



UFPA

GABARITO | 2026 | PA | 100 Questões



Gabarito: UFPA

2026 | PA

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Para confirmar o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a diretriz GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) estabelece que é necessária a presença de um padrão obstrutivo persistente na espirometria. Esse padrão é definido por uma relação entre o Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) e a Capacidade Vital Forçada (CVF) menor que 0,70 (ou 70%) após a administração de broncodilatador.

Análise da Espirometria:

Ao observarmos a tabela de espirometria de Benedito, devemos focar na linha VEF1/CVF (%) e na coluna Pós-BD (pós-broncodilatador). O valor encontrado é de 57%. Como esse valor é inferior a 70%, ele confirma que a obstrução ao fluxo aéreo não é totalmente reversível, preenchendo o critério diagnóstico para DPOC. Vale notar que, embora o paciente negue tabagismo, o histórico de asma na infância e possíveis exposições ocupacionais ou ambientais (como a queima de biomassa, comum em áreas rurais ou de pesca) podem levar ao desenvolvimento da doença.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 56%: Este valor corresponde à relação VEF1/CVF antes do uso do broncodilatador (Pré-BD). Embora indique obstrução, o diagnóstico definitivo de DPOC exige que a relação permaneça abaixo de 70%, obrigatoriamente, após o broncodilatador, para descartar uma reversibilidade completa típica da asma brônquica.

Alternativa b) 57%: Esta é a alternativa correta. Representa a relação VEF1/CVF pós-broncodilatador. Por ser menor que 70% (0,70), é o parâmetro que sela o diagnóstico de DPOC, confirmando a limitação crônica e persistente ao fluxo aéreo.

Alternativa c) 60%: Este valor refere-se ao percentual do VEF1 previsto após o broncodilatador (%Prev Pós-BD). Na espirometria, o VEF1 isolado é utilizado para classificar a gravidade da obstrução (estágios GOLD 1 a 4), mas não é o critério inicial para confirmar a presença da doença em si. No caso de Benedito, um VEF1 de 60% classificaria a obstrução como moderada (GOLD 2).

Alternativa d) 78%: Este valor é o percentual da Capacidade Vital Forçada previsto antes do broncodilatador (%Prev Pré-BD). A CVF pode estar normal ou reduzida na DPOC (devido ao aprisionamento de ar), mas seu valor isolado não define o diagnóstico de obstrução.

Alternativa e) 79%: Este valor é o percentual da Capacidade Vital Forçada previsto após o broncodilatador (%Prev Pós-BD). Assim como o valor pré-broncodilatador, ele não é o critério diagnóstico para a confirmação da DPOC.

Questão 2

Para confirmar o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a diretriz GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) estabelece que é obrigatória a realização de espirometria demonstrando uma relação VEF1/CVF (Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo / Capacidade Vital Forçada) menor que 0,70 ou 70 por cento após o uso de broncodilatador. Esse valor indica que a limitação ao fluxo aéreo é persistente e não totalmente reversível.

Análise dos dados da espirometria de Benedito:

Ao observar a tabela na imagem fornecida, a terceira linha apresenta o parâmetro VEF1/CVF (por cento). Na coluna Pós-BD (pós-broncodilatador), o valor registrado é de 57 por cento. Por ser inferior a 70 por cento, este é o dado que sela o diagnóstico de DPOC para o paciente. Clinicamente, o caso é compatível: homem de 68 anos com dispneia progressiva e murmúrio vesicular reduzido. Embora negue tabagismo, a profissão de pescador é frequentemente associada à exposição crônica à fumaça de biomassa (fogão a lenha), um importante fator de risco.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. DPOC-C estaria associada à CVF (primeira linha da tabela). A CVF de Benedito pós-BD é de 79 por cento do previsto. Embora esteja levemente reduzida, a redução da CVF isoladamente não é o critério utilizado para definir a obstrução crônica característica da DPOC.

Alternativa b) Incorreta. DPOC-P poderia se referir ao VEF1 isolado (segunda linha da tabela). O VEF1 pós-BD de 60 por cento do previsto é fundamental para classificar a gravidade da obstrução (neste caso, GOLD 2 - moderada), mas o diagnóstico inicial depende sempre da relação VEF1/CVF abaixo do limite fixo.

Alternativa c) Correta. DPOC-A indica o critério diagnóstico correto. O valor de 57 por cento na relação VEF1/CVF pós-broncodilatador é o parâmetro alterado que confirma a presença de obstrução fixa das vias aéreas, critério padrão-ouro para o diagnóstico de DPOC.

Alternativa d) Incorreta. DPOC-G possivelmente refere-se à graduação ou ao estadiamento da doença (GOLD). O estadiamento da gravidade do fluxo aéreo só é

realizado após a confirmação diagnóstica feita pela relação VEF1/CVF reduzida.

Alternativa e) Incorreta. DPOC-I não corresponde a nenhum critério espirométrico ou valor na tabela que seja reconhecido internacionalmente para a confirmação diagnóstica desta patologia.

Questão 3

A questão aborda o manejo da hipercalemia, focando em um novo medicamento, o ciclossilicato de zircônio sódico hidratado (Lokelma). O enunciado explica que ele é um quelante de potássio que atua no trato gastrointestinal através da troca de íons. Para responder corretamente, devemos identificar qual das alternativas apresenta um fármaco que também atua como uma resina de troca intestinal para remover o potássio do organismo.

Alternativa a) Incorreta. A furosemida é um diurético de alça que aumenta a excreção de potássio pela via renal, e não pela via gastrointestinal. Ela inibe o cotransportador Na-K-2Cl na alça de Henle, promovendo a natriurese e a caliurese. Embora ajude a eliminar potássio do corpo, o mecanismo de ação e o local de atuação são diferentes do citado.

Alternativa b) Incorreta. A insulina regular promove o deslocamento (*shift*) do potássio do meio extracelular para o intracelular ao estimular a bomba Na/K-ATPase. Ela não retira o potássio do corpo, apenas o redistribui temporariamente, sendo uma medida de ação rápida para reduzir a calemia aguda.

Alternativa c) Incorreta. O gluconato de cálcio não reduz os níveis séricos de potássio. Sua função é a estabilização da membrana do cardiomiócito, aumentando o limiar de excitabilidade e protegendo o coração contra arritmias fatais decorrentes da hipercalemia. É uma medida de proteção cardíaca, não de depleção de potássio.

Alternativa d) Incorreta. O bicarbonato de sódio atua promovendo a entrada de potássio para o interior das células (redistribuição), principalmente em pacientes que apresentam acidose metabólica concomitante. Assim como a insulina, ele não promove a excreção ou eliminação do excesso de potássio do organismo.

Alternativa e) Correta. O poliestirenosulfonato de cálcio (conhecido popularmente pela marca Sorcal) é uma resina de troca catiônica. Assim como o Lokelma, ele atua no intestino trocando um íon (neste caso, o cálcio) pelo potássio presente na luz intestinal, que é então excretado através das fezes. Ambos pertencem à classe dos quelantes ou ligantes de potássio de ação gastrointestinal, sendo o medicamento com o mecanismo mais semelhante ao descrito.

Gabarito: Letra E.

Questão 4

Análise do Caso Clínico:

O paciente é um homem jovem (30 anos) com um quadro clínico clássico de sintomas constitucionais, também conhecidos como sintomas B: febre vespertina/noturna, sudorese profusa e perda ponderal. A queixa de tosse seca persistente há mais de 6 meses, associada ao achado físico de sibilos localizados e alterações na ausculta/percussão no ápice esquerdo, sugere um processo expansivo intratorácico comprimindo as vias aéreas. A presença de linfonodo endurecido em cadeia cervical e abaulamento supraclavicular reforça a hipótese de uma neoplasia de origem linfonodal ou metastática.

A radiografia de tórax apresentada mostra um alargamento importante do mediastino superior, com uma massa volumosa projetada principalmente para o lado esquerdo, o que justifica tanto o abaulamento supraclavicular quanto os sinais de compressão brônquica (sibilos e alteração do murmúrio).

Análise das Alternativas:

a) CORRETA. O linfoma de Hodgkin tem um pico de incidência em adultos jovens (20 a 30 anos). É a causa mais comum de massas mediastinais volumosas nessa faixa etária, frequentemente cursando com sintomas B e linfadenopatia cervical ou supraclavicular indolor e endurecida. A massa mediastinal pode comprimir estruturas adjacentes, causando tosse seca e sibilos localizados, exatamente como descrito no caso.

b) INCORRETA. A criptococose pulmonar é uma infecção fúngica que geralmente ocorre em pacientes imunocomprometidos. Embora possa causar febre e tosse, a imagem radiológica típica costuma apresentar nódulos pulmonares ou infiltrados, e não um alargamento mediastinal maciço e isolado como o observado. Além disso, o histórico de hígidez e a duração dos sintomas tornam o linfoma muito mais provável.

c) INCORRETA. A asma não justifica a presença de linfadenopatia cervical endurecida e aderida, febre, sudorese noturna ou perda de peso. Além disso, a radiografia na asma costuma ser normal ou apresentar sinais de hiperinsuflação, nunca uma massa mediastinal.

d) INCORRETA. A tuberculose pode causar febre, sudorese e linfadenopatia

(escrófula). No entanto, a forma "disseminada" (miliar) apresentaria um padrão de micronódulos difusos em ambos os pulmões no RX. Embora a tuberculose ganglionar possa causar aumento de linfonodos mediastinais, a magnitude da massa observada na imagem e a apresentação clínica em um jovem hígido, sem contato epidemiológico citado, direcionam o diagnóstico prioritariamente para o linfoma.

e) INCORRETA. O adenocarcinoma de pulmão é o tipo mais comum de câncer de pulmão em não fumantes, mas é raro aos 30 anos de idade. Além disso, ele costuma se apresentar como uma massa periférica no parênquima pulmonar. O quadro de linfadenopatia cervical associado a uma grande massa mediastinal em um paciente jovem é muito mais característico de uma neoplasia hematológica (linfoma) do que de um carcinoma sólido pulmonar.

Questão 5

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro de ascite volumosa e tensa, associada a sinais de hipertensão portal. O histórico de esteatose hepática, diabetes, hipertensão e dislipidemia sugere fortemente uma evolução para cirrose hepática por esteato-hepatite metabólica (MASH). A ascite volumosa está causando restrição ventilatória mecânica (dispneia que piora ao deitar), o que caracteriza uma urgência no manejo. Embora a paracentese de alívio seja frequentemente necessária nesses casos de ascite tensa, a questão foca especificamente na conduta medicamentosa.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O octreotide é um análogo da somatostatina utilizado no manejo de complicações específicas da cirrose, como a hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas e a síndrome hepatorenal. Ele atua promovendo vasoconstrição esplâncnica, mas não possui indicação no tratamento direto e isolado da ascite.

Alternativa b) Incorreta. A furosemida é um diurético de alça que pode ser utilizado no tratamento da ascite, geralmente em combinação com a espironolactona. No entanto, como monoterapia, a furosemida é menos eficaz que a espironolactona no paciente cirrótico, pois não combate o mecanismo principal de retenção hídrica nesses casos: o hiperaldosteronismo secundário. Além disso, o uso isolado de furosemida tem maior risco de causar distúrbios eletrolíticos e desidratação sem o controle adequado da ascite.

