Alternativa D

Incorreta. Medidas de tendência central resumem variáveis quantitativas, como média e mediana, mas não estabelecem associação entre exposição e desfecho em estudo de coorte.

Visão do aprovado

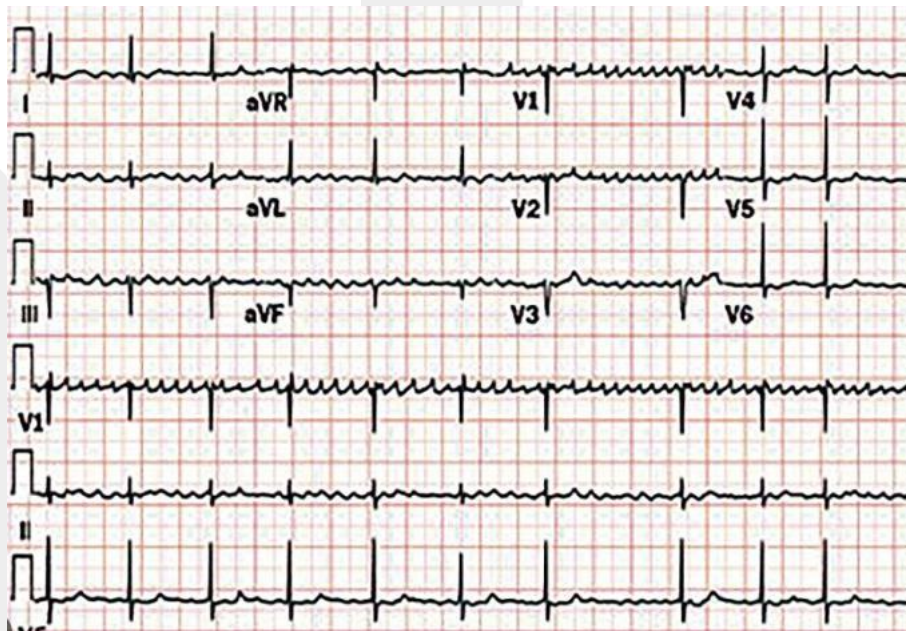
Antes de escolher teste estatístico, identifique o tipo de variável: categórica pede proporção e qui-quadrado/Fisher; contínua pode pedir média, t de Student, ANOVA ou modelos lineares.

Referência de apoio: Medronho et al. Epidemiologia; Pereira. Epidemiologia: teoria e prática.

2 CLÍNICA MÉDICA

2.1 QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA

Identificação. JHA 70 anos masculino hipertenso há 20 anos e diabético há 10 anos. Vinha em acompanhamento do programa de saúde da família. Hoje pela manhã foi despertado por palpitações e mal-estar. Nega dor torácica ou outras queixas. AM. Além dos descritos, tem doença renal crônica não dialítica com a última creatinina basal de 3,0mg/dL. Usa espinolactona 25mg, losartana 100mg e metformina 850 mg duas vezes ao dia. Exame físico 100/60mmHg .PR-104 irregular. Mucosas decoradas 2++/4. Apresentava o ECG abaixo: Que arritmia ele apresenta?



- A) Flutter atrial
- B) Taquicardia supraventricular
- C) Fibrilação atrial
- D) Flutter atrial com condução alterada

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

2.1.1 COMENTÁRIOS

Homem de 70 anos com **múltiplas comorbidades de alto risco**:

HAS (20 anos) + DM2 (10 anos) → síndrome cardiometabólica estabelecida, DRC não dialítica com creatinina basal de 3,0 mg/dL (estágio 4 — RFG estimado ~15-29 mL/min), Medicações relevantes: espirolactona, losartana, metformina.

A Irregularidade do ritmo é a Chave da afirmativa correta

Característica	Flutter Atrial	FA	TSV
Ritmo	Regular	Irregularmente irregular	Regular
Ondas atriais	F em "dente de serra"	Ausência de onda P definida	P retrógrada
FC	Geralmente 150 bpm (2:1)	Variável	150-250 bpm

Por que não as outras?

Flutter atrial (A)

Ritmo tipicamente **regular**; ondas F em serrilhado a 300 bpm com bloqueio AV fixo.

TSV (B)

Ritmo **regular**, FC habitualmente > 150 bpm.

Flutter com condução alterada (D)

Poderia gerar alguma irregularidade, mas o padrão clássico e o contexto apontam para FA

Desdobramentos do caso e trilha de estudos

1. Risco de AVC elevado — Escore CHA₂DS₂-VASc:

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Pontos	Critério
— (70 anos = 1 pt por 65-74)	Idade \geq 75 anos
1	HAS
1	DM
0	Sexo masculino
≥ 3 → anticoagulação indicada	Total estimado

2. Medicções problemáticas com DRC estágio 4:

- **Metformina** — **contraindicada** com creatinina $> 1,5$ (homens) / risco de acidose láctica
- **Espironolactona + losartana** — risco de **hipercalemia** importante na DRC avançada
- Anticoagulação: preferir **apixabana** (menor dependência renal vs rivaroxabana/dabigatrana)

3. Controle de frequência:

- Betabloqueador ou diltiazem (cuidado com função renal e PA já limítrofe)
- Digoxina pode ser alternativa, mas com ajuste rigoroso na DRC

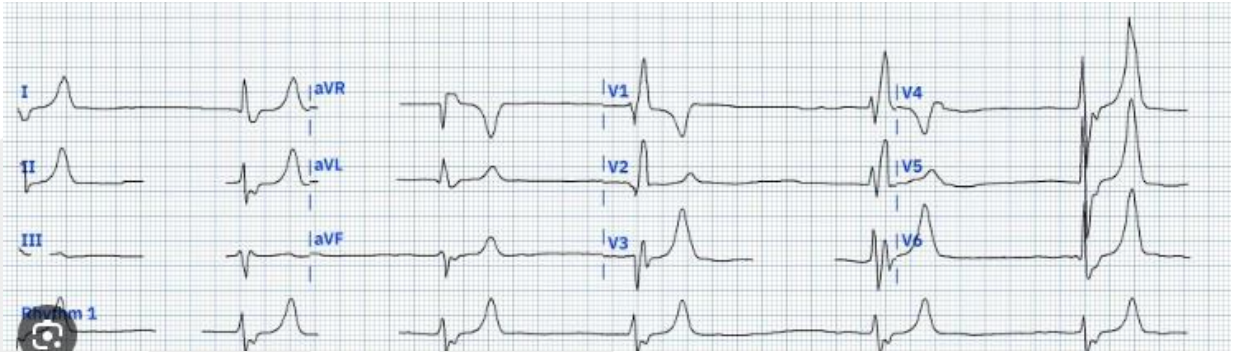
Conclusão: Este caso ilustra perfeitamente como a **FA é a arritmia mais prevalente em idosos com síndrome cardiometabólica**, e como o manejo vai muito além do ritmo — exigindo revisão de medicações, estratificação de risco tromboembólico e atenção à função renal deteriorada.

2.2 QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA

Identificação. SAF, feminino, 28 anos, previamente hígido, atleta amador. passou a cursar com diarreia e vômitos há 3 dias e dor lombar, tem lordose pronunciada. Usou Ibuprofeno 600mg duas vezes ao dia desde 1º das queixas. Esta Inapetente. Passou a cursar com fraqueza muscular, formigamento na boca. Usou soro caseiro e suco de laranja por conta própria. EF- REG

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

desidratado 2+/4. PA- 110;60mmHg PR- 110bom reg cheio, Força muscular grau 3/5. Na emergência realizou este ECG abaixo. Qual a alteração eletrocardiográfica?



- A) Hipermagnesemia
- B) Hipercalemia
- C) Hipocalemia
- D) Hipercalcemia

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

2.2.1 COMENTÁRIOS

Análise do Caso Clínico — Distúrbio Eletrolítico

Raciocínio Clínico

Perdas importantes:

- Diarreia + vômitos há 3 dias → perda de volume e eletrólitos, Inapetente → sem reposição oral adequada, Desidratada 2+/4

O que ela FEZ que piorou o quadro?

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Atitude	Consequência
Ibuprofeno 600mg 2x/dia	AINE → reduz perfusão renal → retém potássio (inibe síntese de prostaglandinas → reduz excreção renal de K ⁺)
Soro caseiro	Preparado incorretamente pode conter excesso de sal sem balanço adequado
Suco de laranja	Altíssimo teor de potássio — a paciente se "tratou" com exatamente o que estava lhe fazendo mal

Sintomas que Apontam para Hipercalemia

Sintoma	Explicação
Fraqueza muscular grau 3/5	K ⁺ elevado despolariza a membrana → inativa canais de sódio → fraqueza
Formigamento perioral	Alteração na excitabilidade de membrana
Taquicardia (FC 110)	Efeito cardiotoxico inicial
Dor lombar + lordose	Pode refletir espasmo/fraqueza da musculatura paravertebral

Por que não as outras?

Alternativa	Por que não?
Hipocalemia	Causaria fraqueza também, mas o contexto clínico (AINE + suco de laranja) favorece hipER calemia; hipocalemia daria mais câibras e íleo
Hipermagneseemia	Rara sem suplementação ou insuficiência renal grave; causaria arreflexia e não formigamento perioral típico
Hipercalemia	Causaria fraqueza, poliúria, constipação — não é o perfil aqui

No ECG deste caso, provavelmente se observam **ondas T altas e apiculadas**, compatíveis com hipercalemia moderada.

Conduta Imediata

- 1. Estabilização da membrana cardíaca:** Gluconato de cálcio IV — proteção miocárdica imediata
- 2. Deslocamento do K⁺ para o intracelular:** Insulina + glicose IV

AValiação de Segunda Chamada – Internato

- Salbutamol nebulizado (ativação $\beta_2 \rightarrow$ entrada de K^+ na célula)
- Bicarbonato de sódio (se acidose associada)

3. Eliminação do K^+ : Furosemida IV (aumenta excreção renal)

- Resinas de troca Lokelma e Sorcal – colocar o K para dentro da célula
- Hemodiálise se refratário

4. Suspender imediatamente: Ibuprofeno, Suco de laranja e qualquer fonte de potássio

Pérola do Caso

A paciente **agravou sua própria condição** ao usar AINE (que retém K^+ ao reduzir a perfusão renal) e se automedicar com suco de laranja (fonte rica em potássio), pensando estar se reidratando. É um exemplo clássico de como a **automedicação** e o **senso comum podem ser perigosos** em distúrbios eletrolíticos.

2.3 QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA | UE

Um paciente com 34 anos, em tratamento quimioterápico para linfoma, é avaliado no plantão de um hospital com queixa de dispneia, desconforto torácico, ortopneia, com progressão nas últimas 6 horas. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, com frequência cardíaca de 125 bpm, regular e débil, frequência respiratória de 28 irpm, saturação de O_2 de 93% em ar ambiente, pressão arterial de 86 x 48 mmHg. Durante a inspiração, observa-se que a pressão sistólica reduziu para 75 x 44 mmHg. A temperatura axilar do paciente é de 36,6 °C e ele apresenta grande distensão jugular a 45 graus, bulhas cardíacas hipofonéticas. O exame de ECG no leito indicou baixa voltagem dos complexos QRS, sem presença de alterações isquêmicas detectáveis. Os resultados de outros exames realizados nesse dia são: Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, assinale a opção com as medidas mais adequadas a serem adotadas para esse paciente.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

EXAMES LABORATORIAIS

EXAME	VALOR	VALOR DE REFERÊNCIA (VR)
hematócrito	28%	40% a 50%
hemoglobina	7,3 g/dL	13 a 17 g/dL
leucócitos	5.500 mm ³	4.000 a 10.000 mm ³
neutrófilos	70%	40% a 80%
plaquetas	62.000	151.000 a 304.000/mm ³
protrombina	2,2	0,8 a 1,2
ácido úrico	6,9 mg/dL	2,4 a 5,7 mg/dL
glicemia jejum	155 mg/dL	<100 mg/DI
creatinina	0,6 mg/dL	0,6 a 1,2 mg/dL
bilirrubina total	0,9 mg/dL	0,2 a 1,20 mg/dL
lactato	1,5	0,5 a 1,6 mmol/L

- A) Solicitar ecocardiografia e pericardiocentese.
- B) Verificar enzimas cardíacas e indicar uso de trombolítico.
- C) Indicar uso de vasopressores e de antibióticos endovenosos.
- D) Realizar angiotomografia de tórax e exame de anticoagulação.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADO**

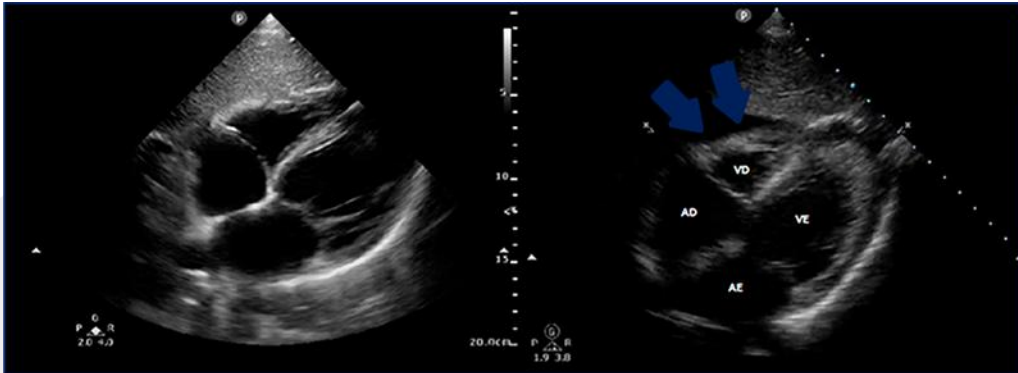
2.3.1 COMENTÁRIOS

O cenário combina sinais clássicos compatíveis com **tamponamento cardíaco**, pedindo o manejo adequado como próximo passo. Trata-se de um paciente jovem em quimioterapia para linfoma que desenvolve um quadro agudo e potencialmente fatal.

O reconhecimento desta condição é fundamental nas provas de residência, especialmente quando apresentada em contexto oncológico. O paciente exibe a **tríade de Beck** completa: hipotensão (86x48 mmHg), **distensão jugular acentuada** e **bulhas cardíacas hipofonéticas**. Além disso, apresenta **pulso**

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

paradoxal significativo - queda de 11 mmHg na pressão sistólica durante a inspiração (de 86 para 75 mmHg), quando o normal seria no máximo 10 mmHg.



Janela pericárdica positiva ao FAST. Na primeira imagem temos um FAST normal, com a visualização das 4 câmaras e nenhum líquido "periférico". Na segunda, observamos a presença de líquido laminar comprimindo as câmaras cardíacas (setas). Fonte: Michael B. Stone, Patricia Henwood.

O **tamponamento cardíaco** ocorre quando há acúmulo de líquido (sangue, exsudato inflamatório ou transudato) no espaço pericárdico em quantidade suficiente para comprometer o enchimento diastólico das câmaras cardíacas. A **fisiopatologia** envolve a rigidez do pericárdio, que não consegue se distender rapidamente para acomodar o líquido acumulado, resultando em compressão extrínseca do coração.

No contexto oncológico, o derrame pericárdico pode ocorrer por **metástases pericárdicas**, **pericardite induzida por quimioterapia** ou **pericardite pós-radiação**. O quadro pode evoluir rapidamente para tamponamento, especialmente quando o acúmulo de líquido é agudo.

O **eletrocardiograma** com **baixa voltagem dos complexos QRS** é um achado típico, resultado da interposição do líquido pericárdico entre o coração e os eletrodos. A ausência de alterações isquêmicas ajuda a diferenciar de um infarto agudo do miocárdio.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A **resposta correta é a alternativa A**, que propõe **ecocardiografia** para confirmação diagnóstica seguida de **pericardiocentese**, que é o tratamento definitivo para o tamponamento cardíaco.

Alternativa A

Correta. A **ecocardiografia** é o exame de escolha para confirmar o diagnóstico de **tamponamento cardíaco**. Permite identificar o derrame pericárdico, quantificar o volume de líquido e avaliar sinais ecocardiográficos de tamponamento como colapso diastólico do átrio direito e ventrículo direito, variação respiratória excessiva do fluxo transmitral e comunicação interventricular. A **pericardiocentese** é o tratamento definitivo e urgente, promovendo alívio imediato da compressão cardíaca e melhora hemodinâmica. É um procedimento que pode ser tanto diagnóstico (análise do líquido) quanto terapêutico. Em casos de tamponamento, mesmo pequenos volumes drenados (50-100 mL) podem resultar em melhora clínica significativa devido à porção íngreme da curva pressão-volume pericárdica.

Alternativa B

Incorreta. As **enzimas cardíacas** não estão indicadas neste cenário, pois o ECG não mostra alterações isquêmicas e o quadro clínico não sugere infarto agudo do miocárdio. O **uso de trombolítico** seria perigoso e contraindicado, pois não há evidência de embolia pulmonar ou IAM, e poderia aumentar o risco de sangramento no paciente oncológico. Além disso, em caso de tamponamento hemorrágico, o trombolítico poderia agravar o quadro. A hipotensão e **taquicardia** são explicadas pela compressão cardíaca, não por isquemia miocárdica.

Alternativa C

Incorreta. Embora o paciente esteja hipotenso, o uso de **vasopressores** não resolve o problema fundamental que é a compressão mecânica do coração. Na verdade, pode ser prejudicial ao aumentar a pós-carga em um coração já com enchimento comprometido. **Antibióticos endovenosos** não estão indicados, pois não há sinais de infecção (temperatura de 36,6°C, sem leucocitose significativa). O

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

quadro é de tamponamento cardíaco, não de **choque séptico**. O tratamento deve focar na remoção da causa mecânica da obstrução ao retorno venoso.

Alternativa D

Incorreta. Embora pacientes oncológicos tenham risco aumentado para embolia pulmonar, o quadro clínico não é compatível. A **angiotomografia de tórax** retardaria o diagnóstico e tratamento adequados. Os achados de distensão jugular, bulhas hipofonéticas e pulso paradoxal são específicos para **tamponamento cardíaco**, não para embolia pulmonar. **Exames de anticoagulação** seriam úteis se houvesse suspeita de TEP, mas poderiam ser perigosos se o tamponamento fosse hemorrágico. O tempo é crítico no tamponamento, e investigações desnecessárias podem ser fatais.

Visão do aprovado

O tamponamento cardíaco em paciente oncológico exige reconhecimento imediato da **tríade de Beck** e do **pulso paradoxal patológico**. A combinação de hipotensão, distensão jugular e bulhas hipofonéticas, junto com queda pressórica >10 mmHg na inspiração, fecha o diagnóstico. O contexto de quimioterapia para linfoma aumenta o risco de derrame pericárdico por toxicidade ou infiltração neoplásica.

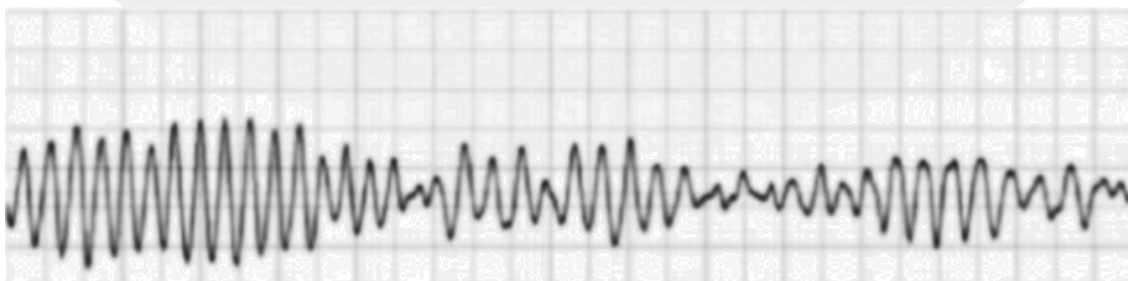
- **Pistas-chave:**
 - **Tríade de Beck completa:** hipotensão + distensão jugular + bulhas hipofonéticas
 - **Pulso paradoxal >10 mmHg** (normal até 10 mmHg)
 - **ECG com baixa voltagem** dos complexos QRS (líquido interposto)
 - **Contexto oncológico** + quadro agudo de insuficiência cardíaca direita
 - **Ausência de sinais isquêmicos** no ECG (diferencial com IAM)
- **Pegadinhas de prova:**
 - **Confundir com embolia pulmonar** em paciente oncológico (ambos cursam com dispneia e hipotensão)

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- **Sugerir vasopressores** como primeira linha (não resolve a compressão mecânica)
- **Indicar trombolítico** por suspeita de TEP (perigoso se tamponamento hemorrágico)
- **Retardar tratamento** com TC de tórax ou outros exames (emergência médica)
- **Como cai:**
 - **Padrão clássico:** paciente oncológico com sinais de baixo débito + tríade de Beck
 - **Formato comum:** pedir próximo passo terapêutico (ecocardiografia + pericardiocentese)
 - **Pegadinha recorrente:** incluir tamponamento como alternativa incorreta em casos de **choque séptico**
 - **Também pode cair:** pericardite constrictiva (diferencial crônico com sinais similares)

2.4 QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA| UE

Paciente de 46 anos apresenta-se na emergência com confusão mental e hipotensão. Pulso radial imperceptível. Ao realizar a monitorização apresenta-se com o traçado abaixo. Após receber terapia elétrica e droga antiarrítmica o paciente apresentou melhora. Sobre esse traçado, qual seria a droga antiarrítmica adequada e qual o mecanismo fisiopatológico que pode desencadeá-la?



A) Amiodarona – Intervalo QT Longo

AValiação de Segunda Chamada – Internato

- B) Sulfato de Magnésio – Intervalo QT Longo
- C) Procainamida – Intervalo QT Longo
- D) Amiodarona – Intervalo PR Curto

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: MODERADO**

2.4.1 COMENTÁRIOS

Neste caso, temos um paciente que se apresenta com **instabilidade hemodinâmica** (confusão mental e hipotensão) e um traçado eletrocardiográfico característico de **Torsades de Pointes**. O paciente apresentou melhora após terapia elétrica e droga antiarrítmica, sendo fundamental identificar a droga mais adequada e entender o mecanismo fisiopatológico subjacente. O *Torsades de Pointes* é uma **taquicardia ventricular polimórfica** caracterizada por complexos QRS que parecem "torcer" ao redor da linha de base, tendo como principal mecanismo desencadeador o prolongamento do intervalo QT.

Alternativa A

Incorreta. A **amiodarona**, apesar de ser uma excelente opção para várias arritmias ventriculares, está **contraindicada** no *Torsades de Pointes* pois pode prolongar ainda mais o intervalo QT, piorando o quadro.

Alternativa B

Correta. O **sulfato de magnésio** é a droga de escolha para o tratamento do *Torsades de Pointes*, sendo o intervalo QT longo seu principal mecanismo fisiopatológico. O magnésio atua estabilizando a membrana celular e corrigindo as alterações iônicas que predisõem a esta arritmia.

Alternativa C

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Incorreta. A *procainamida*, assim como outros antiarrítmicos da classe IA, também pode prolongar o intervalo QT, estando contraindicada nesta situação.

Alternativa D

Incorreta. Além da **amiodarona** não ser a droga de escolha, o intervalo PR curto não é o mecanismo relacionado ao *Torsades de Pointes*.

Visão do aprovado

É fundamental reconhecer o padrão característico do *Torsades de Pointes* no ECG e saber que o **sulfato de magnésio** é a droga de escolha. Muitos medicamentos podem prolongar o intervalo QT (como azitromicina, antipsicóticos, alguns antibióticos), sendo este o principal mecanismo desencadeador desta arritmia. Lembre-se que drogas que prolongam o QT (como **amiodarona** e procainamida) estão contraindicadas. Na prática e em provas, sempre que identificar um *Torsades de Pointes*, pense em sulfato de magnésio como tratamento específico.

2.5 QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA | UE

Paciente de 65 anos, masculino, tabagista há 50 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica há 6 anos e há um ano em tratamento quimioterápico devido a neoplasia de pulmão do tipo espinocelular. Em uso de Formoterol e Tiotrópio, última quimioterapia há 3 meses. Mantendo sempre dispneia de repouso basal. Foi atendido no serviço de emergência por piora súbita da dispneia há um dia. Na avaliação inicial, em estado geral regular, FR 30irpm, PR 120bpm reg cheio, PA 80/60mmHg, consciente e orientado, com ansiedade. Ausculta cardiovascular rítmica em 2 tempos, hiperfonese de B2, sem sopros; ausculta pulmonar reduzida bilateralmente, sem ruídos adventícios; abdome flácido e ruídos hidroaéreos presentes; edema de MMII +/4+ bilateral e sem empastamento. D-dímero 1.000ng/mL (VN≤500ng/mL). Na avaliação clínica são importantes para avaliação de severidade e prognóstico do tromboembolismo pulmonar:

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- A) FR >30 irpm; idade > 60 anos; sexo masculino; sinais clínicos de Trombose venosa pulmonar (TVP).
- B) FC > 80 bpm; PAS < 90mmHg; neoplasia; comorbidade pulmonar prévia; elevação do d-dímero.
- C) Alteração do nível de consciência; PAS < 90mmHg; sinais clínicos de Trombose Venosa Profunda (TVP); idade superior a 50 anos.
- D) FC > 110bpm; PAS < 100 mmHg; comorbidade pulmonar prévia; neoplasia.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADO**

2.5.1 COMENTÁRIOS

Vamos analisar um caso clínico importante sobre **tromboembolismo pulmonar (TEP)** e os fatores associados à sua gravidade e prognóstico. Temos um paciente de 65 anos, masculino, tabagista crônico, com *DPOC* e câncer de pulmão do tipo espinocelular em tratamento quimioterápico, que procura atendimento de emergência por piora súbita da dispneia.

Na avaliação inicial, ele apresenta sinais vitais alterados (FR 30irpm, FC 120bpm, PA 80/60mmHg), está consciente e ansioso, com ausculta cardiovascular rítmica e hiperfonese de B2, ausculta pulmonar reduzida bilateralmente, edema de MMII +/4+ bilateral e D-dímero elevado (1.000g/L).

Este caso é extremamente relevante para provas de residência, pois o TEP é a terceira emergência cardiovascular mais prevalente e os fatores de gravidade determinam o manejo clínico e prognóstico do paciente. Vamos identificar quais são os elementos importantes para avaliação da severidade e prognóstico do TEP.

Alternativa A

Esta alternativa menciona "FR >30 irpm; idade > 60 anos; sexo masculino; sinais clínicos de **TVP**". Apesar de conter alguns fatores importantes, não representa o conjunto mais relevante para prognóstico. A frequência respiratória elevada é um parâmetro importante (≥ 30 irpm é critério do escore PESI), assim como a idade

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

avançada. No entanto, o sexo masculino não tem peso significativo como fator prognóstico nos escores mais utilizados. Quanto aos sinais clínicos de TVP, embora relevantes para o diagnóstico no escore de Wells, não são determinantes principais do prognóstico.

Alternativa B

Esta alternativa apresenta "FC > 80 bpm; PAS < 90mmHg; neoplasia; comorbidade pulmonar prévia; elevação do **d-dímero**". Apesar de conter elementos importantes, há um problema significativo: o valor de corte para FC está inadequado. O critério de gravidade para frequência cardíaca no escore PESI é ≥ 110 bpm, não >80 bpm. O D-dímero, embora útil para diagnóstico, não é um critério estabelecido para avaliação prognóstica. Os outros fatores (hipotensão, neoplasia e comorbidade pulmonar) são relevantes para prognóstico.

Alternativa C

Esta alternativa cita "Alteração do nível de consciência; PAS < 90mmHg; sinais clínicos de TVP; idade superior a 50 anos". A alteração do nível de consciência é um critério importante de gravidade, mas o paciente está consciente e orientado. A PAS < 90mmHg é fator prognóstico negativo. Idade superior a 50 anos é um fator de risco, mas o corte de 80 anos tem maior impacto prognóstico no PESI simplificado. Como mencionado, os sinais clínicos de TVP não são determinantes principais de prognóstico no **TEP**.

Alternativa D

Esta é a alternativa correta. "FC > 110bpm; PAS < 100 mmHg; comorbidade pulmonar prévia; neoplasia" corresponde exatamente a fatores prognósticos validados no escore PESI. A taquicardia acima de 110 bpm é critério estabelecido de gravidade, assim como PAS < 100 mmHg. A comorbidade pulmonar prévia (DPOC) e a neoplasia são fatores significativos para prognóstico desfavorável, cada um contribuindo com pontuação no escore. Esses fatores em conjunto permitem estratificar o paciente como de alto risco, direcionando o manejo adequado.

Visão do aprovado

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Ao estudar **TEP** para as provas de residência, tenha sempre em mente a diferença entre critérios **diagnósticos** (como o escore de Wells) e critérios **prognósticos** (como o PESI). Muitos candidatos confundem esses dois conceitos!

Uma estratégia eficaz é memorizar os principais componentes do escore PESI simplificado, que é mais fácil de lembrar e inclui:

- idade >80 anos
- câncer
- doença cardiopulmonar crônica
- FC \geq 110 bpm
- PAS <100 mmHg
- SatO₂ <90%

Fique atento aos valores de corte específicos: FC \geq 110 bpm (não apenas "taquicardia") e PAS <100 mmHg (não apenas "hipotensão"). Esses valores exatos frequentemente são determinantes para identificar a resposta correta.

Comorbidades como câncer e doença pulmonar crônica são fatores de risco para TEP, mas também são importantes para prognóstico - não confunda essas duas dimensões. Na dúvida, lembre-se que pacientes com hipotensão, taquicardia, hipoxemia e comorbidades graves têm pior prognóstico.

Para complementar seus estudos, revise a classificação de risco do TEP segundo a Sociedade Europeia de Cardiologia, que estratifica os pacientes em risco baixo, intermediário-baixo, intermediário-alto e alto, determinando o manejo (ambulatorial versus hospitalar, anticoagulação versus trombólise).

2.6 QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA | PSIQUIATRIA

Uma mulher de 34 anos, empresária, retorna à consulta na clínica escola, acompanhada pela irmã após iniciar antidepressivo há cerca de 6 semanas por queixas de irritabilidade, cansaço e dificuldade de concentração. Desde então, passou a dormir cerca de 4 horas por noite sem fadiga, relata aumento

importante da produtividade, fala excessivamente e se irrita quando contrariada. Ao exame, apresenta humor elevado, afeto expansivo, logorreia e ideias de grandeza. Nega uso de substâncias. O diagnóstico mais provável é:

- A) Transtorno de ansiedade generalizada
- B) Episódio hipomaníaco em transtorno bipolar
- C) Transtorno de personalidade borderline
- D) Transtorno depressivo maior com agitação

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: Fácil**

2.6.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A

Incorreta. Ansiedade pode cursar com irritabilidade e insônia, mas não explica grandiosidade, redução da necessidade de sono sem fadiga e aumento persistente de energia.

Alternativa B

Correta. O caso apresenta sintomas típicos de hipomania: humor elevado, expansividade, redução da necessidade de sono, aumento de energia e grandiosidade, possivelmente precipitados por antidepressivo.

Alternativa C

Incorreta. No transtorno borderline há instabilidade afetiva reativa e impulsividade, mas não episódios sustentados de elevação do humor com aumento patológico de energia.

Alternativa D

Incorreta. A paciente não apresenta humor deprimido nem lentificação compatíveis com episódio depressivo.

Comentário

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

O interno deve reconhecer que muitos pacientes bipolares procuram atendimento durante episódios depressivos e que o uso de antidepressivo isolado pode precipitar hipomania.

2.7 QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA | PSIQUIATRIA | UE

Mulher de 27 anos procura emergência com palpitações, sudorese, tremores, sensação de falta de ar e medo intenso de morrer. Os sintomas iniciaram abruptamente enquanto estava em um shopping e atingiram intensidade máxima em poucos minutos. Exame físico, eletrocardiograma e sinais vitais sem alterações significativas. O diagnóstico mais provável é:

- A) Transtorno de ansiedade generalizada
- B) Episódio psicótico breve
- C) Ataque de pânico
- D) Transtorno de Pânico

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: Moderada**

2.7.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A

Incorreta. TAG apresenta ansiedade persistente e difusa, sem crises abruptas intensas.

Alternativa B

Incorreta. Não há alteração do juízo crítico de realidade.

Alternativa C

Correta. O início súbito, sintomas autonômicos intensos e medo de morrer caracterizam ataque de pânico.

Alternativa D

Incorreta. O transtorno do pânico se faz após alguns episódios de ansiedade e após o aparecimento da ansiedade antecipatória e evitação fóbica.

Comentários

O interno deve diferenciar ataques de pânico de outras condições clínicas graves sem banalizar a investigação inicial.

2.8 QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA | PSIQUIATRIA | UE

Uma senhora de 48 anos, com diagnóstico de transtorno bipolar desde os 25 anos de idade e em uso regular de carbonato de lítio, é também diabética e hipertensa. Fazia uso de losartana e anlodipino, mas precisou trocar de cardiologista, que modificou recentemente o esquema anti-hipertensivo.

Quatro dias após a mudança medicamentosa, foi levada à emergência pela família por piora progressiva do estado geral. Na avaliação, apresentava náuseas, vômitos, tremores grosseiros em extremidades, dificuldade para caminhar, fala lentificada e episódios de desorientação. Durante a consulta, mostrava-se sonolenta, com atenção prejudicada e marcha atáxica. Familiares relataram que ela vinha “muito confusa” desde o dia anterior. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial mais adequada?

- A) Episódio depressivo do transtorno bipolar — iniciar antidepressivo e manter lítio na mesma dose.
- B) Delirium secundário à infecção urinária — iniciar benzodiazepínico para agitação.
- C) Intoxicação por lítio — suspender o lítio imediatamente, realizar monitorização clínica e solicitar dosagem sérica do medicamento.
- D) Síndrome ansiosa secundária à troca do anti-hipertensivo — prescrever clonazepam e liberar após melhora.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

2.8.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve quadro típico de **intoxicação por lítio**, precipitado provavelmente pela interação medicamentosa após alteração do esquema anti-hipertensivo. Alguns anti-hipertensivos, especialmente diuréticos tiazídicos e drogas que interferem na função renal, podem aumentar os níveis séricos de lítio.

Os principais sinais clínicos presentes são:

- tremores grosseiros
- ataxia
- náuseas e vômitos
- lentificação
- desorientação
- rebaixamento progressivo do funcionamento mental

A intoxicação por lítio é uma emergência clínica potencialmente grave, podendo evoluir para:

- delirium
- convulsões
- arritmias
- coma

A conduta inicial envolve:

- suspensão imediata do lítio
- monitorização clínica
- avaliação renal e hidroeletrólítica

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- dosagem sérica do lítio
- hidratação

Casos graves podem necessitar hemodiálise.

Alternativa A

Incorreta.

O quadro não sugere episódio depressivo bipolar. Há sinais neurológicos e gastrointestinais típicos de intoxicação por lítio.

Alternativa B

Incorreta.

Embora haja alteração cognitiva, o conjunto clínico aponta fortemente para toxicidade medicamentosa. Benzodiazepínicos não são tratamento da intoxicação por lítio.

Alternativa C

Correta.

A paciente apresenta sinais clássicos de intoxicação por lítio, exigindo suspensão imediata da medicação, monitorização e investigação laboratorial urgente.

Alternativa D

Incorreta.

A hipótese ansiosa não explica os achados neurológicos, gastrointestinais e cognitivos.

Visão do aprovado

O candidato aprovado deve reconhecer:

1. associação entre mudança medicamentosa e intoxicação por lítio
2. sinais neurológicos típicos:

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- tremor grosseiro
 - ataxia
 - confusão
3. necessidade de suspensão imediata do lítio
 4. importância da monitorização clínica e laboratorial

Erro mais comum do aluno

Interpretar tremores e lentificação como ansiedade ou descompensação psiquiátrica, sem considerar toxicidade medicamentosa.

Identificação dos fenômenos psicopatológicos presentes

- Rebaixamento parcial da consciência, Alteração da atenção, Lentificação psicomotora, Desorientação, Prejuízo cognitivo agudo

2.9 QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA | PSIQUIATRIA

Um homem de 65 anos encontra-se no segundo dia pós-operatório de revascularização do miocárdio. A equipe relata que, nas últimas horas, o paciente tornou-se agitado, tentou retirar o acesso venoso e apresentou fala desconexa. Alterna momentos de inquietação intensa com períodos de sonolência. Ao exame, mostra-se desatento, desorientado no tempo e no espaço, com pensamento desorganizado e percepção visual de “pessoas andando no quarto”. Não há déficit motor focal. Sinais vitais normais. Foi solicitada interconsulta psiquiátrica. A conduta mais adequada nesse momento é:

- A) Iniciar benzodiazepínico de longa duração para controle da agitação
- B) Diagnosticar episódio psicótico agudo e iniciar antidepressivo
- C) Reconhecer quadro confusional agudo e considerar antipsicótico em baixa dose diante de risco para o paciente.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

D) Diagnosticar delirium e indicar contenção mecânica como medida inicial isolada

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: MODERADO**

2.9.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve um quadro neuropsiquiátrico agudo em paciente idoso no pós-operatório de cirurgia cardíaca, contexto clássico para delirium. Os elementos centrais são instalação aguda, curso flutuante, alteração da atenção, desorientação, pensamento desorganizado e alterações perceptivas visuais. A alternância entre agitação e sonolência reforça a natureza flutuante do quadro. O delirium hiperativo pode ser confundido com psicose primária ou agitação psiquiátrica isolada, especialmente quando predominam alterações comportamentais. Entretanto, a alteração da atenção e da consciência constitui o núcleo psicopatológico do delirium. O manejo deve priorizar identificação e correção de fatores precipitantes, medidas ambientais e, quando necessário, uso cauteloso de antipsicóticos para controle de risco comportamental. Benzodiazepínicos tendem a piorar delirium, exceto em situações específicas, como abstinência alcoólica.

Análise das alternativas

Alternativa A

Incorreta. Benzodiazepínicos podem agravar desatenção, sedação e desorganização cognitiva em pacientes com delirium, sobretudo idosos e pós-operatórios.

Alternativa B

Incorreta. O quadro não é compatível com transtorno psicótico primário. A alteração aguda da atenção e da orientação favorece delirium.

Alternativa C

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Correta. O paciente apresenta quadro confusional agudo compatível com delirium hiperativo. Antipsicóticos podem ser considerados em baixa dose quando há risco para o paciente ou para a equipe.

Alternativa D

Incorreta. Contenção mecânica não deve ser utilizada como medida isolada nem substitui avaliação clínica, investigação etiológica e medidas ambientais adequadas.

Visão do aprovado

O aluno deve: reconhecer delirium como emergência clínica frequente no hospital geral; identificar desatenção e flutuação cognitiva como elementos centrais; diferenciar delirium de psicose primária; compreender que antipsicóticos têm papel adjuvante e não etiológico; reconhecer que contenção mecânica não constitui tratamento do delirium.

Erro mais comum do aluno

Confundir delirium hiperativo com psicose aguda e manejar prioritariamente a agitação, negligenciando o quadro confusional subjacente e sua etiologia clínica.

2.10 QUESTÃO – CLÍNICA MÉDICA

Homem de 68 anos, diabético, com doença renal crônica estágio 3, é internado por pielonefrite complicada. Há 20 dias esteve hospitalizado por pneumonia, ocasião em que recebeu ceftriaxona e azitromicina. Na admissão atual, apresenta febre, dor lombar, hipotensão responsiva a volume e leucocitose. Urocultura coletada previamente ao antibiótico cresce *Klebsiella pneumoniae* com o seguinte antibiograma:

- **Ceftriaxona: resistente**
- **Ceftazidima: resistente**
- **Cefepime: resistente**

AValiação de Segunda Chamada – Internato

- Piperacilina-tazobactam: sensível
- Ertapenem: sensível
- Meropenem: sensível
- Amicacina: sensível
- Ciprofloxacino: resistente
- Sulfametoxazol-trimetoprim: resistente

Considerando o quadro clínico e o perfil microbiológico, a melhor conduta antimicrobiana é:

A) Manter piperacilina-tazobactam, pois o antibiograma demonstrou sensibilidade in vitro.

B) Iniciar cefepime em dose otimizada, pois a resistência às cefalosporinas de terceira geração não contraindica seu uso.

C) Iniciar carbapenêmico, considerando pielonefrite por enterobactéria produtora de ESBL.

D) Utilizar ciprofloxacino associado à amicacina, para ampliar cobertura contra bacilos Gram-negativos resistentes.

👉 GABARITO: C

👉 DIFICULDADE: DIFÍCIL

2.10.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve uma **pielonefrite complicada grave** por **Klebsiella pneumoniae multirresistente**, em paciente com fatores de risco para resistência antimicrobiana: internação recente, uso recente de cefalosporina de terceira geração, comorbidades e infecção relacionada ao trato urinário complicada.

O padrão de resistência a ceftriaxona, ceftazidima e cefepime sugere fortemente produção de **betalactamase de espectro estendido (ESBL)**. Embora a piperacilina-tazobactam apareça como “sensível” no antibiograma, em infecções

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

graves por ESBL, especialmente fora de cistite simples, seu uso pode estar associado a maior risco de falha clínica.

Análise das alternativas

Alternativa A

Incorreta. Apesar da sensibilidade in vitro, piperacilina-tazobactam não é a melhor escolha em infecção grave por ESBL, especialmente pielonefrite complicada com instabilidade inicial.

Alternativa B

Incorreta. Cefepime está resistente no antibiograma. Além disso, mesmo quando aparentemente sensível, não é droga de escolha para infecções por ESBL.

Alternativa C

Correta. Meropenem é a melhor opção diante de infecção grave por enterobactéria com provável ESBL. O ertapenem 1g/dia também estaria bem indicado, quando disponível.

Alternativa D

Incorreta. Ciprofloxacino está resistente. Amicacina isolada ou associada não é a melhor estratégia para pielonefrite complicada grave em paciente com doença renal crônica, pelo risco de nefrotoxicidade.

2.11 QUESTÃO – CM

Paciente de 60 anos, masculino, foi encaminhado da UBS para um hospital terciário para investigação de falta de ar de início há 4 meses, que piorava com esforços. Inicialmente, ainda conseguia trabalhar, porém, atualmente, não consegue tomar banho sozinho pelo cansaço. Relata que os sintomas são piores à noite, em especial, após deitar, chegando a acordar de madrugada

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

várias vezes, além de ter buscado atendimento na UPA algumas vezes no período. Comparece à consulta em uso de enalapril, carvedilol e espironolactona. Histórico de hipertensão arterial, dislipidemia e tabagista 30 maços/ano. No momento da consulta, encontra-se acordado, consciente, conversando, eupneico em ar ambiente, PA 100x60 mmHg, FC 68 bpm, FR 18 irpm, SpO2 93% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com crepitações finas e esparsas, em ambas as bases. Abdome flácido. Edema +/4+ em membros inferiores com cacifo positivo. Trouxe ecocardiograma evidenciando fração de ejeção de 36%, com hipocinesia difusa, disfunção diastólica grave. Visando maior benefício de sobrevida nesse perfil de paciente, assinale a melhor medicação a ser associada:

- A) Dapaglifozina.
- B) Hidralazina.
- C) Valsartana.
- D) Digoxina.

👉 **GABARITO: A**

2.11.1 COMENTÁRIOS

Vamos para mais uma questão de insuficiência cardíaca!

Temos aqui um paciente de 60 anos, com queixas de dispneia progressiva, ortopneia e com sinais de congestão sistêmica e pulmonar ao exame físico. Como antecedentes, o paciente é hipertenso, tabagista e tem dislipidemia. Ele traz um exame de ecocardiografia que evidencia uma fração de ejeção de 36% com hipocinesia difusa, e disfunção diastólica. Pessoal estamos diante de um quadro clássico de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida.

Por não conseguir bombear adequadamente o sangue pelo ventrículo esquerdo, há aumento da pressão das câmaras cardíacas esquerdas, que se transmite de forma anterógrada a circulação pulmonar e câmaras direitas, resultando em congestão

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

pulmonar, dispneia, principalmente ortopneia como sintoma mais específico. Esse paciente necessita de medicações que atuem contra os mecanismos fisiopatológicos da doença, ou seja, contra a ativação do sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA), como os IECA e BRA, e mais recentemente os inibidores da neprilisina (Sacubitril-Valsartana), além de medicações que reduzam o inotropismo e cronotropismo cardíaco, como os beta bloqueadores cardio-seletivos (Succinato de Metoprolol, Carvedilol e Bisoprolol), além de antagonistas de aldosterona (Espironolactona).

Mais recentemente, diversos estudos randomizados, duplo cegos e controlados, como o **DAPA HF**, mostraram o benefício na redução de mortalidade, diminuição de descompensações e internações ao uso de **inibidores da SGLT-2**, uma classe de medicações inicialmente indicada para o tratamento de Diabetes, mas que já está sendo usada para pacientes com ICFER, sem diabetes! A prescrição dessa medicação compõe o "quarteto fantástico" da IC, devendo ser prescrito sempre que possível para esses pacientes.

Vamos às alternativas:

Alternativa A

Essa é a resposta correta. A dapaglifozina é um inibidor do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 (SGLT2) que, além de ser utilizado no tratamento do diabetes tipo 2, tem demonstrado benefícios significativos na IC, independentemente da presença de diabetes. Estudos recentes, como o DAPA-HF, mostraram que a dapaglifozina reduz a mortalidade e a hospitalização em pacientes com IC com fração de ejeção reduzida, como o nosso paciente.

Alternativa B

A hidralazina é um vasodilatador que pode ser útil na IC, mas geralmente é reservada para pacientes que não toleram inibidores da ECA ou antagonistas dos receptores da angiotensina. Não é a primeira escolha para o nosso paciente.

Alternativa C

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A valsartana é um antagonista do receptor da angiotensina (ARB) que pode ser usado na IC, mas geralmente é reservado para pacientes que não toleram inibidores da ECA. No entanto, nosso paciente já está em uso de enalapril, um inibidor da ECA, então a adição de valsartana não seria a melhor escolha.

Alternativa D

A digoxina pode ser útil na IC para controlar a frequência cardíaca em pacientes com fibrilação atrial. No entanto, não mostrou benefícios em termos de mortalidade ou hospitalização na IC com fração de ejeção reduzida, por isso não seria a melhor escolha para o nosso paciente.

Visão do aprovado

Quando se deparar com questões sobre tratamento de IC, lembre-se de considerar as últimas diretrizes e estudos. Não se esqueça de que o manejo da IC é multifatorial e envolve mais do que apenas o controle dos sintomas. Mantenha em mente o perfil do paciente, suas comorbidades e a tolerância à medicação. E, claro, sempre considere a evidência mais recente ao tomar decisões terapêuticas.

2.12 QUESTÃO – CM

Pacientes, 35 anos, previamente hígido, apresenta-se à sala de emergência com quadro de dor torácica aguda. Ele descreve a dor como em pontada e agravada pela respiração profunda ou pela mudança de posição. O paciente também relata febre baixa e mal-estar geral. O eletrocardiograma revelou modificação do segmento ST e infradesnivelamento típico do segmento PR difusos, exceto em aVR. Exames laboratoriais realizados mostraram leucocitose, além de proteína C-reativa e troponina elevadas. Qual a conduta mais adequada, levando-se em consideração o diagnóstico desse paciente?

- A) Iniciar anticoagulação com enoxaparina.
- B) Administrar inibidores da bomba de prótons.
- C) Iniciar tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

D) Encaminhar o paciente para angioplastia coronariana invasiva imediatamente.

👉 **GABARITO: C**

2.12.1 COMENTÁRIOS

Neste caso, temos um paciente jovem, previamente hígido, que se apresenta com quadro de **dor torácica aguda** com características *pleuríticas* (em pontada e que piora com a respiração), associada a febre baixa e mal-estar geral. O *eletrocardiograma* mostra elevação difusa do segmento ST com infradesnívelamento do segmento PR (exceto em aVR), padrão típico de **pericardite aguda**. Os exames laboratoriais mostram elevação de marcadores inflamatórios (leucocitose e PCR) e troponina, compatível com *miopericardite*. O conjunto de achados clínicos, eletrocardiográficos e laboratoriais confirma o diagnóstico de pericardite aguda.

Alternativa A

Iniciar anticoagulação com enoxaparina - INCORRETA. A anticoagulação não é o tratamento de escolha para **pericardite aguda** e pode até ser prejudicial, aumentando o risco de complicações hemorrágicas.

Alternativa B

Administrar inibidores da bomba de prótons - INCORRETA. Apesar de poderem ser utilizados como adjuvantes ao tratamento com AINEs para proteção gástrica, não são o tratamento principal da pericardite.

Alternativa C

Iniciar tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais - CORRETA. Os AINEs são a primeira linha de tratamento para **pericardite aguda**, visando controlar a inflamação e aliviar os sintomas.

Alternativa D

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Encaminhar o paciente para angioplastia coronariana invasiva imediatamente
- **INCORRETA**. Essa conduta seria apropriada para casos de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do ST, mas não para **pericardite aguda**.

Visão do aprovado

Para acertar esta questão, é fundamental reconhecer o padrão típico de **pericardite aguda**:

Dor pleurítica

ECG com elevação difusa do ST e infradesnivelamento do PR (exceto em aVR)

Alterações inflamatórias nos exames

A principal armadilha é confundir com *infarto agudo do miocárdio*, mas o caráter da dor (pleurítica), a idade do paciente, o padrão difuso das alterações do ECG e o infradesnivelamento do PR são características que apontam para pericardite. O tratamento com **AINEs** é a escolha correta, sendo a base do manejo desta condição. Vale lembrar que a colchicina pode ser associada aos AINEs para melhorar a resposta terapêutica e prevenir recorrências, embora não tenha sido uma opção nesta questão.

2.13 QUESTÃO – CM

Paciente feminina de 65 anos procura consulta médica ambulatorial para controle de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Além do diabetes, apresenta Hipotireoidismo, infecções de trato urinário de repetição e Neuralgia pós-herpética. Para o DM2, está em uso de Metformina 500 mg 3x dia, com boa tolerância à medicação e em programa de mudança de estilo de vida. Ao exame clínico apresenta IMC (índice de massa corpórea) de 34 Kg/m². Exame laboratorial com HbA1C (hemoglobina glicada) de 7.5%. Qual das medicações abaixo é melhor indicada para essa paciente?

A) Insulina longa duração.

- B) Liraglutida.
- C) Dapaglifozina.
- D) Glimepirida.

👉 **GABARITO: B**

2.13.1 COMENTÁRIOS

Mais uma questão sobre o manejo do tratamento do diabetes em pacientes com as diversas classes de antidiabéticos disponíveis. Dessa vez, temos uma paciente com DM2, em uso de metformina 500 mg 3x/dia, que permanece acima da meta esperada de HbA1C < 7%. Considerando seus antecedentes de obesidade grau I, infecções urinárias de repetição e neuralgia pós herpética, precisamos escolher a medicação ideal para controle adequado.

Vamos observar as alternativas:

Alternativa A

A insulina de longa duração é geralmente indicada quando o controle glicêmico não é alcançado com o uso de medicamentos orais ou quando há necessidade de controle mais rigoroso da glicemia. No caso dessa paciente, que apresenta um nível de HbA1C de 7.5%, que indica um controle glicêmico moderado, a insulina de longa duração ainda não é necessária, por haverem opções adequadas a serem iniciadas antes dela. Sendo assim, a alternativa está incorreta.

Alternativa B

A liraglutida é um análogo do GLP1, um incretinomimético com bom efeito no controle da hiperglicemia e efeito secundário excelente na perda ponderal. Em se tratando de uma paciente obesa sem controle adequado com metformina e com fatores patológicos que desfavorecem outras opções medicamentosas para o diabetes, esta droga se torna a melhor escolha para a associação no momento. Alternativa correta.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Alternativa C

A dapaglifozina é um inibidor do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 (SGLT2) e é indicada para o tratamento do diabetes tipo 2. Ela atua inibindo a reabsorção de glicose nos rins, o que resulta em uma eliminação de glicose pela urina e consequentemente uma redução da glicemia. Além disso, a dapaglifozina também pode levar a uma **perda de peso**. No caso dessa paciente, que apresenta infecções de trato urinário de repetição, é importante considerar que a dapaglifozina pode aumentar o risco de infecções do trato urinário, devido à eliminação de glicose pela urina. Portanto, essa medicação pode não ser a melhor opção para essa paciente.

Alternativa D

A glimepirida é uma sulfonilureia e é indicada para o tratamento do diabetes tipo 2. Ela atua estimulando a secreção de insulina pelo pâncreas. No entanto, a glimepirida pode levar a um aumento do risco de **hipoglicemia**, especialmente em pacientes com IMC elevado. No caso dessa paciente, que apresenta um IMC de 34 Kg/m², é importante considerar esse risco de hipoglicemia ao prescrever a glimepirida. Portanto, essa medicação pode não ser a melhor opção para essa paciente.

Visão do aprovado

A liraglutida é um agonista do receptor de GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon-1), que atua estimulando a secreção de insulina de forma dependente da glicose, inibindo a secreção de glucagon, retardando o esvaziamento gástrico e promovendo a saciedade. Além disso, a liraglutida também auxilia na **perda de peso**, o que é benéfico para a paciente com IMC elevado. Fiquem ligados, esta classe farmacológica está em alta em várias especialidades, sendo indicada para tratamento da obesidade e até de insuficiência cardíaca em pacientes obesos.

2.14 QUESTÃO – CM

Homem de 28 anos de idade apresenta rebaixamento do nível de consciência e febre alta. Segundo familiares, ele apresentou sintomas gripais autolimitados há cinco dias, diagnosticado como infecção por influenza, com melhora inicial,

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

mas evoluiu nas últimas 48 horas com febre persistente, tosse produtiva com escarro hemoptoico e piora do estado geral. Exame físico: PA: 80 × 50 mmHg; FR: 38 irpm; FC: 112 bpm; T: 38,6 °C; ausculta pulmonar com estertores difusos e sinais de consolidação em hemitórax direito. Rx de tórax: consolidações multilobares, com áreas de cavitação no lobo superior direito. Pode-se afirmar que:

- A) se trata de provável pneumonia por *Streptococcus pneumoniae*, com padrão radiológico típico, sendo indicada cefalosporina de terceira geração como monoterapia inicial.
- B) a hipótese de tuberculose pulmonar deve ser priorizada e a presença de cavitação indica o uso de esquema RHZE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), mesmo sem confirmação bacteriológica, devido à gravidade do paciente.
- C) a hipótese de pneumonia pós influenza por *Staphylococcus aureus* deve ser considerada, com início imediato de cobertura empírica com um antibiótico betalactâmico, associado à vancomicina ou linezolida.
- D) a associação com influenza descarta a necessidade de investigação de patógeno bacteriano e o tratamento indicado é a prescrição prolongada de oseltamivir (por dez dias) e suporte ventilatório.

👉 GABARITO: C

2.14.1 COMENTÁRIOS

A associação entre **influenza e pneumonia por *Staphylococcus aureus***, é muito bem estabelecida e aqui precisamos relembrar alguns pontos!

O paciente apresenta um quadro clássico de **pneumonia pós-influenza**: após melhora inicial dos sintomas gripais, evolui com deterioração nas últimas 48 horas, desenvolvendo **choque séptico** (PA 80x50 mmHg, taquicardia, rebaixamento de consciência) e **consolidações multilobares com cavitação** no RX de tórax. Este padrão radiológico, especialmente a presença de cavitação, é altamente sugestivo de pneumonia necrosante, que tem como principal agente etiológico o **S. aureus**.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A importância deste tema para as provas reside no fato de que muitos candidatos automaticamente pensam em **Streptococcus pneumoniae** como primeira opção em qualquer pneumonia comunitária, sem considerar o contexto específico da influenza prévia. O reconhecimento da associação influenza-S. aureus é fundamental para o acerto da questão.

Alternativa A

Esta alternativa sugere pneumonia por S. pneumoniae com monoterapia com cefalosporina de terceira geração. Embora o pneumococo seja realmente o agente mais comum de pneumonia adquirida na comunidade, neste caso específico temos elementos que tornam esta hipótese menos provável: a cavitação pulmonar não é típica de pneumonia pneumocócica, e o contexto pós-influenza aumenta significativamente o risco para S. aureus. Além disso, em um paciente com choque séptico, a monoterapia não seria adequada - seria necessária cobertura para agentes atípicos também.

Alternativa B

A hipótese de tuberculose pulmonar é improvável neste cenário. Embora a TB possa causar cavitação, a evolução aguda (deterioração em 48 horas após melhora inicial) é incompatível com o curso típico da tuberculose, que é indolente e de evolução subaguda/crônica. Além disso, o paciente é jovem, sem fatores de risco aparentes para TB, e o contexto pós-influenza aponta claramente para sobreinfecção bacteriana aguda. Iniciar esquema RHZE sem confirmação bacteriológica seria precipitado neste contexto clínico.

Alternativa C

Esta é a alternativa correta. A associação entre influenza e pneumonia por S. aureus é bem estabelecida na literatura médica. O vírus da influenza causa dano ao epitélio respiratório e prejudica os mecanismos de defesa pulmonar, predispondo à sobreinfecção bacteriana, especialmente por S. aureus. O padrão radiológico com consolidações multilobares e cavitação é característico de

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

pneumonia necrosante por este agente. A presença de choque séptico indica gravidade extrema, exigindo tratamento empírico imediato. A associação de betalactâmico com vancomicina ou linezolida é necessária para cobertura de MRSA (*S. aureus* resistente à meticilina), que é comum em infecções comunitárias pós-influenza.

Alternativa D

Esta alternativa torna-se errada ao subestimar a sobreinfecção bacteriana. Embora o quadro tenha iniciado como influenza, a deterioração clínica com choque séptico, escarro hemoptoico e consolidações com cavitação indica claramente pneumonia bacteriana secundária. O oseltamivir (antiviral) seria ineficaz nesta fase, pois já se passou o período de janela terapêutica para antivirais (primeiras 48 horas do quadro viral), e o quadro atual é dominado pela sobreinfecção bacteriana. Focar apenas no suporte ventilatório sem antibioticoterapia adequada seria potencialmente fatal.

Visão do aprovado

O diagnóstico é pneumonia pós-influenza por *Staphylococcus aureus*, reconhecida pelo padrão clássico: melhora inicial dos sintomas gripais seguida de deterioração aguda com choque séptico e consolidações com cavitação. A cavitação é altamente sugestiva de pneumonia necrosante, e o contexto pós-viral é a chave diagnóstica que muitos candidatos não reconhecem.

Pistas-chave:

- História de influenza prévia com melhora inicial seguida de deterioração nas últimas 48 horas
- Choque séptico (PA 80x50 mmHg, rebaixamento de consciência, taquicardia)
- Escarro hemoptoico associado à consolidação radiológica
- Consolidações multilobares com *cavitação* no RX de tórax
- Evolução aguda em paciente jovem previamente hígido

Pegadinhas de prova:

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- Não pensar automaticamente em *S. pneumoniae* como primeira opção - o contexto pós-influenza muda tudo
- Tuberculose descartada pela evolução aguda (48h), não indolente como na TB
- Não subestimar sobreinfecção bacteriana focando apenas no componente viral
- Cavitação pulmonar não é padrão típico de pneumonia pneumocócica

Como cai:

- Bancas frequentemente testam tratamento específico para cada cenário: ambulatorial, hospitalar ou UTI
- Associação influenza → *S. aureus* é tema recorrente que pega muitos candidatos desprevenidos
- Podem usar escores como CURB-65 para definir local de tratamento e esquema antibiótico
- Cobertura para **MRSA** com vancomicina/linezolida é exigida no contexto comunitário pós-viral

2.15 QUESTÃO – CM

Paciente de 64 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 20 anos, hipertensão arterial e neuropatia periférica grave, apresenta úlcera plantar no hálux direito há 3 semanas, com aumento da secreção purulenta e odor fétido. Ao exame físico do pé direito, apresenta úlcera de 2,5 cm, fundo necrótico, bordas irregulares, eritema e calor perilesional, drenagem purulenta abundante, pulsos pediosos palpáveis. Exames complementares: glicemia capilar: 238 mg/dL, HbA1c: 9,2%. Radiografia do pé com suspeita de erosão da falange distal. A intervenção terapêutica neste caso é:

- A) internar, iniciar antibiótico endovenoso de amplo espectro e solicitar ressonância magnética para avaliação de osteomielite.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- B) tratar ambulatorialmente com antibiótico oral e apenas curativo local.
- C) internar e solicitar angiografia para revascularização urgente.
- D) indicar amputação imediata do hálux na sala de emergência.

👉 **GABARITO: A**

2.15.1 COMENTÁRIOS

No cerne desta questão está o manejo do pé diabético infectado com suspeita de osteomielite. O caso apresenta um paciente diabético de longa data com múltiplos fatores de risco e uma úlcera plantar que evoluiu com sinais inequívocos de infecção grave, demandando conduta hospitalar imediata.



Figura 15. Paciente com pé diabético infeccioso e neuropático. Fonte: BURIHAN, Marcelo Calil; JÚNIOR, Walter Campos. Consenso no Tratamento e Prevenção do Pé Diabético.

No caso apresentado, temos um cenário clássico que combina vários elementos de gravidade: diabetes mal controlado (HbA1c 9,2%), neuropatia periférica grave, úlcera de dimensão significativa (2,5 cm) com características alarmantes (fundo necrótico, bordas irregulares) e sinais evidentes de infecção (secreção purulenta abundante, odor fétido, eritema e calor perilesional).

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A suspeita de osteomielite, evidenciada pela erosão da falange distal na radiografia, eleva drasticamente a complexidade do caso. A osteomielite representa a complicação mais temida das úlceras diabéticas, associando-se a aumento expressivo de morbidade, tempo de internação e custos. Quando há suspeita radiológica de envolvimento ósseo, a investigação complementar torna-se mandatória, sendo a **ressonância magnética** o exame de escolha.

Alternativa A

Correta. A internação está plenamente justificada pela presença de sinais de infecção grave (secreção purulenta abundante, odor fétido, eritema e calor perilesional) associada ao descontrole glicêmico. O antibiótico endovenoso de amplo espectro é mandatório em úlceras diabéticas infectadas com essas características, proporcionando níveis séricos adequados para penetração tecidual em um contexto de inflamação local intensa. A ressonância magnética é o exame de escolha para investigação de osteomielite quando há suspeita radiológica (erosão da falange distal), permitindo avaliação detalhada do envolvimento ósseo e de partes moles.

Alternativa B

Incorreta. A presença de secreção purulenta abundante, odor fétido, eritema e calor perilesional configura infecção grave que requer monitorização hospitalar. O antibiótico oral não proporcionaria níveis séricos adequados para controle da infecção em um contexto de inflamação local intensa e possível osteomielite. Além disso, o descontrole glicêmico significativo (glicemia 238 mg/dL, HbA1c 9,2%) compromete a resposta imunológica e a cicatrização, exigindo controle rigoroso em ambiente hospitalar.

Alternativa C

Incorreta. A angiografia para revascularização urgente não está indicada neste caso, pois os pulsos pediosos estão palpáveis, indicando vascularização adequada

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

para o processo de cicatrização. A isquemia crítica seria uma indicação para revascularização urgente, mas não é o caso aqui apresentado.

Alternativa D

Incorreta. A amputação imediata do hálux é uma conduta prematura e excessiva neste momento. Embora haja suspeita de osteomielite, ainda existe potencial para tratamento conservador com antibioticoterapia adequada. A amputação deve ser considerada apenas após falha do tratamento clínico ou em casos de infecção necrotizante com risco iminente de vida.

Visão do aprovado

Pé diabético infectado com suspeita de osteomielite exige reconhecimento imediato dos sinais de gravidade que contraídicam tratamento ambulatorial. A combinação de secreção purulenta abundante, odor fétido, sinais inflamatórios perilesionais e suspeita radiológica de envolvimento ósseo define a necessidade de internação e investigação com RM.

Pistas-chave:

- Diabetes longa data + neuropatia periférica grave + descontrole glicêmico (HbA1c 9,2%)
- Úlcera com sinais de infecção grave: secreção purulenta abundante + odor fétido + eritema/calor perilesional
- Suspeita radiológica de osteomielite (erosão da falange distal)
- Tempo de evolução prolongado (3 semanas) com piora dos sintomas

2.16 QUESTÃO – CM

Paciente do sexo masculino, 54 anos, técnico em informática, queixa de fadiga progressiva e edema de tornozelos há 6 meses no ambulatório de clínica médica. Nega antecedentes de hipertensão arterial, nega diabetes mellitus. Sem antecedentes de tabagismo. Ao exame físico: Peso 102 kg; altura 1,73m; IMC 34,1 kg/m².

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- PA: 128/78 mmHg confirmada em 3 aferições, PR 87 bpm regular e cheio.
Creatinina: 1,9 mg/dL (VN de 0,6 a 1,3)
- TFG estimada (CKD-EPI): 42 mL/min/1,73 m² (VN \geq a 90)
- Proteinúria: 150 mg/g (relação Pr/Cr) (VN < 150 mg/dia)
- Urina I sem hematúria.

De acordo com as diretrizes KDIGO, qual é o tratamento farmacológico mais bem indicado para este paciente?

- A) Enalapril 10 mg/dia + Dapagliflozina 10 mg/dia + Semaglutida 0,5 mg/sem
- B) Losartana 50 mg/dia + Espironolactona 25 mg/dia + Metformina 500 mg 2x/dia
- C) Ramipril 5 mg/dia + Dapagliflozina 10 mg/dia + Orlistate 120 mg 3x/dia
- D) Valsartana 80 mg/dia + Empagliflozina 10 mg/dia + Sitagliptina 100 mg/dia

👉 GABARITO: A

2.16.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A

É a **correta**. Enalapril 10 mg/dia + Dapagliflozina 10 mg/dia + Semaglutida 0,5 mg/sem. IECA / BRA: Reduzem proteinúria e pressão intraglomerular; indicados para DRC A2 mesmo sem hipertensão; retardam progressão da DRC G3a; classe de escolha pelo KDIGO 2024. ISGLT2: Nefroproteção independente de diabetes; reduzem risco cardiovascular e renal; aprovados para TFG \geq 25 mL/min; efeito diurético osmótico - auxilia edema. Análogo GLP-1: perda de peso efetiva em obesos; Proteção cardiovascular e renal adicional; reduzem inflamação e fibrose renal; Complementação do IECA + iSGLT2.

Alternativa B

BRA + Espironolactona + Metformina

X Espironolactona: Risco elevado de hipercalcemia em DRC G3; combinação com BRA potencializa o risco.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

X Metformina: Contraindicada quando TFG < 45 mL/min (acidose láctica). TFG do paciente = 42 mL/min.

X Ausência de GLP-1: Não há agente para manejo da obesidade com proteção renal adicional.

Alternativa C

IECA + iSGLT2 + Orlistate

X Orlistate não é análogo GLP-1: Atua por inibição da lipase intestinal; sem efeito cardiorrenal e não consta no esquema KDIGO.

X Eficácia inferior: GLP-1 RA tem evidência robusta de nefro proteção e perda de peso superior ao Orlistate em DRC.

Alternativa D

BRA + iSGLT2 + Sitagliptina (iDPP-4)

X Sitagliptina não é análogo GLP-1: É inibidor de DPP-4; não promove perda de peso significativa nem benefício renal/cardiovascular comparável.

X Classe errada: O esquema KDIGO para DRC + obesidade preconiza GLP-1 RA, não iDPP-4.

2.17 QUESTÃO – CM

Paciente feminino, 72 anos, professora, com história de cefaleia occipital intensa há 8 meses é atendida na Unidade de Saúde. Contava com histórico de diagnóstico de hipertensão arterial há 4 anos, com uso de 3 anti-hipertensivos em doses máximas sem falhas terapêuticas (SIC), sendo ex-tabagista (20 anos/maço). Vem em uso de Anlodipino 10 mg + Losartana 100 mg + Hidroclorotiazida 25 mg .

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Exame físico: PA: 160/100 mmHg (média de 3 aferições em consultório e MAPA); PR- 75bpm reg cheio. Ausculta abdominal: Sopro sistólico paraumbilical esquerdo.

Exames complementares:

- Creatinina: 1,6 mg/dL (VN 0,6 a 1,1mg/dL)
- TFG estimada (CKD-EPI): 42 mL/min/1,73 m2. (VN 60 a 90 mL/min/1,73 m2.)
- Potássio sérico: 3,3 mEq/L (VN de 3,5 a 5,5).
- Renina / aldosterona: Renina alta
- Aldosterona: elevada.
- Ureia / Urina I: 54 mg/dl
- Proteinúria ++ sem hematúria.

Considerando-se os dados clínicos acima, qual seria sua hipótese diagnóstica:

- A) Estenose de artéria renal
- B) Síndrome de Conn
- C) Feocromocitoma
- D) Síndrome de Cushing

👉 GABARITO: A

👉 DIFICULDADE: MODERADA

2.17.1 COMENTÁRIOS

Fisiopatologia	Crítérios Clínicos	Exames de Imagem
<ul style="list-style-type: none">• Estenose \geq 60% - fluxo renal reduzido - ativa SRAA• Renina alta - Angiotensina II alta - HAS refrataria• Aldosterona alta - retenção Na+ - hipopotassemia• Piora renal com IECA/BRA (marca da doença)• Sopro: turbulência na artéria renal estenótica	<ul style="list-style-type: none">• HAS de início subitico ou refrataria $<$ 30 ou $>$ 55 anos• Piora da função renal com IECA/BRA• Assimetria renal $>$ 1,5 cm na USG• Sopro abdominal paraumbilical ou de flanco• Hipopotassemia + renina e aldosterona elevadas	<ul style="list-style-type: none">• Doppler duplex renal: 1a linha (sem contraste)• Angio-TC: padrão-ouro (sensib. 95%)• Angio-RM: sem radiação ionizante• Arteriografia: gold standard + terapêutica• USG renal: assimetria, triagem inicial

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

EXAMES DE IMAGEM - DETALHAMENTO				
Critério	Doppler Duplex	Angio-TC	Angio-RM	Arteriografia
Linha	1a opção	2a / confirmatório	Alternativa	Gold standard
Contraste	Nenhum	Iodado (risco DRC)	Gadolinio (atenção DRC)	Iodado (invasivo)
Radiação	Nenhuma	Sim	Não	Sim
Sensibilidade	85%	95%	90%	~100%
Especificidade	92%	97%	94%	~100%
Obs	Operador-dependente; limitado em obesos	Padrão-ouro diagnóstico; ideal pre-intervenção	Superestima grau de estenose	Permite angioplastia + stent no mesmo ato

Alternativa A

Estenose de artéria renal.

É a alternativa correta. Estenose $\geq 60\%$ - fluxo renal reduzido - ativa SRAA; Renina alta - Angiotensina II alta - HAS refratária; Aldosterona alta - retenção Na^+ - hipopotassemia; Piora renal com IECA/BRA (marca da doença); Sopros: turbulência na artéria renal estenótica (vide quadro anexo).

Alternativa B

Hiperaldosteronismo Primário (Conn)

X Renina SUPRIMIDA: No Conn, a aldosterona é produzida autonomamente e a renina fica BAIXA (suprimida). Neste caso a renina está ALTA - critério excludente absoluto.

X Sopros abdominais ausentes: Adenoma/hiperplasia adrenal não gera turbulência vascular renal; sopros paraumbilicais indicam lesão das artérias renais.

X Exame equivocado: TC de adrenais investiga suprarenais, não artérias renais. Não diagnostica estenose renovascular.

Alternativa C

Feocromocitoma Bilateral

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

X Quadro clínico diferente: Feocromocitoma cursa com crises paroxísticas (HAS episódica + taquicardia + diaforese). Não explica sopro abdominal e nem o padrão renina-aldosterona.

X Perfil hormonal divergente: A crise é mediada por catecolaminas (metanefrinas altas); renina elevada isolada não é o achado central.

X Imagem errada: RM de adrenais avalia massas suprarrenais, não as artérias renais estenosadas.

Alternativa D: Síndrome de Cushing ACTH-dependente

X Fenótipo ausente: Síndrome de Cushing exige: obesidade centrípeta, estrias violáceas, face em lua cheia, hiperglicemia, osteoporose. Nenhum desses achados está no caso.

X Mecanismo da HAS diferente: HAS no Cushing é mediada pelo efeito mineralocorticoide do cortisol; renina geralmente normal ou baixa, não elevada.

X Investigação distante: Cortisol + dexametasona + RM hipofisária investigam eixo HPA - completamente distante da etiologia renovascular.

Complementarmente:

ABORDAGEM TERAPEUTICA		
1. Tratamento Clínico (sempre)	2. Revascularização (selecionados)	3. Etiologia FMD (jovens)
<ul style="list-style-type: none">• Anlodipino + diurético de alça (controle PA)• IECA/BRA: usar com cautela (monitorar Cr e K+)• Estatina de alta intensidade (aterosclerose)• AAS 100 mg se aterosclerose confirmada• Cessação do tabagismo e controle metabólico	<ul style="list-style-type: none">• Angioplastia + stent: HAS refratária + estenose $\geq 70\%$• Indicada: piora renal progressiva, rim único, EAP flash• Evidência limitada pelo CORAL Trial (NEJM 2014)• Cirurgia (bypass): lesões complexas ou falha do stent	<ul style="list-style-type: none">• Displasia fibromuscular: principal causa em < 40 anos• Aspecto em colar de contas na arteriografia• Angioplastia sem stent: cura em 40-50% dos casos• Sem necessidade de estatina (não aterosclerótica)

2.18 QUESTÃO – CM

Homem, 24 anos de idade, apresenta dor abdominal diária e diarreia de 2 a 3 evacuações pastosas ao dia iniciadas há 1 ano, com perda de 7 kg no período. Exame físico: emagrecido, descorado ++/4+; presença de orifício em região anal com saída de secreção amarelada. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Retocolite ulcerativa.
- B) Câncer colorretal.
- C) Doença de Crohn.
- D) Tricuríase.

👉 **GABARITO: C**

2.18.1 COMENTÁRIOS

Temos aqui um homem de 24 anos com um quadro de diarreia crônica (ou seja, durando mais de 4 semanas), dor abdominal e sinais de alarme: perda ponderal, descoramento ao exame físico (sugerindo anemia associada) e uma apresentação que sugere um abscesso perianal. A esse ponto, já deveríamos estar pensando em doenças inflamatórias para a etiologia do caso. Mas como saber do que se trata?

Quando as questões de prova abordam as DIIs, elas sempre exploram a Retocolite Ulcerativa e a Doença de Crohn e as suas diferenças principais.

Sabemos que a Doença de Crohn tem acometimento transmural da parede intestinal, de caráter saltatório da boca ao ânus e com complicações importantes, tais como fístulas, abscessos e estenoses. Enquanto isso, na RCU, possuímos acometimento exclusivo do cólon, contínuo, e superficial, sem lesões típicas perianais, porém com associação a lesões cutâneas e hepato-biliares (dermatite herpetiforme e colangite esclerosante primária).

No caso do nosso paciente, temos uma inflamação crônica do TGI, que no momento evoluiu com complicação perianal. Supomos, então que nosso paciente

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

possui uma inflamação transmural, e portanto Doença de Crohn, que está associada a tratos sinusais que podem penetrar na serosa e dar origem a fístulas ou abscessos.

A idade do paciente (entre 15 e 30 anos), o sexo masculino e a diarreia infecciosa corroboram para o diagnóstico sugerido pelo quadro perianal. Vamos agora às alternativas.

Alternativa A

Incorreta. Como vimos, a RCU é um diagnóstico diferencial importante, que, no entanto, não cursa com abscessos ou fístulas perianal por seu padrão de acometimento superficial da mucosa.

Alternativa B

Incorreta. Pessoal não temos uma história para pensar em neoplasia colorretal para o paciente! Para esta hipótese, precisaríamos de dados mais direcionados, como um contexto de polipose adenomatosa familiar ou histórico de neoplasias múltiplas no paciente.

Alternativa C

Correto! Vamos lembrar que a confirmação diagnóstica para a doença de Crohn tem sua base em achados radiológicos, endoscópicos e/ou histológicos que demonstram inflamação segmentar e transmural do trato gastrointestinal luminal em um paciente com apresentação clínica compatível, mas esse é realmente o diagnóstico mais provável.

Alternativa D

Incorreta. A tricuriase é uma doença infecciosa, causada pelo verme *T. trichiura*, e se manigesta com diarreia inflamatória, eosinofilia e prolapso retal! Não é esperado o abscesso isoladamente e não temos dados epidemiológicos que sugiram a infecção, dessa forma a alternativa está errada.

Visão do aprovado

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Dica quente da prova é saber diferenciar o Crohn da RCU. Muitas vezes o gabarito não estará apenas na diferença entre elas, mas sim em reconhecer complicações ou abordagens terapêuticas próprias de cada uma.

2.19 QUESTÃO – CM

Homem de 52 anos de idade, com história prévia de cirrose de etiologia alcoólica, é admitido na enfermaria para investigação de quadro de aumento do volume abdominal e edema de membros inferiores progressivos nas últimas 2 semanas. Nega dor abdominal, dispneia ou outras queixas. Tem diagnóstico de cirrose há 6 meses, a qual foi descoberta durante investigação ambulatorial de queixa de ginecomastia. Nunca havia apresentado os sintomas atuais antes e não tem outros antecedentes relevantes. Além disso, relata manter uso de bebida alcoólica. Ao exame, apresenta palidez (+/4+) e icterícia (+/4). Está vigil, alerta e orientado. O exame do tórax apresenta ginecomastia. O exame do abdome evidenciou semicírculo de Skoda e manobra de piparote positivos. Tem edema de membros inferiores (2+/4+). Sem outras alterações ao exame segmentar. Qual é a conduta prioritária que deve ser tomada neste momento?

- A) Orientar restrição de água e sal na dieta.
- B) Iniciar furosemida e espironolactona.
- C) Iniciar antibioticoterapia venosa empírica.
- D) Realização de paracentese diagnóstica.

👉 GABARITO: D

2.19.1 COMENTÁRIOS

A decisão correta depende de reconhecer que todo paciente cirrótico apresentando sua primeira descompensação com ascite requer investigação imediata para descartar **peritonite bacteriana espontânea**. Este caso apresenta um homem de 52 anos com cirrose alcoólica conhecida há apenas 6 meses, que

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

agora desenvolve pela primeira vez ascite (evidenciada pelo semicírculo de Skoda e manobra do piparote positivos) associada a edema de membros inferiores.

O ponto crucial é entender que, embora o paciente não apresente sintomas clássicos de **peritonite bacteriana espontânea** (PBE) como febre ou dor abdominal, essa condição pode se manifestar de forma sutil, apenas como descompensação da cirrose. A ausência de sintomas típicos não descarta a possibilidade de infecção.



Pulo do gato

No caso da **PBE em paciente com síndrome nefrótica**, pela perda de várias imunoglobulinas e predisposição para infecção por germes encapsulados, o microrganismo mais comum na PBE é o ***Streptococcus pneumoniae***, um **gram positivo!**

Tabela 8. Frequência dos sinais e sintomas na PBE. Fonte: McHutchison JG, Runyon BA. Spontaneous bacterial peritonitis. In: Gastrointestinal and Hepatic Infections, Surawicz CM, Owen RL (Eds), WB Saunders Company, Philadelphia 1994. p.455

A **paracentese diagnóstica** é o exame padrão-ouro para análise do líquido ascítico e deve ser realizada em todo paciente cirrótico com ascite, especialmente na primeira descompensação ou quando há suspeita de infecção. O diagnóstico de PBE é estabelecido quando encontramos ≥ 250 neutrófilos/mm³ no líquido ascítico, independentemente do resultado da cultura.

Esta questão testa um conceito fundamental: a priorização da investigação diagnóstica antes do início de qualquer tratamento específico para ascite em pacientes cirróticos.

Alternativa A

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Incorreta. Embora a restrição de água e sal seja uma medida importante no manejo da **ascite**, não deve ser a conduta **prioritária** neste momento. O paciente apresenta sua primeira descompensação com ascite, e antes de iniciar qualquer tratamento, é fundamental investigar possíveis causas infecciosas como a PBE. A restrição dietética faz parte do tratamento posterior, após excluir complicações que necessitem intervenção imediata.

Alternativa B

Incorreta. A *furosemida* (diurético de alça) e *espironolactona* (antagonista da aldosterona) são a base do tratamento diurético para **ascite** em pacientes cirróticos. Contudo, iniciar diuréticos sem antes realizar investigação diagnóstica pode mascarar sinais de complicações como PBE ou até mesmo piorar a função renal em casos de síndrome hepatorenal. A paracentese diagnóstica deve sempre preceder o início da terapia diurética em pacientes com primeira descompensação.

Alternativa C

Incorreta. A antibioticoterapia venosa empírica seria indicada **após** o diagnóstico de PBE pela paracentese, quando encontramos ≥ 250 neutrófilos/mm³ no líquido ascítico. Iniciar antibióticos empiricamente sem confirmação diagnóstica não é a conduta adequada, pois o paciente não apresenta sintomas clássicos de infecção (febre, dor abdominal) e pode haver outras causas para a descompensação. A investigação deve sempre preceder o tratamento específico.