Alternativa c) Incorreta. A terlipressina é um análogo da vasopressina. Suas principais indicações são o tratamento de varizes esofágicas sangrantes e a síndrome hepatorenal, devido ao seu potente efeito vasoconstritor arterial periférico e

esplâncnico. Não é uma medicação utilizada para o manejo da ascite.

Alternativa d) Correta. A espironolactona é um antagonista do receptor de aldosterona e é considerada a droga de escolha (primeira linha) para o tratamento medicamentoso da ascite decorrente de hipertensão portal. Na cirrose, ocorre uma ativação acentuada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, levando à retenção excessiva de sódio e água pelos rins. A espironolactona atua diretamente bloqueando esse mecanismo. Em provas de residência, ao se buscar a terapia farmacológica inicial para ascite cirrótica, a espironolactona é a resposta padrão.

Alternativa e) Incorreta. A albumina humana tem indicações bem precisas na cirrose: após paracentese de grande volume (acima de 5 litros) para repor volume e evitar disfunção circulatória, no tratamento da peritonite bacteriana espontânea (PBE) para proteção renal ou no manejo da síndrome hepatorenal. Ela não é um agente diurético e não deve ser usada como medicação primária para reduzir o volume ascítico.

Questão 6

O caso clínico apresenta uma paciente HIV-positiva com quadro de déficit neurológico focal agudo e crise convulsiva. A análise deve integrar os achados clínicos e a imagem de ressonância magnética (RM) para definir a hipótese mais provável.

Análise da Imagem de RM:

A imagem mostra uma volumosa lesão expansiva no hemisfério cerebral esquerdo, localizada na região frontal interna/paracentral. Observa-se um realce anelar pelo contraste (característico de lesões com necrose central) e um extenso edema vasogênico perilesional (área hipointensa ao redor). Um detalhe semiótico fundamental na imagem é o sinal do alvo excêntrico (um pequeno nódulo de realce junto à parede interna da lesão), que é altamente sugestivo de neurotoxoplasmose.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora a paciente tenha fatores de risco cardiovascular (HAS, DM, dislipidemia) e história de AVE prévio, a imagem de RM é incompatível com um insulto isquêmico agudo. No AVE isquêmico agudo, não há formação de realce anelar nem efeito de massa tão proeminente com edema vasogênico imediato; a imagem típica seria de uma área de restrição à difusão em território vascular.

b) Correta. A neurotoxoplasmose é a infecção oportunista do sistema nervoso central mais comum em pacientes com AIDS. Clinicamente, manifesta-se com febre, cefaleia, crises convulsivas e déficits focais (o déficit restrito ao membro inferior direito

justifica-se pela localização da lesão na face medial do hemisfério esquerdo, área correspondente à perna no homúnculo de Penfield). O padrão de realce anelar com o "sinal do alvo excêntrico" na RM é o achado clássico que sela o diagnóstico.

c) Incorreta. O tuberculoma cerebral pode se apresentar como lesão expansiva em pacientes imunossuprimidos, mas geralmente possui um curso clínico mais arrastado e o realce tende a ser mais heterogêneo ou em "alvo central", sem a especificidade do alvo excêntrico da toxoplasmose. Além disso, a prevalência da neurotoxoplasmose nesse cenário epidemiológico é significativamente maior.

d) Incorreta. O linfoma primário do SNC é o principal diferencial da neurotoxoplasmose em pacientes HIV-positivos. No entanto, o linfoma costuma apresentar realce sólido e homogêneo, frequentemente acometendo o corpo caloso ou regiões periventriculares. Embora possa apresentar realce anelar, a presença do sinal do alvo excêntrico e a localização da lesão favorecem fortemente a toxoplasmose.

e) Incorreta. Um abscesso bacteriano piogênico apresenta realce anelar e edema, de forma muito semelhante à imagem mostrada. Contudo, em uma paciente com diagnóstico de HIV recém-revelado e quadro neurológico focal, a etiologia por *Toxoplasma gondii** é estatisticamente muito mais provável do que uma infecção bacteriana inespecífica, a menos que houvesse um foco infeccioso evidente (como endocardite ou sinusite).

Questão 7

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão é um idoso de 68 anos com queixa de tontura do tipo instabilidade e turvação visual que ocorre especificamente ao adotar a posição ortostática (levantar-se), com alívio ao deitar. Esse padrão é clássico de Hipotensão Ortostática (HO).

Ao exame físico, a hipótese de HO é confirmada pelos critérios diagnósticos: queda da pressão arterial sistólica maior ou igual a 20 mmHg (passou de 135 para 100 mmHg, queda de 35 mmHg) ou queda da pressão diastólica maior ou igual a 10 mmHg (passou de 80 para 65 mmHg, queda de 15 mmHg) dentro de 3 minutos em pé.

Embora o uso de anti-hipertensivos (losartana e nifedipino) seja uma causa provável, a questão solicita o exame para confirmar a hipótese diagnóstica etiológica (a causa) em um contexto no qual a propedêutica neurológica e vestibular básica (Dix-Hallpike,

Romberg, Fukuda) foi negativa, afastando causas periféricas comuns como a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB).

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (e) Ressonância Magnética (RM) de encéfalo é considerada a correta porque, em pacientes idosos com tontura crônica, instabilidade progressiva e evidência de falência autonômica (como a hipotensão ortostática grave observada), é fundamental investigar causas centrais e neurodegenerativas. Doenças como a Atrofia de Múltiplos Sistemas (MSA), Doença de Parkinson ou doenças vasculares de pequenos vasos (leucoencefalopatia) podem se manifestar com tontura e disfunção do sistema nervoso autônomo. A RM é o padrão-ouro para avaliar a integridade das estruturas do tronco encefálico, cerebelo e núcleos da base, buscando sinais de atrofia ou lesões isquêmicas que expliquem a etiologia do quadro.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

a) Teste de inclinação (Tilt Test): Embora seja um excelente teste para documentar a hipotensão ortostática ou síncope vasovagal em casos duvidosos, o diagnóstico hemodinâmico de HO já foi realizado à beira do leito com o esfigmomanômetro. O Tilt Test confirmaria o fenômeno, mas não a "etiologia" (causa-base) estrutural ou neurológica solicitada pela questão.

b) Eletronistagmografia: É um exame utilizado para avaliar o sistema vestibular periférico e os movimentos oculares. Como as manobras clínicas (Dix-Hallpike) e os testes de equilíbrio (Romberg e Fukuda) foram negativos, e a queixa é puramente ortostática e não rotatória (vertigem), este exame perde sua indicação prioritária.

c) Eletroencefalograma (EEG): É indicado na suspeita de crises epiléticas. A tontura do paciente é claramente posicional e relacionada à perfusão cerebral (ortostatismo), sem elementos que sugiram atividade convulsiva, como perda de consciência súbita, movimentos tônico-clônicos ou estado pós-ictal.

d) Audiometria tonal e vocal: Seria útil se o paciente apresentasse sintomas auditivos associados (hipoacusia, zumbido), o que poderia sugerir Doença de Menière ou Neurinoma do Acústico. O enunciado nega expressamente esses sintomas.

Questão 8

Esta questão aborda o manejo da hiperglicemia hospitalar em pacientes não críticos, um tema frequente em provas e na prática clínica, fundamentado na Diretriz Brasileira de Diabetes (2025).

A definição de hiperglicemia hospitalar é qualquer valor de glicose acima de 140 mg/dL. No caso clínico, o paciente apresenta uma glicemia de 184 mg/dL à admissão. No entanto, ele não possui diagnóstico prévio de diabetes mellitus (DM) e o aumento pode estar associado ao estresse do trauma (fratura de tíbia) e ao uso de corticoide inalatório (budesonida), embora este último tenha menor impacto sistêmico.

De acordo com as diretrizes atuais para pacientes não críticos:

1. Pacientes com diagnóstico prévio de DM: Devem iniciar monitoramento e tratamento se a glicemia estiver > 140 mg/dL.
2. Pacientes sem diagnóstico prévio de DM: Se a glicemia na admissão for > 140 mg/dL, a conduta inicial é o Monitoramento da Glicemia Capilar (MGC). O tratamento medicamentoso com insulina geralmente só é iniciado se houver persistência de valores acima de 180 mg/dL.

Como o paciente teve apenas uma medida isolada de 184 mg/dL (muito próxima ao limite de intervenção de 180 mg/dL) e não tem histórico da doença, a conduta mais prudente e recomendada é apenas observar a tendência glicêmica através do monitoramento antes de prescrever qualquer esquema de insulina.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): É a conduta inicial para um paciente sem diagnóstico prévio de DM com hiperglicemia de estresse limítrofe. O monitoramento (MGC) permitirá identificar se os níveis retornarão ao normal após a estabilização do quadro agudo ou se permanecerão elevados, exigindo intervenção posterior.

Alternativa B (Incorreta): O uso de escala de correção de insulina isolada ("sliding scale") é fortemente desencorajado pelas diretrizes modernas, pois não previne a hiperglicemia, apenas reage a ela, aumentando a variabilidade glicêmica. Além disso, ainda não há indicação de insulinoterapia para este paciente.

Alternativa C (Incorreta): O esquema basal-plus (basal + correção) é indicado para pacientes com DM estáveis ou pacientes que persistem com glicemias elevadas, o que não é o caso de uma aferição única e inicial em paciente não diabético.

Alternativa D (Incorreta): O esquema basal-bolus é o tratamento de escolha para

pacientes com DM2 hospitalizados que estão se alimentando, mas é excessivamente agressivo para um paciente sem diagnóstico de DM com uma única glicemia de 184 mg/dL. O acréscimo de NPH matinal sem critérios claros aumentaria drasticamente o risco de hipoglicemia.

Alternativa E (Incorreta): Semelhante às anteriores, a insulinoterapia completa (basal-bolus + correção) é reservada para pacientes com diabetes conhecido ou hiperglicemia persistente e significativa durante a internação. Aplicar este esquema na admissão de um paciente sem histórico de DM e com 184 mg/dL seria uma conduta iatrogênica.

Questão 9

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de Lesão Renal Aguda (LRA) estadiada como KDIGO 2 (aumento da creatinina superior a duas vezes o valor basal e oligúria por mais de 6 horas). O contexto clínico é de choque (provavelmente séptico por pneumonia grave), evidenciado pela hipotensão e taquicardia.

Os exames laboratoriais fornecem pistas fundamentais sobre a etiologia da LRA: o sódio urinário baixo (10 mEq/L) e a Fração de Excreção de Ureia (FEUreia) menor que 35% são marcadores clássicos de uma etiologia pré-renal. Isso indica que os túbulos renais ainda estão funcionando e tentando reabsorver água e solutos para compensar a baixa perfusão sanguínea. A ultrassonografia normal descarta causas pós-renais (obstrutivas). Portanto, o tratamento deve focar na restauração da perfusão renal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hemodiálise de urgência é indicada em situações específicas conhecidas pelo mnemônico AEIOU: Acidose metabólica refratária, Eletrólitos (hipercalcemia grave), Intoxicações, Sobrecarga hídrica (edema agudo de pulmão) e Uremia grave (pericardite ou encefalopatia). O paciente não apresenta, no momento, nenhuma dessas indicações absolutas.

b) Incorreta. O uso de corticoides em altas doses não é o manejo padrão para lesão renal aguda pré-renal ou sepse. Embora o corticoide possa ser considerado em casos de choque séptico refratário a aminas vasopressoras, ele não é a conduta imediata para o manejo da função renal descrita.

c) Correta. Diante de um quadro de LRA pré-renal causado por choque/hipoperfusão,

a conduta inicial e mais adequada é a reposição volêmica com cristaloides. O objetivo é restaurar o volume circulante efetivo, melhorar a pressão arterial e, conseqüentemente, a pressão de perfusão renal, o que deve levar à normalização do débito urinário e da função renal.

d) Incorreta. O cateterismo vesical de alívio ou demora seria indicado se houvesse suspeita de obstrução infravesical (causa pós-renal), como hiperplasia prostática benigna ou bexiga neurogênica. A ultrassonografia de rins e vias urinárias sem dilatações (ausência de hidronefrose) afasta essa hipótese.

e) Incorreta. A suspensão da antibioticoterapia seria um erro grave, pois a pneumonia comunitária grave é o foco infeccioso que desencadeou o quadro de sepse e a conseqüente instabilidade hemodinâmica. O tratamento da causa-base é fundamental para a recuperação do paciente.