Alternativa D

Correta. A **paracentese diagnóstica** é a conduta prioritária e obrigatória em todo paciente cirrótico com **ascite**, especialmente na primeira descompensação. Este procedimento permite analisar o líquido ascítico através da citometria (contagem de células), bioquímica e cultura, identificando rapidamente a presença de PBE (≥ 250 neutrófilos/mm³). Mesmo na ausência de sintomas típicos de infecção, a paracentese é essencial pois a PBE pode se manifestar apenas como descompensação da cirrose, conforme observado neste caso.

Visão do aprovado

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Todo cirrótico apresentando sua **primeira descompensação com ascite** exige paracentese diagnóstica imediata para descartar **peritonite bacteriana espontânea**, mesmo sem sintomas clássicos. A **PBE** pode manifestar-se apenas como descompensação da cirrose, sem febre ou dor abdominal.

Pistas-chave

- Primeira descompensação em cirrótico conhecido = **paracentese obrigatória**
- *Semicírculo de Skoda* e *manobra do piparote* positivos confirmam ascite
- Ausência de sintomas típicos **não descarta PBE**
- Investigação diagnóstica sempre precede qualquer tratamento específico

Pegadinhas de prova:

- Iniciar diuréticos sem paracentese em primeira descompensação (erro clássico)
- Confundir conduta prioritária com tratamento posterior da ascite
- Antibiótico empírico sem confirmação diagnóstica prévia

Como cai:

- Padrão: Cirrótico com primeira ascite → sempre paracentese diagnóstica primeiro
- Formato comum: Contrapor paracentese vs início imediato de diuréticos/antibióticos
- Sequência lógica: ≥ 250 PMN/mm³ no líquido ascítico = **iniciar ceftriaxone** imediatamente
- **Também pode cair:** Diferenciação entre PBE, ascite neutrofílica e bacterascite (critérios de PMN e cultura)

2.20 QUESTÃO – CM

Paciente masculino, 70 anos, compareceu ao ambulatório de cuidados paliativos acompanhado de seu filho em cadeira de rodas para avaliação de falta de ar progressiva. Foi diagnosticado há 10 meses com fibrose pulmonar idiopática (FPI) depois de longa investigação com outros colegas que o haviam diagnosticado erroneamente com DPOC, e somente após biópsia pulmonar cirúrgica teve o diagnóstico definitivo. Desde o diagnóstico, a dispneia vem piorando progressivamente. Houve tentativa de uso de antifibrinolítico para retardar a progressão da doença, mas não tolerou por efeitos colaterais (sangramento intestinal). O filho conta que tem notado o pai mais cansado nos últimos dias, e precisou aumentar o fluxo de oxigênio, que já usava há 01 ano, de 2 para 3L/min para que conseguisse respirar melhor. Embora descreva que está confortável no repouso, o paciente usa musculatura acessória para auxílio da respiração. Seu exame físico, evidenciou: caquexia, estertores finos bibasais, FR 30ipm (VN de 12 a 20 ipm), SatO₂ 89% (VN de 95% a 100%) (CN 3L/min). PPS prévio há 2 meses de 50% atual de 30%. Qual é o melhor próximo passo no manejo do paciente?

- A) Reiniciar a terapia antibrinolítica
- B) Encaminhar o paciente para avaliação de transplante de pulmão imediatamente.
- C) Abordar as metas de cuidados no final da vida e planejamento de cuidados avançados.
- D) Encaminhar o paciente para internação hospitalar e UTI, uma vez que estamos diante de exacerbação da doença pulmonar intersticial e possível infecção.

👉 GABARITO: C

2.20.1 COMENTÁRIOS

O caso apresentado é de um paciente idoso com **fibrose pulmonar idiopática (FPI)**, uma doença pulmonar intersticial crônica e progressiva. A evolução do quadro inclui **dispneia progressiva**, dependência de oxigênio suplementar, **caquexia** e saturação baixa apesar do uso de oxigênio. O paciente apresenta um **PPS (Palliative Performance Scale)** de 30%, indicando um estado avançado de deterioração funcional. Este contexto clínico exige foco no manejo sintomático e planejamento de cuidados paliativos, considerando a baixa expectativa de vida em pacientes com FPI avançada.

A abordagem paliativa é a mais apropriada neste estágio e inclui:

- **Discussão de metas de cuidado** com o paciente e sua família, respeitando seus valores e preferências.
- Planejamento de **cuidados avançados**, como diretivas antecipadas e limitação de terapias invasivas.
- Manejo sintomático intensivo para dispneia, que pode incluir: Otimização da oxigenoterapia.
- Uso de opioides de baixa dose para alívio da sensação de falta de ar.
- Intervenções psicológicas e suporte para paciente e família.

Alternativa A

Incorreta. O paciente não tolerou o antifibrótico previamente devido a efeitos colaterais graves. Além disso, o uso nesta fase avançada da doença é improvável de trazer benefícios clínicos significativos.

Alternativa B

Incorreta. O transplante pulmonar não é uma opção viável neste caso devido à idade avançada (70 anos), estado funcional debilitado (PPS 30%) e presença de múltiplos sinais de falência sistêmica.

Alternativa C

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Correta. Como vimos, o paciente deve ter suas metas de cuidado definidas, como diretivas antecipadas e limitação de terapias invasivas.

Alternativa D

Incorreta. Paciente com indicação para cuidados de conforto, não há cenário para medidas invasivas ou suporte intensivo para o paciente em questão.

Visão do aprovado

Questões de cuidados paliativos vem sendo cada vez mais abordadas nas provas. Temos que focar em revisão alguns temas prioritários como manejo de sintomas e comunicação de más notícias.

3 CIRURGIA

3.1 QUESTÃO – CIRURGIA

Lactente de 18 meses, sexo feminino, com história de atresia de vias biliares operada com portoenterostomia à Kasai aos 45 dias de vida, sempre manteve icterícia discreta e episódios recorrentes de colangite. Nos últimos 6 meses evoluiu com piora progressiva: icterícia intensa, prurido, distensão abdominal e queda do apetite. Ao exame: peso e estatura < p3, ascite moderada, circulação colateral abdominal, esplenomegalia palpável a 5 cm do RCE, edema de MMII, icterícia 3+/4+, sem sinais de encefalopatia. Exames laboratoriais:

- bilirrubina total 16 mg/dL (VN < 1 mg/dL) (direta 12 mg/dL),
- INR 2,1 sem uso de anticoagulante (VN 0,8 – 1,2),
- albumina 2,4 g/dL (VN 3,8 – 5,4 g/dL),
- plaquetas 60.000/mm³ (VN 150.000 – 450.000/mm³),
- sódio sérico 130 mEq/L (VN 135 – 145 mEq/L).

Endoscopia digestiva alta recente mostrou varizes esofágicas de grosso calibre com sinais de sangramento recente. Considerando os critérios clínicos

e laboratoriais de falência hepática na atresia biliar pós-Kasai, qual a conduta mais adequada em relação ao transplante hepático?

- A) Encaminhar imediatamente para centro de transplante hepático pediátrico para listagem prioritária, pois apresenta cirrose descompensada com múltiplas complicações e piora nutricional.
- B) Manter acompanhamento ambulatorial no serviço de origem, otimizando tratamento clínico da hipertensão portal e da colestase, deixando o encaminhamento para transplante apenas se houver encefalopatia.
- C) Postergar o encaminhamento para avaliação de transplante até tentativa de nova cirurgia de revisão da Kasai, pois ainda há drenagem biliar parcial e ausência de insuficiência hepática aguda.
- D) Indicar apenas controle endoscópico seriado das varizes e tratamento da ascite, reservando o transplante hepático para quando ocorrer sangramento maciço intratável ou falência renal associada.

👉 **GABARITO: A**

👉 **DIFICULDADE: DIFÍCIL**

3.1.1 COMENTÁRIOS

Encaminhar imediatamente para um centro de transplante hepático pediátrico é o desfecho natural da evolução de muitos pacientes com atresia biliar pós-Kasai. Aqui, a criança apresenta um conjunto robusto de sinais de **cirrose descompensada**: icterícia intensa (BT 16 mg/dL, BD 12 mg/dL), INR 2,1 sem anticoagulante, albumina 2,4 g/dL, ascite moderada, edema de membros inferiores, hiponatremia (Na 130 mEq/L), plaquetopenia importante ($60.000/\text{mm}^3$) e varizes de grosso calibre com sinais de sangramento recente. Além disso, há **falência nutricional** (peso e estatura < p3) e história de colangites recorrentes. As diretrizes nacionais de transplante hepático pediátrico enfatizam que o transplante é indicado em doença hepática crônica quando os tratamentos

conservadores não são mais efetivos e há clara perspectiva de melhora de sobrevida e qualidade de vida. Nesse cenário, há múltiplas complicações da cirrose e piora progressiva, o que justifica **listagem prioritária**, sem aguardar encefalopatia ou choque hemorrágico.

3.2 QUESTÃO – CIRURGIA

Mulher, 46 anos, IMC 29 kg/m², sem comorbidades importantes, será submetida eletivamente a histerectomia abdominal por miomatose volumosa, porém ainda restrita à pelve. Já realizou cesariana prévia por Pfannenstiel, sem complicações de ferida. O cirurgião discute com a residente a escolha da incisão visando, entre outros fatores, reduzir o risco futuro de hérnia incisional. Considerando o conhecimento sobre hérnias incisionais, distribuição de forças na parede abdominal e diferenças entre laparotomia mediana e Pfannenstiel, qual raciocínio diagnóstico terapêutico em relação ao risco de hérnia incisional é mais adequado para orientar a escolha da incisão nesta cirurgia eletiva?

- A) Optar por laparotomia mediana infraumbilical, pois a linha média é mais bem vascularizada e, portanto, apresenta menor risco de hérnia incisional que incisões transversas.
- B) Escolher laparotomia mediana supraumbilical, pois as forças de tensão são menores acima do umbigo, reduzindo a chance de hérnia incisional em comparação à Pfannenstiel.
- C) Priorizar laparotomia mediana longitudinal, pois o fechamento em apenas duas camadas (linha alba e pele) diminui a tensão na sutura e o risco de hérnia incisional.
- D) Manter incisão transversa tipo Pfannenstiel, pois incisões fora da linha média, com múltiplas camadas músculo-aponeuróticas e menor tensão, apresentam menor risco de hérnia incisional que laparotomias medianas.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

👉 **GABARITO: D**

👉 **DIFICULDADE: DIFÍCIL**

3.2.1 COMENTÁRIOS

Manter a incisão transversa tipo Pfannenstiel, em uma paciente com cirurgia eletiva benigna restrita à pelve e cicatriz prévia de Pfannenstiel sem complicações, alinha-se com dois conjuntos de dados: os da ginecologia e os da cirurgia de parede abdominal. Nos protocolos de técnica cirúrgica ginecológica, procedimentos benignos eletivos, como histerectomias por miomatose, podem ser realizados por incisões transversas com excelente resultado estético e menor dor pós-operatória, desde que a exposição seja adequada. Nada no caso sugere necessidade de exploração abdominal ampla que exija mediana.

Já a apostila de hérnias destaca que a **incisão fora da linha média** está associada a **menores índices de hérnia incisional**, em parte porque a linha média é mais pobremente vascularizada e em parte porque incisões transversas/paramedianas permitem fechamento em **múltiplas camadas músculo-aponeuróticas**, com menor tensão concentrada em um único plano. Somando-se a isso o fato de que a paciente já tem uma Pfannenstiel bem cicatrizada, e os protocolos ginecológicos recomendarem, quando possível, reutilizar a mesma incisão para evitar múltiplas cicatrizes de parede, o raciocínio mais consistente para reduzir risco de hérnia incisional é justamente manter a incisão transversa tipo Pfannenstiel.

3.3 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem, 56 anos, pedreiro, procura a UBS por abaulamento em região umbilical há 3 anos, que aumenta aos esforços e reduz em decúbito. Refere dor em peso no fim do dia e limitação para carregar sacos de cimento, mas nega episódios de dor súbita intensa, náuseas, vômitos ou parada de eliminação de gases e fezes. Antecedentes: hipertensão controlada, ex-tabagista, sem cirurgias abdominais prévias. Ao exame: PA 130/80 mmHg, IMC 31 kg/m². Observa-se hérnia umbilical redutível, anel herniário palpável de

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

aproximadamente 2,5 cm, pele íntegra sem sinais flogísticos ou adelgaçamento importante. Ultrassonografia de parede abdominal: hérnia umbilical com conteúdo de omento, sem sinais de encarceramento ou estrangulamento. Considerando os critérios de tamanho do anel herniário, sintomas e risco de complicações, qual a conduta mais adequada no SUS para este paciente?

- A) Indicar reparo cirúrgico eletivo da hérnia umbilical com uso de tela, devido a defeito maior que 2 cm associado a dor e limitação funcional.
- B) Manter apenas observação clínica (watchful waiting), pois hérnias umbilicais em adultos só exigem correção se ocorrer encarceramento ou estrangulamento.
- C) Adiar qualquer indicação cirúrgica até que o paciente apresente aumento significativo do volume herniário, independentemente da dor ou do tamanho do anel.
- D) Optar por conduta conservadora com cinta abdominal definitiva, pois a presença de obesidade contraindica o reparo eletivo da hérnia umbilical.

👉 GABARITO: A

👉 DIFICULDADE: MODERADA

3.3.1 COMENTÁRIOS

Defeito umbilical em adulto com diâmetro em torno de **2,5 cm**, sintomático (dor em peso ao fim do dia) e causando **limitação funcional para o trabalho** preenche exatamente os critérios descritos na apostila de hérnias para indicar reparo em adultos: hérnias **sintomáticas** ou com deformação cutânea importante ou com complicações. Além disso, a mesma fonte enfatiza que defeitos maiores que **2 cm** necessitam de **tela** para reforço da parede e redução de recidiva, seguindo o mesmo raciocínio das hérnias epigástricas (defeito > 1–2 cm).

Como o paciente é relativamente saudável (hipertenso controlado, ex-tabagista, sem grandes comorbidades), tem uma hérnia redutível, com conteúdo de omento

e sem sinais de encarceramento ou estrangulamento, o cenário é típico de **reparo eletivo**. No contexto do SUS, um trabalhador braçal com dor e limitação para carregar peso se beneficia claramente da correção com tela, que é a técnica recomendada para defeitos > 2 cm na apostila Medway de hérnias. Portanto, essa conduta está alinhada tanto com o critério de tamanho quanto com o de sintomatologia e funcionalidade.

3.4 QUESTÃO – CIRURGIA

Mulher, 32 anos, sem comorbidades, realiza ressonância magnética (RM) de fígado por achado incidental de nódulo sólido de 3 cm em exame anterior. A RM com gadolínio hepatoespecífico mostra lesão hipervascular na fase arterial, sem wash out significativo nas fases portal e tardia, com cicatriz central discreta. Na fase hepatobiliar tardia (cerca de 20 minutos), o nódulo permanece iso/hiperintenso em relação ao parênquima hepático adjacente, sugerindo captação preservada do contraste pelos hepatócitos da lesão. Considerando o papel do contraste hepatoespecífico na caracterização dos tumores hepáticos benignos, qual a interpretação diagnóstica mais adequada e sua implicação prática?

- A) O padrão de captação preservada na fase hepatobiliar é típico de hiperplasia nodular focal, indicando lesão benigna composta por hepatócitos funcionantes e, em geral, afastando a necessidade de biópsia.
- B) A persistência de hipersinal na fase hepatobiliar é mais compatível com adenoma hepático, sugerindo maior risco de sangramento e justificando biópsia para confirmação diagnóstica.
- C) A captação do contraste hepatoespecífico na fase hepatobiliar sugere metástase hipervascular, exigindo biópsia imediata para definição da origem do tumor primário.
- D) A presença de contraste na fase hepatobiliar indica provável carcinoma hepatocelular bem diferenciado, devendo-se evitar biópsia e encaminhar diretamente para tratamento oncológico específico.

👉 GABARITO: A

👉 DIFICULDADE: DIFÍCIL

3.4.1 COMENTÁRIOS

O padrão descrito – **lesão hipervascular na fase arterial**, sem wash out significativo nas fases portal e tardia, com **cicatriz central discreta** e, sobretudo, **iso/hiperintensidade na fase hepatobiliar** com gadolínio hepatoespecífico – encaixa-se de forma clássica na **hiperplasia nodular focal**. As apostilas de radiologia em gastroenterologia enfatizam que a HNF é composta por **hepatócitos normais** e, por isso, **capta contraste hepatoespecífico**, ao contrário dos adenomas na maioria dos casos.

Quando a HNF mostra esse conjunto típico (mulher jovem, fígado normal, nódulo hipervascular, cicatriz central, captação preservada na fase hepatobiliar), o diagnóstico por imagem é considerado suficientemente confiável para **dispensar biópsia** na grande maioria dos casos, já que se trata de lesão benigna, geralmente assintomática e sem risco de degeneração maligna relevante. Assim, a alternativa traduz corretamente tanto a interpretação diagnóstica (HNF benigna) quanto a implicação prática (evitar biópsia).

3.5 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem, 42 anos, IMC 42 kg/m², no 4º dia de pós-operatório de bypass gástrico em Y-de-Roux por videolaparoscopia, evolui com mal-estar e dor abdominal difusa, inicialmente leve, tratada com analgésicos comuns. Nas últimas 12 horas, refere piora importante da dor, descrita como intensa e “em aperto”, sem alívio com medicação. Nega vômitos. Ao exame: PA 110/70 mmHg, FC 118 bpm, FR 22 irpm, temperatura 38,3°C, abdome globoso, doloroso difusamente à palpação profunda, sem sinais claros de irritação peritoneal. Ausculta pulmonar sem alterações. Hemograma mostra leucocitose discreta

(12.500/mm³) com desvio à esquerda. Considerando o contexto específico de cirurgia bariátrica, qual a conduta imediata mais adequada diante desse quadro?

- A) Tratar como dor pós-operatória habitual, reforçando analgesia e observar em enfermaria por 24 horas antes de novos exames.
- B) Suspeitar fortemente de fístula anastomótica e solicitar tomografia de abdome com contraste oral, com vigilância intensiva e preparo para possível reabordagem cirúrgica.
- C) Priorizar investigação de tromboembolismo pulmonar, solicitando angiotomografia de tórax, pois taquicardia e febre são achados típicos dessa complicação precoce.
- D) Suspender a dieta e iniciar inibidor de bomba de prótons, atribuindo o quadro a úlcera de anastomose, que é a principal causa de dor abdominal precoce após bypass gástrico.

👉 GABARITO: B

👉 DIFICULDADE: DIFÍCIL

3.5.1 COMENTÁRIOS

Suspeitar de **fístula anastomótica** e pedir **tomografia de abdome com contraste oral**, associando **vigilância intensiva** e preparo para possível **reabordagem cirúrgica**, traduz exatamente a conduta recomendada na apostila de Cirurgia da Obesidade. O quadro ocorre na **primeira semana pós-operatória** (4º dia), período clássico da fístula, com **taquicardia persistente, febre, dor abdominal progressiva e intensa e leucocitose**. O texto enfatiza que, mesmo na presença apenas de taquicardia, já se deve investigar fístula, pois os sinais de peritonite podem demorar a aparecer no obeso.

O exame indicado na suspeita é justamente a **tomografia de abdome com contraste via oral**, que pode mostrar **coleções, líquido livre e extravasamento de**

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

contraste. Além disso, a apostila orienta que, se a imagem vier negativa mas a taquicardia persistir, o paciente deve ser mantido sob **hidratação e vigilância ativa**, com **abordagem cirúrgica** em qualquer sinal de piora. Ou seja, a conduta correta não é apenas “pedir exame”, mas já manejar o caso como **potencial emergência cirúrgica.**

3.6 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem, 72 anos, previamente hígido, procura o pronto-socorro com dor intensa em região perianal esquerda há 5 dias, febre baixa e dificuldade para sentar. Refere emagrecimento de 6 kg em 3 meses e hábito intestinal recente de fezes mais finas, sem sangramento visível. Ao exame: febril (37,8 °C), área endurecida e dolorosa em quadrante póstero-lateral esquerdo, com flutuação profunda, sem ponto de drenagem evidente no bordo anal. Toque retal: dor importante em quadrante póstero-lateral esquerdo, parede retal discretamente endurecida, sem massa claramente palpável. Após drenagem cirúrgica do abscesso em centro cirúrgico, o paciente evolui bem. Considerando a idade, o padrão atípico do abscesso e os dados clínicos, qual a conduta complementar mais adequada quanto à investigação de neoplasia colorretal oculta?

- A) Acompanhar clinicamente e indicar colonoscopia apenas se surgirem hematoquezia ou anemia ferropriva documentada.
- B) Solicitar retossigmoidoscopia flexível isolada, pois avalia adequadamente todas as causas de abscesso anorretal em idosos.
- C) Indicar colonoscopia total eletiva após resolução do quadro agudo, para rastrear neoplasia colorretal associada ao abscesso atípico.
- D) Limitar a investigação a toque retal seriado e pesquisa anual de sangue oculto nas fezes, sem necessidade de colonoscopia.

👉 **GABARITO: C**

👉 **DIFICULDADE: DIFÍCIL**

3.6.1 COMENTÁRIOS

Indicar colonoscopia total eletiva após a resolução do quadro agudo é exatamente a conduta que integra os dados clínicos (idade, perda ponderal, afilamento de fezes) com o achado de abscesso anorretal atípico em idoso. As referências de tumores do aparelho digestivo deixam claro que a **colonoscopia** é o exame padrão-ouro para investigação de câncer colorretal, permitindo visualizar todo o cólon e reto, biopsiar lesões e identificar neoplasias sincrônicas. Já o material de abdome agudo obstrutivo reforça que, em pacientes com emagrecimento, afilamento de fezes e suspeita de neoplasia, deve-se solicitar tomografia e colonoscopia para elucidar a etiologia.

Além disso, Porto & Porto salientam que, em pessoas acima de 50 anos com queixas anorretais, é sempre necessário considerar câncer colorretal no diagnóstico diferencial. Um abscesso profundo, sem ponto de drenagem evidente no bordo anal, associado a endurecimento discreto da parede retal ao toque, foge do padrão criptoglandular simples. Nessa situação, a colonoscopia total, realizada de forma eletiva após a fase aguda, é a forma mais adequada de rastrear e excluir (ou confirmar) uma **neoplasia colorretal oculta** associada ao quadro.

3.7 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem, 56 anos, obeso, com história de colelitíase conhecida, procura o pronto-socorro com dor em hipocôndrio direito há 24 horas, irradiada para dorso, associada a náuseas e icterícia há 2 dias. Nega febre. Ao exame: PA 130/80 mmHg, FC 88 bpm, afebril, dor à palpação em hipocôndrio direito, sem sinal de peritonite. Exames laboratoriais: bilirrubina total 4,0 mg/dL (direta 3,2 mg/dL), FA 480 U/L (VR < 120), Gama-GT 420 U/L (VR < 60), AST 80 U/L, ALT 95 U/L, amilase e lipase normais. Ultrassom de abdome: múltiplos cálculos em vesícula, via biliar comum com 7 mm de diâmetro, sem visualização clara de

AValiação de Segunda Chamada – Internato

cálculo no colédoco. Considerando os critérios de estratificação de risco da ASGE para coledocolitíase, qual a conduta mais adequada neste momento?

- A) Classificar como risco intermediário para coledocolitíase e solicitar colangiorressonância magnética ou ultrassom endoscópico antes de indicar CPRE ou colecistectomia.
- B) Classificar como alto risco para coledocolitíase e indicar CPRE terapêutica imediata, seguida de colecistectomia em momento oportuno.
- C) Classificar como baixo risco para coledocolitíase e encaminhar diretamente para colecistectomia videolaparoscópica sem investigação adicional da via biliar.
- D) Classificar como alto risco para coledocolitíase e indicar colecistectomia com colangiografia intraoperatória como primeiro passo diagnóstico e terapêutico.

👉 **GABARITO: A**

👉 **DIFICULDADE: MODERADO**

3.7.1 COMENTÁRIOS

Classificar esse paciente como **risco intermediário** e partir para **colangio-RM ou USE** é exatamente o que o fluxograma da ASGE/Medway sugere quando não há critério de alto risco claramente preenchido. Ele tem: icterícia com bilirrubina total de 4 mg/dL (limítrofe para o ponto de corte), padrão colestático (FA 480 U/L, Gama-GT 420 U/L) e colédoco de 7 mm sem cálculo visível. Não há **colangite** (sem febre, sem instabilidade) nem cálculo claramente visto no colédoco.

Na apostila de Afecções Benignas das Vias Biliares, é dito que em **probabilidade intermediária** de coledocolitíase, a conduta é solicitar **colangiorressonância** ou **ultrassom endoscópico** antes de indicar CPRE ou operar, porque esses métodos têm alta sensibilidade e especificidade para detectar cálculos e evitam CPRE desnecessária. Portanto, esse raciocínio de “não

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

queimar cartucho” de CPRE e antes confirmar o diagnóstico com imagem de alta acurácia está alinhado com as diretrizes.

3.8 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem, 54 anos, previamente hígido, é submetido a hemorroidectomia aberta por doença hemorroidária grau IV sob raquianestesia. No 1º dia pós-operatório, refere dor intensa ao evacuar, medo de ir ao banheiro e não evacuou desde a cirurgia. Está em dieta geral, porém com baixa ingestão hídrica. Recebe apenas opioide intravenoso em doses fixas, sem analgésicos adjuvantes. No 2º dia, mantém dor importante, distensão abdominal leve e queixa de dificuldade para iniciar a micção, com sensação de esvaziamento incompleto da bexiga. Sinais vitais estáveis, abdome flácido, sem sinais de peritonite; bexiga palpável ao nível da sínfise púbica. Considerando os cuidados pós-operatórios específicos da hemorroidectomia, qual ajuste de conduta integrada de forma mais adequada o manejo da dor, da função intestinal e da prevenção de retenção urinária?

- A) Manter opioide em dose fixa, restringir a dieta sólida por mais 48 horas e evitar laxativos para não estimular precocemente a evacuação.
- B) Suspender o opioide, manter apenas anti-inflamatório não esteroide e instituir jejum até a primeira evacuação espontânea para reduzir dor ao esforço.
- C) Introduzir analgesia multimodal com AINE e analgésico simples, manter opioide apenas se necessário, associar dieta rica em fibras, hidratação vigorosa e laxativo osmótico, além de avaliar e tratar prontamente a retenção urinária com sondagem se indicada.
- D) Aumentar a dose de opioide para controlar melhor a dor, manter dieta pobre em resíduos e observar a dificuldade miccional, pois a retenção urinária costuma resolver espontaneamente.

👉 **GABARITO: C**

👉 **DIFICULDADE: MODERADA**

3.8.1 COMENTÁRIOS

Combinar **AINE + analgésico simples** e deixar o **opioide apenas se necessário** é exatamente o conceito de **analgesia multimodal** descrito em diretrizes de recuperação acelerada e nas apostilas de pós-operatório: cada fármaco atua por uma via diferente, permitindo melhor controle da dor com menor dose de opioide e menos efeitos colaterais (como constipação e íleo). Isso é especialmente útil em cirurgias anorretais, em que a dor é intensa mas o intestino precisa funcionar cedo.

Associar **dieta rica em fibras, hidratação vigorosa** e um **laxativo osmótico** (como lactulose) segue a mesma lógica que outros textos trazem para manejo de feridas perineais: a primeira evacuação idealmente ocorre no **2º-3º dia**, com fezes pastosas, e o uso de substâncias como **óleo mineral 30 mL** ou laxantes facilita esse processo. Por fim, reconhecer a **retenção urinária** (bexiga palpável, dificuldade de iniciar micção) e propor **avaliação e sondagem vesical se indicada** está alinhado com o que Zollinger enfatiza: o paciente deve ser orientado a relatar retenção urinária e essa complicação deve ser tratada prontamente, não apenas “observada”. Essa alternativa é a única que integra, de forma coerente, dor, intestino e bexiga.

3.9 QUESTÃO – CIRURGIA

No trauma abdominal contuso, a maioria das lesões hepáticas grau III-V (AAST) em pacientes estáveis é manejada de forma não operatória, mas exige estratificação de risco e vigilância de complicações. Considere um adulto hemodinamicamente estável, sem outras lesões que indiquem laparotomia, com tomografia contrastada mostrando laceração hepática com profundidade >3 cm, acometendo cerca de 40% de um lobo, sem extravasamento ativo de contraste. À luz da classificação AAST (lesão de alto grau, \geq III) e das diretrizes atuais de manejo não operatório do trauma hepático contuso, qual conduta global é mais adequada em relação a local de internação, monitorização laboratorial e vigilância de complicações como hemobilia?

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- A) Internação em UTI por pelo menos 24–72 h, monitorização intensiva com hemoglobina seriada a cada 6 h, exame físico frequente e investigação dirigida (TC ou US doppler, endoscopia) apenas se surgirem sinais de complicação, como dor intensa, queda de Hb ou icterícia sugerindo hemobilia.
- B) Internação em enfermaria comum, sem necessidade de UTI, com hemoglobina diária e alta precoce em 24 h se assintomático, pois o manejo não operatório de lesões grau III–V dispensa monitorização intensiva quando não há extravasamento ativo de contraste.
- C) Indicação de laparotomia exploradora imediata, pois toda lesão hepática grau IV ou V, mesmo em paciente estável, deve ser tratada cirurgicamente para prevenir complicações tardias como hemobilia e abscessos.
- D) Internação em UTI com indicação rotineira de angioembolização hepática profilática e tomografia de controle em 72 h, independentemente de instabilidade hemodinâmica, extravasamento de contraste ou sinais clínicos de complicação.

👉 **GABARITO: A**

👉 **DIFICULDADE: DIFÍCIL**

3.9.1 COMENTÁRIOS

O cenário descrito é de uma lesão hepática de **alto grau** (\geq III): laceração >3 cm de profundidade, acometendo cerca de **40% de um lobo** (o que já se aproxima de um **grau IV** pela AAST, que define 25–75% de disrupção de lobo como grau IV). As diretrizes da **Western Trauma Association (2023)** para trauma hepático contuso são bem objetivas: para lesões **graus III–V**, em pacientes estáveis, está indicado **internar em UTI por pelo menos 24 horas**, com **hemograma seriado a cada 6 horas** até estabilização da hemoglobina, monitorização de sinais vitais de hora em hora e vigilância clínica intensiva.

Além disso, tanto a WTA quanto o UpToDate orientam que a **tomografia de controle** ou outros exames de imagem (US doppler, CPRE, endoscopia) sejam

realizados **sob demanda**, quando houver **mudança clínica**: dor abdominal importante, febre, queda de hemoglobina, icterícia ou sinais de hemorragia digestiva que sugiram complicações como **hemobilia**, **biloma** ou abscesso. Não há recomendação de imagem de rotina em 72 h para todos, mas sim de **investigação dirigida** conforme sintomas. Por isso, a conduta descrita na alternativa A — UTI 24–72 h, hemoglobina a cada 6 h, exame físico frequente e exames complementares apenas se surgirem sinais de complicação — está alinhada às diretrizes atuais para manejo não operatório de lesões hepáticas de alto grau em pacientes estáveis.

3.10 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem, 72 anos, ex-tabagista, é atendido no pronto-socorro após queda da própria altura há 6 horas, com impacto em hemitórax direito. Queixa-se de dor torácica ventilatório-dependente intensa, pior ao inspirar profundamente, o que o faz “respirar curtinho”. Nega dispneia importante em repouso. Ao exame: PA 140/80 mmHg, FC 96 bpm, FR 26 irpm, SpO2 93% em ar ambiente. Inspeção mostra dor à palpação em arcos costais direitos, sem deformidade evidente; ausculta com murmúrio vesicular discretamente diminuído na base direita, sem ruídos adventícios. Radiografia de tórax evidencia múltiplas fraturas de costelas de 5ª a 8ª à direita, sem pneumotórax ou hemotórax. Considerando o risco de hipoventilação, atelectasia e pneumonia, qual a conduta analgésica mais adequada para este paciente?

- A) Prescrever apenas analgésico simples via oral em domicílio, pois a ausência de pneumotórax dispensa medidas adicionais para prevenção de complicações pulmonares.
- B) Indicar uso exclusivo de anti-inflamatório não esterooidal em altas doses, evitando opióides para não mascarar sinais de piora respiratória ou lesões associadas.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- C) Realizar apenas bloqueio intercostal único no local de maior dor, sem necessidade de internação ou fisioterapia respiratória em paciente idoso estável.
- D) Internar para analgesia potente multimodal, incluindo opióides e considerar bloqueio regional (intercostal ou peridural), associada a fisioterapia respiratória intensiva para manter boa ventilação.

👉 **GABARITO: D**

👉 **DIFICULDADE: DIFÍCIL**

3.10.1 COMENTÁRIOS

A combinação de **internação, analgesia potente multimodal** (incluindo opióides e possibilidade de bloqueio regional) e **fisioterapia respiratória intensiva** traduz fielmente o que as referências sugerem para idosos com múltiplas fraturas costais e dor intensa. As apostilas de trauma torácico da Medway afirmam que a analgesia é talvez a medida mais importante: pode ir de analgésicos simples até opióides, gabapentinoides e bloqueios intercostais ou peridural, de acordo com a intensidade da dor. Também destacam que “pacientes idosos ou pacientes com dor intensa podem se beneficiar de internação hospitalar para controle de dor, oxigenoterapia se necessário, observação e fisioterapia respiratória”.

O PHTLS 9e complementa que pacientes com dor severa por múltiplas fraturas costeiras podem receber pequenas doses tituladas de narcóticos IV, desde que monitorizados. A fisioterapia respiratória, descrita como pilar fundamental, visa estimular a expansão pulmonar, melhorar trocas gasosas e reduzir risco de atelectasia e pneumonia. Assim, essa alternativa integra todos os elementos-chave: controle agressivo da dor, uso racional de opióides e bloqueios regionais, internação em paciente idoso de risco e fisioterapia respiratória intensiva para manter ventilação adequada.

3.11 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem, 28 anos, vítima de colisão automobilística de alta energia, é admitido no pronto-socorro com PA 80/50 mmHg, FC 132 bpm, pele fria e sudoreica. Apresenta dor abdominal difusa e distensão leve. Não há sangramento externo significativo nem sinais de pneumotórax hipertensivo ou hemotórax maciço. Durante a avaliação primária, realiza-se FAST (ultrassom focado para trauma), que evidencia líquido livre na loja esplenorrenal e na pelve. Considerando o trauma abdominal contuso e a instabilidade hemodinâmica, qual a conduta imediata mais adequada com base nesse resultado do FAST?

- A) Solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso para melhor detalhamento das lesões antes de qualquer abordagem cirúrgica.
- B) Indicar laparotomia exploradora imediata para controle de possível hemorragia intra-abdominal, sem aguardar outros exames de imagem.
- C) Iniciar apenas observação clínica monitorizada em UTI, com exames físicos seriados, pois o FAST não define necessidade de cirurgia
- D) Repetir o FAST após reposição volêmica completa para confirmar a presença de líquido livre antes de decidir por tratamento cirúrgico.

👉 GABARITO: B

👉 DIFICULDADE: MODERADA

3.11.1 COMENTÁRIOS

Indicar **laparotomia exploradora imediata** em paciente com trauma abdominal contuso, instável hemodinamicamente e com FAST positivo para líquido livre corresponde exatamente ao algoritmo descrito nas referências. No capítulo de trauma torácico da Medway, lê-se: “caso paciente esteja instável hemodinamicamente e com FAST positivo = **laparotomia**”. No capítulo de pelve, o fluxograma repete: em paciente instável com FAST positivo, a conduta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

é **laparotomia exploradora para controlar sangramento intra-abdominal**, dentro da estratégia de controle de danos.

O FAST, nesse contexto, não é apenas um exame ilustrativo: ele confirma que há **hemorragia intraperitoneal significativa** como provável causa do choque. O tratamento definitivo do choque hemorrágico é **controle da fonte de sangramento**, e no abdome isso se faz abrindo a cavidade, empacotando, clampeando vasos e, se necessário, deixando o abdome aberto para reoperação. A tomografia, a observação ou a repetição do FAST são condutas para quem tem estabilidade; aqui, a prioridade é ir imediatamente ao centro cirúrgico.

3.12 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem, 32 anos, vítima de ferimento corto-contuso em região ântero-lateral direita do pescoço por linha com cerol há cerca de 20 minutos, é atendido em via pública por equipe de APH. Encontra-se agitado, falando frases curtas, com voz rouca, FR 26 irpm (VN 12 a 20 irpm), SpO2 93% em ar ambiente (VN 95%-100%), PA 110/70 mmHg, FC 110 bpm (VN até 90 bpm). Apresenta sangramento ativo em jato moderado pela ferida cervical, com bolhas de ar saindo pelo ferimento, além de enfisema subcutâneo palpável. Considerando o atendimento pré-hospitalar no trauma de pescoço, qual deve ser a prioridade imediata da equipe no local?

- A) Aplicar compressão direta firme sobre o foco de sangramento cervical com curativo compressivo, mantendo estabilização manual da coluna cervical e vigilância contínua de sinais de ameaça à via aérea durante preparo para transporte rápido.
- B) Realizar intubação orotraqueal imediata com laringoscopia direta, retirando o colar cervical sem estabilização manual, e postergar o controle da hemorragia para o ambiente intra-hospitalar.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- C) Priorizar a colocação completa do colar cervical rígido e imobilização em prancha longa antes de qualquer tentativa de controle do sangramento, para evitar lesão medular secundária
- D) Iniciar reposição volêmica agressiva com cristaloides em grande volume pela via periférica, deixando o controle do sangramento cervical apenas com curativo simples não compressivo até estabilizar a pressão arterial.

👉 **GABARITO: A**

👉 **DIFICULDADE: DIFÍCIL**

3.12.1 COMENTÁRIOS

O manejo descrito combina três pilares alinhados às diretrizes: controle imediato da hemorragia externa, proteção da coluna cervical e monitorização da via aérea com transporte rápido. O PHTLS 9ª edição destaca que hemorragia externa significativa é achado que exige atenção imediata e que tentativas de ressuscitação não terão sucesso na presença de sangramento externo ativo. A apostila de Trauma de Face e Pescoço (Medway) é explícita: diante de sangramento ativo no pescoço, "vamos comprimir como der enquanto corremos para o centro cirúrgico".

Além disso, a estabilização manual da coluna cervical desde o primeiro contato é preconizada tanto no PHTLS quanto na apostila de ABCDE, devendo ser mantida até imobilização definitiva. Como o paciente ainda fala (via aérea pérvia, embora com sinais de risco: voz rouca, enfisema subcutâneo, bolhas de ar), a conduta correta no pré-hospitalar é vigiar continuamente sinais de ameaça à via aérea, sem atrasar o controle do sangramento para tentar uma intubação complexa em via aérea potencialmente lesada. A alternativa descreve exatamente essa priorização integrada, coerente com o objetivo educacional de aplicar princípios de APH no trauma de pescoço.

3.13 QUESTÃO – CIRURGIA

Paciente masculino, 72 anos, hipertenso, diabético e com DPOC grave, chega ao pronto-socorro com dor abdominal difusa intensa há 12 horas, febre e parada de eliminação de gases. Ao exame: PA 85/50 mmHg, FC 120 bpm (VN de 60 a 90 bpm), FR 26 irpm (VN de 12 a 20 irpm), abdome em tábua, dor à descompressão brusca generalizada e sinais de irritação peritoneal difusa. Laboratório mostra leucocitose importante e lactato elevado. Tomografia evidencia diverticulite de sigmoide com grande quantidade de líquido e fezes livres na cavidade, caracterizando peritonite purulenta/fecal difusa (Hinchey III–IV). Considerando esses dados, qual a conduta cirúrgica mais apropriada para o tratamento do cólon neste cenário?

- A) Realizar ressecção do segmento sigmoide acometido com operação de Hartmann, sem anastomose primária, devido à instabilidade e peritonite difusa.
- B) Proceder à ressecção do sigmoide com anastomose primária término-terminal e proteção com ileostomia em alça, mesmo com choque séptico.
- C) Optar apenas por lavagem peritoneal laparoscópica, mantendo o sigmoide inflamado in situ e adiando qualquer ressecção para outro momento.
- D) Indicar apenas drenagem percutânea de coleções guiada por imagem, sem abordagem cirúrgica do cólon, pois a peritonite difusa dispensa ressecção imediata.