Questão 10

A questão aborda o manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em um paciente com cirrose hepática e varizes esofágicas. Este é um cenário que exige cautela, pois a fisiopatologia da cirrose altera a resposta a diversas classes de anti-hipertensivos.

****Análise do Caso Clínico:****

Gumercindo tem cirrose (Child-Pugh A: bilirrubina 1,5 = 1 pt; albumina 3,6 = 1 pt; INR 1,3 = 1 pt; ausência de ascite = 1 pt; ausência de encefalopatia = 1 pt; total = 5 pontos). Ele apresenta sinais de hipertensão portal (varizes de médio calibre e circulação colateral), mas sua pressão arterial sistêmica está descontrolada (152/96 mmHg) apesar do uso de losartana 100 mg/dia.

****Por que a alternativa (d) é a correta?***

Na cirrose hepática, ocorre uma vasodilatação esplâncnica progressiva. Para compensar a queda da resistência vascular sistêmica e manter a perfusão renal, o corpo ativa intensamente o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA).

1. ****A suspensão da losartana:**** O uso de inibidores da ECA ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (como a losartana) é contraindicado ou deve ser evitado em cirróticos. Ao bloquear o SRAA, essas drogas podem causar uma queda abrupta na pressão arterial sistêmica e na perfusão renal, precipitando insuficiência renal aguda e síndrome hepatorenal, mesmo em pacientes que ainda não têm ascite evidente.

2. ****O início da espironolactona:**** A espironolactona é o diurético de escolha na cirrose. Ela atua antagonizando a aldosterona (que está elevada devido ao

hiperaldosteronismo secundário da cirrose) e auxilia no controle da pressão arterial de forma mais segura para a hemodinâmica renal deste paciente, além de prevenir o acúmulo de líquido (ascite).

****Explicação das alternativas incorretas:****

* ****a) Iniciar hidralazina em baixas doses:**** A hidralazina é um vasodilatador direto que pode causar taquicardia reflexa e não atua na fisiopatologia da cirrose. Além disso, não resolve o problema principal, que é o uso da losartana.

* ****b) Manter esquema atual em monoterapia:**** Incorreto, pois a pressão arterial do paciente não está controlada (150/95 mmHg) e a losartana representa um risco potencial para a função renal do cirrótico a longo prazo.

* ****c) Associar medicamento betabloqueador:**** Esta alternativa é a "pegadinha" da questão. Betabloqueadores não seletivos (como propranolol ou carvedilol) são indicados para a profilaxia primária de sangramento por varizes de médio calibre. No entanto, para o manejo da ****hipertensão arterial sistêmica**** especificamente no cirrótico, a literatura e as bancas examinadoras priorizam a retirada de bloqueadores do SRAA (como a losartana) pelo risco renal, antes de considerar apenas a adição de outra droga ao esquema perigoso.

* ****e) Substituir losartana por bloqueador de canal de cálcio:**** Os bloqueadores de canal de cálcio (como o anlodipino) devem ser evitados na cirrose, pois podem acentuar a vasodilatação esplâncnica, piorando a hipertensão portal e aumentando o risco de sangramento de varizes esofágicas.

Questão 11

Análise detalhada da questão:

Item I: Correto. A vacina pneumocócica 23-valente (VPP23) não faz parte da rotina universal de todos os idosos no Programa Nacional de Imunizações (PNI), mas é especificamente indicada para idosos em condições especiais, como os institucionalizados (em asilos ou casas de repouso), acamados ou populações indígenas. O esquema de doses pode chegar a 3 doses no total: uma dose inicial, um reforço após 5 anos e uma terceira dose caso a primeira dose tenha sido aplicada antes dos 65 anos de idade (garantindo que a última dose ocorra após os 65 anos e com intervalo de 5 anos da anterior).

Item II: Incorreto. Embora o reforço da vacina dupla bacteriana adulto (dT) deva ser realizado a cada 10 anos em condições normais, a antecipação para 5 anos é indicada exclusivamente em casos de ferimentos graves ou contaminados com alto

risco para o tétano (profilaxia do tétano após ferimento). Não existe a recomendação de antecipação para 5 anos devido ao risco de difteria na rotina vacinal do idoso.

Item III: Correto. Conforme as atualizações mais recentes do Ministério da Saúde e do Programa Nacional de Imunizações, a vacinação contra a Covid-19 foi incluída no calendário de rotina para grupos prioritários. Para pessoas com 60 anos ou mais, a recomendação atual prevê a imunização anual (ou até semestral para subgrupos de maior risco, como imunossuprimidos e idosos mais velhos, mas o conceito de periodicidade anual está correto no contexto da questão), assemelhando-se à estratégia utilizada para a vacina da influenza.

Conclusão: Como os itens I e III estão corretos e o item II está incorreto, a alternativa que atende ao enunciado é a letra (d).

Explicação das Alternativas:

- a) Incorreta. O item III também está correto, portanto a alternativa está incompleta.
- b) Incorreta. O item II está errado devido à indicação de antecipação por risco de difteria.
- c) Incorreta. O item I também está correto, portanto a alternativa está incompleta.
- d) Correta. Identifica corretamente que os itens I e III são verdadeiros.
- e) Incorreta. O item II é falso, invalidando esta opção.

Questão 12

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), confirmada pela fração de ejeção de 32%, associada a um episódio de fibrilação atrial (FA). Para resolver a questão, é necessário avaliar dois pontos principais: a indicação de anticoagulação e a otimização do tratamento da insuficiência cardíaca conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

1. Cálculo do Risco Tromboembólico (Escore CHA2DS2-VASc):

- Idade (75 anos): 2 pontos.
- Hipertensão: 1 ponto.
- Diabetes mellitus: 1 ponto.
- Insuficiência cardíaca (ou disfunção ventricular moderada/grave): 1 ponto.
- Total: 5 pontos.

Para homens com pontuação maior ou igual a 2, a anticoagulação oral é mandatória (Classe I) para prevenir o acidente vascular cerebral (AVC).

2. Manejo da ICFER:

O paciente está subtratado. Ele utiliza nifedipino (um bloqueador de canal de cálcio que não reduz mortalidade na ICFER e pode até ser prejudicial) e apenas furosemida para controle de sintomas. Segundo a SBC, o tratamento padrão deve incluir o bloqueio neuro-humoral com os quatro pilares: betabloqueador, IECA ou BRA ou ARNI (sacubitril-valsartana), antagonista de mineralocorticoide (espironolactona) e inibidores do SGLT2.

POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ CORRETA?

Esta alternativa aborda as duas necessidades imediatas do paciente. A anticoagulação é necessária pelo alto risco embólico (escore 5) e a terapia da IC precisa ser instituída para melhorar o prognóstico e a função cardíaca. O betabloqueador, além de ser um pilar da IC, ajudará no controle da frequência cardíaca durante a fibrilação atrial.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ INCORRETA?

A antiagregação plaquetária (AAS e clopidogrel) não é eficaz para prevenir AVC em pacientes com fibrilação atrial. Os anticoagulantes orais são a única classe recomendada para esse fim. Além disso, o risco do paciente é alto (pontuação 5) e não intermediário.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ INCORRETA?

Embora o controle de frequência seja importante, a ausência de história prévia de AVC não exclui a necessidade de anticoagulação. O escore de risco é utilizado justamente para prever e evitar o primeiro evento. Com 5 pontos, a anticoagulação é obrigatória.

POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ INCORRETA?

A digoxina pode ser usada para controle de frequência na IC, mas nunca como substituta dos medicamentos que comprovadamente reduzem a mortalidade (como betabloqueadores e IECA). Suspender as medicações da IC seria um erro, pois são elas que tratam a causa-base da descompensação e da própria arritmia.

POR QUE A ALTERNATIVA E ESTÁ INCORRETA?

A ablação de FA pode ser considerada em pacientes com IC para melhorar a função ventricular em casos específicos, mas não é a conduta inicial antes da otimização clínica. Mais importante ainda: a reversão do ritmo ou a ablação NÃO isenta o paciente da necessidade de anticoagulação a longo prazo, dado que o escore CHA2DS2-VASc é elevado e o risco de recorrência subclínica da arritmia é alto.

Questão 13

Esta questão aborda o diagnóstico da tuberculose pleural, a causa mais comum de derrame pleural exsudativo no Brasil. Vamos analisar cada uma das afirmativas para entender por que todas estão corretas.

Afirmativa I: Esta afirmativa está correta. O líquido pleural na tuberculose é caracteristicamente um exsudato, o que significa que apresenta alta concentração de proteínas ou desidrogenase láctica (DHL) de acordo com os critérios de Light. No exame citológico, há um predomínio acentuado de linfócitos (geralmente acima de 75%) e uma marcante ausência ou raridade de células mesoteliais (geralmente menos de 5%). A dosagem da adenosina deaminase (ADA) é uma ferramenta diagnóstica excelente: valores acima de 40 U/L em um líquido com perfil linfocítico têm alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de tuberculose em nosso meio.

Afirmativa II: Esta afirmativa está correta. A tuberculose pleural é uma forma paucibacilar da doença. O derrame pleural não ocorre primariamente pela invasão direta e massiva de bactérias no espaço pleural, mas sim por uma reação de hipersensibilidade tardia (tipo IV) à presença de antígenos do *Mycobacterium tuberculosis*. Devido a essa baixa carga de bacilos, a pesquisa direta de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) no líquido pleural é quase sempre negativa, apresentando uma sensibilidade inferior a 5%.

Afirmativa III: Esta afirmativa está correta. Embora a cultura do líquido pleural isolada tenha uma sensibilidade baixa a moderada (entre 20% e 40%), o termo "frequentemente positiva" refere-se ao conjunto da investigação da tuberculose pleural. Quando se realiza a cultura do fragmento de biópsia pleural (que é o padrão-ouro para o diagnóstico), a positividade sobe para níveis entre 60% e 80%. Dessa forma, no contexto da investigação diagnóstica da doença, a cultura de micobactérias é considerada um método frequentemente positivo e fundamental para a confirmação etiológica e realização do teste de sensibilidade aos antibióticos.

Conclusão: Como as afirmativas I, II e III refletem adequadamente os achados laboratoriais e as características fisiopatológicas da tuberculose pleural, a alternativa correta é a letra (e).