👉 **GABARITO: A**

👉 **DIFICULDADE: DIFÍCIL**

3.13.1 COMENTÁRIOS

Ressecar o sigmoide acometido e realizar **operação de Hartmann** (fechar o coto retal e exteriorizar colostomia terminal) é exatamente a conduta descrita na apostila de abdome agudo inflamatório para pacientes com diverticulite complicada, peritonite generalizada/fecal e quadro grave. O caso traz Hinchey III–

IV, com "grande quantidade de líquido e fezes livres" e um paciente em choque séptico (PA 85/50 mmHg, FC 120 bpm, lactato elevado), além de 72 anos, DPOC grave e comorbidades. Esse é o cenário clássico em que uma anastomose primária teria altíssimo risco de deiscência, fístula e sepse persistente. Por isso, a literatura básica de cirurgia geral e a própria Medway orientam: em pacientes graves, instáveis, com peritonite difusa, a **Hartmann é o procedimento mais seguro** e o que as bancas esperam como resposta.

3.14 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem, 67 anos, hipertenso e diabético, chega ao pronto-socorro com dor intensa (na escala de 1 a 10, número 8) em hipocôndrio direito há 24 horas, febre (38,9 °C), náuseas e vômitos. Ao exame: PA 90/55 mmHg, FC 118 bpm (VN de 50 a 100 bpm), FR 24 irpm (VN de 12 a 20 irpm), icterícia discreta, dor à palpação em hipocôndrio direito com sinal de Murphy positivo.

Laboratório:

- leucócitos 18.500/mm³ (VN 4.000 a 11.000 células por microlitro de sangue) com desvio à esquerda,
- bilirrubina total 3,0 mg/dL (VN 0,3 a 1,2 mg/dL) (direta 2,1)
- creatinina 1,9 mg/dL (basal 1,0),
- PCR 20 mg/dL (VN ≤3,0 mg/l).

Ultrassom de abdome mostra vesícula distendida, paredes espessadas, cálculo impactado em infundíbulo, sem dilatação importante de vias biliares. Considerando o diagnóstico de colecistite aguda complicada por sepse de provável origem comunitária, qual o melhor esquema de antibioticoterapia empírica inicial, de acordo com a flora entérica esperada e a realidade do SUS?

A) Ampicilina isolada em dose plena, pois cobre adequadamente gram-negativos entéricos e dispensa associação com outros antibióticos.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- B) Cefazolina isolada em dose plena, uma vez que cefalosporinas de primeira geração são suficientes para sepse de foco biliar comunitário.
- C) Ceftriaxona associada a metronidazol por via endovenosa, garantindo cobertura para bacilos gram-negativos entéricos e anaeróbios.
- D) Ciprofloxacino isolado por via endovenosa, pois sua ação contra gram-negativos torna desnecessária a cobertura de anaeróbios.

👉 **GABARITO: C**

👉 **DIFICULDADE: FÁCIL**

3.14.1 COMENTÁRIOS

A combinação de **ceftriaxona + metronidazol endovenosos** é exatamente o que as apostilas de sepse e de abdome agudo inflamatório colocam como esquema empírico padrão para **infecção intra-abdominal comunitária**. A ceftriaxona, cefalosporina de 3ª geração, tem excelente atividade contra **bacilos gram-negativos entéricos** como *E. coli*, *Klebsiella* e *Enterobacter*, que respondem por cerca de 41%, 11% e 9% dos casos de colecistite infectada, respectivamente. O metronidazol complementa a cobertura contra **anaeróbios**, que também podem estar presentes no trato biliar.

O contexto de sepse reforça ainda mais essa escolha. A apostila R+PED ressalta que, em infecção intra-abdominal com sepse, o esquema empírico recomendado é **ceftriaxona + metronidazol** ou piperacilina-tazobactam, justamente para garantir cobertura ampla de gram-negativos e anaeróbios. Além disso, ceftriaxona é amplamente disponível na rede pública e familiar ao cirurgião e ao emergencista, o que se alinha bem à "realidade do SUS" mencionada no enunciado. Por isso, essa opção atende simultaneamente ao foco biliar, à flora esperada, à gravidade (sepse) e à disponibilidade.

3.15 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem de 67 anos, previamente hígido, procura o ambulatório por encaminhamento do clínico. Refere apenas noctúria 1x/noite há 2 anos, sem jato fraco, hesitação, esforço miccional, urgência, polaciúria diurna ou sensação de esvaziamento incompleto. Nega episódios de retenção urinária, hematúria ou infecção urinária. Não usa medicações. Ao exame: PA 130/80 mmHg, abdome sem bexigoma. Toque retal: próstata fibroelástica, aumentada (estimada em 45 g), sem nódulos. PSA total 3,8 ng/mL (VR < 4,0 ng/mL). Ultrassonografia de vias urinárias: rins sem alterações, próstata com volume de 48 g, resíduo pós-miccional de 20 mL. IPSS = 6, com boa qualidade de vida referida. Considerando os conceitos de HPB histológica, aumento prostático benigno e HPB sintomática, qual a conduta mais adequada neste momento?

- A) Iniciar alfabloqueador de forma imediata, pois qualquer aumento prostático benigno com noctúria já caracteriza HPB sintomática e exige tratamento farmacológico.
- B) Solicitar estudo urodinâmico completo e programar ressecção transuretral de próstata, pois o volume prostático acima de 40 g indica intervenção cirúrgica precoce.
- C) Encaminhar para biópsia prostática, pois o aumento volumétrico associado a PSA próximo do limite superior define HPB clinicamente significativa que deve ser confirmada histologicamente.
- D) Explicar que há aumento prostático benigno sem HPB sintomática relevante e optar por acompanhamento clínico com medidas comportamentais, sem tratamento específico neste momento.

👉 **GABARITO: D**

👉 **DIFICULDADE: MODERADA**

3.15.1 COMENTÁRIOS

Quando o quadro é de **LUTS leve**, a apostila de afecções benignas é clara: "Inicialmente, em casos de LUTS leve (IPSS < 8), podemos acompanhar esse

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

paciente, sem qualquer tipo de tratamento". O paciente do enunciado tem IPSS **6**, noctúria discreta (1x/noite), boa qualidade de vida, sem sintomas de esvaziamento (jato fraco, hesitação, esforço, esvaziamento incompleto) e sem complicações como retenção urinária, infecção de repetição, litíase vesical ou repercussão renal. O resíduo pós-miccional é de **20 mL** (normal < 50 mL) e o ultrassom de rins é normal.

Isso caracteriza um quadro de **aumento prostático benigno** (volume ~48 g, toque fibroelástico) com **HPB sintomática mínima**, sem relevância clínica para intervenção farmacológica ou cirúrgica neste momento. A conduta correta é explicar ao paciente a natureza benigna da condição, orientar **medidas comportamentais** (evitar líquidos à noite, reduzir cafeína e álcool, micção programada) e programar **acompanhamento clínico** periódico, monitorando IPSS, PSA e função renal. Essa abordagem alinha-se exatamente ao objetivo educacional: tratar apenas quando os sintomas do trato urinário inferior justificam.

3.16 QUESTÃO – CIRURGIA | UE

Paciente vítima de ferimento abdominal perforante por arma branca, sem exposição da cavidade peritoneal, chega ao serviço de emergência. Está taquicárdico e normotenso com queixa de dor no local do ferimento. Qual a primeira conduta nesse caso?

- A) Acesso venoso periférico e exame de imagem abdominal.
- B) Acesso venoso central e laparotomia exploratória.
- C) Acesso venoso periférico, exame de imagem e laparotomia exploratória.
- D) Acesso venoso central, exame de imagem e observação clínica.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

3.16.1 COMENTÁRIOS

Pessoal, aqui temos uma situação bem corriqueira nos prontos-socorros da vida. Vamos entender um pouco mais sobre a conduta no trauma abdominal aberto.

Os traumas abdominais abertos podem ocorrer tanto por arma branca quanto por arma de fogo, e nessas situações temos diferentes epidemiologias dos órgãos acometidos.

FAF:

- **Intestino delgado:** 50%
- Cólon: 40%
- Fígado: 30%
- Vascular: 25%

FAB:

- Fígado: 40%
- Intestino delgado: 30%
- Diafragma: 20%
- Cólon: 15%

Nessa questão, temos um paciente vítima de FAB. Diante disso, devemos ter a seguinte abordagem:

- Examinar o paciente, com inspeção do trajeto do ferimento, a fim de avaliar penetração de cavidade; podendo-se, inclusive, aumentar a lesão para melhor visualização e exploração do pertuito.
- Lesões de parede anterior e flancos:
 - Sem violação da cavidade: sem cirurgia e proceder com demais exames complementares necessários
 - Com violação da cavidade: **laparotomia exploradora.**
- Lesões posteriores à linha axilar anterior:

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- Observação com exame físico seriado;
- TC com triplo contraste.
- Lesões de transição toracoabdominal:
 - Avaliar tórax;
 - LPD ou laparoscopia;
 - Exame físico seriado;
 - Laparotomia exploradora.

Alternativa A

Acesso venoso periférico: OK! Precisamos primeiro garantir via de expansão volêmica para o paciente! Então, após estabilização, encaminhar o paciente para demais exames a fim de excluir lesões associadas!

Alternativa B

Acesso central sempre será num segundo momento! O ATLS é categórico: 2 jelcos calibrosos em membros diferentes!

Alternativa C

A banca já os disse que não houve violação da cavidade abdominal, então nada de **laparotomia exploradora** como primeira medida!

Alternativa D

Quanto menor o comprimento e maior o calibre, mais fácil será a expansão volêmica. Então devemos fazer sempre com 2 jelcos calibrosos, jamais com acesso central em um primeiro momento.

Visão do aprovado

Aqui não tem o que galinhar, galera! Não tem violação de cavidade, nada de laparotomia! Também sempre vamos lembrar que expansão volêmica é feita com jelcos, nunca com acesso central naquele paciente que acabou de chegar no PS!

3.17 QUESTÃO – CIRURGIA | UE

Homem, 22 anos, vítima de queda de motocicleta a 50 km/h, sem capacete, há 30 minutos. Trazido pelo resgate em prancha rígida e com colar cervical.

Dados do local: PA 110 x 70 mmHg, FC 90 bpm, FR 16 ipm, escala de coma de Glasgow Abertura Ocular 4, Resposta Verbal 4, Resposta Motora 6. Chega ao hospital com via aérea pérvia, exame torácico sem alterações, PA 110 x 60 mmHg, FC 85 bpm, FR 15 ipm, SatO₂ 95%, FAST negativo, sem deformidades em membros inferiores e superiores, ferimento corto-contuso em região parietal direita, com curativo compressivo, midríase à direita, escala de coma de Glasgow Abertura Ocular 2, Resposta Verbal 2, Resposta Motora 4.

O hospital não possui especialidades cirúrgicas. Qual é o diagnóstico e quais condutas devem ser tomadas nesse momento?

- A) TCE grave, intubação orotraqueal, e transferir para centro de trauma com neurocirurgião.
- B) TCE moderado, intubação orotraqueal e transferir para centro de trauma com neurocirurgião.
- C) TCE moderado, iniciar manitol endovenoso, observação clínica por 2 horas, e transferir para centro de trauma com neurocirurgião.
- D) TCE grave, realizar tomografia de crânio, e transferir para centro de trauma com neurocirurgião.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

3.17.1 COMENTÁRIOS

Nesta questão, estamos diante de um caso de **Traumatismo Cranioencefálico (TCE) grave**, identificado pelo rápido declínio no estado neurológico do paciente após um acidente de motocicleta. O paciente apresenta sinais claros de deterioração neurológica, com queda da **Escala de Coma de Glasgow (ECG)** de 14 para 8, o que caracteriza um **TCE grave**. Esse cenário exige intervenção imediata,

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

com foco em proteger a via aérea e realizar a transferência urgente para um centro especializado com neurocirurgia.

O **Traumatismo Cranioencefálico (TCE)** é uma lesão no cérebro causada por uma força externa, podendo variar desde leve até grave, de acordo com a **Escala de Coma de Glasgow (ECG)**. A classificação do TCE com base na ECG é:

- **Leve:** ECG entre 13 e 15.
- **Moderado:** ECG entre 9 e 12.
- **Grave:** ECG \leq 8.

Neste caso, o paciente começou com uma **ECG de 14 (AO 4, RV 4, RM 6)**, o que inicialmente indicaria um TCE leve. No entanto, ao chegar ao hospital, a ECG caiu para **8 (AO 2, RV 2, RM 4)**, classificando-o como um **TCE grave**.

Os **sinais clínicos** são essenciais na avaliação do TCE. Neste caso, além da queda da ECG, outros achados clínicos sugerem uma lesão intracraniana grave:

- **Midríase unilateral à direita:** A dilatação assimétrica da pupila, ou midríase unilateral, pode indicar compressão do nervo oculomotor (III nervo craniano), frequentemente associada à **herniação cerebral** secundária ao aumento da pressão intracraniana (PIC). Isso ocorre quando há deslocamento do cérebro por causa de edema cerebral, hematomas ou outras lesões expansivas.
- **Queda da Glasgow de 14 para 8:** Esse declínio rápido sugere um aumento da pressão intracraniana e comprometimento neurológico progressivo.

O diagnóstico de **TCE grave** baseia-se em:

Avaliação neurológica: A **Escala de Coma de Glasgow (ECG)** é a principal ferramenta para avaliar a gravidade do TCE. Uma ECG \leq 8 indica necessidade de intubação para proteger a via aérea, pois o paciente provavelmente perdeu o reflexo de deglutição e a capacidade de manter a permeabilidade das vias aéreas.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Exame físico: Sinais como **midríase unilateral**, associado à queda da Glasgow, indicam a possibilidade de **lesão intracraniana com risco de herniação cerebral**, exigindo intervenção rápida.

Exames de imagem: A **tomografia de crânio** é o exame de escolha para avaliar a extensão da lesão. No entanto, a prioridade é estabilizar o paciente antes de realizar exames, especialmente quando há risco iminente de perda de via aérea.

As principais medidas iniciais em pacientes com TCE grave incluem:

Intubação Orotraqueal: A intubação está indicada em todos os pacientes com $\text{ECG} \leq 8$, para proteção da via aérea e suporte ventilatório. A hipoxemia e a hipercapnia são condições que devem ser evitadas, pois podem piorar o aumento da pressão intracraniana. A ventilação mecânica deve ser ajustada para evitar a elevação da pressão intracraniana.

Estabilização e Transferência Imediata: A prioridade, especialmente em locais sem neurocirurgia disponível, é a **transferência urgente** para um centro de trauma com disponibilidade de neurocirurgia. Pacientes com TCE grave frequentemente necessitam de intervenção cirúrgica, como a **craniectomia descompressiva** ou drenagem de hematomas intracranianos, dependendo dos achados da tomografia.

Controle da Pressão Intracraniana (PIC): O aumento da PIC é uma das principais preocupações em pacientes com TCE grave. Algumas medidas iniciais incluem:

- **Cabeceira elevada a 30°:** Para facilitar o retorno venoso e diminuir a pressão intracraniana.
- **Ventilação adequada:** A hiperventilação moderada pode ser utilizada em emergências, para reduzir a PIC, mas não deve ser prolongada.
- **Manitol ou solução hipertônica:** Podem ser administrados em casos de deterioração neurológica progressiva, mas apenas se o paciente já estiver intubado e em ambiente controlado. No entanto, o uso do manitol não é prioritário em um paciente que necessita de intubação e transferência imediata.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

DEFINIÇÃO: O DOENTE NÃO É CAPAZ DE OBEDECER COMANDOS SIMPLES POR ALTERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA (ESCORE GCS 3-8)

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

- O mesmo que para trauma craniocéfálico leve, mais exames rotineiros de sangue
- A TC de crânio é realizada em todos os casos
- Internar ou transferir o doente para uma instituição com capacidade cirúrgica para tratamento definitivo

APÓS A INTERNAÇÃO

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ABCDE• Avaliação primária e reanimação• Avaliação secundária e história AMPLA• Avaliação e tratamento• Internação ou transferência para um hospital com capacidade para tratamento neurocirúrgico definitivo• Agentes terapêuticos (habitualmente administrados após consulta com o neurocirurgião) | <ul style="list-style-type: none">- Manitol- Evitar hiperventilação nas primeiras 24 horas a menos que haja sinais de herniação- Solução salina hipertônica• Reavaliação neurológica:• GCS<ul style="list-style-type: none">- Abertura ocular- Resposta motora- Resposta verbal• Reação pupilar à luz• Avaliação neurológica focal |
|--|--|

Legenda: Algoritmo para o Tratamento do Trauma Craniocéfálico Grave. Fonte: ATLS 10 edição

As duas medidas mais importantes durante o atendimento inicial são **OXIGENAÇÃO ADEQUADA** e **REANIMAÇÃO VOLÊMICA**.

Vamos só relembrar o tratamento do TCE grave que está descrito nas tabelas acima:

Intubação e ventilação mecânica objetivando **SatO₂ > 95%**, **PaCO₂ entre 35 e 45 mmHg** e **pH entre 7,35 e 7,45**.

Ah, mas e a hiperventilação? Quando realizar? Vamos lembrar que ela "lava" CO₂ (PaCO₂ entre 25 e 30 mmHg) leva a vasoconstrição cerebral, de forma que temos redução da PIC às custas de redução do fluxo sanguíneo cerebral. Teremos risco de

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

isquemia com essa terapêutica. Porém ela pode ser indicada por curto período em pacientes com deterioração neurológica súbita enquanto outras medidas não são associadas. É uma **terapia ponte**.

PAS \geq 100 mmHg e PAM $>$ 80 - 90 mmHg e PIC entre 20 - 25 mmHg. A ideia é manter a boa pressão de perfusão cerebral (PPC). Aqui podemos lançar mão de expansão volêmica e também de drogas vasoativas.

Normoglicemia (entre 80 - 180 mg/dL) alterações glicêmicas levam a agravamento da lesão neurológica, devemos evitar.

Normonatremia (sódio entre 135 - 145) também pode agravar o edema cerebral

Além disso, associamos outras MEDIDAS QUE VISAM A REDUÇÃO DA PIC (pressão intracraniana) e também aumentam a PPC (pressão de perfusão cerebral).

Elevação da cabeceira a 30°

Sedação e analgesia

Manitol - indicado em quadros de deterioração neurológica aguda (dilatação de uma das pupilas, hemiparesia ou perda de consciência), o paciente precisa estar NORMOVOLÊMICO, não funciona em pacientes hipotensos. Por ser diurético pode exacerbar a hipotensão e predispor a isquemia cerebral. Mas é um método de controle rápido da PIC, como ponte até a realização de medidas mais efetivas.

Salina hipertônica 3% - mesma finalidade do manitol, mas pode ser usado em pacientes hipotensos.

Hipotermia (32° a 34°) - repare que esta é uma medida de neuroproteção para pacientes com aumento de PIC! Não é todo paciente com TCE!

Corticoide - não é recomendado.

A **midríase unilateral** no contexto de TCE sugere **aumento da PIC** e **herniação cerebral**, onde o lobo temporal é empurrado através da incisura do tentório, comprimindo o III nervo craniano. Isso leva à paralisia do músculo constritor da

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

pupila, causando dilatação. Se não tratada rapidamente, a herniação cerebral leva à compressão do tronco encefálico e parada respiratória.

Alternativa A

O paciente apresenta **TCE grave**, com Glasgow caindo para 8 (AO 2, RV 2, RM 4), o que indica risco iminente de perda da via aérea e deterioração neurológica. A **intubação orotraqueal** é necessária para proteger a via aérea e garantir uma ventilação adequada, já que há risco de comprometimento da consciência e das funções respiratórias. A transferência imediata para um centro de trauma com **neurocirurgia** disponível é fundamental, pois a presença de **midríase unilateral** (sugestiva de herniação cerebral) e o rápido declínio neurológico indicam a possibilidade de lesão intracraniana grave que pode necessitar de intervenção cirúrgica emergencial.

Alternativa B

O diagnóstico é de **TCE grave**, e não moderado. A queda no Glasgow para 8, junto com a midríase unilateral, indica um estado crítico que vai além de um TCE moderado. Embora a conduta de intubação e transferência esteja correta, a classificação do TCE como moderado está errada.

Alternativa C

Assim como na alternativa anterior, o paciente não apresenta um TCE moderado, mas sim grave. Além disso, iniciar **manitol** ou observar o paciente antes de transferir pode atrasar uma conduta definitiva. A prioridade é a estabilização das vias aéreas e a transferência imediata para um centro especializado, sem esperar.

Alternativa D

Embora o TCE seja grave, o foco inicial deve ser a **proteção da via aérea** com intubação, seguida da transferência para um centro de trauma com neurocirurgia. A tomografia de crânio é importante, mas não deve ser realizada antes da estabilização respiratória e da transferência, especialmente em um hospital sem especialidades cirúrgicas.

Visão do aprovado

Quando um paciente apresenta **queda no Glasgow abaixo de 8**, é preciso agir rapidamente. Essa situação demanda **intubação imediata**, pois o paciente pode perder a capacidade de proteger sua própria via aérea. Fiquem atentos a sinais como **midríase unilateral** (pupila dilatada de um lado), que pode indicar **aumento da pressão intracraniana** e risco de herniação cerebral. Em hospitais sem capacidade neurocirúrgica, a **transferência imediata** para um centro especializado é prioridade, sem aguardar exames que podem atrasar o manejo definitivo.

3.18 QUESTÃO – CIRURGIA | UE

Rapaz, 22 anos, dá entrada em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de queda de moto ocorrida há aproximadamente uma hora. Refere que durante o acidente sofreu trauma no abdome com o guidão da moto. Apresenta-se estável hemodinamicamente e refere dor abdominal intensa. Na unidade, é solicitada radiografia simples do abdome que revela presença de ar desenhando a sombra renal direita. Esse sinal sugere a ocorrência de:

- A) ruptura de víscera oca intraperitoneal.
- B) ruptura hepática.
- C) ruptura de víscera oca retroperitoneal.
- D) ruptura renal.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

3.18.1 COMENTÁRIOS

Paciente vítima de trauma abdominal fechado, com **ar em volta do rim**. Bom, se o rim fica na região **retroperitoneal**, então isso infere que estamos de frente a um

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

retropneumoperitônio (ou pneumoretroperitônio) - ou seja, algum órgão oco foi rompido na região retroperitoneal, correto? Daí vamos ter um "destaque" do rim e do psoas na radiografia, por conta do ar envolvendo estas estruturas!

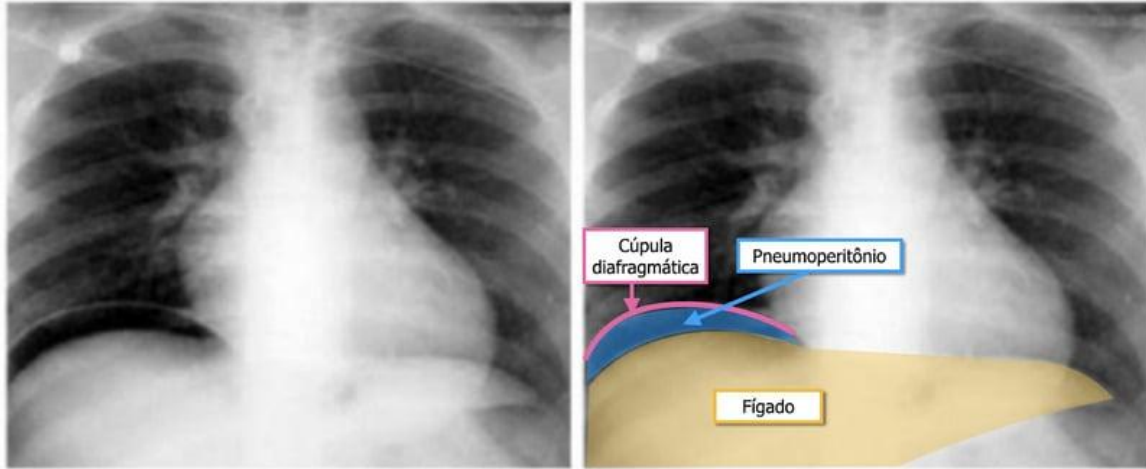


Fonte: Radiopaedia.org

Alternativa A

Se fosse intraperitoneal, teríamos **pneumoperitônio**, principalmente na clássica imagem entre o fígado e o diafragma.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO



Alternativa B

Muito comum em pacientes vítimas de traumas contusos, mas aí dificilmente veríamos alteração no Rx simples de abdome, mas na tomografia (caso paciente estável), veríamos líquido livre.

Alternativa C

Bingo!

Alternativa D

Pessoal, o rim não é um órgão oco (não tem ar dentro), então não veríamos ar. Poderíamos ver líquido em região retroperitoneal em uma tomografia, mas na radiografia simples dificilmente veríamos algo.

Alternativa E

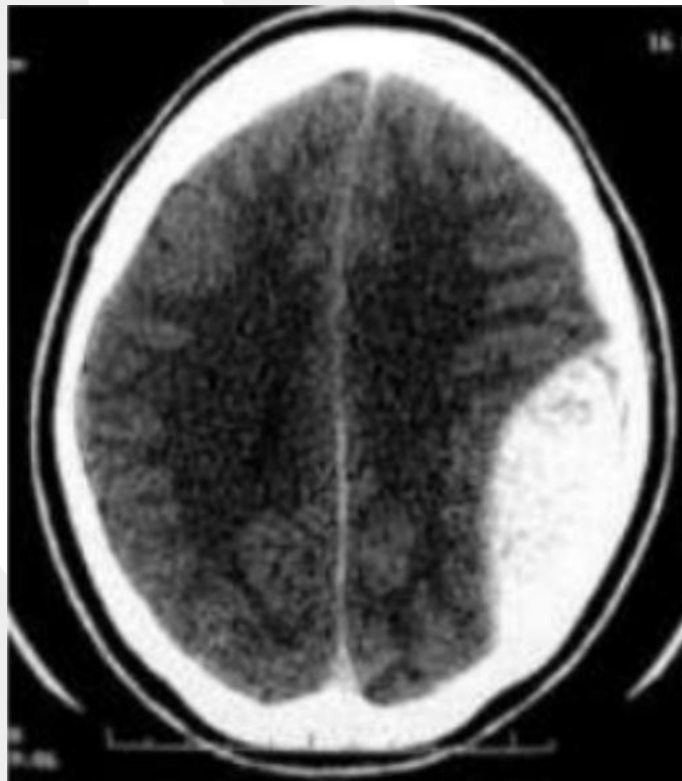
Hemoperitônio se caracteriza como líquido livre em cavidade abdominal visto pela tomografia, não pelo Rx simples.

Visão do aprovado

Muito simples essa questão, hein galerinha? Basicamente nos cobra conceitos de anatomia!!!

3.19 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem, 72 anos, sofreu queda da própria altura durante o banho. Segundo familiares, apresentou perda da consciência durante 2 minutos após o evento. Permaneceu em casa com queixa de cefaleia durante algumas horas quando então evoluiu com um quadro de confusão mental e sonolência, sendo trazido ao pronto atendimento. A tomografia de crânio revelou a seguinte alteração: Com relação ao quadro clínico descrito e a imagem, assinale a alternativa correta.



- A) Geralmente, a lesão resulta de uma fratura lateral do crânio que causa hemorragia da artéria meníngea média.
- B) O padrão de hemorragia pelo tecido cerebral indica a necessidade de vigilância clínica intensiva para identificar sinais de deterioração e necessidade de abordagem cirúrgica.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- C) Nesse padrão de lesão, frequentemente associam-se lesões do tecido cerebral subjacente, explicando seu prognóstico desfavorável em relação a outros mecanismos de lesão.
- D) Nesses casos, há lesão de veias entre a dura-máter e o córtex cerebral. O prognóstico dependerá da presença, ou não, de lesão axonal difusa.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

3.19.1 COMENTÁRIOS

Estamos diante de um caso clássico de **hematoma epidural agudo (HED)**, uma emergência neurocirúrgica que todo médico deve saber reconhecer. O caso apresenta a **tríade clássica**: trauma inicial com perda de consciência, seguido de um intervalo lúcido e posterior deterioração neurológica. A tomografia mostra uma imagem *hiperdensa biconvexa* (formato de "lente"), característica patognomônica do HED. Este padrão ocorre porque o sangramento fica contido entre o crânio e a dura-máter, que possui forte aderência à calota craniana.

Alternativa A

CORRETA. O hematoma epidural é tipicamente causado pela ruptura da *artéria meníngea média*, que ocorre frequentemente após trauma temporal com fratura do crânio nesta região. A artéria, que corre em um sulco ósseo, é rompida pela fratura, levando ao sangramento entre a dura-máter e o crânio.

Alternativa B

INCORRETA. Esta alternativa confunde o manejo do HED. Por ser uma emergência neurocirúrgica, casos sintomáticos como este necessitam de intervenção cirúrgica imediata, não apenas vigilância. A presença de sintomas neurológicos associada ao volume significativo do hematoma indica cirurgia de emergência.

Alternativa C

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

INCORRETA. Na verdade, o HED geralmente tem prognóstico mais favorável que outros tipos de lesão intracraniana traumática, justamente porque frequentemente não há lesão significativa do parênquima cerebral subjacente. O tecido cerebral é comprimido, mas não necessariamente lesionado.

Alternativa D

INCORRETA. Esta alternativa descreve o mecanismo do hematoma subdural, não do epidural. No HED, o sangramento é arterial (artéria meníngea média) e ocorre entre o crânio e a dura-máter, não entre a dura-máter e o córtex cerebral. Além disso, a lesão axonal difusa não é um componente típico do HED.

Visão do aprovado

Para não errar questões sobre HED, lembre-se sempre:

A imagem "biconvexa" é patognomônica

O intervalo lúcido é característico (mas não ocorre em todos os casos)

É uma emergência cirúrgica quando sintomático

Prognóstico é geralmente bom se tratado precocemente

Dica de memorização: pense no HED como uma "lente convexa de sangue" empurrando o cérebro. A localização temporal/parietal e a história de trauma são fundamentais para fechar o diagnóstico.

Este é um tema frequente em provas de residência e extremamente relevante na prática clínica, pois o reconhecimento e tratamento precoces podem salvar vidas.

3.20 QUESTÃO – CIRURGIA

Homem de 74 anos, submetido à hemicolecotomia direita há 8 dias por adenocarcinoma de cólon, evolui no pós-operatório com diarreia aquosa volumosa, febre e dor abdominal difusa. Durante a internação, utilizou ceftriaxona e clindamicina. Ao exame físico, apresenta desidratação,

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

frequência cardíaca de 118 bpm, pressão arterial de 92 × 58 mmHg e abdome distendido, doloroso difusamente, sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais mostram:

- leucócitos = 28.000/mm³ (VN 4.000 – 11.000/mm³),
- creatinina = 2,3 mg/dL (VN 0,7 – 1,3 mg/dL) (basal = 1,0 mg/dL) e
- lactato = 3,2 mmol/L (VN 0,5 a 2,2 mmol/L).

A tomografia de abdome evidencia espessamento difuso do cólon e dilatação colônica de 7 cm. Diante do quadro clínico, qual exame deve ser prioritariamente investigado e qual a melhor conduta terapêutica inicial?

- A) Pesquisa de toxina/PCR em fezes para *Clostridioides difficile* e início de vancomicina oral em alta dose associada a metronidazol intravenoso.
- B) Coprocultura para enterobactérias multirresistentes e início de piperacilina-tazobactam intravenoso.
- C) Colonoscopia com biópsia para investigação de colite isquêmica e início de corticoterapia sistêmica.
- D) Pesquisa de parasitas em fezes e tratamento empírico com metronidazol oral.

👉 **GABARITO: A**

👉 **DIFICULDADE: DIFÍCIL**

3.20.1 COMENTÁRIOS

O paciente apresenta quadro infeccioso grave no pós-operatório, associado a:

- uso recente de antibióticos de alto risco (especialmente clindamicina);
- diarreia aquosa hospitalar;
- leucocitose importante;
- insuficiência renal aguda;
- hipotensão;
- distensão colônica.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A principal hipótese diagnóstica é colite associada ao *Clostridioides difficile*, potencialmente em forma fulminante, motivo pelo qual a investigação prioritária deve incluir pesquisa de toxina ou PCR para o agente nas fezes.

Nos quadros graves ou fulminantes, o tratamento recomendado é:

- vancomicina VO em alta dose associada a metronidazol IV,

especialmente quando há:

- instabilidade hemodinâmica;
- íleo;
- distensão colônica;
- risco de megacólon tóxico.

Além disso, esses pacientes necessitam de monitorização intensiva e avaliação cirúrgica precoce.

Análise Das Alternativas

A) Correta. A associação entre antibioticoterapia recente, diarreia hospitalar e toxicidade sistêmica torna obrigatória a investigação para *C. difficile*. O tratamento proposto está adequado para doença grave/fulminante.

B) Incorreta. Enterobactérias multirresistentes podem causar infecção intra-abdominal, mas o quadro clínico é muito mais sugestivo de colite associada a antibiótico. Piperacilina-tazobactam pode inclusive piorar disbiose intestinal.

C) Incorreta. Colonoscopia não é exame inicial nesses pacientes e pode aumentar risco de perfuração em cólon gravemente inflamado/distendido. O quadro não sugere colite isquêmica como principal hipótese.

D) Incorreta. Parasitose intestinal não explica adequadamente quadro fulminante hospitalar em paciente pós-operatório recente. Metronidazol oral isolado não é terapia adequada em doença grave.

4 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

4.1 QUESTÃO – GO | PSIQUIATRIA

Mulher de 32 anos, 4 semanas após parto vaginal sem intercorrências, é levada à consulta pelo companheiro. Relata tristeza persistente, choro frequente, insônia mesmo quando o bebê dorme, perda de apetite, culpa intensa por “não ser uma boa mãe” e dificuldade de vínculo com o recém-nascido. Diz sentir vergonha de pedir ajuda. Nega alucinações, delírios ou pensamentos de machucar o bebê, mas afirma que “às vezes seria melhor desaparecer”. A conduta inicial mais adequada é:

- A) Tranquilizar a paciente, pois se trata de tristeza fisiológica
- B) Avaliar risco suicida, oferecer suporte e iniciar manejo para depressão
- C) Indicar internação psiquiátrica compulsória pela dificuldade de vínculo materno
- D) Orientar suspensão definitiva da amamentação antes de qualquer tratamento

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

4.1.1 COMENTÁRIOS

O quadro sugere depressão: sintomas depressivos persistentes no pós-parto, com prejuízo funcional, culpa, insônia, alteração de apetite e dificuldade de vínculo. A fala “seria melhor desaparecer” exige avaliação formal de risco suicida. Não há elementos de psicose, como delírios, alucinações, confusão ou risco direto ao bebê. Também não se trata de tristeza

fisiológica, pois há intensidade, duração e prejuízo relevantes.

Análise das alternativas

Alternativa A

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Incorreta. A tristeza costuma ser transitória, leve e autolimitada. O caso apresenta sintomas persistentes, culpa intensa, prejuízo funcional e ideação de morte passiva.

Alternativa B

Correta. A conduta deve incluir avaliação de risco, acolhimento, suporte familiar, seguimento próximo e tratamento da depressão conforme gravidade.

Alternativa C

Incorreta. Internação pode ser necessária em risco grave, psicose ou incapacidade importante de cuidado, mas o caso não traz indicação imediata de internação compulsória.

Alternativa D

Incorreta. A amamentação não deve ser suspensa automaticamente. A escolha terapêutica deve considerar gravidade, preferência da paciente, segurança materno-infantil e compatibilidade dos medicamentos quando indicados.

Visão do aprovado

O aprovado diferencia tristeza, depressão e psicose. Reconhece que ideação de morte, mesmo passiva, muda a condução e exige avaliação de risco.

Erro mais comum do aluno

Minimizar o quadro como “baby blues” ou indicar internação sem reconhecer que não há psicose, delírio ou risco iminente claramente descrito.

Fenômenos psicopatológicos presentes

- Humor deprimido,
- Culpa excessiva,
- Insônia,
- Hiporexia,
- Ideação de morte passiva,

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- Prejuízo do vínculo materno-infantil,
- Vergonha e retraimento na busca de ajuda.

4.2 QUESTÃO – GO | PSIQUIATRIA

Uma mulher de 29 anos procura atendimento na atenção básica relatando irritabilidade intensa, tristeza, sensação de perda de controle, labilidade emocional e conflitos interpessoais recorrentes. Ela observou que os sintomas surgem na semana que antecede a menstruação, melhoram nos primeiros dias do fluxo menstrual e desaparecem na semana seguinte. Refere prejuízo no trabalho e no relacionamento afetivo. Nega sintomas persistentes fora desse período e nega episódios de mania ou hipomania.

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- A) Transtorno depressivo recorrente
- B) Transtorno disfórico pré-menstrual
- C) Transtorno ciclotímico
- D) Transtorno de personalidade borderline

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: MODERADO**

4.2.1 COMENTÁRIOS

A questão exige:

- reconhecimento do padrão temporal dos sintomas,
- diferenciação entre transtorno do humor, transtorno de personalidade e transtornos do espectro bipolar,
- interpretação longitudinal do quadro clínico.

Revisão clínica e psicopatológica do caso

O transtorno disfórico pré-menstrual caracteriza-se por sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais que:

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

- surgem na fase lútea do ciclo menstrual,
- apresentam intensidade significativa,
- causam prejuízo funcional,
- melhoram após o início da menstruação,
- desaparecem no período intermenstrual.

No caso apresentado, os elementos mais importantes são:

- recorrência mensal,
- relação temporal com o ciclo menstrual,
- remissão completa entre os episódios,
- ausência de sintomas persistentes fora do período pré-menstrual.

A exclusão de mania e hipomania ajuda a afastar transtornos do espectro bipolar.

Análise das alternativas

Alternativa A — Transtorno depressivo recorrente

Incorreta. No transtorno depressivo recorrente, os sintomas depressivos não seguem padrão cíclico associado ao ciclo menstrual e geralmente persistem por semanas ou meses, independentemente da fase hormonal.

Alternativa B — Transtorno disfórico pré-menstrual

Correta. O quadro apresenta:

- sintomas emocionais importantes,
- prejuízo funcional,
- padrão recorrente pré-menstrual,
- melhora após o início do fluxo menstrual,
- ausência de sintomas entre os episódios.

Esses elementos sustentam o diagnóstico.

Alternativa C — Transtorno ciclotímico

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Incorreta. Na ciclotimia, há flutuação crônica do humor com sintomas hipomaniacos e depressivos leves persistentes por longos períodos, sem relação específica com o ciclo menstrual.

Alternativa D — Transtorno de personalidade borderline

Incorreta. O transtorno borderline cursa com instabilidade afetiva persistente, impulsividade, medo de abandono e relações interpessoais caóticas, sem padrão cíclico hormonal típico.

Visão do aprovado

O aprovado percebe rapidamente que:

- o elemento decisivo não é a irritabilidade ou a tristeza, mas sim o padrão temporal cíclico relacionado ao período pré-menstrual, associado à remissão completa entre os episódios.

Além disso, diferencia:

- instabilidade afetiva episódica hormonal de instabilidade afetiva persistente dos transtornos de personalidade.

Erro mais comum do aluno

Confundir:

- labilidade afetiva e conflitos interpessoais com transtorno de personalidade borderline.

Outro erro frequente é ignorar o padrão temporal dos sintomas e focar apenas na presença de tristeza e irritabilidade.

Identificação dos fenômenos psicopatológicos presentes

- Humor deprimido episódico
- Irritabilidade
- Labilidade afetiva
- Sensação subjetiva de perda de controle
- Reatividade emocional aumentada
- Prejuízo funcional relacionado ao humor

4.3 QUESTÃO – GO

Mulher de 30 anos, G2P1, com 33 semanas de gestação, procura pronto atendimento com cefaleia intensa, dor em hipocôndrio direito e náuseas há 24 horas. Ao exame: PA = 168 × 112 mmHg, edema discreto em membros inferiores e reflexos profundos exaltados. Cardiotocografia sem alterações. Exames laboratoriais revelam:

- Hemoglobina = 11,2 g/dL (VN \geq a 11 g/dL);
- Plaquetas = 78.000/mm³ (VN de 150.000 – 400.000 mm³);
- TGO = 185 U/L (VN de 5 a 40 U/L);
- TGP = 162 U/L (VN de 5 a 35 U/L);
- DHL = 780 U/L (VN de 250 a 600 U/L);
- Creatinina = 1,1 mg/dL (VN de 0,8 a 1,0 mg/dL).
- Relação proteína/creatinina urinária = 0,8.

Qual a conduta mais adequada deve ser adotada para esta paciente?

- A) Internar a paciente, iniciar sulfato de magnésio para profilaxia de eclâmpsia, controlar a pressão arterial e indicar interrupção da gestação após estabilização materna.
- B) Realizar corticoterapia para maturação pulmonar fetal e manter conduta expectante até 37 semanas, devido à prematuridade fetal.
- C) Indicar transfusão profilática de plaquetas imediatamente, independentemente da via de parto planejada, devido à plaquetopenia abaixo de 100.000/mm³.
- D) Contraindicar o parto vaginal devido ao risco aumentado de hematoma hepático e indicar cesariana imediata em todos os casos de síndrome HELLP.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADO**

4.3.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A — Correta

A paciente apresenta quadro compatível com síndrome HELLP, caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia, associada a pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. Os achados de hipertensão grave, dor em hipocôndrio direito, elevação importante de transaminases e plaquetopenia confirmam a necessidade de estabilização materna e interrupção da gestação. A conduta recomendada pelas diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, American College of Obstetricians and Gynecologists e Society for Maternal-Fetal Medicine inclui: internação hospitalar; prevenção de eclâmpsia com sulfato de magnésio; controle rigoroso da hipertensão grave; avaliação materno-fetal contínua; interrupção da gestação após estabilização clínica materna, sobretudo após 34 semanas ou diante de deterioração materna. Embora a paciente tenha 33 semanas, a presença de HELLP constitui indicação de resolução gestacional devido ao alto risco de complicações maternas graves, como CIVD, ruptura hepática, insuficiência renal e eclâmpsia.

Alternativa B — Incorreta

A corticoterapia para maturação pulmonar fetal pode ser considerada entre 24 e 34 semanas quando houver possibilidade segura de postergar o parto por 24–48 horas. Entretanto, na síndrome HELLP, especialmente associada a hipertensão grave e sintomas maternos importantes, a conduta expectante prolongada é contraindicada devido ao elevado risco materno. As diretrizes do American College of Obstetricians and Gynecologists e da Society for Maternal-Fetal Medicine recomendam que a estabilização materna tenha prioridade absoluta, não sendo apropriado manter a gestação até 37 semanas em casos de HELLP estabelecida.

Alternativa C — Incorreta

A transfusão profilática de plaquetas não é indicada rotineiramente em toda paciente com síndrome HELLP e plaquetopenia abaixo de $100.000/\text{mm}^3$. Segundo recomendações da American College of Obstetricians and Gynecologists e da

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia: transfusão de plaquetas é geralmente reservada para contagem $< 20.000/\text{mm}^3$, mesmo sem sangramento; contagem $< 50.000/\text{mm}^3$ quando há indicação de cesariana; presença de sangramento ativo ou coagulopatia. Nesta paciente, com $78.000/\text{mm}^3$ e sem sangramento, não há indicação obrigatória de transfusão imediata.

Alternativa D — Incorreta

A síndrome HELLP não constitui indicação absoluta de cesariana. A via de parto deve ser individualizada conforme: idade gestacional; condições cervicais; estado materno; vitalidade fetal; urgência obstétrica. As diretrizes da Royal College of Obstetricians and Gynaecologists e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia afirmam que o parto vaginal pode ser apropriado quando houver estabilidade materna e possibilidade de resolução em tempo adequado. A cesariana é mais frequente nesses casos devido à gravidade clínica e à prematuridade, mas não é mandatória universalmente.

Referências Bibliográficas:

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Pré-eclâmpsia. Protocolos FEBRASGO – Obstetrícia No. 100. São Paulo: FEBRASGO, 2025.

American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG Practice Bulletin N. 222. Obstet Gynecol 2020, 135(6): 1492-1495. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003892

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

4.4 QUESTÃO – GO

Mulher de 33 anos, G3P2, com 30 semanas de gestação, IMC pré-gestacional de $31 \text{ kg}/\text{m}^2$, foi diagnosticada com diabetes mellitus gestacional há três semanas após Teste Oral de Tolerância a Glicose 75 g alterado. Iniciou terapia

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

nutricional e caminhada diária de 30 minutos, mantendo seguimento multiprofissional. Apresenta automonitorização glicêmica nos últimos 10 dias com glicemias de jejum variando entre 102–108 mg/dL e pós-prandiais de 1 hora entre 118–128 mg/dL. Ultrassonografia obstétrica demonstra feto com crescimento no percentil 82 e líquido amniótico normal. Qual é a melhor conduta terapêutica medicamentosa a ser adotada no caso?

- A) Insulinoterapia, mantendo terapia nutricional e atividade física, considerando que as glicemias de jejum permanecem acima da meta terapêutica.
- B) Metformina associada à manutenção do monitoramento glicêmico capilar, como terapia inicial preferencial em razão da obesidade materna e do adequado controle pós-prandial.
- C) Manter apenas medidas não farmacológicas por mais duas semanas, pois as glicemias pós-prandiais estão adequadas.
- D) Iniciar esquema combinado de metformina e insulina imediato, pois obesidade materna é indicação formal de terapia combinada inicial.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

4.4.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A — Correta

O manual “Tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil” recomenda que o tratamento inicial do DMG seja baseado em terapia nutricional, atividade física e monitorização glicêmica capilar. Entretanto, quando as metas glicêmicas não são atingidas, deve-se instituir tratamento farmacológico, sendo a insulina a terapia padrão. No caso apresentado, apesar das glicemias pós-prandiais adequadas, as glicemias de jejum permanecem persistentemente acima da meta terapêutica, caracterizando falha do tratamento não farmacológico isolado e indicação de insulinoterapia. O documento enfatiza ainda que o controle glicêmico rigoroso

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

reduz complicações maternas e fetais, incluindo macrosomia e morbidade neonatal.

Alternativa B — Incorreta

Embora a metformina seja mencionada como opção terapêutica no documento, ela não substitui a necessidade de monitorização glicêmica capilar. O acompanhamento seriado da glicemia é parte fundamental do tratamento do DMG independentemente do método farmacológico utilizado. Além disso, o manual destaca que a insulinoterapia permanece como principal terapia medicamentosa, especialmente quando há inadequado controle glicêmico após medidas comportamentais.

Alternativa C — Incorreta

A persistência de glicemias de jejum acima da meta indica controle inadequado do DMG. O documento ressalta que o tratamento farmacológico não deve ser retardado quando não se alcançam metas glicêmicas adequadas com dieta e exercício físico. A manutenção prolongada de hiperglicemia materna aumenta o risco de macrosomia fetal, hipoglicemia neonatal e outras complicações perinatais. Portanto, aguardar mais duas semanas sem intervenção medicamentosa não é a melhor conduta.

Alternativa D — Incorreta

O manual não estabelece obesidade materna isoladamente como indicação obrigatória de terapia combinada inicial com metformina e insulina. A escolha terapêutica deve ser individualizada conforme perfil glicêmico, resposta às medidas não farmacológicas e contexto clínico. Além disso, a insulinoterapia isolada continua sendo a estratégia de referência quando há falha no controle glicêmico inicial.

Referências Bibliográficas:

Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Diabetes.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019. 57 p. ISBN 978-85-94091-12-3.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Diabetes mellitus gestacional. São Paulo: FEBRASGO, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. Gestational Diabetes Mellitus. Practice Bulletin n. 190. Obstetrics & Gynecology, Washington, 2018.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - SOGC. Diabetes in Pregnancy. Guideline N. 393. J Obstet Gynaecol Canada 2019, 41(12):1814-1825.

4.5 QUESTÃO – GO

Gestante de 36 anos, G2P1, com 35 semanas e 4 dias, hipertensa crônica em uso de metildopa, procura maternidade por redu o da movimentac o fetal há 24 horas. Refere cefaleia leve e ganho ponderal recente. Ao exame: PA 150x96 mmHg, altura uterina de 31 cm, dinâmica uterina ausente e BCF 142 bpm. Ultrassonografia obstétrica evidencia feto único em apresenta o cefálica, peso estimado no percentil 5,  ndice de líquido amniótico de 3 cm e Doppler de artéria umbilical com aumento da resistência placentária. Doppler da artéria cerebral média demonstra redu o do  ndice de pulsatilidade, configurando centraliza o fetal. Cardiotocografia basal sem desacelera es. Assinale a alternativa que corretamente descreve os eventos fisiopatológicos do caso clínico.

A) A centraliza o fetal representa mecanismo adaptativo   hipóxia crônica, caracterizado por redistribui o do fluxo sanguíneo fetal para órgãos nobres, sendo frequentemente associada   insuficiência placentária e ao oligoâmnio.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

B) A presença de centralização fetal isoladamente indica acidemia fetal estabelecida e necessidade obrigatória de interrupção imediata da gestação, independentemente da idade gestacional e da cardiotocografia.

C) Em gestantes com insuficiência placentária, o oligoâmnio ocorre predominantemente por redução da diurese fetal secundária à redistribuição hemodinâmica periférica, que ocorre em função da diminuição do fluxo cerebral.

D) A coexistência de centralização fetal e oligoâmnio aumenta o risco de hipóxia fetal progressiva e desfechos perinatais adversos, porém deve ser interpretada pela cardiotocografia para definição adequada do momento de interrupção da gestação.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

4.5.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A — Correta

A centralização fetal, também denominada *brain sparing effect*, representa mecanismo adaptativo fetal diante de hipóxia crônica secundária, principalmente, à insuficiência placentária. Ocorre redistribuição preferencial do fluxo sanguíneo para órgãos nobres — especialmente cérebro, coração e adrenais — às custas de vasoconstrição periférica em territórios menos essenciais, como rins, pulmões e trato gastrointestinal. No Doppler fetal, esse fenômeno é identificado pela redução do índice de pulsatilidade da artéria cerebral média, refletindo vasodilatação cerebral compensatória. A diminuição da perfusão renal fetal reduz a diurese, justificando a associação frequente entre centralização fetal e oligoâmnio em fetos com restrição de crescimento e insuficiência placentária.

Alternativa B — Incorreta

A presença isolada de centralização fetal não significa acidemia fetal estabelecida nem constitui indicação obrigatória de interrupção imediata da gestação. A centralização é inicialmente um mecanismo compensatório capaz de preservar a

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

oxigenação cerebral fetal frente à hipóxia crônica. A decisão sobre interrupção gestacional deve considerar avaliação integrada da vitalidade fetal, incluindo idade gestacional, cardiotocografia, perfil biofísico fetal e evolução dopplervelocimétrica, particularmente alterações do ducto venoso e da artéria umbilical. Assim, fetos centralizados podem permanecer compensados durante período variável antes da deterioração terminal.

Alternativa C — Incorreta

O início da alternativa descreve corretamente a fisiopatologia do oligoâmnio na insuficiência placentária, que decorre da redução da perfusão renal fetal e consequente diminuição da diurese fetal. Entretanto, o erro conceitual está em afirmar que essa redistribuição hemodinâmica ocorre “em função da diminuição do fluxo cerebral”. Na realidade, durante a centralização fetal ocorre aumento do fluxo sanguíneo cerebral secundário à vasodilatação cerebral compensatória, mecanismo destinado à preservação da oxigenação dos órgãos nobres.

Alternativa D — Incorreta

A coexistência de centralização fetal e oligoâmnio realmente aumenta o risco de hipóxia fetal progressiva e desfechos perinatais adversos, especialmente em contextos de insuficiência placentária e restrição de crescimento fetal. Contudo, a alternativa torna-se incorreta ao sugerir que a definição do momento ideal da interrupção deva ser interpretada exclusivamente pela cardiotocografia. A avaliação da vitalidade fetal nesses casos deve ser multiparamétrica, incluindo Doppler fetal arterial e venoso, perfil biofísico fetal, idade gestacional e evolução clínica materna e fetal. A cardiotocografia isoladamente não é suficiente para definir adequadamente o momento da resolução da gestação.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - RCOG. The Investigation and Care of a Small-for-Gestational-Age Fetus and a Growth Restricted Fetus. Green-top Guideline n. 31. BJOG. 2024;131: e31–e80. DOI: 10.1111/1471-0528.17814

Society for Maternal-Fetal Medicine - SMFM. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and Management of Fetal Growth Restriction. Am J Obstet Gynecol 2020, 223(4): b2-b17.

American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. Fetal Growth Restriction. ACOG Practice Bulletin no. 227. Obstet Gynecol 2021, 137(2), e16-e28.

4.6 QUESTÃO – GO

Gestante de 29 anos, primigesta, com gestação gemelar monocoriônica diamniótica de 24 semanas, é encaminhada para avaliação em serviço terciário após ultrassonografia evidenciar discrepância importante entre os volumes de líquido amniótico dos fetos. O feto A apresenta bolsa máxima vertical de 1,5 cm, bexiga pouco visível e crescimento fetal no percentil 12. O feto B apresenta bolsa máxima vertical de 10 cm, bexiga constantemente repleta e discreta cardiomegalia. Doppler de artéria umbilical sem alterações críticas em ambos os fetos. Assinale a alternativa que descreve adequadamente os aspectos fisiopatológicos da Síndrome de Transfusão Feto-fetal.

A) Ocorre em função de anastomoses vasculares placentárias desequilibradas em gestações monocoriônicas, levando à transfusão crônica de sangue entre os fetos e ao desenvolvimento simultâneo de oligodrâmnio no doador e polidrâmnio no receptor.

B) É consequente a insuficiência placentária seletiva em um dos fetos da gestação monocoriônica, levando à restrição de crescimento fetal e ao desenvolvimento simultâneo de oligodrâmnio em ambos os fetos.

C) Ocorre por comunicação vascular placentária fisiológica em gestações dicoriônicas, levando à redistribuição transitória de sangue e ao desenvolvimento simultâneo de polidrâmnio em ambos os fetos.

D) Ocorre em consequência a anastomoses arteriais protetoras em gestações monocoriônicas, levando à compensação hemodinâmica entre os fetos e ao desenvolvimento simultâneo de crescimento fetal semelhante.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

4.6.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A — Correta

A síndrome de transfusão feto-fetal (STFF) é complicação exclusiva das gestações monocoriônicas, decorrente de anastomoses vasculares placentárias desequilibradas, principalmente arteriovenosas profundas, que promovem transfusão crônica de sangue do feto doador para o receptor. O feto doador desenvolve hipovolemia, redução da perfusão renal, oligúria e oligodrâmnio, enquanto o receptor evolui com hipervolemia, poliúria, polidrâmnio e maior risco de sobrecarga cardíaca. O diagnóstico ultrassonográfico clássico baseia-se justamente na sequência oligodrâmnio-polidrâmnio em gestação monocoriônica diamniótica.

Alternativa B — Incorreta

A restrição seletiva de crescimento fetal (sFGR) constitui outra complicação típica das gestações monocoriônicas, frequentemente relacionada à distribuição desigual do território placentário, mas não define a fisiopatologia da STFF. Na STFF, o mecanismo central é a transfusão sanguínea crônica entre os fetos através de anastomoses placentárias desequilibradas. Além disso, o padrão clássico não é oligodrâmnio em ambos os fetos, mas oligodrâmnio no doador associado a polidrâmnio no receptor.

Alternativa C — Incorreta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A STFF ocorre praticamente exclusivamente em gestações monocoriônicas devido à presença de circulação placentária compartilhada. Gestações dicoriônicas possuem placentas independentes e não apresentam as anastomoses vasculares responsáveis pela síndrome. Além disso, a STFF não produz redistribuição “transitória” de sangue nem polidrâmio em ambos os fetos; trata-se de transfusão crônica desequilibrada associada à sequência oligodrâmio-polidrâmio.

Alternativa D — Incorreta

As anastomoses arterioarteriais superficiais podem exercer efeito parcialmente protetor em algumas gestações monocoriônicas ao permitir compensação bidirecional do fluxo sanguíneo. Entretanto, elas não constituem o mecanismo fisiopatológico da STFF. A síndrome decorre predominantemente de anastomoses arteriovenosas profundas desequilibradas. Além disso, a STFF não se caracteriza por equilíbrio hemodinâmico ou crescimento semelhante entre os fetos, mas por alterações progressivas de volemia, líquido amniótico e repercussões cardiovasculares distintas entre doador e receptor.

Referências Bibliográficas:

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Gestação Gemelar. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - RCOG. Management of Monochorionic Twin Pregnancy. Green-top Guideline n. 51. BJOG 2025; 132: e98–e129. DOI: 10.1111/1471-0528.18055

Society for Maternal-Fetal Medicine - SMFM. Twin-twin Transfusion Syndrome and Twin Anemia-Polycythemia Sequence. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #72: Am J Obstet Gynecol 2024, 231(4): B16-B37. DOI: 10.1016/j.ajog.2024.07.017

American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. ACOG Practice Bulletin n. 231. Obstet Gynecol 2021, 137(6): e145-e162. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004397.

4.7 QUESTÃO – GO

Gestante de 38 anos, G4P3, com três cesarianas prévias, é encaminhada a serviço terciário com 30 semanas de gestação após episódio de sangramento vaginal indolor de pequena monta. Ultrassonografia obstétrica evidencia placenta anterior prévia centro total, múltiplas lacunas placentárias irregulares, adelgaçamento da zona hipoecoica retroplacentária e aumento da vascularização na interface útero-bexiga ao Doppler colorido. Ressonância magnética fetal demonstra abaulamento focal do contorno uterino inferior, sem sinais inequívocos de invasão vesical. Qual aspecto diagnóstico mais adequado, durante a gestação, do espectro da placenta acreta?

- A) Baseia-se principalmente na identificação ultrassonográfica de sinais sugestivos em gestantes de alto risco, especialmente placenta prévia associada a cesarianas prévias.
- B) É feito principalmente pela confirmação histopatológica da ausência de decídua basal durante a gestação, especialmente em pacientes com placenta anterior.
- C) É realizado pela avaliação seriada do volume placentário ao ultrassom, especialmente em gestantes com antecedente de hemorragia puerperal.
- D) Depende da elevação progressiva de marcadores séricos placentários maternos, especialmente em pacientes com múltiplas curetagens uterinas.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

4.7.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A — Correta

O espectro da placenta acreta (EPA) compreende graus variados de invasão placentária anômala do miométrio e está fortemente associado à combinação de placenta prévia e cicatriz uterina prévia, particularmente cesarianas anteriores. O

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

diagnóstico pré-natal é realizado principalmente por ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido, método de primeira linha recomendado por ACOG, RCOG, SMFM e FEBRASGO. Entre os principais sinais ultrassonográficos estão lacunas placentárias irregulares, perda da zona hipoecoica retroplacentária, adelgaçamento miometrial, hipervascularização uterovesical e protrusão placentária. A ressonância magnética pode ser utilizada como método complementar em casos selecionados, especialmente quando há suspeita de invasão parametrial ou vesical.

Alternativa B — Incorreta

A confirmação histopatológica da ausência de decídua basal realmente define o diagnóstico anatopatológico do espectro da placenta acreta. Entretanto, esse diagnóstico não é realizado durante a gestação e não constitui o principal método diagnóstico pré-natal. O reconhecimento antenatal do EPA é predominantemente ultrassonográfico e depende da identificação de fatores de risco e sinais de imagem sugestivos, permitindo planejamento do parto em centro terciário.

Alternativa C — Incorreta

A avaliação seriada do volume placentário não constitui método principal para diagnóstico do espectro da placenta acreta. Embora alterações morfológicas placentárias possam coexistir, o diagnóstico depende especificamente da pesquisa de sinais ultrassonográficos de invasão placentária anômala. Além disso, antecedente isolado de hemorragia puerperal não representa um dos principais fatores de risco clássicos para EPA, diferentemente de placenta prévia associada a cesarianas prévias.

Alternativa D — Incorreta

Marcadores séricos placentários maternos, como alfafetoproteína e fração beta-hCG, já foram estudados em associação ao EPA, porém apresentam baixa acurácia diagnóstica e não são utilizados rotineiramente para diagnóstico pré-natal. O diagnóstico permanece essencialmente baseado em fatores de risco clínicos e achados ultrassonográficos característicos. Embora múltiplas curetagens uterinas

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

augmentem o risco de alterações da interface endométrio-miométrio, não constituem critério diagnóstico laboratorial para EPA.

Referências Bibliográficas:

American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG, Society for Maternal-Fetal Medicine - SMFM. Placenta Accreta Spectrum. Obstetric Care Consensus, n. 7 (Reaffirmed 2025). *Obstet Gynecol* 2018, 132(6): e259-e275. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002983

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – RCOG. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline n. 27a. London: RCOG, 2018.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Manejo do Espectro da Placenta Acreta. FEBRASGO Position Statement No. 9. *FEMINA* 2021; 49(9): 554-565.

4.8 QUESTÃO – GO

Gestante de 31 anos, G4P2A1, com 30 semanas de gestação, Rh negativo, sem realização adequada de profilaxia anti-D em gestação anterior, é encaminhada para avaliação fetal devido a aumento importante da altura uterina e redução da movimentação fetal. Apresenta Coombs indireto positivo com título anti-D de 1:128. Ultrassonografia obstétrica evidencia feto com ascite volumosa, derrame pleural bilateral, derrame pericárdico discreto e edema cutâneo difuso de 7 mm. Placenta espessada e polidrâmnio moderado estão presentes. Doppler da artéria cerebral média demonstra pico de velocidade sistólica acima de 1,5 MoM. Qual é o diagnóstico mais provável ao caso clínico?

- A) Hidropsia fetal secundária à aloimunização Rh.
- B) Restrição de crescimento fetal secundária à insuficiência placentária.
- C) Infecção fetal congênita associada à anemia fetal grave.

D) Malformação urinária fetal obstrutiva isolada.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

4.8.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A — Correta

A hidropsia fetal é definida pelo acúmulo patológico de líquido em pelo menos dois compartimentos fetais, como ascite, derrame pleural, derrame pericárdico e edema cutâneo. No caso apresentado, há múltiplos sinais clássicos de hidropsia fetal associados à aloimunização Rh grave: Coombs indireto elevado, anemia fetal sugerida pelo aumento do pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média (>1,5 MoM), além de edema generalizado, derrames cavitários e placentomegalia. A fisiopatologia decorre de hemólise fetal imunomediada, levando à anemia grave, insuficiência cardíaca de alto débito e extravasamento de líquido para tecidos e cavidades fetais.

Alternativa B — Incorreta

A restrição de crescimento fetal por insuficiência placentária geralmente associa-se a oligodrâmnio, alterações Doppler placentárias e redistribuição hemodinâmica fetal. Embora edema fetal possa ocorrer em situações extremas, o quadro clássico não inclui múltiplos derrames cavitários associados à anemia fetal grave e polidrâmnio, como observado neste caso.

Alternativa C — Incorreta

Infecções fetais congênitas, especialmente por parvovírus B19, podem causar anemia fetal grave e evoluir com hidropsia fetal não imune. Entretanto, o caso apresentado demonstra contexto típico de hidropsia fetal imune por aloimunização Rh, evidenciado pelo antecedente obstétrico sugestivo, ausência de profilaxia anti-D, Coombs indireto fortemente positivo e anemia fetal secundária à hemólise imunomediada.

Alternativa D — Incorreta

Malformações urinárias obstrutivas fetais podem cursar com ascite urinária e alterações urinárias fetais, porém habitualmente associam-se a oligodrâmnio importante decorrente da redução da diurese fetal. Além disso, não justificam anemia fetal com Doppler cerebral alterado nem derrames cavitários múltiplos típicos de hidropsia fetal imune.

Referências Bibliográficas:

American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. Management of Alloimmunization During Pregnancy. Practice Bulletin n. 192 (Reaffirmed 2024). Obstet Gynecol 2018, 131(3): e82-e90.

Regan F, Veale K, Robinson F, et al. Guideline for the investigation and management of red cell antibodies in pregnancy: A British Society for Haematology guideline. Transfusion Medicine 2025, 35: 3-23. DOI: 10.1111/tme.13098

Nardoza LMM. Doença Hemolítica Perinatal. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 36 - Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal. FEMINA 2020; 48(6): 369-74.

4.9 QUESTÃO – GO

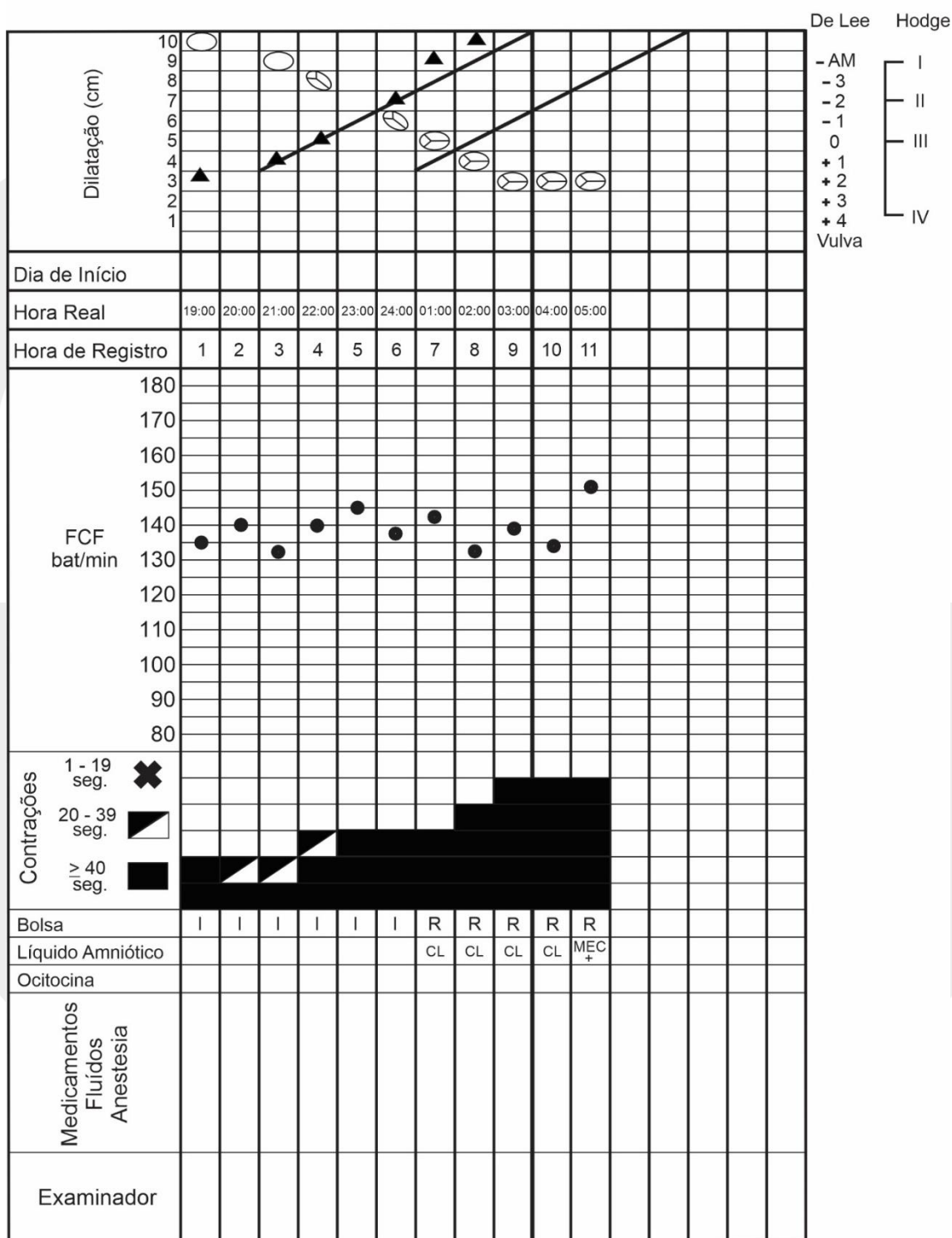
Primigesta de 23 anos, sem comorbidades, encontra-se em trabalho de parto espontâneo. Considere os dados do partograma e a evolução do trabalho de parto e determine a conduta mais adequada ao caso.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

PARTOGRAMA

NOME: **M. S. A.**

IDADE: **23**



OBSERVAÇÕES: Assinclitismo posterior mantido a partir de hora 7

A) Parto operatório vaginal com fórcepe de Kielland para rotação e extração fetal.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

B) Indicar cesariana intraparto por falha de progressão secundária à distócia de rotação fetal.

C) Realizar fórcepe de Simpson para correção de assinclitismo posterior verificado.

D) Manter conduta expectante por mais 2 horas devido à vitalidade fetal preservada.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

4.9.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

O partograma evidencia parada da descida fetal associada a assinclitismo posterior persistente e variedade transversa profunda em período expulsivo, com dilatação total, dinâmica uterina adequada e ausência de sinais de sofrimento fetal. Nessas condições, o fórcepe de Kielland constitui instrumento classicamente indicado para correção de distócias rotacionais, especialmente em posições occipitotransversas ou occipitoposteriores persistentes. O fórcepe de Kielland caracteriza-se por mínima curvatura pélvica e mecanismo deslizante, permitindo rotação cefálica controlada antes da extração fetal. Segundo FEBRASGO, RCOG e ACOG, o parto operatório vaginal pode ser indicado quando há segundo período prolongado associado à falha de rotação ou descida, desde que haja experiência do operador, apresentação cefálica baixa, colo totalmente dilatado e exclusão de desproporção cefalopélvica. No caso apresentado, todos os pré-requisitos para fórcepe rotacional estão preenchidos.

Alternativa B – Incorreta

A cesariana intraparto representa alternativa possível em casos de distócia rotacional; entretanto, não constitui a melhor conduta neste cenário. O partograma demonstra cabeça insinuada, ausência de sofrimento fetal e condições técnicas adequadas para parto vaginal operatório. As diretrizes atuais recomendam que, quando houver operador experiente e condições obstétricas favoráveis, o fórcepe

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

rotacional pode evitar cesariana no segundo período, reduzindo morbidade materna associada à cirurgia realizada com apresentação profundamente insinuada. Portanto, embora plausível, a cesariana não é a conduta preferencial neste caso.

Alternativa C – Incorreta

O fórcepe de Simpson é indicado principalmente para tração em apresentações cefálicas já adequadamente alinhadas ao eixo pélvico, especialmente quando há moldagem cefálica importante e necessidade apenas de auxílio expulsivo. Apesar de poder ser considerado em algumas situações de baixa complexidade mecânica, não constitui o instrumento de escolha para correção de assinclitismo posterior persistente associado a variedade transversa profunda. No cenário apresentado, a distócia decorre de alteração rotacional complexa, exigindo instrumento capaz de promover correção controlada da posição fetal antes da extração. O fórcepe de Kielland possui características específicas para manobras rotacionais, incluindo mínima curvatura pélvica e mecanismo deslizante, sendo superior ao Simpson nesse contexto. Assim, embora a alternativa apresente proposta plausível, o fórcepe de Simpson não representa a melhor escolha técnica para a correção do assinclitismo posterior persistente evidenciado no partograma.

Alternativa D – Incorreta

Embora a frequência cardíaca fetal permaneça normal, o partograma evidencia parada da descida fetal com manutenção de variedade transversa profunda e assinclitismo persistente, caracterizando distócia funcional do período expulsivo. As diretrizes da ACOG e FEBRASGO definem período expulsivo prolongado quando há ausência de progressão apesar de contrações adequadas, especialmente após dilatação completa. A simples manutenção de conduta expectante aumenta o risco de morbidade materna e fetal sem perspectiva razoável de resolução espontânea diante da distócia rotacional persistente. Assim, não há indicação de prolongar a observação por mais duas horas.

Referências Bibliográficas

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. Operative Vaginal Birth. ACOG Practice Bulletin n. 219. Obstet Gynecol 2020, 135(4): e149-e159. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003764.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Assistência ao Parto Operatório Vaginal. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Assisted Vaginal Birth. Green-top Guideline n. 26. BJOG 2020, 127(9): e70-e112. DOI: 10.1111/1471-0528.16092.

Hobson S, Cassell K, Windrim R, Cargill Y. Operative Vaginal Birth. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Practice Guideline n. 381. J Obstet Gynaecol 2019, 41(6): p870-p882. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.10.020.

4.10 QUESTÃO – GO

Gestante de 37 anos, G3P1A1, com antecedente de pré-eclâmpsia precoce em gestação anterior, realiza ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre com Doppler de artérias uterinas às 12 semanas e 5 dias. O exame evidencia índice de pulsatilidade médio das artérias uterinas acima do percentil 95 para a idade gestacional, associado à presença bilateral de incisura protodiastólica. Pressão arterial está normal nas duas consultas previamente realizadas. Considerando os achados clínicos e ultrassonográficos, a melhor conduta para redução do risco de pré-eclâmpsia nesta gestação é:

- A) iniciar ácido acetilsalicílico em baixa dose antes de 16 semanas, preferencialmente no período noturno.
- B) repetir Doppler de artérias uterinas no segundo trimestre antes de definir necessidade de profilaxia medicamentosa.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

C) iniciar metildopa em baixa dose no primeiro trimestre para prevenção de hipertensão gestacional precoce.

D) solicitar proteinúria de 24 horas seriada mensalmente para rastreamento precoce de disfunção placentária.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: Difícil**

4.10.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

A paciente apresenta múltiplos fatores de alto risco para pré-eclâmpsia, incluindo antecedente de pré-eclâmpsia precoce e Doppler de artérias uterinas alterado no primeiro trimestre, com aumento do índice de pulsatilidade e incisura bilateral persistente. Esses achados refletem placentação inadequada e aumento da resistência vascular uteroplacentária, estando associados a maior risco de pré-eclâmpsia precoce e restrição de crescimento fetal.

As diretrizes da ACOG, FEBRASGO, RCOG e Society for Maternal-Fetal Medicine recomendam o uso profilático de ácido acetilsalicílico em baixa dose para gestantes de alto risco, idealmente iniciado entre 12 e 16 semanas, havendo maior benefício quando iniciado antes de 16 semanas. Estudos demonstram redução significativa da incidência de pré-eclâmpsia precoce, prematuridade e restrição de crescimento fetal.

Além disso, evidências do estudo ASPRE sugerem melhor eficácia quando o ácido acetilsalicílico é administrado no período noturno.

Alternativa B – Incorreta

A repetição isolada do Doppler de artérias uterinas no segundo trimestre não representa a melhor conduta diante de paciente já classificada como alto risco para pré-eclâmpsia. O rastreamento realizado no primeiro trimestre já fornece elementos suficientes para indicação de profilaxia com ácido acetilsalicílico.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Aguardando novo exame para tomada de decisão, perde-se a janela terapêutica de maior eficácia da aspirina, que ocorre antes de 16 semanas, período crítico da invasão trofoblástica e remodelamento vascular placentário.

Assim, embora o acompanhamento ultrassonográfico posterior possa ser útil na vigilância fetal, ele não deve retardar a profilaxia indicada.

Alternativa C – Incorreta

A metildopa é anti-hipertensivo seguro durante a gestação e amplamente utilizado no tratamento da hipertensão arterial crônica ou hipertensão gestacional. Entretanto, não possui indicação para prevenção de pré-eclâmpsia em pacientes normotensas, como no caso apresentado.

As diretrizes atuais não recomendam anti-hipertensivos profiláticos em gestantes sem hipertensão estabelecida, pois não há evidência consistente de redução da incidência de pré-eclâmpsia com essa estratégia.

Dessa forma, apesar de plausível em razão do risco hipertensivo futuro da paciente, a conduta não é respaldada pela literatura.

Alternativa D – Incorreta

A proteinúria de 24 horas possui papel diagnóstico na investigação de pré-eclâmpsia após surgimento de hipertensão arterial ou suspeita clínica de doença hipertensiva específica da gestação. Entretanto, sua realização seriada como método de rastreamento em pacientes assintomáticas não apresenta benefício comprovado.

A fisiopatologia da pré-eclâmpsia envolve disfunção endotelial e placentação inadequada muito antes do aparecimento de proteinúria detectável. Assim, o rastreamento precoce deve ser baseado na combinação de fatores clínicos, Doppler de artérias uterinas e biomarcadores maternos, e não em proteinúria seriada.

Portanto, a estratégia proposta não constitui medida preventiva eficaz.

Referências Bibliográficas

AValiação DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. Low-Dose Aspirin Use for the Prevention of Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality. Practice Advisory. Washington: ACOG, 2021. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/12/low-dose-aspirin-use-for-the-prevention-of-preeclampsia-and-related-morbidity-and-mortality>.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Pré-eclâmpsia. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, São Paulo, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de GestaçãO de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

ROLNIK DL, Wright D, Poon LC, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. N Engl J Med 2017, 377(7): 613-622. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1704559?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20www.ncbi.nlm.nih.gov

4.11 QUESTÃO – GO

Mulher de 26 anos, com ciclos menstruais regulares de 28 dias, procura consulta para orientação sobre fertilidade natural. Relata aumento transitório da temperatura basal corporal após metade do ciclo e muco cervical filante no período periovulatório. O ginecologista explica que, imediatamente antes da ovulação, ocorre mecanismo hormonal responsável pelo desencadeamento do pico de hormônio Luteinizante (LH). Nesse contexto, o principal disparador fisiológico do pico ovulatório de LH é:

A) discreta elevação pré-ovulatória de progesterona associada a níveis sustentados elevados de estradiol, sensibilização hipofisária ao GnRH.

B) redução abrupta dos níveis de estradiol folicular associada à supressão transitória da secreção hipotalâmica de GnRH.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

C) aumento sustentado da secreção lútea de progesterona associado à inibição hipofisária de FSH durante fase folicular.

D) queda progressiva dos níveis de progesterona associada ao aumento compensatório da secreção pulsátil de prolactina.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

4.11.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

O pico ovulatório de LH resulta principalmente do feedback positivo exercido pelo estradiol produzido pelo folículo dominante quando mantido em níveis elevados por período sustentado. Além disso, pequenas elevações pré-ovulatórias de progesterona produzidas pelas células da granulosa em luteinização inicial aumentam a sensibilidade hipofisária ao GnRH e amplificam a descarga ovulatória de LH. Esse mecanismo integrado constitui o principal evento fisiológico responsável pelo desencadeamento da ovulação.

Alternativa B – Incorreta

A ovulação não é desencadeada por queda abrupta do estradiol. Pelo contrário, níveis elevados e sustentados de estradiol são fundamentais para o feedback positivo necessário ao pico de LH. Além disso, a supressão do GnRH impediria, e não estimularia, a descarga hipofisária de LH.

Alternativa C – Incorreta

A secreção lútea significativa de progesterona ocorre apenas após a ovulação, quando já houve formação do corpo lúteo. Portanto, ela não representa o gatilho fisiológico inicial do pico ovulatório de LH. Além disso, a inibição do FSH pela progesterona não constitui o principal mecanismo desencadeador da ovulação.

Alternativa D – Incorreta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A prolactina não exerce papel fisiológico como desencadeadora do pico ovulatório de LH. Em concentrações elevadas, inclusive, pode inibir a secreção pulsátil de GnRH e causar anovulação.

Da mesma forma, não ocorre queda progressiva da progesterona antes do pico de LH; observa-se discreta elevação pré-ovulatória desse hormônio.

Referências Bibliográficas

FRITZ, Marc A.; SPEROFF, Leon. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Tratado de Fisiologia Médica. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

YEN, S. S. C.; JAFFE, Robert B.; BARBIERI, Robert L. Reproductive Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management. 8. ed. Philadelphia: Elsevier, 2019.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Endocrinologia Ginecológica. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

4.12 QUESTÃO – GO

Mulher de 24 anos procura atendimento por ausência de menstruação há 7 meses. Refere ciclos previamente regulares. Nega galactorreia, cefaleia ou uso de medicações. Relata rotina profissional intensa e prática de atividade física quase diária nos últimos meses. Exame físico sem alterações relevantes. Teste de gravidez negativo. Exames laboratoriais mostram: hormônio tireoestimulante (TSH) normal, prolactina normal, Hormônio Folículo-Estimulante (FSH) baixo-normal e estradiol reduzido. Considerando os achados clínicos e laboratoriais, a hipótese diagnóstica mais provável é:

A) amenorreia hipotalâmica funcional secundária à redução da pulsatilidade do GnRH associada ao balanço energético negativo.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

B) insuficiência ovariana prematura secundária à falência folicular precoce com elevação persistente do FSH.

C) síndrome dos ovários policísticos associada à anovulação crônica hiperandrogênica e aumento relativo da secreção de LH.

D) hiperprolactinemia hipofisária idiopática associada à inibição gonadotrófica e redução da secreção de estradiol.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: FÁCIL**

4.12.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

A amenorreia hipotalâmica funcional caracteriza-se por supressão da secreção pulsátil de GnRH decorrente de estresse físico, psicológico ou déficit energético relativo. O quadro leva à redução da secreção hipofisária de gonadotrofinas e consequente hipoestrogenismo.