Questão 14

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC), caracterizado por sintomas respiratórios (tosse produtiva), febre e sinais focais na ausculta pulmonar (estertores crepitantes). Para definir a conduta (tratamento ambulatorial, enfermaria ou UTI), utilizamos o escore de gravidade CURB-65. Vamos calculá-lo para este paciente:

C (Confusão mental): Presente (paciente sonolento e desorientado). +1 ponto.

U (Ureia > 43 ou 50 mg/dL): Ausente (ureia do paciente é 20 mg/dL). 0 pontos.

R (Frequência respiratória \geq 30 ipm): Presente (paciente tem 31 ipm). +1 ponto.

B (Pressão arterial: sistólica < 90 ou diastólica \leq 60 mmHg): Ausente (paciente tem 120/90 mmHg). 0 pontos.

65 (Idade \geq 65 anos): Presente (paciente tem 72 anos). +1 ponto.

Total: 3 pontos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Pelo escore CURB-65, pacientes com pontuação 0 ou 1 podem ser tratados ambulatorialmente. Com uma pontuação de 3, o risco de mortalidade é moderado a alto (cerca de 14%), o que exige obrigatoriamente a internação hospitalar.

Alternativa b) Incorreta. As cefalosporinas de 4ª geração (como a cefepima) possuem espectro voltado para *Pseudomonas aeruginosa** e são reservadas para infecções hospitalares ou pacientes com fatores de risco específicos para germes multirresistentes. Para PAC em idosos com comorbidades na enfermaria, a recomendação costuma ser uma associação de beta-lactâmico com macrolídeo ou o uso de quinolona respiratória isolada.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico de pneumonia é clínico-radiológico. A cultura de escarro pode auxiliar na identificação do agente etiológico para guiar a antibioticoterapia (descalonamento), mas não é o método de "confirmação diagnóstica" da doença em si. Além disso, o caso descreve uma pneumonia comunitária, e não hospitalar.

Alternativa d) Correta. O diagnóstico é de pneumonia comunitária. O escore CURB-65 totalizou 3 pontos (confusão mental + frequência respiratória + idade), o que indica a necessidade de hospitalização. Como o paciente não apresenta critérios de gravidade imediata para UTI (como necessidade de ventilação mecânica ou choque séptico), o manejo inicial em leito de enfermaria está correto.

Alternativa e) Incorreta. Embora o escore 3 indique hospitalização, a indicação de UTI é geralmente reservada para pacientes com CURB-65 de 4 ou 5, ou que preencham os critérios da ATS/IDSA (1 critério maior ou 3 menores). O paciente em questão não preenche critérios maiores e, dentre os menores, apresenta apenas a taquipneia e a confusão mental (insuficiente para definir obrigatoriedade de UTI de imediato sem outros sinais de instabilidade).

Questão 15

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Esta alternativa inverte e confunde os conceitos. A prática de abreviar a vida de um doente incurável é a eutanásia (conduta ativa para encerrar a vida). A distanásia, pelo contrário, é o prolongamento artificial e desproporcional do processo de morrer, também chamado de obstinação terapêutica.

b) Incorreta. A diferenciação entre os termos não se resume à velocidade do óbito (lenta ou rápida). A diferença fundamental reside na proporcionalidade das medidas adotadas e na eticidade. A distanásia prolonga o sofrimento com tratamentos fúteis, enquanto a ortotanásia respeita o processo natural da morte com foco no conforto.

c) Incorreta. A distanásia não é eticamente aceitável. Ela é considerada uma má prática médica por submeter o paciente a procedimentos invasivos e dolorosos que não trazem benefício clínico nem chance de cura, apenas prolongam a agonia. Apenas a ortotanásia é considerada ética e humanitária no contexto da terminalidade.

d) Incorreta. Apenas a distanásia (e a eutanásia) são vedadas. A ortotanásia é permitida e recomendada pelo Código de Ética Médica (Artigo 41, parágrafo único) e pela Resolução CFM 1.805/2006. O médico deve evitar a obstinação terapêutica e garantir cuidados paliativos adequados em casos de doenças incuráveis e terminais.

e) Correta. A ortotanásia define-se exatamente como a morte em seu tempo correto, sem abreviações (eutanásia) e sem prolongamentos inúteis (distanásia). No caso da paciente em questão, com falências orgânicas graves e sem perspectiva de recuperação, a suspensão de medidas fúteis e a manutenção de cuidados que garantam o conforto e a dignidade configuram a prática da ortotanásia.

Questão 16

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de longa data, com diversas comorbidades que definem a escolha terapêutica:

1. Obesidade (IMC 34 kg/m²).
2. Doença cardiovascular estabelecida (história de infarto agudo do miocárdio).
3. Doença renal crônica (taxa de filtração glomerular de 42 mL/min/1,73 m² e albuminúria de 180 mg/g).
4. Controle glicêmico inadequado (HbA1c 8,4%).

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da ADA, para pacientes com esse perfil (alto risco cardiovascular e doença renal), a prioridade é o uso de medicamentos que comprovadamente reduzam desfechos cardiovasculares e a progressão da doença renal, independentemente da HbA1c.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): Os agonistas do receptor de GLP-1 (GLP-1 RA) e os inibidores de SGLT2 (iSGLT2) são as classes de escolha para este perfil. O GLP-1 RA tem benefício comprovado na redução de eventos cardiovasculares maiores (MACE), além de promover perda de peso significativa, o que é fundamental para uma paciente com IMC de 34. Os iSGLT2 são essenciais pela proteção renal (redução de albuminúria e declínio da função renal) e também pela proteção cardiovascular. A combinação de ambos é recomendada quando os objetivos não são atingidos ou para maximizar a proteção de órgãos-alvo.

Alternativa B (INCORRETA): As sulfonilureias, embora baratas e potentes na redução da glicemia, associam-se ao ganho de peso e ao risco de hipoglicemia. Elas não oferecem proteção cardiovascular ou renal, sendo desaconselhadas como primeira linha de intensificação para pacientes com esse perfil de risco.

Alternativa C (INCORRETA): O início de insulina basal não é a prioridade neste momento. Embora a insulina seja necessária em casos de falha terapêutica ou glicemias muito elevadas, ela promove ganho de peso e não possui os benefícios de proteção cardiovascular e renal específicos que os GLP-1 RA e iSGLT2 oferecem. A nefropatia moderada (estágio 3b) não é uma indicação isolada de insulinização.

Alternativa D (INCORRETA): Otimizar a metformina (cuja dose máxima recomendada para TFG entre 30 e 45 mL/min/1,73 m² é de 1.000 mg/dia) e o uso de iECA é importante, mas insuficiente. O tratamento atual do DM2 com lesão de órgão-alvo exige a introdução de terapias modificadoras da doença (iSGLT2 e GLP-1 RA) para

reduzir a mortalidade e a progressão renal, indo além do simples controle pressórico e glicêmico.

Alternativa E (INCORRETA): Os inibidores da DPP-4 são seguros na doença renal crônica (com ajuste de dose, exceto para linagliptina), porém são neutros do ponto de vista cardiovascular e não auxiliam na perda de peso. Substituir a metformina por um iDPP-4 seria trocar uma droga potente por outra menos potente e sem os benefícios superiores demonstrados pelos agonistas de GLP-1 para esta paciente. Além disso, a metformina pode ser mantida em dose reduzida até uma TFG de 30 mL/min.

Questão 17

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A síndrome metabólica é caracterizada por um conjunto de fatores que o paciente apresenta, como hipertensão, dislipidemia e obesidade abdominal (aumento da circunferência abdominal). Essa condição gera um estado de inflamação crônica de baixa intensidade e hiperinsulinemia, que favorecem a proliferação celular e a angiogênese. Estudos epidemiológicos robustos confirmam que a presença da síndrome metabólica está associada não apenas a um maior risco de desenvolver o câncer colorretal, mas também a taxas mais elevadas de mortalidade geral e específica pela doença.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. Embora o tabagismo seja um fator de risco documentado para o câncer colorretal, associando-se ao desenvolvimento de adenomas e tipos específicos de tumores (via de instabilidade de microssatélites), a explicação da gênese tumoral via disbiose intestinal induzida pelo fumo é uma hipótese em estudo e não o mecanismo fisiopatológico principal ou clássico estabelecido pela literatura acadêmica para provas de residência. A alternativa A apresenta uma relação epidemiológica muito mais consolidada.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A terapia neoadjuvante é uma das pedras angulares do tratamento do câncer colorretal, especialmente no câncer de reto localmente avançado. No caso do cólon (como o sigmoide), a neoadjuvância pode ser considerada em casos selecionados para redução do estadiamento (downstaging) e melhora das taxas de ressecção. Afirmar que a modalidade é ineficaz contraria as diretrizes oncológicas atuais que buscam a individualização do tratamento.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. Grandes estudos multicêntricos e randomizados (como os estudos COST, COLOR e CLASICC) já comprovaram a não inferioridade da cirurgia laparoscópica em relação à cirurgia aberta no tratamento do câncer colorretal. Os desfechos de sobrevida global, sobrevida livre de doença e

taxas de recorrência local são equivalentes, com a laparoscopia oferecendo vantagens no período pós-operatório imediato, como menor dor e recuperação mais rápida.

Alternativa e: Esta alternativa está incorreta. O consumo de álcool é um fator de risco modificável bem estabelecido para o câncer colorretal. Existe uma relação direta entre a quantidade ingerida e o aumento do risco; o consumo pesado de álcool está associado a uma maior incidência da neoplasia e também a piores índices de sobrevida, possuindo, portanto, vínculos claros com a mortalidade.

Questão 18

O quadro clínico descreve um paciente com neutropenia febril, uma emergência oncológica. O primeiro passo para a avaliação é calcular a Contagem Absoluta de Neutrófilos (CAN). Com 700 leucócitos/mm³ e 50% de neutrófilos, a CAN é de 350/mm³. A neutropenia febril é definida como uma temperatura oral única maior que 38,3 °C ou maior que 38,0 °C por mais de uma hora, associada a uma CAN menor que 500/mm³ (ou menor que 1.000/mm³ com previsão de queda para menos de 500/mm³ em 48 horas).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Existe, sim, uma neutropenia importante e grave (abaixo de 500/mm³). A decisão de iniciar o antibiótico não depende do cateter; o tratamento deve ser imediato em todos os casos de neutropenia febril. A presença de cateter venoso central poderia apenas sugerir a adição de cobertura para Gram-positivos (como vancomicina), mas não condiciona o início da terapia.

b) Incorreta. O uso de antibióticos por via oral (como ciprofloxacina e amoxicilina-clavulanato) é reservado apenas para pacientes classificados como de baixo risco pelo score MASCC (estáveis hemodinamicamente, sem disfunções orgânicas). Este paciente apresenta sinais de gravidade e instabilidade hemodinâmica (PA 90 x 60 mmHg, taquicardia e taquipneia), sendo classificado como de alto risco, o que exige internação e tratamento endovenoso.

c) Incorreta. A antibioticoterapia na neutropenia febril deve ser iniciada o mais rápido possível, idealmente na primeira hora (a chamada "hora de ouro"). Postergar o tratamento para aguardar resultados de culturas aumenta significativamente a mortalidade por choque séptico.

d) Correta. O paciente é de alto risco e apresenta neutropenia grave. Nestes casos, a terapia inicial deve ser feita com um antibiótico de amplo espectro que cubra

obrigatoriamente a *Pseudomonas aeruginosa*. O cefepime é uma cefalosporina de quarta geração que possui essa cobertura e é amplamente recomendado como monoterapia inicial para pacientes de alto risco.

e) Incorreta. Nem todo paciente em quimioterapia com febre está neutropênico ou em estado grave. A conduta depende da contagem de neutrófilos e da estratificação de risco. O uso indiscriminado dos "antibióticos mais potentes disponíveis" (como carbapenêmicos de reserva ou polimixinas) para todos os casos sem critério clínico promove resistência bacteriana desnecessária.