A paciente apresenta amenorreia secundária associada à prática intensa de atividade física e rotina de elevado gasto energético, sem sinais de hiperandrogenismo ou hiperprolactinemia. O perfil laboratorial com FSH baixo-normal e estradiol reduzido é típico de hipogonadismo hipogonadotrófico funcional. A amenorreia hipotalâmica funcional é diagnóstico clínico e de exclusão.

Alternativa B – Incorreta

A insuficiência ovariana prematura cursa com falência folicular e hipoestrogenismo, porém tipicamente apresenta elevação persistente do FSH em níveis menopausais. Embora a amenorreia e o estradiol reduzido possam sugerir esse diagnóstico, o FSH baixo-normal afasta insuficiência ovariana primária como hipótese principal.

Alternativa C – Incorreta

A síndrome dos ovários policísticos constitui causa frequente de amenorreia secundária e anovulação crônica. Entretanto, geralmente associa-se a sinais clínicos ou laboratoriais de hiperandrogenismo, como acne, hirsutismo ou aumento do LH relativo. Além disso, pacientes com SOP habitualmente apresentam níveis estrogênicos preservados ou discretamente elevados, e não hipoestrogenismo importante como no caso descrito.

Alternativa D – Incorreta

A hiperprolactinemia pode causar amenorreia por supressão da secreção hipotalâmica de GnRH. Contudo, a paciente apresenta prolactina normal e ausência de manifestações sugestivas, como galactorreia ou cefaleia.

Assim, embora o mecanismo fisiopatológico da alternativa esteja correto em outros contextos clínicos, ele não corresponde ao quadro apresentado.

Referências Bibliográficas

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 702: Female Athlete Triad. *Obstet Gynecol* 2017, 129(6): e160-e167. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002113.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. *Amenorreia: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

FRITZ, Marc A.; SPEROFF, Leon. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

The Endocrine Society. Functional hypothalamic amenorrhea: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline *J Clin Endocrinol Metab* 2017, 102(5):1413-1439. DOI: 10.1210/jc.2017-00131.

4.13 QUESTÃO – GO

Mulher de 16 anos procura atendimento ginecológico por irregularidade menstrual desde a menarca aos 12 anos. Refere ciclos variando entre 40 e 90 dias há mais de 3 anos, associados a acne inflamatória moderada e aumento progressivo de pelos em região mentoniana e linha alba. Nega galactorreia, cefaleia ou uso de medicações. Ao exame físico: IMC = 29 kg/m², Ferriman-Gallwey = 10 (< 8 pontos).

Exames laboratoriais mostram:

- hormônio tireoestimulante (TSH) normal,
- prolactina normal,
- 17-hidroxiprogesterona normal e
- testosterona total discretamente elevada.
- Ultrassonografia pélvica transabdominal evidencia ovários multifolículos bilaterais.

A conduta diagnóstica mais adequada para o caso clínico seria:

A) considerar adolescente sob risco de SOP, pois há persistência de disfunção ovulatória e hiperandrogenismo clínico/laboratorial após exclusão de diagnósticos diferenciais observando até completar 8 anos de menarca.

B) considerar diagnóstico de SOP, pois a presença de ovários multifolículos associada à irregularidade menstrual e hiperandrogenismo após a menarca é suficiente para confirmação diagnóstica nessa faixa etária.

C) afastar diagnóstico de SOP e considerar o quadro como imaturidade de eixo hipotalâmico-hipofisário, pois irregularidade menstrual pode persistir fisiologicamente até 8 anos após a menarca, mesmo na presença de hiperandrogenismo clínico.

D) solicitar pesquisa de macroprolactina para afastar hiperprolactinemia como hipótese etiológica do hiperandrogenismo, pois níveis discretamente elevados de

prolactina determinam redução de SHBG e aumento de androgênios livres em adolescentes.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

4.13.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

As diretrizes internacionais mais recentes recomendam cautela no diagnóstico definitivo de SOP durante a adolescência devido à importante sobreposição entre alterações fisiológicas puberais e manifestações da síndrome. O International Evidence-based Guideline for PCOS 2023 estabelece que adolescentes com disfunção ovulatória persistente e hiperandrogenismo clínico/laboratorial devem ser consideradas “sob risco de SOP” quando ainda não há segurança diagnóstica plena, especialmente nos anos iniciais pós-menarca. Além disso, ultrassonografia ovariana e dosagem de hormônio anti-mulleriano não são recomendadas para confirmação diagnóstica nessa faixa etária devido à baixa especificidade. A paciente apresenta irregularidade menstrual persistente, hiperandrogenismo clínico e laboratorial e exclusão adequada de diagnósticos diferenciais, justificando acompanhamento longitudinal como adolescente sob risco de SOP.

Alternativa B – Incorreta

A presença de ovários multifolículos ou morfologia policística ovariana ao ultrassom não é suficiente para diagnóstico de SOP em adolescentes. Achados ultrassonográficos semelhantes podem ocorrer fisiologicamente nos anos subsequentes à menarca, reduzindo significativamente a especificidade do exame. As diretrizes atuais não recomendam utilizar ultrassonografia como critério diagnóstico nessa população.

Alternativa C – Incorreta

Embora irregularidade menstrual possa ocorrer fisiologicamente após a menarca, a associação com hiperandrogenismo clínico e laboratorial persistente aumenta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

substancialmente a probabilidade de evolução para SOP. Nessas situações, a recomendação atual não é afastar o diagnóstico, mas reconhecer a adolescente como sob risco de SOP e manter seguimento clínico longitudinal.

Alternativa D – Incorreta

A hiperprolactinemia faz parte do diagnóstico diferencial da SOP e deve ser investigada em adolescentes com irregularidade menstrual, motivo pelo qual a dosagem de prolactina integra a avaliação inicial. Entretanto, no caso apresentado, a prolactina sérica já é normal, afastando essa hipótese. Além disso, hiperprolactinemia não representa a principal causa de hiperandrogenismo em adolescentes. A pesquisa de macroprolactina é reservada principalmente para casos de hiperprolactinemia assintomática ou discretamente elevada confirmada em exames repetidos, situação não observada neste caso clínico.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS -CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome dos Ovários Policísticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, et al. Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2023, 108(10): 2447-2469. DOI: 10.1210/clinem/dgad463.

Monash University. International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome 2023. Melbourne: Monash University, 2023. Disponível em: https://www.monash.edu/__data/assets/pdf_file/0003/3379521/Evidence-Based-Guidelines-2023.pdf.

American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea: a committee opinion. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertil Steril* 2024, 122(1): 52-61. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2024.02.001

4.14 QUESTÃO – GO

Mulher de 63 anos, menopausada há 14 anos, procura atendimento por sangramento uterino pós-menopausa de pequena intensidade há 3 meses. Ultrassonografia transvaginal evidencia espessamento endometrial focal de 2,1 cm com aspecto compatível com pólipos endometriais. Histeroscopia diagnóstica demonstra lesão polipoide única em parede posterior uterina, sendo realizada polipectomia completa. O anatomopatológico revela adenocarcinoma endometriode grau 1 restrito ao pólipo, sem invasão do pedículo e sem doença identificável no endométrio adjacente obtido por curetagem complementar. Após estadiamento cirúrgico completo, não são encontrados focos adicionais de neoplasia nem invasão miometrial. A paciente questiona o prognóstico de seu caso, especificamente por ser relacionado a pólipo e qual a diferença com o câncer de endométrio comum. Qual a resposta mais adequada para a paciente, comparando o prognóstico de seu caso a um de carcinoma endometrial endometriode não relacionado a pólipo?

- A) O prognóstico é mais favorável, pois carcinomas restritos a pólipos endometriais tendem a apresentar menor invasão miometrial, menor comprometimento linfonodal e melhores desfechos oncológicos em comparação aos carcinomas endometriais convencionais do mesmo subtipo histológico.
- B) O prognóstico é semelhante ao carcinoma endometrial convencional, pois lesões neoplásicas associadas a pólipos apresentam a mesma frequência de invasão miometrial profunda e disseminação extrauterina independentemente do padrão de crescimento.
- C) O prognóstico é mais reservado, pois carcinomas confinados a pólipos endometriais apresentam maior risco de implantes peritoneais ocultos e recorrência à distância quando comparados aos carcinomas convencionais iniciais.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

D) O prognóstico é indefinido, pois carcinomas associados a pólipos endometriais apresentam comportamento biológico semelhante aos carcinossarcomas uterinos independentemente do grau histológico e da ausência de invasão miometrial.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

4.14.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

Os carcinomas endometriais restritos a pólipos endometriais, especialmente do subtipo endometrióide de baixo grau, costumam apresentar comportamento biológico mais favorável quando comparados aos carcinomas endometriais convencionais equivalentes. Estudos observacionais demonstram menor frequência de invasão miometrial, menor acometimento linfonodal e menores taxas de recorrência, sobretudo quando não há comprometimento do pedículo do pólipo nem doença residual no endométrio adjacente. As diretrizes atuais da ESGO/ESTRO/ESP reconhecem que a ausência de invasão miometrial permanece um dos principais fatores prognósticos favoráveis no câncer de endométrio.

Alternativa B – Incorreta

Embora o manejo cirúrgico inicial siga os princípios gerais do câncer de endométrio, carcinomas confinados a pólipos apresentam perfil prognóstico distinto em diversos estudos retrospectivos. A frequência de invasão miometrial profunda e doença extrauterina tende a ser inferior quando comparada aos carcinomas endometriais convencionais do mesmo subtipo histológico e grau, particularmente nas lesões endometrioides grau 1 limitadas ao pólipo.

Alternativa C – Incorreta

Não há evidência de que carcinomas restritos a pólipos endometriais apresentem maior risco de disseminação peritoneal ou recorrência à distância em comparação aos carcinomas convencionais iniciais. Pelo contrário, na ausência de invasão

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

miometrial e de fatores histológicos agressivos, essas neoplasias costumam cursar com excelente prognóstico oncológico.

Alternativa D – Incorreta

Carcinossarcomas uterinos apresentam comportamento altamente agressivo e biologicamente distinto dos carcinomas endometrioides de baixo grau restritos a pólipos. O prognóstico do câncer de endométrio depende principalmente do subtipo histológico, grau tumoral, profundidade de invasão miometrial, invasão linfovascular e estadiamento cirúrgico. Não existe equivalência prognóstica entre carcinomas endometrioides limitados a pólipos e carcinossarcomas uterinos.

Referências Bibliográficas:

Martín-Ondarza C, Gil-Moreno A, Torres-Cuesta L, et al. Endometrial cancer in polyps: a clinical study of 27 cases. *Eur J Gynaecol Oncol* 2005; 26(1): 55-8. PMID: 15755002

Concin N, Matias-Guiu X, Cibula D, et al. ESGO-ESTRO-ESP Guidelines for the Management of Patients with Endometrial Carcinoma: Update 2025. *Lancet Oncol* 2025, 26(8): e423-e435. DOI: 10.1016/S1470-2045(25)00167-6.

Baiocchi G, Mancini N, Pazzaglia M, et al. Malignancy in Endometrial Polyps: a 12 Year Experience. *Am J Obst Gynecol* 2009, 201(5): 462.e1-462.e4. DOI: 10.1016/j.ajog.2009.05.055

FEBRASGO. Comissão Nacional Especializada em Oncologia Ginecológica. Câncer de Endométrio: recomendações e condutas. São Paulo: FEBRASGO, 2022.

National Comprehensive Cancer Network - NCCN. Uterine Neoplasms. Version 2024. Version 2.2026. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf

4.15 QUESTÃO – GO

Mulher de 52 anos, menopausada há 3 anos, procura atendimento por desconforto pélvico inespecífico. Ultrassonografia transvaginal evidencia massa anexial esquerda multilocular sólido-cística medindo 9,2 cm, contendo quatro projeções papilares vascularizadas, áreas sólidas irregulares e vascularização intensa ao Doppler colorido. CA-125 sérico = 118 U/mL (VN <35 U/L). Não há ascite nem evidências de carcinomatose peritoneal. Qual o risco da paciente estar apresentando câncer de ovário?

- A) A lesão é altamente suspeita para malignidade pelos critérios IOTA Simple Rules e O-RADS US, além de apresentar RMI elevado, justificando encaminhamento para centro especializado em oncologia ginecológica.
- B) A lesão é provavelmente benigna pelos critérios IOTA Simple Rules e O-RADS US, pois a ausência de ascite reduz significativamente a probabilidade de malignidade mesmo na presença de componentes sólidos vascularizados.
- C) A lesão apresenta risco intermediário pelos critérios IOTA Simple Rules e O-RADS US, pois projeções papilares múltiplas isoladamente não aumentam substancialmente o risco de malignidade quando o CA-125 permanece abaixo de 200 U/mL.
- D) A lesão é provavelmente benigna pelos critérios IOTA Simple Rules e pelo índice RMI, pois massas multiloculares menores que 10 cm em pacientes sem carcinomatose peritoneal apresentam baixo risco de câncer epitelial ovariano.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

4.15.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

A paciente apresenta múltiplos critérios ultrassonográficos de alto risco para malignidade. Pelas IOTA Simple Rules, a presença de componente sólido irregular,

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

quatro ou mais projeções papilares e vascularização intensa ao Doppler correspondem a critérios M (malignidade). O sistema O-RADS US 2022 classificaria essa massa como O-RADS 4 ou mais provavelmente O-RADS 5, em razão dos componentes sólidos irregulares vascularizados e múltiplas papilas. Além disso, o RMI (Risk of Malignancy Index), que combina status menopausal, ultrassonografia e CA-125, seria elevado nesta paciente menopausada com múltiplos achados suspeitos e CA-125 aumentado, justificando encaminhamento para avaliação por oncologia ginecológica em centro especializado.

Alternativa B – Incorreta

A ausência de ascite não exclui malignidade ovariana. Embora ascite seja um importante marcador de disseminação peritoneal e faça parte dos critérios M do IOTA, outros achados ultrassonográficos presentes neste caso possuem forte associação com câncer ovariano, incluindo múltiplas projeções papilares, áreas sólidas irregulares e vascularização intensa. O O-RADS considera esses elementos como características de alto risco independentemente da presença de ascite.

Alternativa C – Incorreta

Múltiplas projeções papilares representam importante marcador de malignidade nos sistemas IOTA e O-RADS, especialmente quando associadas a vascularização significativa e áreas sólidas. Além disso, o CA-125 não deve ser interpretado isoladamente nem existe limiar absoluto de 200 U/mL para definição de alto risco. Pacientes menopausadas com massa anexial complexa e CA-125 elevado apresentam probabilidade significativamente aumentada de neoplasia maligna.

Alternativa D – Incorreta

Massas multiloculares complexas com componentes sólidos e vascularização intensa não são consideradas provavelmente benignas apenas por apresentarem dimensão inferior a 10 cm ou ausência de carcinomatose. O índice RMI incorpora múltiplos parâmetros e tende a elevar-se substancialmente em mulheres menopausadas com achados ultrassonográficos suspeitos associados a CA-125

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

umentado. Neste caso, o padrão morfológico é altamente sugestivo de malignidade.

Referências Bibliográficas:

Timmerman D, Testa AC, Bourne T, et al. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008, 31(6): 681-690. DOI: 10.1002/uog.5365

Colombo N, Sessa C, du Bois A, et al. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Annals Oncol* 2019, 30: 672-705. DOI: 10.1093/annonc/mdz062

Strachowski LM, Jha P, Phillips CH, et al. O-RADS US v2022: An Update from the American College of Radiology's Ovarian-Adnexal Reporting and Data System US Committee. *Radiology*, 2023, 308(3): e222461. DOI: 10.1148/radiol.230685.

Querleu D, Planchamp F, Chiva L, et al. European Society of Gynaecological Oncology - ESGO. Guidelines for Ovarian Cancer Surgery. *Int J Gynaecol Cancer* 2017, 27(7): 1534-1542. DOI: 10.1097/IGC.0000000000001041.

ACOG. Management of the Adnexal Mass. Practice Bulletin n. 174. *Obstetrics and Gynecology*, Washington, v. 128, n. 5, p. e210-e226, 2016.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - RCOG. Management of Suspected Ovarian Masses in Premenopausal Women. Green-top Guideline No. 62, London, 2011. Disponível em: https://www.rcog.org.uk/media/0mebp0mv/gtg_62.pdf.

4.16 QUESTÃO – GO

Mulher de 46 anos procura mastologista após identificar nódulo palpável em mama esquerda há 5 meses. Mamografia e ressonância magnética demonstram lesão única de 4,1 cm em quadrante superior externo, sem

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

multicentricidade, localizada a menos de 1 cm do complexo aréolo-papilar em mama de pequeno volume, configurando relação tumor/mama inadequada para cirurgia conservadora inicial. Core biopsy evidencia carcinoma ductal invasivo grau 3, RE positivo em 70%, RP negativo, HER2 negativo e Ki-67 de 35%, compatível com subtipo luminal B. Estadiamento sistêmico não demonstra doença metastática. Após discussão multidisciplinar, conclui-se que a paciente apresenta tumor tecnicamente operável, porém com indicação inicial de mastectomia devido à desproporção tumor/mama. Paciente se recusa à cirurgia radical por questões estéticas. Qual a conduta deve ser adotada no caso?

- A) Quimioterapia neoadjuvante, pois a redução tumoral pode permitir conversão para cirurgia conservadora da mama sem comprometer desfechos oncológicos quando comparada à mastectomia inicial.
- B) Mastectomia imediata seguida de quimioterapia adjuvante, pois tumores inicialmente candidatos à mastectomia apresentam maior risco de recorrência local quando submetidos à conversão para cirurgia conservadora após tratamento sistêmico.
- C) Quadrantectomia imediata seguida de hormonioterapia adjuvante, pois tumores luminal B apresentam elevada taxa de resposta clínica independentemente da relação entre volume tumoral e tamanho mamário.
- D) Hormonioterapia neoadjuvante isolada seguida de cirurgia conservadora, pois tumores luminal B de alto Ki-67 apresentam resposta equivalente à quimioterapia neoadjuvante quanto à possibilidade de preservação mamária.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

4.16.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A quimioterapia neoadjuvante é estratégia adequada para pacientes com tumores operáveis inicialmente candidatos à mastectomia por relação tumor/mama desfavorável, especialmente quando existe desejo de preservação mamária. O objetivo é promover downstaging tumoral e possibilitar cirurgia conservadora com margens adequadas e resultado cosmético aceitável. Embora tumores luminal B apresentem taxas de resposta patológica completa inferiores às observadas em tumores HER2 positivos e triplo-negativos, tumores de alto grau e Ki-67 elevado podem apresentar resposta clínica significativa à quimioterapia. Estudos e diretrizes atuais demonstram que a conversão para cirurgia conservadora após neoadjuvância não compromete sobrevida global nem controle locorregional quando adequadamente indicada.

Alternativa B – Incorreta

Tumores inicialmente candidatos à mastectomia podem tornar-se elegíveis para cirurgia conservadora após resposta adequada ao tratamento neoadjuvante. A literatura demonstra equivalência em sobrevida e controle local entre cirurgia conservadora seguida de radioterapia e mastectomia em pacientes adequadamente selecionadas. Assim, a possibilidade de conversão cirúrgica após tratamento sistêmico é prática consolidada e respaldada pelas principais diretrizes internacionais.

Alternativa C – Incorreta

A indicação de cirurgia conservadora depende não apenas do subtipo molecular, mas também da relação entre tamanho tumoral e volume mamário, da localização tumoral e da possibilidade de obtenção de margens adequadas com resultado cosmético aceitável. Neste caso, a paciente apresenta relação tumor/mama desfavorável e proximidade importante do complexo aréolo-papilar, tornando inadequada a realização imediata de quadrantectomia.

Alternativa D – Incorreta

Hormonioterapia neoadjuvante pode ser considerada em tumores luminiais, principalmente em mulheres pós-menopáusicas com tumores de baixa

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

proliferação e forte receptor hormonal positivo. Entretanto, em tumores luminal B com Ki-67 elevado e perfil biologicamente mais agressivo, a quimioterapia neoadjuvante apresenta maior potencial de redução tumoral. Além disso, a hormonioterapia isolada não apresenta resposta equivalente à quimioterapia quanto à taxa e velocidade de redução tumoral para conversão em cirurgia conservadora.

Referências Bibliográficas:

Korde LA, Somerfield MR, Carey LA, et al. Neoadjuvant Chemotherapy, Endocrine Therapy, and Targeted Therapy for Breast Cancer: ASCO Guideline. J Clin Oncol 2021, 39(13): 1485-1505. DOI: 10.1200/JCO.20.03399.

National Comprehensive Cancer Network - NCCN. Breast Cancer. Version 3.2026. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf.

Loibl S, André F, Bachelot T, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2024, 35(2): 159-182. DOI: 10.1016/j.annonc.2023.11.016.

FEBRASGO. Comissão Nacional Especializada em Mastologia. Câncer de Mama: recomendações e condutas. São Paulo: FEBRASGO, 2023.

4.17 QUESTÃO – GO

Mulher de 36 anos é encaminhada ao mastologista após identificação de agrupamento de microcalcificações pleomórficas em mamografia de rastreamento, solicitada devido a importante história familiar de neoplasias. Refere mãe com câncer de mama aos 32 anos, irmã com sarcoma de partes moles aos 28 anos e tio materno com tumor cerebral aos 40 anos. Exame físico não apresenta alterações mamárias. Foi encaminhada para realização de agulhamento guiado por estereotaxia e excisão cirúrgica, cujo

anatomopatológico revelou hiperplasia ductal atípica sem carcinoma associado. Qual conduta deve ser adotada para esta paciente?

A) Rastreamento mamográfico anual, pois hiperplasia ductal atípica é reconhecida como lesão marcador de alto risco para câncer de mama. Adicionalmente deve realizar investigação genética para síndromes oncológicas.

B) Indicar reabordagem cirúrgica para ampliação de margens e manter rastreamento mamográfico conforme protocolo populacional habitual, pois a hiperplasia ductal atípica representa alteração proliferativa localizada sem impacto no risco de câncer.

C) Mastectomia bilateral redutora de risco como primeira estratégia preventiva, pois hiperplasia ductal atípica apresenta risco semelhante ao das principais síndromes hereditárias predisponentes ao câncer de mama.

D) Ultrassonografia mamária anual até os 40 anos, pois hiperplasia ductal atípica em mulheres jovens apresenta baixa correlação com desenvolvimento de carcinoma invasor e o histórico familiar é de tumores não relacionados.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

4.17.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

A hiperplasia ductal atípica é reconhecida como lesão proliferativa de alto risco e importante marcador de risco para desenvolvimento futuro de câncer de mama, associando-se a aumento significativo do risco relativo ao longo da vida. Além disso, a paciente apresenta história familiar fortemente sugestiva de síndrome hereditária predisponente ao câncer, justificando investigação genética complementar e vigilância individualizada. Diretrizes nacionais e internacionais recomendam intensificação do rastreamento em pacientes com lesões proliferativas de alto risco associadas a forte agregação familiar de neoplasias.

Alternativa B – Incorreta

A hiperplasia ductal atípica diagnosticada em core biopsy frequentemente motiva reabordagem cirúrgica para excisão completa da área acometida, devido ao risco de subestimação diagnóstica e possibilidade de carcinoma associado não amostrado inicialmente. Entretanto, a alternativa torna-se incorreta ao afirmar que a paciente deve permanecer apenas em rastreamento populacional habitual. A hiperplasia ductal atípica é reconhecida como lesão marcadora de alto risco para câncer de mama, justificando seguimento individualizado e vigilância intensificada, especialmente na presença de história familiar fortemente sugestiva de síndrome hereditária predisponente ao câncer.

Alternativa C – Incorreta

Embora hiperplasia ductal atípica aumente significativamente o risco relativo de câncer de mama, a indicação de mastectomia bilateral redutora de risco não deve ser estabelecida exclusivamente com base nesse achado histopatológico isolado. A decisão depende de avaliação genética, risco cumulativo individual, história familiar, mutações patogênicas identificadas e aconselhamento multidisciplinar especializado.

Alternativa D – Incorreta

A ultrassonografia mamária isoladamente não substitui rastreamento mamográfico nem estratégias de vigilância intensificada em pacientes de maior risco. A hiperplasia ductal atípica apresenta reconhecida associação com desenvolvimento futuro de carcinoma ductal in situ e carcinoma invasor, especialmente quando coexistem fatores hereditários relevantes.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

PAGE D, Dupont WD, Rogers LW, Rados MS. Atypical hyperplastic lesions of the female breast. A long-term follow-up study. Cancer 1985, 55(11): 2698-2708. DOI: 10.1002/1097-0142

Hartmann L, Sellers TA, Frost MH, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. N Engl J Med 2005, 353(3): 229-237. DOI: 10.1056/NEJMoa044383.

The American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG, Society of Gynecologic Oncology - SGO. Hereditary Breast and Ovarian Cancer Syndrome. ACOG Practice Bulletin No. 182: Obstet Gynecol 2017, 130 (3): e110-e126. Disponível em: <https://www.sgo.org/wp-content/uploads/2012/09/PB-182.pdf>.

FEBRASGO. Comissão Nacional Especializada em Mastologia. Rastreamento do câncer de mama. São Paulo: FEBRASGO, 2023.

4.18 QUESTÃO – GO

Mulher de 42 anos, G2P2 (2 PC com laqueadura na última gestação) procura atendimento por dismenorreia progressiva há 4 anos, associada a sangramento menstrual aumentado e dor pélvica crônica. Refere piora importante da qualidade de vida, absenteísmo laboral frequente e falha terapêutica após uso de anti-inflamatórios não esteroidais, anticoncepcional combinado contínuo e sistema intrauterino liberador de levonorgestrel por 18 meses. Ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal evidencia útero globoso de 320 cm³, heterogêneo, com estriações subendometriais, cistos miometriais e espessamento assimétrico da parede posterior. Ressonância magnética confirma espessamento da zona juncional de 16 mm sem miomas dominantes ou suspeita de malignidade. Qual opção terapêutica seria mais adequada para esta paciente?

A) Histerectomia total, pois a paciente apresenta quadro compatível com adenomiose sintomática refratária ao tratamento clínico e sem desejo reprodutivo futuro.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

B) Embolização de artérias uterinas, pois a redução do fluxo miometrial representa tratamento definitivo da adenomiose difusa sintomática independentemente do volume uterino.

C) Ablação endometrial histeroscópica, pois o controle do sangramento costuma ser definitivo em pacientes com adenomiose difusa e aumento importante do volume uterino.

D) Análogo de GnRH contínuo por tempo indeterminado, pois a supressão hormonal prolongada apresenta eficácia semelhante à histerectomia no controle da dor e do sangramento.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

4.18.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

A histerectomia total representa o tratamento definitivo mais adequado para pacientes com adenomiose sintomática refratária ao tratamento conservador e sem desejo reprodutivo futuro. A paciente apresenta quadro clínico típico de adenomiose, confirmado por ultrassonografia especializada e ressonância magnética, além de falha terapêutica após múltiplas modalidades clínicas hormonais e não hormonais. Nessa situação, as diretrizes atuais reconhecem a histerectomia como opção de maior eficácia para controle definitivo da dor pélvica e do sangramento uterino anormal.

Alternativa B – Incorreta

A embolização de artérias uterinas pode ser considerada em casos selecionados de adenomiose, especialmente quando há contraindicação cirúrgica ou desejo de preservação uterina. Entretanto, os resultados são mais heterogêneos que aqueles observados no tratamento de leiomiomas, com maiores taxas de recorrência sintomática e necessidade de reintervenção. Além disso, não é considerada

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

tratamento definitivo universalmente eficaz para adenomiose difusa volumosa refratária ao tratamento clínico.

Alternativa C – Incorreta

A ablação endometrial apresenta eficácia limitada em pacientes com adenomiose difusa, especialmente quando existe acometimento miometrial profundo e aumento importante do volume uterino. Como a doença ultrapassa o endométrio e acomete extensamente o miométrio, as taxas de persistência ou recorrência da dor e do sangramento permanecem elevadas, reduzindo a efetividade do procedimento como tratamento definitivo.

Alternativa D – Incorreta

Análogos de GnRH promovem supressão hormonal temporária e podem reduzir sintomas relacionados à adenomiose, porém seu uso prolongado é limitado pelos efeitos adversos hipoestrogênicos, incluindo perda de massa óssea e sintomas climatéricos. Além disso, os sintomas frequentemente recorrem após suspensão da medicação. Dessa forma, não apresentam eficácia equivalente à histerectomia para controle definitivo da doença em pacientes sintomáticas sem desejo reprodutivo.

Referências Bibliográficas:

FEBRASGO. Comissão Nacional Especializada em Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva. Adenomiose: diagnóstico e tratamento. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

Andres MP, Borrelli GM, Ribeiro, J et al. Transvaginal ultrasound for the diagnosis of adenomyosis: systematic review and meta-analysis. J Minim Invasive Gynecol 2018, 25(2): 257-264. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.08.653.

Abbott JA. Adenomyosis and abnormal uterine bleeding (AUB-A) – Pathogenesis, diagnosis, and management. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2017, 40: 68-81. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.006.

Moawad G, Fruscalzo A, Youssef Y, et al. Adenomyosis: An Updated Review on Diagnosis and Classification. J Clin Med 2023, 12(14): 4828. DOI: 10.3390/jcm12144828.

Rossi M, Vannuccini S, Capezzuoli T, et al. Mechanisms and Pathogenesis of Adenomyosis. Curr Obstet Gynecol Reports 2022, 11: 95-102. DOI: 10.1007/s13669-022-00326-7.

4.19 QUESTÃO – GO

Homem transgênero de 41 anos, em uso de testosterona intramuscular há 19 anos, está em seguimento em ambulatório terciário especializado em transexualidade. Refere não ter sido submetido à cirurgia de redesignação sexual, por falta de acesso e dúvida pessoal sobre o procedimento, utilizando-se de faixa torácica apenas. Nega história familiar para qualquer tipo de câncer. Em outra consulta do mesmo ambulatório, mulher transgênero de 56 anos, em uso de terapia hormonal feminilizante com estrogênio há 28 anos, também relata não ter sido submetida à cirurgia de redesignação sexual. Em ambas as consultas se questiona a necessidade de rastreamento oncológico. Quais as recomendações devem ser dadas a cada paciente?

- A) Orientar rastreamento do câncer do colo uterino e de mama no homem transgênero conforme anatomia presente e rastreamento mamário e prostático individualizado na mulher transgênero em uso prolongado de terapia hormonal feminilizante.
- B) Suspender rastreamento do câncer do colo uterino no homem transgênero em uso prolongado de testosterona e manter apenas rastreamento prostático na mulher transgênero devido ao uso crônico de estrogênio.
- C) Suspender rastreamento mamário no homem transgênero pelo uso prolongado de testosterona e realizar apenas rastreamento do câncer de próstata na mulher transgênero com próstata preservada.

D) Realizar exclusivamente rastreamento do câncer do colo uterino no homem transgênero e suspender rastreamento mamário e prostático na mulher transgênero por redução hormonal do risco oncológico.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

4.19.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

As recomendações atuais para rastreamento oncológico em pessoas transgênero são baseadas principalmente na anatomia presente e na exposição hormonal acumulada. O homem trans descrito mantém colo uterino e tecido mamário, uma vez que não foi submetido à cirurgia de redesignação sexual nem à mastectomia masculinizadora, devendo permanecer em rastreamento para câncer do colo uterino e câncer de mama conforme protocolos aplicáveis. A mulher trans em uso prolongado de terapia hormonal feminilizante apresenta desenvolvimento mamário induzido por estrogênio e mantém próstata preservada, justificando rastreamento mamário individualizado e manutenção da avaliação prostática.

Alternativa B – Incorreta

O uso prolongado de testosterona em homens trans pode causar atrofia cervical e dificultar a coleta citopatológica, porém não elimina o risco de infecção persistente pelo HPV nem de desenvolvimento de lesões precursoras do câncer do colo uterino. Além disso, mulheres trans em uso prolongado de estrogênio também permanecem sob risco de câncer de mama, especialmente após muitos anos de hormonização, não sendo adequado restringir o rastreamento apenas à próstata.

Alternativa C – Incorreta

O uso prolongado de testosterona não elimina completamente o risco de câncer de mama em homens trans que mantêm tecido mamário residual. A utilização de faixa

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

torácica sugere preservação mamária significativa, justificando manutenção do rastreamento conforme avaliação individualizada. Da mesma forma, embora a próstata permaneça suscetível a neoplasias na mulher trans, o rastreamento não deve se limitar exclusivamente ao câncer prostático, pois o uso prolongado de estrogênio também está associado ao desenvolvimento de tecido mamário funcionalmente suscetível à neoplasia.

Alternativa D – Incorreta

A redução hormonal de determinados riscos oncológicos não implica eliminação completa do potencial de desenvolvimento neoplásico. Mulheres trans em uso de estrogênio continuam suscetíveis ao câncer de mama e ao câncer de próstata enquanto houver tecido prostático preservado. Assim, não é adequado suspender rastreamento mamário e prostático com base apenas na hormonização feminilizante.

Referências Bibliográficas:

The American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. Health Care for Transgender and Gender Diverse Individuals. Committee Opinion No. 823. *Obstet Gynecol* 2021, 137(3): e75-e88. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004294.

Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. World Professional Association for Transgender Health -WPATH. *Int J Transgend Health* 2022, 23(Suppl 1): S1-S259. DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644.

FEBRASGO. Manual de Atenção à Saúde da População LGBTQIA+. São Paulo: FEBRASGO, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Unger CA. Care of the transgender patient: the role of the gynecologist. *Am J Obstet Gynecol* 2014, 210(1): 16-26. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.05.035.

De Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ* 2019, 365: 1652. DOI: 10.1136/bmj.l1652.

4.20 QUESTÃO – GO

Mulher de 29 anos encaminhada a serviço secundário de ginecologia pelo médico da UBSF, em função de episódios frequentes de lesões vulvares. Descreve episódios recorrentes de lesões vulvares com aspecto de vesículas confluentes. O quadro é precedido por parestesia local intensa, com impacto importante sobre vida sexual e relacionamento conjugal. Relata seis episódios documentados nos últimos 12 meses. Refere ainda que ao apresentar o quadro descrito, inicia intensa dor que irradia da região glútea até membro inferior direito. Exame físico atual não apresenta lesões em atividade. Restante do exame ginecológico sem nenhum aspecto sugestivo de IST. A paciente deseja saber se há alguma forma de tratamento que evite estas lesões e todo quadro associado. Qual seria a terapia mais adequada ao quadro clínico da paciente?

- A) Terapia antiviral supressiva contínua com aciclovir, valaciclovir ou fanciclovir, pois pacientes com recorrências frequentes de herpes genital apresentam redução significativa das crises clínicas e da transmissão viral com uso prolongado.
- B) Terapia antiviral oral ao invés de tópica, apenas durante os episódios sintomáticos, pois o tratamento contínuo não demonstra benefício adicional relevante em pacientes imunocompetentes com herpes genital recorrente.
- C) Corticoterapia sistêmica associada a analgesia neuropática contínua, pois a principal manifestação clínica associada às recorrências herpéticas decorre de neurite inflamatória periférica persistente.
- D) Antibioticoterapia profilática de longo prazo associada à abstinência sexual temporária, pois a recorrência frequente das lesões vulvares decorre principalmente de reinfecção bacteriana secundária local.

👉 **Gabarito: A**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

4.20.1 COMENTÁRIOS

Alternativa A – Correta

A paciente apresenta quadro clínico típico de herpes genital recorrente com elevada frequência de episódios, importante impacto psicossocial e sintomas neurálgicos associados. As diretrizes do CDC 2021, WHO e CONITEC recomendam terapia antiviral supressiva contínua para pacientes com recorrências frequentes, geralmente definidas como múltiplos episódios anuais com repercussão clínica significativa. O uso contínuo de aciclovir, valaciclovir ou fanciclovir reduz significativamente a frequência das recorrências, a eliminação viral assintomática e a transmissão sexual, além de melhorar qualidade de vida.

Alternativa B – Incorreta

A terapia antiviral oral episódica representa estratégia válida para pacientes com recorrências menos frequentes ou de menor impacto clínico, sendo superior ao tratamento tópico, que apresenta eficácia limitada e não é rotineiramente recomendado pelas principais diretrizes. Entretanto, no caso apresentado, a paciente apresenta recorrências frequentes, importante repercussão psicossocial e sintomas neurálgicos associados, situação na qual a terapia supressiva contínua demonstra benefício adicional significativo na redução das crises clínicas, da eliminação viral assintomática e da transmissão sexual.

Alternativa C – Incorreta

Embora o herpes genital recorrente possa associar-se a neuralgia sacral e sintomas radiculares, o mecanismo central da doença continua sendo a reativação periódica do HSV latente nos gânglios sensitivos. Corticoterapia sistêmica não faz parte do tratamento profilático recomendado para herpes genital recorrente e não substitui a terapia antiviral supressiva, que permanece o tratamento de escolha.

Alternativa D – Incorreta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

As recorrências do herpes genital decorrem da reativação viral do HSV latente e não de reinfecção bacteriana secundária local. Antibioticoterapia profilática não possui papel na prevenção de recorrências herpéticas e não integra as recomendações atuais de manejo do herpes genital recorrente. Embora orientação sexual faça parte do aconselhamento clínico, abstinência isolada não previne reativações virais.

Referências Bibliográficas:

Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. CDC - MMWR Recommendations and Reports, Vol. 70, n. 4, 192 p. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>.

World Health Organization - WHO. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e473c7d1-1ba1-45b3-a511-20dbf7175292/content>

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/@@display-file/file

FEBRASGO. Manual de Orientação em Infecções Sexualmente Transmissíveis. São Paulo: FEBRASGO, 2023.

Johnston C, Wald A. Genital Herpes. JAMA 2024, 332(10): 835-836. DOI: 10.1001/jama.2024.12743.

Lebrun-Vignes B, Bouzamondo A, Dupuy A, et al. A meta-analysis to assess the efficacy of oral antiviral treatment to prevent genital herpes outbreaks. J Am Acad Dermatol 2007, 57(2): 238-246. DOI: 10.1016/j.jaad.2007.02.008.

5 PEDIATRIA

5.1 QUESTÃO – PED

Menino de 9 anos, com diagnóstico prévio de asma, é levado à unidade de pronto atendimento por dispneia progressiva há 8 horas. A mãe relata que ele utilizava apenas salbutamol inalatório “quando tinha falta de ar”, sem medicação de manutenção. Nas últimas 24 horas, fez várias doses do broncodilatador, com melhora apenas transitória. Ao exame: ansioso, fala apenas palavras isoladas, apresenta tiragem intercostal e subcostal, frequência respiratória de 42 irpm, frequência cardíaca de 138 bpm, saturação periférica de oxigênio de 89% em ar ambiente e sibilância difusa bilateral. Não há febre ou sinais clínicos de consolidação pulmonar. A radiografia de tórax, realizada na admissão, não mostra condensações, pneumotórax ou outras alterações agudas. Após oxigênio suplementar, salbutamol inalatório em doses repetidas e brometo de ipratrópio, mantém desconforto respiratório importante, saturando 92% com oxigênio. Considerando a conduta imediata e o planejamento após estabilização, assinale a alternativa correta.

- A) Manter salbutamol inalatório em doses repetidas, iniciar prednisolona oral, observar por algumas horas e liberar se houver melhora, com salbutamol sob demanda e retorno ambulatorial.
- B) Manter broncodilatador inalatório, administrar corticoide sistêmico, indicar sulfato de magnésio intravenoso diante da resposta insuficiente e, antes da alta, prescrever tratamento contendo corticoide inalatório e plano de ação escrito.
- C) Iniciar corticoide inalatório em alta dose na unidade, manter salbutamol sob demanda e reservar corticoide sistêmico para piora da saturação, exaustão ou tórax silencioso.
- D) Manter oxigênio e broncodilatador inalatório, solicitar gasometria arterial e internação hospitalar, reservando o sulfato de magnésio para casos com hipercapnia ou acidose respiratória documentadas.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade:: DIFÍCIL**

5.1.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve uma **exacerbação asmática grave** em criança de 9 anos, caracterizada por hipoxemia em ar ambiente, fala em palavras isoladas, taquipneia, taquicardia, uso de musculatura acessória e resposta incompleta ao tratamento inicial com oxigênio, salbutamol inalatório e brometo de ipratrópio.

Nessa situação, a conduta deve incluir manutenção do broncodilatador inalatório, administração precoce de corticoide sistêmico e consideração de sulfato de magnésio intravenoso diante de resposta insuficiente. Após estabilização, a criança não deve receber alta apenas com salbutamol sob demanda. Deve sair com tratamento contendo corticoide inalatório, além de plano de ação escrito, pois o tratamento apenas com broncodilatador de alívio se associa a maior risco de novas exacerbações.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A alternativa acerta ao manter salbutamol inalatório e iniciar prednisolona oral, mas erra ao admitir alta apenas com salbutamol sob demanda e retorno ambulatorial. Após uma exacerbação grave, sobretudo em paciente que não usava medicação de manutenção, é inadequado liberar sem tratamento contendo corticoide inalatório e sem plano de ação estruturado.

Alternativa B – Correta

A alternativa contempla os elementos essenciais da conduta: manutenção do broncodilatador inalatório, administração de corticoide sistêmico, consideração de sulfato de magnésio intravenoso diante de resposta insuficiente e, antes da alta, prescrição de tratamento contendo corticoide inalatório com plano de ação escrito. Essa é a alternativa que melhor integra o manejo da crise e a prevenção de novas exacerbações.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Alternativa C – Incorreta

A alternativa reconhece a importância do corticoide inalatório, mas erra ao utilizá-lo como substituto do corticoide sistêmico na crise grave. Em exacerbação com hipoxemia, esforço respiratório importante e resposta incompleta ao tratamento inicial, o corticoide sistêmico deve ser administrado precocemente, e não reservado apenas para piora posterior.

Alternativa D – Incorreta

A alternativa acerta ao manter oxigênio e broncodilatador inalatório e ao reconhecer a necessidade de avaliação hospitalar. Contudo, erra ao condicionar o uso de sulfato de magnésio intravenoso à confirmação gasométrica de hipercapnia ou acidose respiratória. A indicação pode ser feita com base na gravidade clínica e na resposta insuficiente ao tratamento inicial.

Fonte

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention — 2025 Summary Guide. GINA, 2025.

5.2 QUESTÃO – PED

Menina de 5 anos é levada à emergência por febre há 6 dias, tosse produtiva, dor torácica à direita e piora progressiva do desconforto respiratório. A mãe relata que a criança recebeu amoxicilina por 72 horas, sem melhora. Nega doença de base.

Ao exame: regular estado geral, febril, frequência respiratória de 46 irpm, frequência cardíaca de 132 bpm (VN de 80 a 120 bpm), saturação periférica de oxigênio de 91% (VN de 95% a 100%) em ar ambiente, tiragem subcostal moderada e redução importante do murmúrio vesicular em base direita. A radiografia de tórax mostra consolidação em lobo inferior direito associada a opacidade pleural ipsilateral ocupando cerca de um terço do hemitórax.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Ultrassonografia torácica evidencia derrame pleural moderado, com septações finas. Não há instabilidade hemodinâmica.

Considerando a conduta mais adequada, assinale a alternativa correta.

A) Manter antibioticoterapia intravenosa e observação clínica, pois o derrame pleural ocupa menos da metade do hemitórax e não há instabilidade hemodinâmica.

B) Solicitar tomografia de tórax com contraste para melhor caracterização do derrame antes de qualquer intervenção, pois a ultrassonografia não define adequadamente a complexidade pleural.

C) Indicar drenagem pleural, preferencialmente com dreno de pequeno calibre associado a fibrinolítico intrapleural, mantendo antibioticoterapia sistêmica adequada.

D) Realizar toracocentese diagnóstica para análise do líquido pleural e manter antibioticoterapia intravenosa, reservando a colocação de dreno torácico para crescimento bacteriano em cultura ou piora clínica nas próximas 24 a 48 horas.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade:: DIFÍCIL**

5.2.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve uma criança com **pneumonia adquirida na comunidade complicada por derrame parapneumônico moderado**, associada a sinais de desconforto respiratório, hipoxemia leve e falha clínica após antibioticoterapia inicial.

A atualização da **IDSA/PIDS 2026** recomenda que, diante de derrame parapneumônico moderado a grande, a **ultrassonografia torácica** seja utilizada para caracterizar tamanho e complexidade do derrame, preferencialmente em vez de tomografia ou ressonância. O mesmo documento recomenda **observação** para derrames pequenos e não complicados, mas indica **drenagem pleural** em

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

derrames moderados associados a desconforto respiratório, derrames grandes ou derrames purulentos documentados.

A diretriz também sugere, quando a drenagem está indicada, o uso de **dreno torácico associado a fibrinolítico intrapleural** como primeira linha na maioria dos casos, reservando a toracoscopia para situações selecionadas, como loculações extensas ou falha após drenagem com fibrinolítico.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A observação isolada pode ser considerada em derrames pequenos e não complicados, especialmente quando há poucos sintomas respiratórios. No caso apresentado, o derrame é moderado, há desconforto respiratório, saturação reduzida e falha terapêutica inicial. Portanto, a simples manutenção de antibiótico sem drenagem não é a melhor conduta.

Alternativa B – Incorreta

A tomografia não deve ser o exame obrigatório inicial para caracterizar o derrame quando a ultrassonografia está disponível. A ultrassonografia torácica permite avaliar tamanho, presença de septações e complexidade do derrame, evitando radiação e sendo adequada para orientar a conduta.

Alternativa C – Correta

A criança apresenta derrame parapneumônico moderado com repercussão respiratória. Nessa situação, a conduta mais adequada é indicar drenagem pleural, preferencialmente com dreno de pequeno calibre, associado a fibrinolítico intrapleural, além de manter antibioticoterapia sistêmica adequada.

Alternativa D – Incorreta

A alternativa é plausível ao reconhecer a importância da avaliação do líquido pleural e da antibioticoterapia intravenosa. Contudo, no caso apresentado, a criança tem **derrame parapneumônico moderado**, com **desconforto respiratório**, saturação reduzida e falha terapêutica inicial. Nessa situação, a

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

conduta não deve se limitar à toracocentese diagnóstica com espera por cultura ou piora clínica. A diretriz recomenda **drenagem pleural** quando há derrame moderado associado a desconforto respiratório, derrame grande ou líquido purulento documentado. Além disso, quando a drenagem está indicada, a abordagem inicial preferencial na maioria dos casos é **dreno torácico**, frequentemente associado a fibrinolítico intrapleural, mantendo antibioticoterapia sistêmica adequada.

Fonte

St. Peter SD, Ampofo K, Brogan T, et al. **Clinical Practice Guideline by the Infectious Diseases Society of America and the Pediatric Infectious Diseases Society: 2026 Guideline Update on The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older than 3 Months of Age**. Infectious Diseases Society of America / Pediatric Infectious Diseases Society, 2026.

5.3 QUESTÃO – PED

Lactente masculino, nascido com 29 semanas de idade gestacional, peso ao nascer de 1.180 g (VN entre 1,1kg a 1,4kg), permaneceu internado em unidade neonatal por 54 dias. Não apresentou hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante ou displasia broncopulmonar. Comparece à consulta de puericultura com 8 meses e 10 dias de idade cronológica.

A mãe refere preocupação porque ele ainda não senta sem apoio e não engatinha. Informa que a criança sustenta bem a cabeça, rola de prono para supino, leva objetos à boca, alcança brinquedos com as duas mãos, ri alto, vocaliza sílabas isoladas, acompanha objetos com o olhar e reconhece os cuidadores. Não houve perda de habilidades adquiridas.

Ao exame: bom estado geral, contato visual adequado, tônus global preservado, sem assimetrias, sem preferência manual precoce, reflexos simétricos. Peso, comprimento e perímetro cefálico seguem em curva

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

ascendente desde a alta hospitalar. O cartão vacinal está atualizado conforme o calendário da unidade básica de saúde.

Considerando a avaliação do desenvolvimento e a conduta mais adequada, assinale a alternativa correta.

A) Considerar a idade cronológica para os marcos motores; como a criança não senta sem apoio nem engatinha, há atraso motor e deve ser solicitada avaliação neurológica.

B) Considerar a idade corrigida para os marcos motores; como a criança rola, leva objetos à boca e vocaliza, o desenvolvimento está compatível, sem necessidade de vigilância longitudinal específica.

C) Considerar a idade corrigida para os marcos do desenvolvimento; os achados são compatíveis, devendo-se manter seguimento longitudinal e vigilância de sinais de alerta.

D) Considerar a idade corrigida apenas para crescimento ponderoestatural; como a criança não senta sem apoio aos 8 meses, deve-se classificar como atraso motor e iniciar investigação etiológica.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade:: FÁCIL**

5.3.1 COMENTÁRIOS

A questão avalia o uso da **idade corrigida** no seguimento do lactente prematuro. O aluno deve perceber que a criança não deve ser interpretada apenas pela idade cronológica, pois nasceu com 29 semanas de idade gestacional.

Como a gestação de referência é de 40 semanas, faltaram aproximadamente 11 semanas para o termo. Aos 8 meses e 10 dias de idade cronológica, deve-se subtrair esse período, chegando a idade corrigida aproximada de 5 meses e meio.

Os marcos apresentados — sustentar bem a cabeça, rolar, levar objetos à boca, alcançar brinquedos, rir alto, vocalizar, acompanhar objetos e reconhecer

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

cuidadores — são compatíveis com essa idade corrigida. A ausência de sentar sem apoio e de engatinhar não caracteriza, isoladamente, atraso motor nesse contexto, principalmente diante de exame neurológico normal, ausência de assimetria e ausência de perda de habilidades.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A alternativa interpreta a criança exclusivamente pela idade cronológica. Essa leitura superestima atraso motor, pois não considera a prematuridade. A ausência de sentar sem apoio e de engatinhar não define atraso motor neste caso.

Alternativa B – Incorreta

A alternativa acerta ao usar idade corrigida e reconhecer compatibilidade dos marcos, mas erra ao afastar a necessidade de vigilância específica. Mesmo com desenvolvimento compatível, o prematuro deve manter seguimento longitudinal.

Alternativa C – Correta

A alternativa aplica corretamente a idade corrigida para avaliação dos marcos do desenvolvimento e propõe a conduta adequada: seguimento longitudinal, orientação familiar e vigilância de sinais de alerta.

Alternativa D – Incorreta

A idade corrigida também se aplica à avaliação dos marcos do desenvolvimento, não apenas ao crescimento ponderoestatural. Portanto, classificar atraso motor apenas pela ausência de sedestação sem apoio aos 8 meses cronológicos é inadequado.

Fonte

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco.**

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de seguimento do recém-nascido de alto risco.**

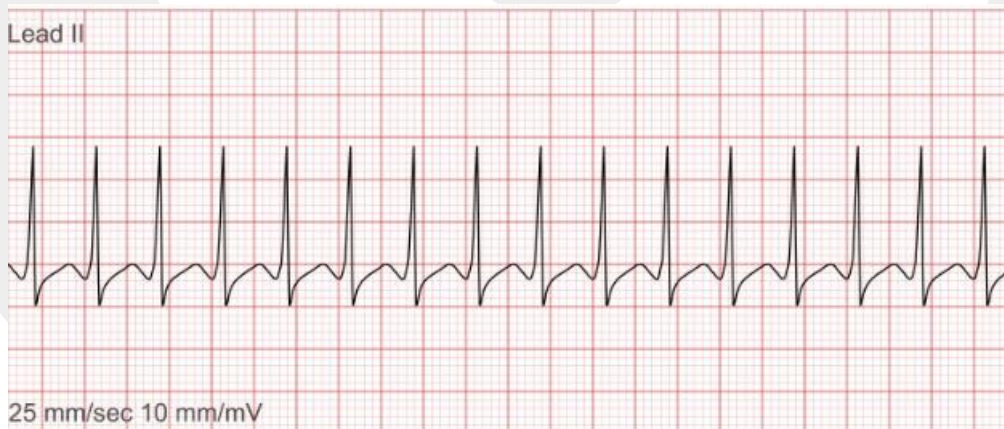
5.4 QUESTÃO – PED

Lactente de 4 meses é levado à emergência por irritabilidade, recusa alimentar e sudorese há cerca de 6 horas. A mãe relata que ele estava previamente hígido e que, desde a manhã, “parece cansado para mamar”. Nega febre, tosse ou vômitos.

Ao exame: encontra-se irritado, pálido, taquipneico, com extremidades frias e tempo de enchimento capilar de 4 segundos.

- Frequência cardíaca de 260 bpm (VN de 100 a 160 bpm), com regularidade,
- Frequência respiratória de 58 irpm (VN de 30 a 53 irpm),
- Pressão arterial de 68 x 42 mmHg (VN de 105 a 55 mmHg) e
- Saturação periférica de oxigênio de 95% (VN de 95% a 100%) em ar ambiente.

Ausculta pulmonar sem estertores. Pulsos periféricos finos. O monitor cardíaco mostra ritmo regular, e o eletrocardiograma é apresentado a seguir.



Considerando o quadro clínico e o traçado eletrocardiográfico, assinale a conduta imediata mais adequada.

A) Realizar manobras vagais, manter observação contínua e aguardar resposta antes de qualquer intervenção farmacológica ou elétrica.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

B) Administrar adenosina em bolus intravenoso rápido, pois a criança apresenta ritmo regular e saturação preservada.

C) Realizar cardioversão elétrica sincronizada, com energia inicial de 0,5 a 1 J/kg, sem retardar o procedimento por sedação.

D) Realizar desfibrilação, com energia inicial de 0,5 a 1 J/kg, sem retardar o procedimento por sedação.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade:: MODERADA**

5.4.1 COMENTÁRIOS

A questão apresenta um lactente com taquicardia de início presumivelmente agudo, frequência cardíaca muito elevada, ritmo regular no monitor e sinais de comprometimento hemodinâmico: palidez, extremidades frias, tempo de enchimento capilar prolongado, pulsos finos, hipotensão e dificuldade para mamar.

Em uma criança com taquiarritmia e sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica, a prioridade é a **cardioversão elétrica sincronizada**. A energia inicial recomendada é de **0,5 a 1 J/kg**, podendo ser aumentada para **2 J/kg** se a primeira tentativa não for efetiva. A sedação pode ser realizada quando viável, mas não deve atrasar a cardioversão em criança instável. O algoritmo pediátrico da American Heart Association para taquiarritmia com pulso orienta cardioversão sincronizada quando há comprometimento cardiopulmonar, incluindo alteração aguda do estado mental, sinais de choque ou hipotensão.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

Manobras vagas podem ser consideradas em crianças estáveis, especialmente se não houver sinais de choque. Neste caso, há hipotensão, má perfusão periférica e

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

pulsos finos, o que torna inadequado aguardar resposta de manobras vagais antes de uma intervenção mais rápida.

Alternativa B – Incorreta

A adenosina é opção em taquicardia regular de complexo estreito quando a criança está estável ou quando há acesso intravenoso imediato e a administração não atrasa a cardioversão. Contudo, nesta situação, há comprometimento hemodinâmico evidente. A saturação preservada não exclui choque.

Alternativa C – Correta

A criança apresenta taquiarritmia com pulso e sinais de instabilidade hemodinâmica. A conduta imediata é cardioversão elétrica sincronizada, iniciando com 0,5 a 1 J/kg. Se necessário, a energia pode ser aumentada. Sedação não deve atrasar o procedimento em contexto de instabilidade.

Alternativa D – Incorreta

A alternativa utiliza energia semelhante à indicada para cardioversão sincronizada, mas erra ao propor desfibrilação. Como o lactente apresenta pulso e taquiarritmia regular com sinais de instabilidade, a intervenção elétrica indicada é a cardioversão sincronizada, para que o choque seja aplicado de forma coordenada ao complexo QRS. A desfibrilação não sincronizada é indicada em ritmos de parada cardiorrespiratória, como fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso.

Fonte

American Heart Association. **Pediatric Advanced Life Support: Pediatric Tachyarrhythmia With a Pulse Algorithm**. 2025.

American Heart Association. **Part 8: Pediatric Advanced Life Support: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. 2025.

5.5 QUESTÃO – PED

Recém-nascido a termo, proveniente de gestação sem intercorrências documentadas, nasce por parto cesáreo devido à apresentação pélvica. Ao nascimento, apresenta choro fraco, cianose central discreta e esforço respiratório progressivo. No primeiro minuto, frequência cardíaca de 118 bpm (VN 120 a 160 bpm), respiração irregular e tônus discretamente reduzido.

Após posicionamento, aquecimento e aspiração apenas se necessária, observa-se piora do desconforto respiratório, com saturação preductal abaixo do esperado para a idade em minutos. Ao exame físico, nota-se abdome escavado, redução importante do murmúrio vesicular à esquerda e ictus cardíaco palpável à direita. Não há malformações externas evidentes.

Considerando a conduta imediata mais adequada na sala de parto, assinale a alternativa correta.

- A) Iniciar ventilação com pressão positiva por máscara facial, pois a frequência cardíaca está acima de 100 bpm e a cianose deve ser corrigida antes de qualquer procedimento invasivo.
- B) Oferecer pressão positiva contínua em vias aéreas por máscara, evitando intubação inicial, pois o recém-nascido mantém frequência cardíaca acima de 100 bpm.
- C) Realizar intubação traqueal precoce, evitar ventilação por máscara e inserir sonda orogástrica para decompressão gástrica.
- D) Iniciar ventilação não invasiva com cânula de alto fluxo e transferir para unidade neonatal, reservando intubação para apneia ou frequência cardíaca menor que 60 bpm.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade:: DIFÍCIL**

5.5.1 COMENTÁRIOS

O quadro sugere uma malformação toracoabdominal com comprometimento respiratório logo ao nascimento. As pistas principais são **abdome escavado**, redução unilateral do murmúrio vesicular e desvio do ictus cardíaco. Nessa situação, a ventilação por máscara pode distender alças intestinais ou o estômago, aumentar a compressão intratorácica e piorar a ventilação.

Por isso, a conduta imediata mais adequada é **intubação traqueal precoce**, com ventilação controlada e inserção de **sonda orogástrica** para descompressão gástrica. A confirmação radiológica é importante, mas não deve atrasar a estabilização inicial.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A frequência cardíaca acima de 100 bpm não autoriza automaticamente ventilação por máscara quando há forte suspeita de malformação em que a insuflação gástrica pode agravar a compressão pulmonar. Nesse contexto, a ventilação por máscara deve ser evitada.

Alternativa B – Incorreta

A pressão positiva contínua por máscara também pode levar à insuflação do trato gastrointestinal e piorar a mecânica respiratória. A conduta inicial mais segura é garantir via aérea por intubação traqueal.

Alternativa C – Correta

A alternativa contempla a conduta adequada: intubação traqueal precoce, evitando ventilação por máscara, associada à colocação de sonda orogástrica para descompressão. Essa abordagem reduz a distensão gastrointestinal e permite ventilação controlada.

Alternativa D – Incorreta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A cânula de alto fluxo e outras formas de ventilação não invasiva não são a melhor abordagem inicial nesse cenário. Elas podem agravar a distensão de vísceras intratorácicas e retardar a intubação necessária.

Fonte

American Heart Association; American Academy of Pediatrics. **Neonatal Resuscitation Program Guidelines**, 8th edition.

Canadian Paediatric Society. **Guidelines for the management of congenital diaphragmatic hernia**, updated recommendations.

5.6 QUESTÃO – PED

Menino de 11 anos, receptor de transplante renal há 5 meses, comparece ao pronto atendimento por febre baixa há 5 dias, astenia, inapetência e diarreia aquosa. O transplante foi de doador falecido, com sorologia pré-transplante: doador reagente para citomegalovírus e receptor não reagente. Recebeu indução com globulina antitimócito e vinha em uso de tacrolimo, micofenolato e prednisona. Realizou profilaxia antiviral nos primeiros meses após o transplante, suspensa recentemente conforme protocolo do serviço.

Ao exame: regular estado geral, hidratado, temperatura de 38,1 °C, pressão arterial preservada e dor abdominal difusa leve, sem sinais de irritação peritoneal. Com exames laboratoriais:

Exames	Resultado	Valor Normal
Leucócitos	2.300/mm ³	4.500 – 13.000/mm ³
Neutrófilos	1.100/mm ³	1.800 – 8.000 /mm ³
Plaquetas	118.000/mm ³	150.000 – 450.000/mm ³
Creatinina	1,4 mg/dL	0,5 – 1,0 mg/dL
Creatinina prévia	0,8 mg/dL	
Pesquisa molecular quantitativa para citomegalovírus em plasma	85.000 UI/mL	Zero

Realizada colonoscopia com achado de lesões ulceradas. Considerando o quadro clínico e o contexto do transplante, assinale a conduta mais adequada.

- A)** Considerar infecção viral autolimitada, manter imunossupressão plena e repetir a pesquisa molecular em 30 dias, pois a viremia isolada não define doença em transplantado renal.
- B)** Reiniciar profilaxia com valganciclovir em dose profilática e manter seguimento ambulatorial, pois a profilaxia prévia reduz a probabilidade de doença clinicamente relevante.
- C)** Iniciar tratamento antiviral específico com ganciclovir intravenoso ou valganciclovir em dose terapêutica, ajustar dose à função renal, monitorar carga viral seriada e reavaliar a necessidade de nova colonoscopia e intensidade da imunossupressão.
- D)** Iniciar pulsoterapia com corticoide para rejeição aguda presumida, pois a elevação da creatinina após transplante renal deve ser tratada antes da investigação infecciosa.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade:: DIFÍCIL**

5.6.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve um receptor pediátrico de transplante renal em cenário de **alto risco para doença por citomegalovírus**: doador reagente e receptor não reagente antes do transplante. Esse perfil é reconhecido como o de maior risco para infecção/doença por citomegalovírus após transplante de órgão sólido. Diretrizes recentes recomendam triagem sorológica de doador e receptor para estratificação de risco, e indicam profilaxia antiviral em receptores de alto risco.

A criança apresenta febre, astenia, diarreia, leucopenia, trombocitopenia, elevação da creatinina e carga viral elevada em plasma após suspensão recente da

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

profilaxia. Esse conjunto sugere **doença por citomegalovírus** em transplantado, possivelmente com síndrome viral e/ou acometimento gastrointestinal, além de possível impacto no enxerto.

A conduta deve incluir tratamento antiviral específico, com **ganciclovir intravenoso** nos casos mais graves, com suspeita de doença invasiva, intolerância/absorção gastrointestinal incerta ou necessidade de internação, ou **valganciclovir em dose terapêutica** quando clinicamente apropriado. A dose deve ser ajustada à função renal. O acompanhamento deve incluir monitoramento seriado da carga viral, e a equipe de transplante deve reavaliar a intensidade da imunossupressão, ponderando risco infeccioso e risco de rejeição. As diretrizes da *American Society of Transplantation* destacam que valganciclovir e ganciclovir intravenoso permanecem drogas de escolha no manejo do citomegalovírus em receptores de transplante de órgão sólido.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A alternativa subestima a gravidade. O paciente não tem apenas viremia assintomática: apresenta febre, sintomas gastrointestinais, citopenias, elevação de creatinina e alto risco imunológico para citomegalovírus. Repetir o exame apenas em 30 dias e manter imunossupressão plena pode atrasar tratamento e aumentar risco de doença invasiva e disfunção do enxerto.

Alternativa B – Incorreta

A profilaxia prévia não exclui doença após sua suspensão. Em paciente sintomático, com carga viral elevada e citopenias, não se deve reiniciar apenas dose profilática. O quadro exige dose terapêutica e acompanhamento de resposta clínica e virológica.

Alternativa C – Correta

A alternativa reconhece o risco elevado, a apresentação clínica compatível e a necessidade de tratamento específico. Ganciclovir intravenoso ou valganciclovir

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

em dose terapêutica são opções, conforme gravidade, absorção gastrointestinal, necessidade de internação e função renal. Também é adequado monitorar carga viral seriada e reavaliar necessidade de nova colonoscopia e a imunossupressão.

Alternativa D – Incorreta

A elevação da creatinina em transplantado renal exige avaliação ampla, incluindo rejeição, toxicidade medicamentosa, desidratação e infecções. Contudo, no contexto de febre, citopenias, sintomas gastrointestinais e carga viral elevada para citomegalovírus, iniciar pulsoterapia para rejeição sem tratar/investigar a infecção pode agravar a doença viral.

Fonte

Razonable RR, Humar A. **Cytomegalovirus in solid organ transplant recipients — Guidelines of the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice**. Clinical Transplantation, 2019.

Huh K, et al. **Guidelines by the Korean Society of Infectious Diseases and the Korean Society for Transplantation for the prevention of cytomegalovirus infection in solid organ transplant recipients**. Infection & Chemotherapy, 2024.

KDIGO. **Managing Kidney Transplant Recipients** — Kidney Disease: Improving Global Outcomes.

5.7 QUESTÃO – PED

Menina de 4 anos é levada ao ambulatório por claudicação intermitente há cerca de 2 meses. A mãe relata que a criança acorda “travada”, evita apoiar o membro inferior direito pela manhã e melhora progressivamente ao longo do dia. Nega febre persistente, perda ponderal, dor óssea noturna ou trauma. Não há história recente de infecção gastrointestinal ou geniturinária. A mãe não recorda episódio recente de faringoamigdalite.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Ao exame, apresenta aumento de volume em joelho direito e tornozelo esquerdo, com limitação discreta da amplitude de movimento e calor local leve. Ausculta cardíaca com sopro sistólico 1+/6+, sem irradiação, mais audível em borda esternal esquerda baixa. Não há exantema, linfonodomegalias, hepatoesplenomegalia, nódulos subcutâneos, coreia ou dor óssea difusa. Hemograma sem anemia importante, leucócitos e plaquetas sem alterações relevantes; proteína C reativa discretamente elevada. Fator reumatoide negativo. Anticorpo antinuclear reagente.

Radiografia simples não mostra lesão óssea lítica ou fratura. A criança não refere dor ocular, fotofobia ou redução visual.

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta adequada, assinale a alternativa correta.

- A) O quadro sugere febre reumática, pois artrite em grandes articulações associada a sopro cardíaco, ainda que discreto, é suficiente para indicar cardite reumática e profilaxia secundária.
- B) O quadro é compatível com artrite idiopática juvenil oligoarticular; deve-se iniciar tratamento anti-inflamatório, encaminhar à reumatologia pediátrica e realizar rastreio oftalmológico periódico, mesmo sem queixas visuais.
- C) O quadro sugere artrite idiopática juvenil sistêmica; deve-se pesquisar síndrome de ativação macrofágica e iniciar corticoide sistêmico imediatamente, mesmo sem febre ou manifestações sistêmicas.
- D) O fator reumatoide negativo afasta artrite idiopática juvenil, devendo-se investigar prioritariamente doença ortopédica mecânica e evitar anti-inflamatório até confirmação por ressonância magnética.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade:: DIFÍCIL**

5.7.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve uma artrite crônica em criança menor de 16 anos, com duração superior a 6 semanas, acometimento de poucas articulações, rigidez matinal, melhora ao longo do dia e ausência de sinais sistêmicos relevantes. Esse padrão é mais compatível com **artrite idiopática juvenil oligoarticular**.

O sopro sistólico 1+/6+, sem irradiação e sem outros sinais clínicos de cardite, foi inserido como distrator. Sopro discreto isolado não confirma febre reumática, especialmente na ausência de febre, poliartrite migratória, evidência de infecção estreptocócica recente, coreia, eritema marginado, nódulos subcutâneos ou critérios compatíveis de cardite.

O anticorpo antinuclear reagente em menina pequena com forma oligoarticular é um dado importante, pois aumenta o risco de **uveíte anterior crônica**, que pode ser assintomática. Por isso, a ausência de dor ocular, fotofobia ou queixa visual não exclui acometimento ocular. A conduta deve incluir encaminhamento à reumatologia pediátrica e rastreio oftalmológico periódico.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A alternativa supervaloriza um sopro discreto e inespecífico. Febre reumática exige quadro clínico compatível e evidência de infecção estreptocócica prévia, além de critérios maiores e menores. A artrite reumática típica costuma ser migratória, aguda, dolorosa e de grandes articulações, não uma oligoartrite crônica de 2 meses com rigidez matinal e anticorpo antinuclear reagente.

Alternativa B – Correta

O quadro é compatível com artrite idiopática juvenil oligoarticular: criança pequena, artrite por mais de 6 semanas, acometimento de até quatro articulações e ausência de sinais sistêmicos. A conduta inclui controle inflamatório inicial, encaminhamento à reumatologia pediátrica e rastreio oftalmológico periódico, mesmo sem sintomas visuais.

Alternativa C – Incorreta

A artrite idiopática juvenil sistêmica costuma cursar com febre persistente, exantema evanescente, linfonomegalia, hepatoesplenomegalia ou serosite. Esses achados não estão presentes no caso. Portanto, não há base para classificar o quadro como forma sistêmica nem para iniciar corticoide sistêmico imediato com esse raciocínio.

Alternativa D – Incorreta

Fator reumatoide negativo não afasta artrite idiopática juvenil. A maioria das formas pediátricas, especialmente a oligoarticular, é fator reumatoide negativo. O diagnóstico é predominantemente clínico, após exclusão de causas infecciosas, neoplásicas, traumáticas e outras doenças reumatológicas.

Fonte

American College of Rheumatology/Arthritis Foundation. **2019 Guideline for the Screening, Monitoring, and Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis–Associated Uveitis.**

American College of Rheumatology. **2021 Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis.**

Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica; Sociedade Brasileira de Pediatria; Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Diretriz brasileira para vigilância e tratamento da uveíte associada à artrite idiopática juvenil.**

5.8 QUESTÃO – PED

Menino de 6 anos é levado à UBS por tosse há 5 semanas, febre vespertina intermitente, hiporexia e perda ponderal. Recebeu amoxicilina por 7 dias, sem melhora. Mora com o avô, diagnosticado há 2 meses com tuberculose pulmonar bacilífera. Radiografia de tórax mostra adenomegalia hilar direita e infiltrado persistente em lobo médio. A prova tuberculínica é de 12 mm (VN >

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

5mm de endureção). Baciloscopia e TRM-TB em escarro induzido foram negativos. HIV não reagente.

Com base nas recomendações atuais para diagnóstico de tuberculose na infância, a conduta diagnóstica mais adequada é:

A) afastar tuberculose pulmonar, pois TRM-TB negativo em escarro induzido exclui doença ativa em criança imunocompetente.

B) considerar tuberculose pulmonar provável pelo sistema de escore clínico-radiológico, mesmo com bacteriologia negativa, e conduzir o caso como TB na infância.

C) classificar o caso como infecção latente por tuberculose, pois a prova tuberculínica positiva associada a contato domiciliar não permite diferenciar infecção de doença ativa.

D) aguardar cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis* antes de estabelecer o diagnóstico, pois crianças vacinadas com BCG frequentemente apresentam radiografia e prova tuberculínica falso-positivas.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade:: DIFÍCIL**

5.8.1 COMENTÁRIOS

Em crianças, especialmente menores de 10 anos, a tuberculose costuma ser paucibacilar, o que reduz a sensibilidade da baciloscopia e do TRM-TB. O Ministério da Saúde recomenda que, na persistência de sintomas com baciloscopia negativa ou TRM-TB não detectado, seja utilizado o escore clínico-radiológico para diagnóstico de TB na infância. O caso soma elementos fortes: sintomas persistentes, contato domiciliar bacilífero, radiografia sugestiva e prova tuberculínica reatora.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A alternativa A é incorreta porque TRM-TB negativo não exclui tuberculose em criança.

Alternativa C – Incorreta

A alternativa C é incorreta porque há sinais de doença ativa, não apenas infecção latente: tosse prolongada, febre, perda ponderal e alteração radiológica.

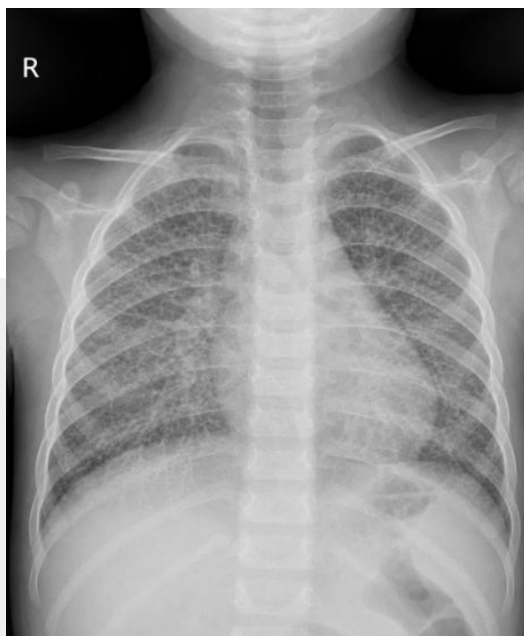
Alternativa D – Incorreta

A alternativa D é incorreta porque a cultura deve ser solicitada quando possível, mas não se deve exigir confirmação microbiológica para diagnosticar TB pulmonar provável em criança com escore compatível. A SBP também reforça que tuberculose entra no diagnóstico diferencial de quadros respiratórios persistentes na infância.

5.9 QUESTÃO – PED

Lactente de 11 meses é internado por febre diária há 4 semanas, perda ponderal e episódios recorrentes de candidíase oral desde os 4 meses de vida. A mãe realizou apenas uma consulta de pré-natal e desconhece sua sorologia para HIV. Ao exame físico, a criança apresenta linfonomegalias generalizadas, hepatoesplenomegalia e taquipneia leve. Radiografia de tórax e exames laboratoriais foram solicitados conforme imagens em anexo.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO



Hemograma	Resultado	Valor Normal
Hemoglobina	9,4 g/dL	10,5 - 14g/dL
Hematócrito	28%	32% - 42%
Leucócitos totais	3.100/mm ³	5.000 - 15.000/mm ³
Neutrófilos	1.550/mm ³	1.500 - 10.000/mm ³
Linfócitos	930/mm ³	2.000 - 17.000/mm ³
Monócitos	465/mm ³	400 - 3.100/mm ³
Eosinófilos	155/mm ³	70 - 1100/mm ³
Plaquetas	176.000/mm ³	200.000-500.000/mm ³
Observação: Anemia e linfopenia		

2. TESTE RÁPIDO PARA HIV 1/2

RESULTADO	
Resultado:	Reagente

Considerando as recomendações atuais do Ministério da Saúde para o diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças menores de 18 meses, a conduta mais adequada é:

- A) confirmar o diagnóstico de infecção pelo HIV com um segundo teste rápido de metodologia diferente e iniciar terapia antirretroviral após confirmação sorológica.
- B) solicitar carga viral para HIV por biologia molecular, pois testes sorológicos não confirmam infecção em menores de 18 meses devido à transferência transplacentária de anticorpos maternos.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

C) afastar infecção pelo HIV, pois candidíase oral recorrente e infiltrado intersticial pulmonar são achados inespecíficos na infância.

D) solicitar Western blot para confirmação diagnóstica antes de iniciar investigação de infecções oportunistas e terapia antirretroviral.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

5.9.1 COMENTÁRIOS

Em crianças menores de 18 meses, os testes sorológicos para HIV (teste rápido, ELISA) possuem limitação diagnóstica porque os anticorpos maternos IgG atravessam a placenta e podem permanecer circulantes até essa idade. Assim, o diagnóstico deve ser realizado por métodos de biologia molecular, como carga viral do HIV (HIV-RNA) ou PCR para HIV-DNA, conforme protocolos do Ministério da Saúde.

Além disso, o caso apresenta diversos sinais clínicos fortemente sugestivos de imunodeficiência associada ao HIV:

- candidíase oral persistente/recorrente;
- febre prolongada;
- perda ponderal;
- linfonodomegalias;
- hepatoesplenomegalia;
- infiltrado intersticial difuso, sugerindo possível pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A alternativa A é incorreta porque a sorologia isoladamente não confirma infecção em menores de 18 meses.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Alternativa C – Incorreta

A alternativa C é incorreta porque o conjunto clínico é altamente sugestivo de imunodeficiência por HIV.

Alternativa D – Incorreta

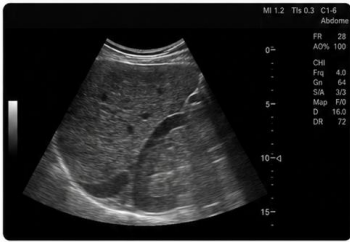
A alternativa D é incorreta porque o Western blot não é mais exame de escolha nos protocolos atuais pediátricos brasileiros, além de sofrer a mesma limitação da presença de anticorpos maternos.

5.10 QUESTÃO – PED

Adolescente de 14 anos procura atendimento por febre diária há 10 dias, odinofagia intensa e fadiga progressiva. Refere uso prévio de amoxicilina prescrito em unidade de pronto atendimento, evoluindo após 48 horas com exantema maculopapular difuso. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, febril (38,7 °C), com linfonodomegalias cervicais posteriores dolorosas, hipertrofia tonsilar com exsudato esbranquiçado bilateral e fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito. Ausência de desconforto respiratório. Segue os exames complementares solicitados :

SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Laudo de Ultrassonografia Abdominal

Paciente: Adolescente masculino
Idade: 14 anos
Data do exame: 24/05/2026
Solicitante: Pediatria
Número do atendimento: 00027431



Descrição

Fígado com dimensões discretamente aumentadas, contornos regulares e ecotextura homogênea.

Baço com dimensões no limite superior da normalidade, ecotextura preservada.

AValiação de Segunda Chamada – Internato

Hemograma e Bioquímica	Resultado	Valor Normal
Hemoglobina	12,8 g/dL	10,5 - 14g/dL
Leucócitos	15.800/mm ³	5.000 - 15.000/mm ³
Neutrófilos	22%	40% – 75%
Linfócitos	62%	20% - 45%
Linfócitos Atípicos	18%	ausente
Plaquetas	190.000/mm ³	200.000-500.000/mm ³
AST	146 U/L	40 U/L
ALT	172 U/L	44 U/L

Considerando a principal hipótese diagnóstica, a conduta mais adequada é:

- A) iniciar aciclovir intravenoso e isolamento respiratório, devido ao risco de evolução para hepatite fulminante associada ao Epstein-Barr vírus.
- B) Solicitar sorologia para citomegalovírus e escalonar antibioticoterapia, pois linfocitose atípica e exsudato tonsilar não distinguem, isoladamente, infecção viral de faringoamigdalite bacteriana.
- C) orientar tratamento de suporte e restrição de atividades esportivas, devido ao risco de complicações associadas à mononucleose infecciosa.
- D) prescrever corticoterapia sistêmica imediata, pois hepatomegalia e elevação de transaminases configuram critério obrigatório de tratamento específico na infecção pelo Epstein-Barr vírus.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

5.10.1 COMENTÁRIOS

O quadro é clássico de mononucleose infecciosa pelo vírus Epstein-Barr (EBV): febre prolongada, faringoamigdalite exsudativa, linfonomegalia cervical posterior, fadiga intensa, linfocitose com linfócitos atípicos, elevação de transaminases, hepatomegalia e o exantema após uso de amoxicilina.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A presença de linfócitos atípicos $\geq 10\%$ em contexto clínico compatível é altamente sugestiva de EBV. A hepatomegalia e a esplenomegalia/esplenomegalia limítrofe são manifestações frequentes.

A principal orientação em provas atuais é lembrar o risco de ruptura esplênica, motivo pelo qual deve-se restringir atividades físicas e esportes de contato por pelo menos 3 a 4 semanas, mesmo em pacientes com quadro clínico leve.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A alternativa A é incorreta porque o aciclovir não é indicado rotineiramente na mononucleose infecciosa não complicada. Além disso, não há indicação de isolamento respiratório específico.

Alternativa B – Incorreta

A alternativa B é incorreta porque a linfocitose atípica associada a linfonodomegalia posterior e rash após aminopenicilina favorece fortemente EBV, não infecção bacteriana secundária.

Alternativa D – Incorreta

A alternativa D é incorreta porque corticoterapia não é tratamento de rotina na mononucleose infecciosa.

Hepatomegalia e transaminases elevadas isoladamente não indicam corticosteroides.

5.11 QUESTÃO – PED

Recém-nascido com 18 horas de vida, filho de mãe de 19 anos, é avaliado no alojamento conjunto. A gestante realizou pré-natal irregular, com apenas duas consultas registradas. No primeiro trimestre, apresentou teste treponêmico reagente e *Venereal Disease Ressearch Laboratory (VDRL)*1:2. Não há registro de tratamento nessa ocasião.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Na admissão para o parto, o teste rápido para sífilis foi reagente e o VDRL materno foi 1:64. A mãe refere que, há cerca de 20 dias, recebeu “duas injeções de benzetacil” em unidade de urgência, sem documentação no cartão de pré-natal quanto à dose total, intervalo entre as doses ou estágio clínico considerado. Também não há registro de avaliação ou tratamento do parceiro sexual.