Questão 19

O caso descreve uma paciente com um nódulo tireoidiano de 2,0 cm apresentando características ultrassonográficas de alta suspeição para malignidade: hipocogenicidade, margens irregulares, presença de microcalcificações e ausência de halo periférico. De acordo com as diretrizes da American Thyroid Association (ATA) e o sistema ACR-TIRADS, nódulos sólidos e hipocóicos que possuem características suspeitas devem ser submetidos à investigação citopatológica se apresentarem diâmetro igual ou superior a 1,0 cm.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O acompanhamento ultrassonográfico isolado é reservado para nódulos de baixa suspeição ou nódulos suspeitos que não atingiram o tamanho de corte para punção. No cenário descrito, o nódulo possui múltiplos critérios de malignidade e tamanho (2,0 cm) que exigem investigação imediata.

b) Incorreta. A cintilografia de tireoide não é o exame inicial para avaliação de malignidade. Ela é indicada principalmente quando o TSH está suprimido (sugerindo hipertireoidismo) para verificar se o nódulo é funcional ("quente"). Nódulos com características ultrassonográficas suspeitas precisam de avaliação citológica, independentemente da funcionalidade.

c) Correta. A Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) guiada por ultrassonografia é o padrão-ouro para o diagnóstico de nódulos tireoidianos. O procedimento permite a análise citopatológica das células, que serão classificadas pelo sistema Bethesda para determinar o risco de malignidade e orientar a conduta (seguimento, repetição da punção ou cirurgia).

d) Incorreta. A dosagem de anticorpos anti-TPO e antitireoglobulina é útil no diagnóstico de tireoidites autoimunes, como a Tireoidite de Hashimoto. No entanto, esses exames não auxiliam na distinção entre nódulos benignos e malignos, não

sendo, portanto, a conduta prioritária para a investigação do nódulo em questão.

e) Incorreta. A tireoidectomia total sem uma confirmação diagnóstica prévia (ou forte indicação por PAAF) é uma conduta excessivamente agressiva. A cirurgia eletiva de tireoide deve ser fundamentada no resultado da citopatologia (Bethesda) ou em sintomas compressivos claros, que foram negados pela paciente. O diagnóstico deve preceder o tratamento cirúrgico definitivo para evitar procedimentos desnecessários.

Questão 20

O caso clínico apresenta um paciente idoso com queixa de esquecimento progressivo, porém com manutenção da independência nas atividades de vida diária. Esse é o ponto crucial para a diferenciação diagnóstica em psicogeriatría.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A demência vascular geralmente se manifesta com um declínio cognitivo em degraus, associado a déficits neurológicos focais ou evidências de doença cerebrovascular significativa em exames de imagem. O paciente em questão possui exame neurológico e ressonância magnética de crânio normais.

b) Incorreta. Para o diagnóstico de Doença de Alzheimer (ou qualquer outra demência), é obrigatório que o declínio cognitivo seja grave o suficiente para comprometer a funcionalidade do indivíduo, gerando dependência em atividades cotidianas. O enunciado deixa claro que o paciente ainda realiza suas atividades de forma independente. Além disso, a pontuação no Mini-Exame do Estado Mental (27 pontos) é considerada alta, embora deva ser interpretada conforme a escolaridade.

c) Correta. O quadro descrito preenche os critérios para Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), também chamado de Alteração Cognitiva Leve. Os critérios principais são: queixa de declínio cognitivo (confirmada pelo paciente ou informante), evidência objetiva de comprometimento em um ou mais domínios cognitivos (neste caso, a memória), preservação da independência nas atividades funcionais e ausência de critérios para demência. É um estado de transição entre o envelhecimento normal e a demência.

d) Incorreta. Embora a depressão no idoso possa se manifestar com queixas cognitivas (pseudodemência), o quadro clínico não descreve sintomas típicos de humor deprimido, anedonia, alterações de sono ou apetite. O foco principal é puramente o déficit de memória episódica recente.

e) Incorreta. A demência por corpúsculos de Lewy caracteriza-se pela tríade de

parkinsonismo espontâneo, alucinações visuais bem estruturadas e flutuação do nível de consciência/atenção. Nada disso está presente no relato, e o paciente mantém sua funcionalidade, o que exclui o diagnóstico de demência.

Em resumo, a preservação da autonomia funcional diante de uma queixa cognitiva objetiva direciona o diagnóstico para Alteração Cognitiva Leve.

Questão 21

O caso descreve um paciente com Pancreatite Aguda Grave, caracterizada pela presença de necrose pancreática (40%) identificada em tomografia computadorizada. Vamos analisar cada alternativa para entender por que a letra E é a correta:

Alternativa A: Incorreta. O uso de antibioticoprofilaxia na pancreatite aguda, mesmo naquelas com extensa necrose estéril, não é recomendado pelas diretrizes atuais (como as da Associação Americana de Gastroenterologia e da IAP/APA). O antibiótico não previne a formação de necrose nem a sua infecção, devendo ser reservado apenas para casos de infecção confirmada ou suspeita clínica forte (como febre e piora laboratorial após a primeira semana).

Alternativa B: Incorreta. A nutrição parenteral não é a via preferida. Atualmente, a nutrição enteral (por sonda nasoenteral ou nasogástrica) é a primeira escolha para pacientes que não toleram a via oral. A nutrição enteral ajuda a manter a integridade da barreira intestinal, reduzindo a translocação bacteriana e, conseqüentemente, o risco de infecção da necrose. A nutrição parenteral é reservada apenas para casos em que a via enteral não é possível ou não atinge as metas calóricas.

Alternativa C: Incorreta. A tomografia com contraste realizada precocemente (nas primeiras 48 a 72 horas) muitas vezes não consegue delimitar a extensão real da necrose, podendo resultar em um exame falso-negativo ou subestimar a gravidade, como ocorreu no caso relatado. O momento ideal para avaliar complicações locais como a necrose é após 72 a 96 horas do início dos sintomas.

Alternativa D: Incorreta. A grande maioria dos casos de pancreatite aguda (cerca de 80%) é de natureza leve e autolimitada, podendo ser tratada em enfermaria com hidratação e analgesia. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é indicada apenas para casos graves, com falência orgânica persistente ou critérios de alto risco.

Alternativa E: Correta. A necrose pancreática estéril deve ser tratada clinicamente. No entanto, se houver confirmação de necrose infectada (seja por presença de gás na tomografia ou punção por agulha fina com cultura positiva), a intervenção para desbridamento é necessária. Embora atualmente se prefira a abordagem "step-up"

(começando com drenagem percutânea ou endoscópica), a necrosectomia (cirúrgica) continua sendo o tratamento definitivo clássico para a necrose infectada que não responde a medidas minimamente invasivas. No contexto de provas de residência, a associação "necrose infectada = tratamento cirúrgico/intervencionista" é a regra.

Questão 22

Alternativa a) Incorreta: A lesão de Dieulafoy é uma causa clássica de hemorragia digestiva alta, embora menos frequente que as úlceras pépticas. Ela consiste em uma artéria submucosa de calibre persistente que sofre erosão da mucosa, podendo causar sangramentos arteriais graves, localizando-se geralmente na pequena curvatura gástrica.

Alternativa b) Incorreta: O balão de Sengstaken-Blakemore é uma medida de salvamento temporária, utilizada como ponte para estabilizar o paciente com sangramento por varizes esofágicas que não respondeu à terapia inicial. Ele não é um tratamento definitivo, pois o risco de ressangramento após a sua desinsuflação é alto, além de haver risco de necrose esofágica se permanecer por muito tempo.

Alternativa c) Correta: A endoscopia digestiva alta (EDA) é o padrão-ouro tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento da hemorragia digestiva alta. Em pacientes com instabilidade hemodinâmica persistente e sinais de sangramento ativo, a endoscopia de urgência deve ser realizada o mais breve possível, assim que houver uma estabilização mínima ou concomitante à ressuscitação, para tentar interromper o foco hemorrágico.

Alternativa d) Incorreta: A indicação cirúrgica na hemorragia digestiva alta é reservada para casos específicos, como falha nas tentativas de hemostasia endoscópica (geralmente após duas tentativas), choque refratário a grandes volumes ou sangramento persistente que exige múltiplas transfusões (geralmente acima de 6 unidades em 24 horas). O uso de apenas 2 bolsas de sangue não é critério para indicar laparotomia.

Alternativa e) Incorreta: A cirurgia "às cegas" com gastrectomia total é uma conduta inadequada. Caso o tratamento endoscópico falhe e o paciente precise de cirurgia, o cirurgião deve buscar identificar o local do sangramento através de manobras como a gastrotomia ampla para inspeção direta. A ressecção deve ser a mais econômica possível e direcionada ao sítio do sangramento, uma vez que a gastrectomia total possui altíssima morbimortalidade.

Questão 23

Alternativa a) Incorreta. A esteatose hepática não alcoólica leve é uma condição extremamente comum, caracterizada pelo acúmulo de gordura no fígado sem inflamação significativa ou fibrose avançada. O tratamento é baseado em mudanças no estilo de vida, como dieta e exercícios físicos. O transplante só seria cogitado se a doença evoluísse para cirrose terminal ou carcinoma hepatocelular, o que não é o caso de uma forma leve.

Alternativa b) Correta. Esta é a indicação clássica de transplante hepático. A cirrose é considerada descompensada quando surgem complicações graves como ascite (especialmente a refratária ao tratamento medicamentoso), encefalopatia hepática, hemorragia digestiva por varizes esofágicas ou icterícia persistente. A ascite refratária indica uma falência funcional grave e hipertensão portal acentuada, conferindo um prognóstico reservado e prioridade na lista de transplante por meio do escore MELD.

Alternativa c) Incorreta. Tradicionalmente, metástases hepáticas de câncer colorretal não são indicações clássicas para transplante. O tratamento padrão para metástases ressecáveis é a hepatectomia parcial associada à quimioterapia. Embora existam protocolos de pesquisa recentes avaliando o transplante para casos selecionados e irressecáveis, isso ainda não faz parte da prática clínica rotineira e não é considerado uma indicação "clássica".

Alternativa d) Incorreta. Cistos hepáticos simples são lesões benignas muito comuns e, quando assintomáticos, não requerem nenhum tipo de intervenção ou acompanhamento especial. Jamais seriam indicação para um procedimento de alta complexidade como o transplante.

Alternativa e) Incorreta. O adenoma hepático é um tumor benigno. O manejo de adenomas pequenos (menores que 5 cm) em mulheres geralmente envolve apenas a suspensão de anticoncepcionais orais e observação por imagem. A cirurgia de ressecção (e não o transplante) é reservada para adenomas maiores que 5 cm, em homens ou em lesões com mutações específicas, pelo risco de ruptura e transformação maligna. O transplante só seria considerado em casos raríssimos de adenomatose maciça que impossibilitasse a função hepática normal ou a ressecção parcial.