O recém-nascido encontra-se assintomático, com exame físico sem alterações.

Exames do recém-nascido:

- **VDRL periférico: 1:4;**
- **hemograma: sem alterações significativas;**
- **radiografia de ossos longos: normal;**
- **líquor: sem alterações relevantes, com VDRL não reagente.**

Considerando as recomendações atuais para o manejo neonatal nessa situação, assinale a conduta mais adequada.

A) Administrar penicilina G procaína intramuscular em dose única, pois o recém-nascido é assintomático, apresenta VDRL inferior ao materno e exames complementares sem alterações relevantes.

B) Acompanhar ambulatorialmente com VDRL seriado, pois a ausência de manifestações clínicas e de alterações laboratoriais no recém-nascido afasta sífilis congênita.

C) Tratar com penicilina G cristalina intravenosa por 10 dias, pois o tratamento materno não pode ser considerado adequado para prevenção de sífilis congênita.

D) Repetir o VDRL do recém-nascido em 30 dias antes de tratar, pois a titulação neonatal inferior à materna sugere apenas transferência passiva de anticorpos.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

5.11.1 COMENTÁRIOS

A questão avalia a interpretação do **tratamento materno adequado ou inadequado** para prevenção da sífilis congênita. O recém-nascido está assintomático, tem VDRL inferior ao materno e exames complementares sem alterações relevantes, o que torna o caso mais difícil. Entretanto, esses dados não autorizam seguimento simples quando o tratamento materno não é comprovadamente adequado.

No caso, há pré-natal irregular, ausência de tratamento documentado no primeiro trimestre, elevação expressiva do VDRL materno no parto, tratamento referido apenas 20 dias antes do nascimento e ausência de documentação sobre dose total, intervalo entre doses e estágio clínico considerado. Além disso, não há registro de avaliação ou tratamento do parceiro sexual.

O Ministério da Saúde considera inadequado, para prevenção da sífilis congênita, o tratamento materno incompleto, com doses ou intervalos inadequados conforme a fase da doença, ou sem documentação suficiente. Também se considera relevante o término do tratamento em tempo oportuno antes do parto. Protocolos brasileiros descrevem benzilpenicilina cristalina por 10 dias para crianças com ou sem neurosífilis, e benzilpenicilina procaína como esquema diário por 10 dias em crianças sem neurosífilis, não em dose única.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A alternativa usa uma medicação que pode aparecer no tratamento da sífilis congênita, mas com esquema incorreto. A penicilina G procaína, quando indicada, é administrada diariamente por 10 dias, não em dose única. Além disso, o tratamento materno não está adequadamente documentado.

Alternativa B – Incorreta

A ausência de sinais clínicos e de alterações laboratoriais no recém-nascido não afasta sífilis congênita. Muitos recém-nascidos expostos podem estar

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

assintomáticos ao nascimento. Diante de tratamento materno inadequado ou não comprovadamente adequado, o seguimento isolado não é a conduta mais segura.

Alternativa C – Correta

O tratamento materno não pode ser considerado adequado: não há registro de esquema completo conforme o estágio clínico, houve tratamento referido apenas cerca de 20 dias antes do parto e não há documentação suficiente no pré-natal. Nessa situação, a conduta mais adequada entre as opções é tratamento completo com penicilina G cristalina intravenosa por 10 dias.

Alternativa D – Incorreta

A titulação neonatal inferior à materna não exclui sífilis congênita, especialmente quando o tratamento materno foi inadequado ou não comprovado. Aguardar 30 dias para repetir o VDRL antes de tratar pode atrasar uma conduta necessária.

Fonte

Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.**

Centers for Disease Control and Prevention. **Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines — Congenital Syphilis.**

5.12 QUESTÃO – PED

Menino de 8 anos, previamente hígido, procura atendimento com febre alta há 3 dias, cefaleia, dor retro-orbitária, dor abdominal difusa e vômitos. Hoje, a mãe percebeu “manchas roxas” no corpo da criança. Nega sangramentos de mucosas ou fezes escuras. Não há história de doenças crônicas ou uso de medicações. Sinais vitais: Temperatura axilar: 38,7 °C; frequência cardíaca: 112 bpm; frequência respiratória: 24 irpm; pressão arterial: 96 × 60 mmHg; Ao exame físico: Estado geral: prostrado, irritado, porém consciente. Pele: petéquias em membros inferiores e superiores; abdome: doloroso à palpação

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

profunda, sobretudo em hipocôndrio direito; fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito; extremidades: pulsos palpáveis, enchimento capilar entre 2 e 3 segundos; demais segmentos sem alterações. Durante o exame clínico, executou-se um teste com os achados a seguir:



Petéquias em número > 20 em área de 2,5 cm².

Exames laboratoriais a seguir:

1. HEMOGRAMA

ANÁLISE	RESULTADO
Hemoglobina	13,2 g/dL
Hematócrito	40%
Leucócitos	2.800/mm ³
Neutrófilos	38%
Linfócitos	56%
Plaquetas	68.000/mm ³

2. BIOQUÍMICA

ANÁLISE	RESULTADO
AST (TGO)	78 U/L
ALT (TGP)	65 U/L

3. URINA TIPO I

ANÁLISE	RESULTADO
Exame físico, químico e sedimentoscópico	Sem alterações relevantes

Considerando o quadro clínico e os resultados dos exames complementares realizados, qual é a conduta mais adequada neste momento?

AValiação de Segunda Chamada – Internato

- A) Iniciar ceftriaxona intravenosa e manter observação hospitalar por suspeita de doença meningocócica inicial.
- B) Manter hidratação oral supervisionada e reavaliação em 24 horas, pois há estabilidade hemodinâmica e ausência de sangramento espontâneo.
- C) Internar para hidratação venosa, monitorização clínica e laboratorial e manejo conforme classificação de gravidade.
- D) Transfundir plaquetas e concentrado de hemácias imediatamente, devido ao risco de sangramento.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

5.12.1 COMENTÁRIOS

A questão exige que o candidato reconheça um quadro de **dengue com sinais de alarme** em pediatria, integrando dados clínicos, achado cutâneo após avaliação clínica, padrão laboratorial e sinais precoces de gravidade.

O paciente apresenta achados sugestivos de dengue: febre aguda, cefaleia, dor retro-orbitária, vômitos, dor abdominal, petéquias, leucopenia, plaquetopenia e elevação discreta de transaminases. Além disso, há sinais de alarme, como dor abdominal, vômitos, prostração/irritabilidade e hepatomegalia dolorosa.

Embora ainda não haja choque instalado, a presença de sinais de alarme torna inadequado o manejo ambulatorial simples. A conduta mais adequada é internação para hidratação venosa, monitorização clínica e laboratorial, com controle seriado de hematócrito e plaquetas e vigilância para evolução com extravasamento plasmático. A versão original já trazia essa lógica, com gabarito direcionado à internação e manejo conforme classificação de gravidade.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

Doença meningocócica é diagnóstico diferencial importante em criança com febre e petéquias. No entanto, o conjunto clínico-laboratorial favorece dengue: dor retro-

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

orbitária, vômitos, dor abdominal, leucopenia, plaquetopenia, hepatomegalia dolorosa e achado cutâneo compatível. Não há toxemia intensa, rigidez de nuca, deterioração hemodinâmica rápida ou outros achados que tornem meningococemia a hipótese principal neste momento.

Alternativa B – Incorreta

A estabilidade hemodinâmica relativa e a ausência de sangramento espontâneo não autorizam acompanhamento ambulatorial simples. A criança apresenta sinais de alarme, especialmente dor abdominal, vômitos, prostração/irritabilidade e hepatomegalia dolorosa. Portanto, a conduta deve ser hospitalar, com hidratação venosa e monitorização seriada.

Alternativa C – Correta

O quadro é compatível com dengue com sinais de alarme. A conduta adequada é internação, hidratação venosa, reavaliações clínicas frequentes e monitorização laboratorial, especialmente de hematócrito e plaquetas, para detecção precoce de

Alternativa D – Incorreta

A plaquetopenia isolada não indica transfusão profilática de plaquetas, e não há indicação de concentrado de hemácias na ausência de sangramento importante, instabilidade hemodinâmica hemorrágica ou anemia significativa. Na dengue com sinais de alarme, a prioridade é hidratação adequada, monitorização clínica e laboratorial e vigilância para extravasamento plasmático.

Fonte

Ministério da Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico — adulto e criança.**

Ministério da Saúde. **Fluxograma do manejo clínico da dengue.**

5.13 QUESTÃO – PED

Uma criança de 6 anos é levada repetidamente à Unidade Básica de Saúde pela mãe devido a episódios recorrentes de diarreia, dor abdominal e vômitos

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

intermitentes há cerca de 8 meses. A mãe relata grande preocupação com a saúde da filha, refere já ter procurado diferentes serviços de saúde e insiste na realização de novos exames.

A criança apresenta faltas frequentes à escola e redução do convívio social. Em múltiplas avaliações, exames laboratoriais, parasitológicos e de imagem mostraram resultados normais ou inconsistentes com a intensidade dos sintomas relatados. Durante período de observação clínica supervisionada, a equipe não documentou episódios compatíveis com a frequência e a intensidade descritas pela mãe.

O quadro é mais sugestivo de:

- A) Transtorno de ansiedade de separação.
- B) Transtorno factício imposto a outro.
- C) Transtorno de sintomas somáticos.
- D) Simulação por ganho secundário familiar.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: FÁCIL**

5.13.1 COMENTÁRIOS

O caso é sugestivo de **transtorno factício imposto a outro**, anteriormente denominado síndrome de Munchausen por procuração. Trata-se de situação em que um cuidador falsifica, exagera ou induz sinais e sintomas em pessoa sob seus cuidados, frequentemente uma criança, levando-a a múltiplas avaliações, exames e intervenções de saúde.

No caso, os elementos centrais são: procura repetida por serviços de saúde, insistência em novos exames, sintomas persistentes sem correlação objetiva adequada, prejuízo escolar e social da criança e discrepância entre o relato materno e a observação clínica supervisionada. A formulação da hipótese exige

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

cautela, documentação longitudinal e atuação multiprofissional, pois envolve risco de dano físico e psicológico à criança.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

O transtorno de ansiedade de separação envolve medo ou sofrimento excessivo da criança diante da separação das figuras de apego, frequentemente com recusa escolar, queixas somáticas antes da separação e preocupação com perda ou dano aos cuidadores. No caso, o elemento central não é o medo da criança de se separar da mãe, mas a discrepância entre sintomas relatados pelo cuidador, exames normais e observação clínica.

Alternativa B – Correta

O quadro é compatível com transtorno factício imposto a outro. A mãe busca repetidamente atendimento, relata sintomas intensos e persistentes, insiste em novos exames, e há inconsistência entre os sintomas descritos e os achados objetivos. A ausência de documentação dos episódios durante observação clínica supervisionada reforça a suspeita.

Alternativa C – Incorreta

No transtorno de sintomas somáticos, o próprio paciente apresenta sofrimento e preocupação excessivos relacionados a sintomas físicos. Embora crianças possam apresentar sintomas somáticos, o padrão descrito aponta para comportamento do cuidador, e não para preocupação excessiva da própria criança com seus sintomas.

Alternativa D – Incorreta

Na simulação, há produção ou exagero intencional de sintomas motivado por ganho externo identificável, como benefício financeiro, jurídico, escolar ou social. No transtorno factício imposto a outro, não há ganho externo evidente; o comportamento está mais relacionado à necessidade psicológica de assumir ou manter o papel de cuidador de uma pessoa doente.

Fonte

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-5-TR.**

American Academy of Pediatrics. **Care of the Child With Medical Child Abuse.**

Royal College of Paediatrics and Child Health. **Perplexing Presentations and Fabricated or Induced Illness in Children.**

5.14 QUESTÃO – PED

Menino de 2 anos e 4 meses é levado à Unidade Básica de Saúde para consulta de puericultura. A mãe relata que ele fala poucas palavras isoladas, raramente aponta para mostrar objetos de interesse e costuma puxar a mão do adulto até o que deseja. Refere que ele gosta de empilhar blocos e alinhar carrinhos, mas se irrita quando alguém muda a ordem dos brinquedos. A criança não apresenta perda de habilidades previamente adquiridas.

Durante a consulta, responde de forma inconsistente ao chamado pelo nome, mantém pouco contato visual compartilhado e não busca espontaneamente mostrar brinquedos à médica ou à mãe. A mãe informa que ele “escuta quando quer”, pois reage a sons de desenhos animados e músicas preferidas. Crescimento adequado, exame neurológico sem déficits focais e otoscopia sem alterações.

Considerando a hipótese clínica e a conduta mais adequada na atenção primária, assinale a alternativa correta.

- A) Tranquilizar a família e reavaliar em 6 meses, pois a presença de algumas palavras isoladas e interesse por músicas torna improvável transtorno do neurodesenvolvimento.
- B) Encaminhar para avaliação especializada, solicitar avaliação auditiva e iniciar intervenção precoce, sem aguardar confirmação diagnóstica definitiva.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

C) Diagnosticar transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e iniciar tratamento comportamental, pois a dificuldade de resposta ao chamado decorre de desatenção.

D) Aguardar a entrada na escola para melhor avaliação da socialização, pois o diagnóstico de transtorno do espectro autista não deve ser considerado antes dos 3 anos.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: FÁCIL**

5.14.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve sinais de alerta para **transtorno do espectro autista**, incluindo prejuízo na comunicação social e padrões restritos/repetitivos de comportamento. A criança apresenta fala limitada, ausência ou redução de apontar para compartilhar interesse, uso instrumental da mão do adulto, resposta inconsistente ao nome, pouco contato visual compartilhado, ausência de iniciativa para mostrar objetos e brincadeiras repetitivas com rigidez.

A dificuldade da questão está no fato de que a pergunta não deve ser resolvida apenas pela identificação diagnóstica, mas pela **conduta adequada na atenção primária**. Diante de suspeita de transtorno do espectro autista, deve-se encaminhar para avaliação especializada, solicitar avaliação auditiva quando há atraso de linguagem ou resposta inconsistente a sons e iniciar intervenção precoce. A intervenção não deve aguardar a confirmação diagnóstica formal, pois atrasar a abordagem pode comprometer oportunidades terapêuticas importantes.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A presença de algumas palavras isoladas e reação a sons preferidos não afasta transtorno do neurodesenvolvimento. A ausência de comunicação social compartilhada, o pouco contato visual, a resposta inconsistente ao nome e os

AValiação DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

comportamentos repetitivos exigem investigação e intervenção, não simples espera.

Alternativa B – Correta

A alternativa contempla a melhor conduta: reconhecer os sinais de alerta, encaminhar para avaliação especializada, solicitar avaliação auditiva e iniciar intervenção precoce. A confirmação diagnóstica formal é importante, mas não deve atrasar as medidas iniciais de cuidado.

Alternativa C – Incorreta

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade pode cursar com dificuldade de atenção e prejuízo escolar, mas não explica adequadamente ausência de apontar compartilhado, pouco contato visual social, uso instrumental do adulto, rigidez e brincadeiras repetitivas. Além disso, aos 2 anos e 4 meses, o quadro descrito deve priorizar investigação de transtorno do neurodesenvolvimento, especialmente TEA.

Alternativa D – Incorreta

A suspeita de transtorno do espectro autista pode e deve ser considerada antes dos 3 anos quando há sinais de alerta. Aguardar a entrada na escola ou postergar a avaliação atrasa intervenção precoce.

Fonte

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-5-TR.**

American Academy of Pediatrics. **Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder.**

Centers for Disease Control and Prevention. **Developmental Monitoring and Screening — Autism Spectrum Disorder.**

5.15 QUESTÃO – PED

Um menino de 9 anos é levado à emergência após episódio de intensa agitação na escola. Segundo a mãe e a professora, a criança tem diagnóstico prévio de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e vinha apresentando inquietação crescente, dificuldade de permanecer sentado e impulsividade importante nas últimas semanas. No dia do atendimento, tornou-se agressivo após ser contrariado por um colega, empurrou móveis da sala e tentou sair correndo da escola.

Na emergência, encontra-se irritado, hipervigilante, fala em tom elevado e tem dificuldade de seguir comandos simples. Não há febre, rebaixamento do nível de consciência, sinais neurológicos focais ou relato de uso de substâncias. A mãe informa interrupção recente do acompanhamento ambulatorial e uso irregular da medicação prescrita.

A conduta inicial mais adequada é:

- A)** Diagnosticar transtorno de conduta e indicar internação psiquiátrica, pois a agressividade dirigida a colegas e a destruição de objetos caracterizam risco comportamental grave.
- B)** Reconhecer agitação psicomotora, garantir segurança, reduzir estímulos ambientais, realizar abordagem verbal e avaliar fatores clínicos, familiares e medicamentosos associados.
- C)** Administrar antipsicótico em dose adequada à idade como primeira medida, pois a hipervigilância, a fala em tom elevado e a agressividade sugerem desorganização psicótica.
- D)** Realizar contenção física inicial para permitir anamnese e exame, liberando após estabilização comportamental se não houver febre ou rebaixamento de consciência.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

5.15.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve uma criança com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade prévio que apresenta **agitação psicomotora aguda** em contexto escolar. Embora inquietação e impulsividade possam fazer parte do transtorno de base, a intensidade do episódio, a agressividade, a tentativa de fuga e a dificuldade de seguir comandos exigem abordagem estruturada de emergência.

A conduta inicial deve priorizar segurança do paciente e da equipe, redução de estímulos ambientais, abordagem verbal, avaliação clínica e investigação de fatores precipitantes, como interrupção do acompanhamento, uso irregular de medicação, conflitos familiares/escolares, privação de sono, dor, intoxicação, delírium ou outros transtornos psiquiátricos. Medicação e contenção física podem ser necessárias em alguns casos, mas não devem ser a primeira resposta automática quando é possível iniciar manejo verbal e ambiental com segurança.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A agressividade e a destruição de objetos não autorizam diagnóstico imediato de transtorno de conduta. O quadro é agudo, ocorre em criança com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e uso irregular de medicação, e deve ser inicialmente compreendido como agitação psicomotora a ser avaliada. Internação psiquiátrica imediata pode ser necessária em situações de risco persistente, mas não é a primeira medida diagnóstica e terapêutica.

Alternativa B – Correta

A alternativa contempla a abordagem inicial adequada da agitação pediátrica: reconhecer a síndrome, garantir segurança, reduzir estímulos, usar comunicação verbal clara e não confrontativa, e avaliar causas clínicas, emocionais, familiares, escolares e medicamentosas. Essa sequência evita tanto a banalização do quadro quanto a medicalização precipitada.

Alternativa C – Incorreta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Antipsicóticos podem ser utilizados em determinadas situações de agitação grave, especialmente quando há risco iminente ou falha das medidas não farmacológicas. Contudo, o caso não traz sintomas psicóticos claros, como delírios, alucinações ou desorganização formal do pensamento. A medicação não deve substituir a avaliação inicial clínica e ambiental quando esta pode ser realizada com segurança.

Alternativa D – Incorreta

A contenção física deve ser reservada para situações de risco iminente de dano, quando medidas verbais, ambientais ou farmacológicas são insuficientes ou inviáveis. Não deve ser usada como primeira estratégia apenas para facilitar anamnese e exame. Além disso, a ausência de febre ou rebaixamento de consciência não basta para liberar a criança sem avaliação de risco, gatilhos e plano de seguimento.

Fonte

Saidinejad M, et al. **Strategies for optimal management of pediatric acute agitation in emergency settings**. 2024.

Pediatric Education and Advocacy Kit. **Agitation — Emergency Medical Services for Children Innovation and Improvement Center**.

Johns Hopkins All Children’s Hospital. **Agitated Patient Clinical Pathway**. 2025.

5.16 QUESTÃO – PED

Lactente de 18 meses, 11 kg, é levado à Unidade Básica de Saúde por diarreia líquida há 2 dias, com cerca de 8 evacuações nas últimas 24 horas. A mãe refere dois episódios de vômitos, redução da diurese e recusa parcial da alimentação. Nega sangue nas fezes. A criança não apresenta doença crônica conhecida.

Ao exame: encontra-se irritada, chorosa, com olhos fundos, mucosa oral seca e lágrimas ausentes. Quando lhe é oferecida solução de reidratação oral, bebe

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

rápida e avidamente. Frequência cardíaca de 128 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, pressão arterial preservada, pulsos cheios e tempo de enchimento capilar de 2 segundos (VN até 2 segundos). O sinal da prega abdominal desaparece lentamente. Não há letargia, inconsciência ou incapacidade de beber.

Considerando a avaliação do estado de hidratação e o manejo recomendado, assinale a alternativa correta.

A) Classificar como desidratação e orientar Plano A reforçado, com solução de reidratação oral no domicílio, zinco e retorno em 24 horas, pois a criança está consciente e consegue beber.

B) Classificar como desidratação e realizar Plano B, com solução de reidratação oral na unidade de saúde, em volume aproximado de 75 mL/kg nas primeiras 4 horas, com reavaliação clínica.

C) Classificar como desidratação grave e iniciar Plano C, pois há olhos fundos, ausência de lágrimas, redução da diurese e prega abdominal com retorno lento.

D) Classificar como desidratação e iniciar Plano C se houver vômitos durante a reidratação oral, pois a presença de vômitos contraindica a continuidade do Plano B.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: FÁCIL**

5.16.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve uma criança com diarreia aguda e sinais clínicos de **desidratação**, mas sem critérios de desidratação grave. Há irritabilidade, olhos fundos, mucosa oral seca, ausência de lágrimas, sede intensa com ingestão rápida e ávida, além de sinal da prega abdominal que desaparece lentamente.

Apesar disso, a criança está consciente, consegue beber, apresenta pulsos cheios, pressão arterial preservada e tempo de enchimento capilar de 2 segundos. Não há

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

letargia, inconsciência, incapacidade de beber ou sinais de choque. Portanto, a classificação mais adequada é **desidratação**, com indicação de **Plano B**.

O Plano B consiste em administrar solução de reidratação oral na unidade de saúde, sob supervisão, geralmente em volume aproximado de **75 mL/kg em 4 horas**, com reavaliação clínica após esse período. Para uma criança de 11 kg, o volume estimado inicial é de aproximadamente **825 mL**, ajustado conforme sede, perdas, aceitação e evolução clínica.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A alternativa reconhece que há desidratação, mas erra ao propor Plano A no domicílio. O Plano A é indicado para crianças sem sinais de desidratação. Neste caso, há olhos fundos, sede intensa, mucosa seca, ausência de lágrimas e prega abdominal com retorno lento, o que exige reidratação supervisionada na unidade

Alternativa B – Correta

A criança apresenta desidratação sem sinais de gravidade. A conduta adequada é realizar Plano B, com solução de reidratação oral na unidade de saúde, em volume aproximado de 75 mL/kg nas primeiras 4 horas, seguido de reavaliação clínica para decidir alta, manutenção da reidratação oral ou mudança de plano.

Alternativa C – Incorreta

Embora olhos fundos, ausência de lágrimas, redução da diurese e prega abdominal com retorno lento indiquem desidratação, eles não bastam para classificar o quadro como desidratação grave. O Plano C é reservado para casos com sinais de maior gravidade, como letargia, inconsciência, incapacidade de beber, pulso fraco, perfusão ruim ou choque.

Alternativa D – Incorreta

Vômitos não contraindicam automaticamente o Plano B. Em geral, a solução de reidratação oral pode ser oferecida em pequenos volumes e com maior frequência, com pausas se necessário. A mudança para Plano C deve ocorrer quando houver

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

desidratação grave, choque, incapacidade de beber ou falha efetiva da reidratação oral, e não apenas pela presença de vômitos isolados.

Fonte

Ministério da Saúde. **Manejo do paciente com diarreia — avaliação do estado de hidratação do paciente.**

Ministério da Saúde. **AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos — Manual de Quadros de Procedimentos.**

5.17 QUESTÃO – PED

Lactente de 32 dias é levado à Unidade Básica de Saúde por persistência de icterícia desde a primeira semana de vida. Nasceu a termo, com peso adequado, sem intercorrências no parto, em aleitamento materno exclusivo. A mãe refere que a criança mama bem, mas notou urina “muito escura” há cerca de 10 dias e fezes progressivamente mais claras, por vezes acinzentadas. Nega febre, vômitos ou perda ponderal importante.

Ao exame, apresenta bom estado geral, icterícia em pele e escleras, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, sem sinais de desidratação. O peso segue em curva ascendente.

Exames laboratoriais:

Hemograma	Resultado	Valor Normal
Bilirrubina total	8,2 mg/dL	0,2 – 1,2 mg/dL
Bilirrubina direta	5,1 mg/dL	0 – 0,3 mg/dL
AST (TGO)	126 U/L	40 U/L
ALT (TGP)	148 U/L	44 U/L
Gama-glutamil transferase (GGT)	684 U/L	0 – 70 U/L

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Considerando a principal hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada, assinale a alternativa correta.

- A)** Manter aleitamento materno exclusivo e reavaliar em 2 semanas, pois o bom ganho ponderal e o bom estado geral tornam mais provável icterícia pelo leite materno.
- B)** Solicitar dosagem seriada de bilirrubina indireta e iniciar fototerapia, pois a persistência de icterícia após a segunda semana sugere hiperbilirrubinemia não conjugada.
- C)** Reconhecer colestase neonatal, solicitar investigação hepatobiliar urgente e encaminhar para serviço especializado, pela suspeita de obstrução biliar extra-hepática.
- D)** Solicitar sorologias para hepatites virais, citomegalovírus e toxoplasmose, iniciar vitaminas lipossolúveis e acompanhar ambulatorialmente, pois o bom estado geral torna improvável obstrução biliar extra-hepática.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

5.17.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve **icterícia colestática neonatal**, caracterizada por aumento da bilirrubina direta. A presença de colúria, fezes hipocólicas ou acólicas, hepatomegalia, gama-glutamilttransferase elevada e bilirrubina direta aumentada em lactente com icterícia persistente deve levantar suspeita de **atresia biliar** ou outra causa de colestase hepatobiliar.

A dificuldade da questão está no fato de o lactente estar em bom estado geral, mamando bem e ganhando peso. Esses dados podem induzir à hipótese de icterícia associada ao aleitamento materno, mas essa condição é tipicamente de predomínio indireto e não cursa com colúria, fezes acólicas, hepatomegalia colestática ou bilirrubina direta elevada.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

Toda icterícia persistente após 2 semanas de vida deve ser avaliada com bilirrubina total e direta. A colestase neonatal é sempre patológica e exige investigação oportuna. Na suspeita de atresia biliar, o tempo é decisivo, pois a portoenterostomia de Kasai apresenta melhores resultados quando realizada precocemente, idealmente antes de 60 dias de vida.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

O bom ganho ponderal e o aleitamento materno exclusivo não afastam colestase. A icterícia pelo leite materno costuma ser de predomínio indireto e não explica colúria, fezes acinzentadas, hepatomegalia, gama-glutamilttransferase elevada e bilirrubina direta de 5,1 mg/dL.

Alternativa B – Incorreta

Fototerapia é indicada para hiperbilirrubinemia indireta em situações específicas, não para colestase com bilirrubina direta elevada. No caso, a prioridade não é fototerapia nem acompanhamento de bilirrubina indireta, mas investigação hepatobiliar urgente.

Alternativa C – Correta

O quadro é compatível com colestase neonatal, com forte suspeita de atresia biliar diante de icterícia persistente, colúria, fezes hipocólicas/acólicas, hepatomegalia e bilirrubina direta elevada. A conduta é investigação urgente e encaminhamento para serviço especializado, pois o tempo até o tratamento cirúrgico impacta diretamente o prognóstico.

Alternativa D – Incorreta

A investigação de causas infecciosas e a reposição de vitaminas lipossolúveis podem fazer parte da avaliação e do manejo da colestase neonatal. Contudo, a alternativa erra ao propor acompanhamento ambulatorial sem urgência e ao minimizar a possibilidade de obstrução biliar extra-hepática. O bom estado geral não exclui atresia biliar. A presença de colúria, fezes claras, hepatomegalia, gama-

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

glutamyltransferase elevada e bilirrubina direta aumentada exige investigação hepatobiliar urgente e encaminhamento especializado.

Fonte

NASPGHAN/ESPGHAN. **Guideline for the Evaluation of Cholestatic Jaundice in Infants.**

American Academy of Pediatrics. **Guidance for the Primary Care Provider in Identifying Infants With Biliary Atresia.**

5.18 QUESTÃO – PED

Adolescente de 13 anos, com antecedente de febre reumática aos 10 anos e uso irregular de profilaxia secundária com penicilina benzatina, é avaliado por cansaço progressivo aos esforços e palpitações ocasionais. Nega dor torácica ou síncope.

Ao exame, encontra-se em bom estado geral, eupneico em repouso, com pulsos periféricos normais. À ausculta cardíaca, observa-se sopro sistólico ejetivo, em crescendo-decrescendo, de intensidade 3+/6+, mais audível no 2º espaço intercostal direito, junto à borda esternal, com irradiação para fúrcula esternal e carótidas. O sopro aumenta com o agachamento e reduz de intensidade durante a fase de esforço da manobra de Valsalva. A segunda bulha encontra-se discretamente hipofonética. Não há desdobramento fixo da segunda bulha.

Considerando os achados semiológicos descritos, qual é a lesão valvar mais provável?

- A) Estenose mitral.
- B) Insuficiência mitral.
- C) Estenose aórtica.
- D) Insuficiência tricúspide.

👉 **Gabarito: C**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

5.18.1 COMENTÁRIOS

O quadro semiológico é compatível com **estenose aórtica**. A lesão é sugerida por sopro **sistólico ejetivo**, em crescendo-decrescendo, mais audível no **foco aórtico**, com irradiação para **fúrcula e carótidas**. A redução do sopro durante a fase de esforço da manobra de Valsalva também favorece sopro dependente de fluxo, como ocorre na estenose aórtica.

Embora a febre reumática acometa mais frequentemente a valva mitral, o acometimento aórtico também pode ocorrer na cardiopatia reumática. O antecedente de febre reumática e o uso irregular de profilaxia secundária tornam plausível a etiologia reumática da valvopatia.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A estenose mitral costuma produzir sopro **diastólico**, do tipo ruflar, mais audível no foco mitral, frequentemente associado a estalido de abertura. Não corresponde ao sopro sistólico ejetivo irradiado para carótidas.

Alternativa B – Incorreta

A insuficiência mitral cursa tipicamente com sopro **holossistólico**, mais audível no ictus cordis, com irradiação para a axila esquerda. Esse padrão é diferente do sopro ejetivo em foco aórtico com irradiação cervical.

Alternativa C – Correta

O sopro sistólico ejetivo, em crescendo-decrescendo, no 2º espaço intercostal direito, com irradiação para fúrcula e carótidas, é típico de **estenose aórtica**.

Alternativa D – Incorreta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A insuficiência tricúspide pode produzir sopro holossistólico, mas é mais audível em borda esternal esquerda baixa ou região xifoide e aumenta com a inspiração, pelo sinal de Rivero-Carvallo. Não costuma irradiar para carótidas.

Fonte

Nelson Textbook of Pediatrics. **Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease; Valvular Heart Disease.**

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Pediatria. **Diretrizes brasileiras para diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática.**

American Heart Association. **Contemporary Diagnosis and Management of Rheumatic Heart Disease.** Circulation, 2020.

5.19 QUESTÃO – PED

Menino de 10 anos é levado à emergência por edema palpebral, urina escura e redução do volume urinário há 6 dias. A mãe relata episódio de faringoamigdalite há cerca de 3 semanas, sem tratamento documentado. Nas últimas 48 horas, passou a apresentar cefaleia, náuseas e piora do edema.

Ao exame: regular estado geral, pressão arterial de 148 × 96 mmHg, frequência cardíaca de 104 bpm, edema periorbitário e discreto edema de membros inferiores. Não há exantema, artrite, dor abdominal intensa ou hemoptise. Ausculta pulmonar sem estertores.

Exames laboratoriais:

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

BIOQUIMICA SÉRICA

Exame	Resultado	Valor Normal
Creatinina	2,1 mg/dL	Até 1,3 mg/dL
Ureia	92 mg/dL	Até 50 mg/dL
Potássio	5,2 mg/dL	3,5 – 5,5 mg/dL

COMPLEMENTO SOROLOGIA

Exame	Resultado	Valor Normal
Complemento C3	Reduzido	90 - 180 mg/dL
Complemento C4	Normal	13 – 39 mg/dL
Antiestreptolisina (ASLO)	Elevado	150 – 300 UI/mL

URINA TIPO I

Exame	Resultado	Valor Normal
Hematúria	Intensa	Ausente
Proteinúria	1+ / 4+	Ausente
Cilindros hemáticos	Presentes	Ausentes

RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATINA URINÁRIA

Exame	Resultado	Valor Normal
Relação proteína/creatina urinária	1,8 mg/mg	Inferior a 0,2 mg/mg

Após 48 horas de restrição hidrossalina, furosemida e controle pressórico, mantém oligúria e a creatinina sobe para 3,0 mg/dL.

Considerando o quadro clínico e a evolução, assinale a conduta mais adequada.

A) Manter manejo conservador inicial, com controle pressórico, diurético e seguimento da função renal, pois C3 reduzido e ASLO elevado sustentam glomerulonefrite pós-estreptocócica, habitualmente autolimitada.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

B) Indicar investigação etiológica urgente e biópsia renal, pois a oligúria persistente e a elevação progressiva da creatinina sugerem glomerulonefrite rapidamente progressiva.

C) Iniciar pulsoterapia com corticoide antes da biópsia renal, pois a presença de cilindros hemáticos e perda rápida de função renal já permite definir o tratamento imunossupressor específico.

D) Tratar como síndrome nefrótica com hematúria associada, pois a proteinúria, o edema e a resposta incompleta ao diurético tornam prioritário iniciar corticoterapia empírica.

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: DIFÍCIL**

5.19.1 COMENTÁRIOS

O caso descreve uma síndrome nefrítica, caracterizada por hematúria intensa, cilindros hemáticos, proteinúria, edema, hipertensão, oligúria e elevação da creatinina. A história de faringoamigdalite recente, ASLO elevado e C3 reduzido sugere glomerulonefrite pós-estreptocócica. No entanto, a evolução com **piora rápida da função renal**, oligúria persistente e elevação da creatinina apesar das medidas iniciais deve levantar suspeita de **glomerulonefrite rapidamente progressiva**.

A glomerulonefrite rapidamente progressiva é uma síndrome clínica caracterizada por perda acelerada da função renal, geralmente em dias a semanas, associada a sedimento urinário nefrítico. Nessas situações, a conduta adequada é investigação etiológica urgente e **biópsia renal**, para definição diagnóstica e orientação terapêutica específica.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

C3 reduzido e ASLO elevado sustentam infecção estreptocócica prévia e podem ocorrer na glomerulonefrite pós-estreptocócica. Contudo, a alternativa erra ao propor manutenção de manejo conservador diante de oligúria persistente e piora rápida da creatinina. A evolução acelerada da disfunção renal exige investigação urgente.

Alternativa B – Correta

A presença de síndrome nefrítica associada a oligúria persistente e elevação progressiva da creatinina sugere glomerulonefrite rapidamente progressiva. A conduta adequada é investigação etiológica urgente e biópsia renal, a fim de identificar a causa e orientar tratamento específico.

Alternativa C – Incorreta

A perda rápida de função renal com cilindros hemáticos sugere quadro grave, mas não define, isoladamente, o tratamento imunossupressor específico. Corticoide ou outras terapias imunossupressoras podem ser necessários em algumas etiologias, mas a investigação etiológica e a biópsia renal são fundamentais para orientar a conduta, quando viáveis.

Alternativa D – Incorreta

Embora haja edema e proteinúria, o padrão predominante é nefrítico, com hematúria intensa, cilindros hemáticos, hipertensão, oligúria e piora da função renal. A síndrome nefrítica idiopática costuma cursar com proteinúria maciça, hipoalbuminemia e edema, sem esse predomínio de sedimento urinário nefrítico e deterioração rápida da função renal.

Fonte

KDIGO. **Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases**. Kidney International Supplements, 2021.

Nelson Textbook of Pediatrics. **Glomerulonephritis and Rapidly Progressive Glomerulonephritis**.

Moorani KN, Aziz M, Amanullah F. **Rapidly Progressive Glomerulonephritis in Children**. Cureus, 2022.

5.20 QUESTÃO – PED

Lactente de 3 meses é levado à Unidade Básica de Saúde por episódios intermitentes de choro intenso há 12 horas. A mãe relata que a criança fica subitamente irritada, flexiona as pernas sobre o abdome e depois melhora por alguns minutos. Teve dois episódios de vômitos e, nas últimas horas, apresentou evacuação com muco e pequena quantidade de sangue. Nega febre alta.

Ao exame, encontra-se irritado, corado, hidratado, com frequência cardíaca de 148 bpm, abdome discretamente distendido e doloroso à palpação, sem sinais de peritonite. O cartão vacinal mostra calendário atualizado para a idade, incluindo registro de vacina oral contra rotavírus aplicada há 5 dias.

Considerando o quadro clínico, assinale a conduta mais adequada.

- A)** Tratar como gastroenterite aguda, orientar hidratação oral supervisionada e reavaliar em curto intervalo, pois a criança está hidratada, sem febre alta e sem sinais de peritonite.
- B)** Suspeitar de invaginação intestinal, encaminhar para avaliação de urgência, notificar como evento pós-vacinação e contraindicar novas doses da vacina rotavírus se confirmado.
- C)** Considerar colite infecciosa, solicitar exame de fezes e manter observação ambulatorial, pois muco e sangue nas fezes sugerem etiologia inflamatória intestinal.
- D)** Suspeitar de alergia à proteína do leite de vaca, orientar exclusão de leite e derivados da dieta materna e acompanhar ambulatorialmente, pois muco e sangue nas fezes em lactente sugerem colite alérgica.

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

👉 **Gabarito: B**

👉 **Dificuldade: MODERADA**

5.20.1 COMENTÁRIOS

O quadro clínico é sugestivo de **invaginação intestinal**, uma urgência abdominal do lactente. Os principais elementos são episódios paroxísticos de choro intenso, flexão das pernas sobre o abdome, vômitos, distensão abdominal e evacuação com muco e sangue. A ausência de peritonite não exclui o diagnóstico, especialmente nas fases iniciais.

A informação do cartão vacinal deve ser integrada ao raciocínio: a vacina oral contra rotavírus foi aplicada há 5 dias. A invaginação intestinal é evento raro, mas reconhecido temporalmente após a vacina rotavírus, sobretudo na primeira semana após a primeira ou segunda dose. Isso não estabelece causalidade automática, mas exige notificação e investigação como evento supostamente atribuível à vacinação ou imunização.

A conduta adequada é encaminhamento urgente para avaliação, geralmente com ultrassonografia abdominal e manejo específico, como redução por enema pneumático ou hidrostático quando indicado e disponível. Se a invaginação intestinal for confirmada, doses subsequentes da vacina rotavírus devem ser contraindicadas.

Comentário das alternativas

Alternativa A – Incorreta

A criança está hidratada, sem febre alta e sem sinais de peritonite, mas esses dados não afastam urgência abdominal. O padrão de dor em crises, flexão das pernas sobre o abdome, vômitos, distensão abdominal e evacuação com muco e sangue é sugestivo de invaginação intestinal, o que exige avaliação urgente, e não apenas hidratação e reavaliação ambulatorial.

Alternativa B – Correta

AVALIAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA – INTERNATO

A alternativa reconhece a hipótese mais provável e indica a conduta adequada: encaminhamento urgente, notificação como evento pós-vacinação e contra-indicação de doses subsequentes da vacina rotavírus se a invaginação intestinal for confirmada.

Alternativa C – Incorreta

Colite infecciosa é diagnóstico diferencial possível diante de muco e sangue nas fezes. Contudo, o padrão paroxístico da dor, a flexão das pernas, os vômitos e a distensão abdominal favorecem invaginação intestinal. A prioridade não é exame de fezes em seguimento ambulatorial, mas avaliação urgente.

Alternativa D – Incorreta

A alergia à proteína do leite de vaca pode cursar com sangue e muco nas fezes em lactentes, especialmente em quadros de proctocolite alérgica. Entretanto, o caso apresenta evolução aguda, dor em crises, flexão das pernas, vômitos e distensão abdominal, conjunto mais compatível com invaginação intestinal. A conduta não deve ser apenas dietética e ambulatorial.

Fonte

Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação — 4ª edição atualizada.**

Ministério da Saúde. **Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026.**

CDC. **Pink Book: Rotavirus.**

American Academy of Pediatrics. **Red Book: Rotavirus Infections.**