Questão 24

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é entendida como uma condição crônica decorrente do fluxo retrógrado de conteúdo gastroduodenal para o esôfago ou órgãos adjacentes. Embora seja uma doença multifatorial, a falha nos mecanismos de barreira na junção esofagogástrica é o ponto central.

Alternativa a) Incorreta. A hipersecreção ácida não é a regra na DRGE. A maioria dos pacientes produz uma quantidade normal de ácido clorídrico; o problema reside no fato de esse ácido estar em um local inadequado (o esôfago) devido a falhas mecânicas. A hipersecreção é característica de condições raras, como a Síndrome de Zollinger-Ellison.

Alternativa b) Incorreta. A redução da produção de muco e de bicarbonato é um mecanismo mais relacionado à fisiopatologia das gastrites e das úlceras pépticas gástricas e duodenais, nas quais há um desequilíbrio entre fatores agressores e protetores da própria mucosa do estômago.

Alternativa c) Incorreta. O aumento da motilidade do esôfago distal ajudaria a limpar o ácido do esôfago (*clearance* esofágico) mais rapidamente. O que se observa em alguns pacientes com DRGE é, na verdade, a hipomotilidade ou ondas peristálticas ineficazes, o que prolonga o tempo de contato do material refluído com a mucosa esofágica.

Alternativa d) Correta. Os relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior (RTEI) são episódios de relaxamento do esfíncter que ocorrem independentemente da deglutição e duram mais tempo que o relaxamento fisiológico induzido pelo alimento (geralmente mais de 10 segundos). Eles são desencadeados principalmente pela distensão gástrica e representam o principal mecanismo de refluxo tanto em indivíduos saudáveis quanto em pacientes com DRGE sem hérnia de hiato ou hipotonia severa do esfíncter.

Alternativa e) Incorreta. O **Helicobacter pylori** é uma bactéria que coloniza a mucosa gástrica e está associada a gastrites, úlceras e câncer gástrico. Não há evidências de que cause DRGE. Inclusive, em alguns casos, a erradicação do **H. pylori** pode desmascarar ou piorar sintomas de refluxo em pacientes que desenvolvem gastrite de corpo gástrico com redução da produção ácida.

Questão 25

Para resolver essa questão, devemos focar na localização anatômica da massa e no quadro clínico da paciente. A paciente apresenta sinais de obstrução intestinal (náuseas e parada de eliminação de gases) e uma massa irreductível e dolorosa na região da virilha. O ponto-chave para o diagnóstico é a relação da massa com o ligamento inguinal.

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. As hérnias inguinais (sejam diretas ou indiretas) se localizam superiormente ao ligamento inguinal. Embora a hérnia inguinal indireta seja o tipo mais comum em ambos os sexos, a localização anatômica descrita no enunciado (inferior ao ligamento) descarta essa opção.

Alternativa b: Correta. A hérnia femoral (ou crural) ocorre através do canal femoral, que se localiza logo abaixo (inferiormente) ao ligamento inguinal e medialmente aos vasos femorais. É uma condição muito mais frequente em mulheres idosas, multíparas e obesas, exatamente o perfil da paciente descrita. Pelo fato de o canal femoral ser estreito e possuir bordas rígidas, essas hérnias apresentam um alto risco de encarceramento e estrangulamento. Isso justifica a dor súbita, a irreductibilidade, a ausência de expansibilidade à tosse e os sinais de obstrução intestinal (vômitos e parada de eliminação de gases).

Alternativa c: Incorreta. Assim como a indireta, a hérnia inguinal direta se posiciona acima do ligamento inguinal. Ela decorre de uma fraqueza na parede posterior do canal inguinal (fáscia transversalis) e tem um risco de estrangulamento significativamente menor do que a hérnia femoral.

Alternativa d: Incorreta. Um linfonodo inflamado (linfadenite) pode causar dor e massa palpável na região inguinal, mas não explicaria os sintomas sistêmicos de obstrução intestinal, como a parada de eliminação de gases e náuseas.

Alternativa e: Incorreta. A localização descrita é a região inguinal esquerda, abaixo do ligamento. Uma hérnia umbilical estaria localizada na cicatriz umbilical, na linha média do abdome, e não na região da virilha.

Questão 26

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico de colecistite aguda é primariamente clínico e ultrassonográfico. Segundo os Critérios de Tokyo 2018 (TG18), a ultrassonografia é o exame de imagem de primeira escolha devido à sua alta sensibilidade e ao seu baixo custo. A tomografia computadorizada é reservada para casos em que o diagnóstico permanece incerto ou quando há suspeita de complicações, como perfuração ou abscessos.

Alternativa b) Incorreta. A estratégia de "esfriar" o processo inflamatório com antibióticos para operar após 6 a 12 semanas caiu em desuso para pacientes com baixo risco cirúrgico. Estudos demonstram que a cirurgia precoce é superior, pois reduz o tempo de internação, os custos hospitalares e o risco de recorrência de crises biliares durante o período de espera.

Alternativa c) Correta. Em pacientes jovens e sem comorbidades (classificados como Tokyo Grau I - Leve), a conduta padrão-ouro é a colecistectomia videolaparoscópica precoce. O ideal é que o procedimento seja realizado na mesma internação, preferencialmente dentro das primeiras 72 horas do início dos sintomas, o que facilita a técnica cirúrgica devido à menor formação de aderências firmes.

Alternativa d) Incorreta. A via videolaparoscópica é a preferencial para o tratamento da colecistite aguda, independentemente do grau de inflamação inicial. Ela apresenta melhores resultados em termos de menor dor pós-operatória, retorno precoce às atividades e menores taxas de infecção de parede quando comparada à cirurgia aberta (incisão de Kocher).

Alternativa e) Incorreta. Embora a ultrassonografia (US) seja fundamental, os Critérios de Tokyo para o diagnóstico de colecistite baseiam-se na tríade: sinais de inflamação local (ex.: sinal de Murphy positivo), sinais de inflamação sistêmica (ex.: febre, leucocitose ou aumento da PCR) e achados de imagem sugestivos. Amilase e lipase são solicitadas para descartar pancreatite aguda associada, mas não são critérios para o diagnóstico de colecistite nem para a indicação de colecistectomia.

Questão 27

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um Carcinoma Hepatocelular (HCC) em um contexto de cirrose com excelente reserva funcional (Child-Pugh A) e ausência de hipertensão portal clinicamente significativa. O tumor é único e mede 2,5 cm. De acordo com os critérios do BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer), este paciente encontra-se no Estágio A (Precoce).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O transplante hepático é uma excelente opção para pacientes dentro dos Critérios de Milão (tumor único até 5 cm ou até 3 tumores de até 3 cm), porém ele é reservado como primeira escolha para aqueles que possuem disfunção hepática (Child-Pugh B ou C) ou hipertensão portal significativa, onde a ressecção seria perigosa. Como este paciente tem função preservada e sem hipertensão portal, a ressecção é priorizada.

b) Correta. A ressecção hepática é o tratamento de escolha para pacientes com tumor único, Child-Pugh A, sem hipertensão portal e com bilirrubinas normais. Nessas condições, o risco de descompensação pós-operatória é baixo e a ressecção oferece taxas de cura e sobrevida global excelentes, mantendo o fígado do próprio paciente.

c) Incorreta. A quimioembolização transarterial (TACE) é o tratamento de escolha para o Estágio B do BCLC (estágio intermediário), que engloba pacientes com doença multinodular, sem invasão vascular ou sintomas, e que não são candidatos aos tratamentos curativos (ressecção, transplante ou ablação).

d) Incorreta. O sorafenibe é uma terapia sistêmica indicada para o Estágio C do BCLC (estágio avançado), caracterizado por invasão vascular (invasão da veia porta), disseminação extra-hepática ou comprometimento do estado geral (Performance Status 1 ou 2). Atualmente, a combinação de atezolizumabe com bevacizumabe costuma ser a primeira linha no estágio avançado, mas o sorafenibe ainda permanece como opção.

e) Incorreta. A ablação por radiofrequência é uma alternativa curativa, geralmente indicada para tumores muito pequenos (menores que 2 cm - BCLC 0) ou para pacientes no estágio A que possuem contraindicações cirúrgicas (como hipertensão portal ou comorbidades graves). Para um tumor de 2,5 cm em um paciente que suporta cirurgia (Child A, sem hipertensão portal), a ressecção hepática ainda é considerada a conduta inicial preferencial por garantir margens cirúrgicas e melhor controle local.

Questão 28

O caso clínico descreve um adenocarcinoma gástrico localizado na região distal do estômago (antro), sem metástases à distância, mas com suspeita de acometimento linfonodal regional. O objetivo é o tratamento curativo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A gastrectomia total não é mandatória para tumores distais, desde que seja possível obter uma margem de ressecção proximal livre de tumor (geralmente de 3 a 5 cm). Além disso, a linfadenectomia D1 (que engloba apenas os linfonodos perigástricos) é considerada insuficiente para o tratamento com intenção curativa em pacientes com bom status clínico, sendo a D2 o padrão-ouro.

b) Correta. Para tumores localizados no terço inferior do estômago (antro e piloro), a gastrectomia subtotal distal é a cirurgia de escolha, pois oferece resultados oncológicos equivalentes à gastrectomia total, mas com menor morbidade e melhor qualidade de vida pós-operatória (melhor estado nutricional e menor incidência de síndromes pós-gastrectomia). A linfadenectomia D2 (que remove os linfonodos perigástricos e os localizados ao longo dos ramos do tronco celíaco) é o padrão recomendado para o tratamento curativo, especialmente quando há suspeita de linfonodos comprometidos.

c) Incorreta. A ressecção endoscópica (EMR ou ESD) é reservada para o câncer gástrico precoce (restrito à mucosa), com critérios muito estritos, como lesões pequenas, bem diferenciadas e, fundamentalmente, sem qualquer evidência de acometimento linfonodal. A presença de linfonodos regionais aumentados na tomografia contraindica formalmente a via endoscópica.

d) Incorreta. Como mencionado, a gastrectomia total é desnecessária para lesões de antro. Quanto à linfadenectomia D3 (que inclui linfonodos em estações mais distantes, como os da artéria mesentérica superior e os para-aórticos), ela não é recomendada de rotina, pois aumenta significativamente a mortalidade e as complicações pós-operatórias sem demonstrar benefício claro na sobrevida global em comparação à D2.

e) Incorreta. Embora o esquema FLOT (quimioterapia perioperatória) seja frequentemente utilizado para tumores gástricos localmente avançados, a quimioterapia exclusiva não é uma conduta curativa para o adenocarcinoma gástrico localizado. A cirurgia com margens livres e linfadenectomia adequada permanece como o pilar central do tratamento com intenção de cura.

Questão 29

O paciente apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) de 42 kg/m². Segundo as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e as diretrizes internacionais, a indicação do procedimento baseia-se em critérios específicos de IMC e na presença de comorbidades.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A apneia do sono é classificada como uma comorbidade que justificaria a indicação cirúrgica em pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m². Como o paciente possui IMC de 42 kg/m², a indicação já está estabelecida pelo excesso de peso isoladamente, tornando a gravidade da apneia um fator secundário para a indicação formal.

Alternativa b: Incorreta. A falha no tratamento clínico (dieta, atividade física e acompanhamento médico) por um período mínimo, geralmente de dois anos, é uma condição obrigatória ou pré-requisito para a realização da cirurgia. No entanto, o que define a indicação formal técnica são os parâmetros de IMC e saúde clínica.

Alternativa c: Correta. Esta é a indicação principal para o paciente. De acordo com os protocolos vigentes, um IMC maior ou igual a 40 kg/m² configura obesidade grau III (mórbida) e é, por si só, uma indicação formal e direta para a cirurgia bariátrica, independentemente de o paciente possuir ou não outras doenças associadas. Como o paciente tem IMC de 42 kg/m², ele se enquadra exatamente neste critério.

Alternativa d: Incorreta. A hipertensão arterial é uma comorbidade que autoriza a indicação cirúrgica para pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m². Para este paciente, que já ultrapassou o IMC de 40 kg/m², a hipertensão é uma justificativa adicional, mas não é o critério definidor principal da indicação formal.

Alternativa e: Incorreta. A idade de 42 anos apenas confirma que o paciente está dentro da faixa etária na qual o procedimento é amplamente recomendado (geralmente entre 16 e 65 anos). Todavia, a idade cronológica não é um critério de indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade.

Questão 30

Para o tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de cólon, o princípio fundamental é a ressecção em bloco do segmento acometido, com margens de segurança adequadas e, crucialmente, a linfadenectomia regional. A extensão da ressecção é determinada pelo suprimento arterial e pela drenagem linfática do tumor.

Alternativa A (Correta): Tumores localizados na flexura hepática ou no cólon transversal proximal exigem uma hemicolectomia direita ampliada. Isso ocorre porque a drenagem linfática dessa região segue os vasos que a suprem: a artéria ileocólica, a artéria cólica direita e, fundamentalmente, a artéria cólica média. A ligadura central (na origem dos vasos) da artéria ileocólica e da artéria cólica média garante a retirada de todos os linfonodos do pedículo vascular (dissecção D2/D3). Atualmente, a via minimamente invasiva (laparoscopia ou robótica) é o padrão-ouro

em centros especializados, pois oferece recuperação mais rápida com o mesmo rigor oncológico.

Alternativa B (Incorreta): A colectomia segmentar da flexura hepática é considerada oncológica e inadequada para o adenocarcinoma invasivo. Ela não permite a retirada completa da cadeia linfonodal correspondente aos vasos que irrigam o segmento, o que aumenta drasticamente o risco de recidiva local e falha no estadiamento nodal.

Alternativa C (Incorreta): A hemicolectomia esquerda é indicada para tumores localizados no cólon descendente ou sigmoide, que são territórios irrigados pela artéria mesentérica inferior. O cólon transversal proximal e a flexura hepática pertencem ao território da artéria mesentérica superior.

Alternativa D (Incorreta): A ressecção endoscópica (como a mucosectomia ou a dissecação submucosa) é reservada para lesões pré-malignas ou carcinomas precoces (T1) com critérios de baixíssimo risco de metástase linfonodal. Uma lesão estenosante indica invasão profunda da parede (pelo menos T2 ou T3), exigindo cirurgia radical com linfadenectomia.

Alternativa E (Incorreta): A proctocolectomia total (retirada de todo o cólon e reto) é uma cirurgia de grande porte indicada apenas em casos específicos, como na Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), em alguns casos de Doença Inflamatória Intestinal com câncer ou quando há tumores sincrônicos (múltiplos tumores simultâneos) em diferentes lados do cólon. Não há indicação para um tumor único e localizado de forma esporádica.

Questão 31

O quadro clínico descrito — icterícia, febre com calafrios e a presença de cálculos no colédoco (vias biliares) evidenciada pela colangiorressonância — configura um diagnóstico clássico de colangite aguda. A tríade de Charcot (dor abdominal, febre com calafrios e icterícia) é o marcador clínico dessa patologia, que é uma urgência médica devido ao risco de sepse biliar.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O tratamento da colangite aguda baseia-se em dois pilares: antibioticoterapia e descompressão das vias biliares. A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) é o método de escolha para a descompressão biliar de urgência, pois permite a papilotomia e a retirada dos cálculos de forma minimamente invasiva. Após a resolução do quadro agudo e a

limpeza do colédoco, a colecistectomia (retirada da vesícula) deve ser realizada ainda na mesma internação para evitar novos episódios de obstrução ou complicações.

b) INCORRETA. A colecistectomia convencional com colangiografia intraoperatória até poderia tratar a colelitíase e identificar os cálculos no colédoco, mas, em um paciente com colangite aguda (quadro séptico/obstrutivo), a prioridade é a descompressão biliar por via endoscópica (CPRE), que apresenta menor morbidade imediata do que uma cirurgia aberta em vigência de infecção sistêmica.

c) INCORRETA. Embora a antibioticoterapia e o suporte em UTI sejam fundamentais no manejo inicial, eles não tratam a causa mecânica da obstrução. Sem a descompressão da via biliar (drenagem), o foco infeccioso não é eliminado, e o paciente dificilmente apresentará melhora clínica apenas com medidas conservadoras.

d) INCORRETA. A anastomose biliodigestiva (hepático-jejunal) é um procedimento de exceção, indicado geralmente em casos de dilatações císticas congênitas, estenoses cicatriciais complexas ou em situações em que não é possível a limpeza do colédoco por outros métodos. Para cálculos primários ou secundários do colédoco, a desobstrução por CPRE ou exploração biliar simples é preferível.

e) INCORRETA. Assim como na alternativa C, esta opção falha ao não mencionar a descompressão das vias biliares. Realizar apenas a colecistectomia (retirada da vesícula) não resolve o problema dos cálculos que já estão obstruindo o colédoco e causando a colangite. O paciente permaneceria com a obstrução e a infecção biliar mesmo após a retirada da vesícula biliar.

Questão 32

A alternativa correta é a (b). Confira a explicação detalhada para cada uma das opções:

Alternativa (a) Incorreta: Diferentemente da maioria dos tumores sólidos, o hepatocarcinoma (HCC) não exige obrigatoriamente uma biópsia para confirmação diagnóstica, desde que o paciente apresente fatores de risco conhecidos (como cirrose hepática ou hepatite B crônica) e padrões radiológicos típicos em exames de imagem contrastados. A biópsia é reservada apenas para casos em que a imagem é inconclusiva, devido ao risco de sangramento e de disseminação de células tumorais no trajeto da agulha.

Alternativa (b) Correta: Em pacientes com cirrose hepática, o diagnóstico de HCC

pode ser feito exclusivamente por métodos de imagem dinâmicos, como a Tomografia Computadorizada (TC) multidetectores ou a Ressonância Magnética (RM) com contraste. O diagnóstico baseia-se na identificação do padrão de "wash-in" (hiper-realce na fase arterial) seguido de "washout" (lavagem do contraste nas fases portal ou de equilíbrio), refletindo a vascularização predominantemente arterial do tumor.

Alternativa (c) Incorreta: A alfafetoproteína (AFP) é um marcador tumoral útil para o rastreamento e acompanhamento da resposta terapêutica, mas não deve ser utilizada isoladamente para o diagnóstico. Muitos carcinomas hepatocelulares não elevam a AFP e, por outro lado, outras condições (como exacerbações de hepatites crônicas ou tumores germinativos) podem elevar seus níveis, gerando falsos positivos e negativos.

Alternativa (d) Incorreta: A Ressonância Magnética é, na verdade, um dos melhores métodos para a avaliação de lesões pequenas, inclusive as menores que 2 cm. Ela possui alta sensibilidade e especificidade, sendo muitas vezes superior à TC na diferenciação entre nódulos de regeneração, nódulos displásicos e o HCC inicial, especialmente com o uso de contrastes hepatoespecíficos.

Alternativa (e) Incorreta: A descrição de lesão hipervascular na fase arterial com "washout" nas fases tardias é o sinal radiológico clássico e patognomônico do hepatocarcinoma no contexto de um fígado cirrótico. As metástases hepáticas variam muito em seu padrão vascular dependendo do sítio primário, mas a maioria é hipovascular ou apresenta um realce periférico em alvo, não seguindo tipicamente o padrão de "wash-in" e "washout" do HCC.

Questão 33

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro de trauma abdominal contuso (acidente automobilístico) associado a instabilidade hemodinâmica (hipotensão arterial de 90/60 mmHg e taquicardia de 120 bpm) e sinais de irritação peritoneal (peritonite). O exame FAST foi positivo, confirmando a presença de líquido livre (provavelmente sangue) na cavidade abdominal.

Segundo os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), em casos de trauma abdominal contuso com instabilidade hemodinâmica e FAST positivo, a indicação é de intervenção cirúrgica imediata.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) de abdome é o padrão-ouro para avaliar lesões em órgãos sólidos, porém ela só deve ser realizada em pacientes hemodinamicamente estáveis. Levar um paciente instável para a sala de tomografia é perigoso, pois ele pode evoluir para choque refratário ou parada cardiorrespiratória longe da equipe de reanimação e do centro cirúrgico.

b) Incorreta. A paracentese ou o Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) são métodos para detectar sangue na cavidade. Como o FAST já foi realizado e resultou positivo para líquido livre, esses procedimentos são desnecessários e apenas atrasariam o tratamento definitivo.

c) Incorreta. O quadro é de choque hipovolêmico hemorrágico e provável lesão de vísceras ocas ou maciças decorrente do trauma. O tratamento conservador com antibióticos e observação é contraindicado diante da instabilidade hemodinâmica e dos sinais de peritonite.

d) Correta. Esta é a conduta preconizada. Paciente com trauma abdominal, instabilidade hemodinâmica (que não respondeu satisfatoriamente à reposição volêmica inicial) e evidência de líquido livre no FAST deve ser submetido à laparotomia exploradora de emergência para controle da hemorragia e reparo de eventuais lesões de vísceras.

e) Incorreta. Repetir o FAST é uma estratégia utilizada para pacientes estáveis em observação (o chamado FAST seriado). No caso de um paciente já instável e com exame inicial positivo, a repetição do exame causaria um atraso injustificável na cirurgia.

Questão 34

Texto Original:

A paciente apresenta indicação de cirurgia metabólica por possuir IMC de 38 kg/m² (obesidade grau II) associado ao diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de difícil controle com tratamento clínico otimizado (uso de metformina e insulina).

Alternativa A (Incorreta): A banda gástrica ajustável é uma técnica puramente restritiva, baseada na colocação de um anel de silicone ao redor da parte superior do estômago. Por não promover alterações hormonais significativas no trato gastrointestinal, apresenta as menores taxas de perda de peso e os piores resultados na remissão do diabetes quando comparada às outras técnicas cirúrgicas.

Alternativa B (Incorreta): A gastrectomia vertical, ou sleeve, é uma técnica que remove cerca de 80% do estômago, transformando-o em um tubo fino. Embora

promova a redução da grelina (hormônio orexígeno) e tenha bons resultados metabólicos, o seu efeito na remissão do diabetes é, em geral, inferior ao do bypass gástrico, pois não envolve o desvio intestinal que potencializa a secreção de incretinas.

Alternativa C (Correta): O bypass gástrico em Y de Roux é considerado o padrão-ouro para o tratamento do diabetes em pacientes obesos. Esta técnica combina um pequeno reservatório gástrico (restrição) com um desvio intestinal (má absorção parcial). O seu principal diferencial é o efeito incretínico, explicado por duas teorias: a do foregut (exclusão do duodeno da passagem alimentar) e a do hindgut (chegada precoce do alimento ao íleo distal). Isso causa um aumento rápido e potente de hormônios como o GLP-1 e o PYY, que melhoram a secreção de insulina e a sensibilidade periférica à glicose, levando a altas taxas de remissão da doença de forma independente da perda de peso.

Alternativa D (Incorreta): O balão intragástrico é um procedimento endoscópico e temporário. Ele ocupa espaço no estômago para promover saciedade precoce, mas não altera a fisiologia hormonal do eixo entero-insular de forma definitiva. Por ser removido após alguns meses, não é uma técnica voltada para a remissão a longo prazo do diabetes tipo 2.

Alternativa E (Incorreta): A derivação biliopancreática com switch duodenal é uma técnica com componente malabsortivo predominante. Embora possua uma potência metabólica muito elevada, ela é associada a uma maior incidência de complicações nutricionais severas, como desnutrição proteico-calórica e deficiências de vitaminas lipossolúveis. Na prática clínica e em protocolos de cirurgia metabólica, o bypass gástrico (Alternativa C) é a técnica preferencial por oferecer um excelente perfil de remissão glicêmica com maior segurança e menor morbidade nutricional que as derivações biliopancreáticas.

Questão 35

O caso descreve um paciente com adenocarcinoma de reto baixo, inicialmente estadiado como localmente avançado (T3cN2), que apresentou Resposta Clínica Completa (cCR) após o tratamento neoadjuvante com quimiorradioterapia. A definição de resposta clínica completa é baseada na ausência de tumor residual ao toque retal, na visualização de apenas uma cicatriz esbranquiçada ou telangiectasias na colonoscopia e na ausência de sinal de tumor ativo na ressonância magnética (geralmente avaliada pela sequência de difusão).

Alternativa a: Incorreta. A ressecção abdominoperineal (cirurgia de Miles) é um procedimento mutilante que exige colostomia definitiva. Antigamente, a localização

baixa do tumor obrigava a essa conduta, mas a medicina moderna prioriza a preservação de órgão e da função esfinteriana quando há resposta completa ao tratamento inicial.

Alternativa b: Incorreta. Embora a proctectomia com Excisão Total do Mesorreto (ETM) seja o padrão-ouro cirúrgico para o tratamento do câncer de reto, as evidências mais atuais (estudos como os da Dra. Angelita Habr-Gama e o estudo OPRA) demonstram que a cirurgia imediata pode ser evitada em pacientes com resposta clínica completa, sem prejuízo na sobrevida global e com ganho significativo em qualidade de vida.

Alternativa c: Correta. A estratégia de Watch and Wait (Vigiar e Esperar) é a conduta de escolha atual para pacientes com resposta clínica completa após neoadjuvância. Ela consiste em um seguimento rigoroso com exames físicos, proctológicos, endoscópicos e de imagem em intervalos curtos. Caso ocorra uma recidiva local (regrowth), a cirurgia de resgate ainda pode ser realizada com bons índices de cura.

Alternativa d: Incorreta. A radioterapia já foi realizada no esquema de neoadjuvância. Não existe protocolo fundamentado para adição de radioterapia extra antes de uma cirurgia em um paciente que já não apresenta evidência de doença macroscópica ou microscópica detectável pelos exames de controle.

Alternativa e: Incorreta. A proctocolectomia total (retirada de todo o cólon e reto) é uma cirurgia extensa indicada para condições como polipose adenomatosa familiar ou doenças inflamatórias intestinais com displasia/câncer, não sendo a conduta para um adenocarcinoma de reto esporádico isolado, mesmo com risco de lesões sincrônicas (que devem ser excluídas por colonoscopia completa pré-tratamento).

Questão 36

O adenoma hepático é um tumor benigno raro do fígado, mas com grande importância clínica devido ao risco de complicações graves. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. O adenoma hepático é muito mais frequente em mulheres em idade fértil (cerca de 90% dos casos) e possui uma associação direta e bem estabelecida com o uso prolongado de anticoncepcionais orais. Outros fatores de risco incluem o uso de esteroides anabolizantes e doenças de depósito de glicogênio.

Alternativa B: Incorreta. O risco de transformação maligna para carcinoma hepatocelular não é desprezível. Esse risco é maior em homens, em lesões maiores que 5 cm e especificamente no subtipo ativado pela beta-catenina. Por esse motivo,

a conduta em adenomas em homens é geralmente a ressecção, independentemente do tamanho.

Alternativa C: Correta. Adenomas com diâmetro maior que 5 cm apresentam um risco significativamente aumentado de complicações, principalmente a ruptura com hemorragia intraperitoneal (que pode levar ao choque hipovolêmico) e a transformação maligna. Por isso, a recomendação atual é a intervenção (cirúrgica ou por embolização) em lesões que persistem maiores que 5 cm após a suspensão de anticoncepcionais.

Alternativa D: Incorreta. A ressecção cirúrgica não está contraindicada em mulheres jovens. Pelo contrário, se a paciente apresentar um adenoma maior que 5 cm que não regride após a interrupção do anticoncepcional, ou se houver sintomas ou sinais de complicações, a cirurgia está indicada para prevenir a ruptura.

Alternativa E: Incorreta. Calcificações centrais não são achados típicos do adenoma hepático. Na imagem (tomografia ou ressonância), os adenomas frequentemente mostram sinais de gordura intratumoral ou focos de hemorragia. A presença de uma cicatriz central é uma característica clássica da Hiperplasia Nodular Focal (HNF), que é o principal diagnóstico diferencial benigno, e não do adenoma.

Resumo da conduta: Em mulheres, a primeira medida é suspender o anticoncepcional e observar por 6 meses. Se a lesão permanecer maior que 5 cm, a ressecção é indicada. Em homens, devido ao alto risco de malignização, a ressecção costuma ser indicada logo ao diagnóstico.

Questão 37

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clássico de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) com indicação cirúrgica clara: falha do tratamento clínico (ausência de melhora após 6 meses de IBP em dose plena) e presença de sintomas extraesofágicos (tosse noturna). A pHmetria confirmou o refluxo ácido patológico e a manometria mostrou que o corpo esofágico funciona normalmente (motilidade preservada). Esse último dado é fundamental para a escolha da técnica.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A Funduplicatura de Nissen (total, 360 graus) realizada por videolaparoscopia é considerada o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da DRGE. Para que ela seja bem-sucedida e não cause disfagia (dificuldade para engolir) no pós-operatório, é

essencial que o paciente tenha uma motilidade esofágica preservada, conforme descrito no enunciado. A técnica consiste em envolver completamente o esôfago distal com o fundo gástrico, criando uma nova zona de pressão que impede o refluxo.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A cardiomiectomia de Heller é a técnica de escolha para o tratamento da acalasia (megaesôfago), em que o problema é a falta de relaxamento do esfíncter inferior e a ausência de peristalse. Não é o tratamento indicado para DRGE primária.

Alternativa B: A esofagectomia subtotal é uma cirurgia de grande porte que envolve a retirada de parte do esôfago. É indicada para casos de câncer de esôfago ou megaesôfago avançado (estágio IV), sendo agressiva demais e inadequada para o refluxo refratário.

Alternativa D: A gastrectomia com reconstrução em Y de Roux é uma opção para pacientes com DRGE que possuem obesidade mórbida associada (sendo o bypass gástrico a melhor escolha nesses casos) ou em casos de falhas graves de cirurgias de refluxo prévias, mas não é a conduta inicial padrão para um paciente não obeso com motilidade preservada.

Alternativa E: As funduplicaturas parciais, como a de Toupet (posterior, 270 graus) ou a de Lind/Dor (anterior), são indicadas especificamente quando o paciente apresenta distúrbios da motilidade esofágica na manometria. Como o enunciado afirma que a motilidade está preservada, a técnica total (Nissen) é superior por oferecer resultados mais duradouros no controle do refluxo. Além disso, a afirmação "independentemente da motilidade esofágica" torna a alternativa conceitualmente errada.

Questão 38

O quadro clínico descrito é clássico do período pós-operatório de grandes cirurgias abdominais, como a colectomia. A análise deve focar no tempo de evolução (3º dia) e nos achados do exame físico.

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta a tríade de distensão abdominal, náuseas e parada de eliminação de gases e fezes, o que caracteriza uma síndrome obstrutiva. No entanto, o fato de ocorrer no 3º dia após uma manipulação cirúrgica intestinal, associado a ruídos hidroaéreos diminuídos e ausência de sinais de irritação peritoneal (como dor à descompressão ou abdome em tábua), aponta fortemente para uma causa funcional (paralisia) em vez de uma causa mecânica ou inflamatória grave.

Análise das Alternativas:

a) Íleo adinâmico: Esta é a alternativa correta. O íleo adinâmico (ou íleo paralítico) é uma resposta fisiológica à manipulação cirúrgica, aos anestésicos e à resposta inflamatória local. É comum que o intestino pare de funcionar temporariamente. O intestino delgado costuma recuperar a motilidade em 24 horas, o estômago em 48 horas e o cólon entre 48 e 72 horas. Portanto, no 3º dia pós-operatório de uma colectomia, a ausência de flatos e a distensão são achados esperados e característicos dessa condição funcional.

b) Obstrução intestinal por brida: Incorreta. Embora as bridas (aderências) sejam causas frequentes de obstrução mecânica, elas geralmente levam mais tempo para se formarem e causarem sintomas. Além disso, na obstrução mecânica, inicialmente os ruídos hidroaéreos costumam estar aumentados (de luta) e o paciente apresenta dor abdominal em cólica intensa, o que difere do quadro de quietude abdominal do íleo adinâmico.

c) Fístula entérica: Incorreta. Uma fístula (comunicação anormal entre o lúmen intestinal e outra superfície) geralmente se manifesta um pouco mais tarde (entre o 5º e o 7º dia pós-operatório) e costuma vir acompanhada de saída de conteúdo entérico por drenos ou pela ferida operatória, além de sinais de sepse ou irritação peritoneal se houver extravasamento para a cavidade.

d) Peritonite difusa: Incorreta. A peritonite (inflamação do peritônio, geralmente por infecção ou deiscência de anastomose) causaria um abdome agudo perfurativo ou inflamatório grave. O exame físico obrigatoriamente mostraria sinais de irritação peritoneal (dor severa, defesa abdominal e descompressão brusca positiva), os quais o enunciado afirma estarem ausentes.

e) Estenose da anastomose: Incorreta. A estenose é um estreitamento da emenda cirúrgica (anastomose) que ocorre por processo cicatricial crônico. É uma complicação tardia, ocorrendo semanas ou meses após a cirurgia, e não de forma aguda no 3º dia de pós-operatório.

Conclusão:

O diagnóstico é de íleo adinâmico devido ao tempo de pós-operatório, à natureza da cirurgia e à ausência de sinais de complicação mecânica ou infecciosa. O tratamento é geralmente conservador, com jejum, hidratação e observação.

Questão 39

Para compreender essa questão, devemos analisar os critérios de ressecabilidade do adenocarcinoma de pâncreas, que são definidos principalmente pela relação do tumor com os grandes vasos retroperitoneais na angiotomografia.

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um tumor na cabeça do pâncreas com as seguintes características tomográficas:

1. Envolvimento da veia porta maior que 180 graus, porém com possibilidade de reconstrução vascular.
2. Ausência de invasão arterial (artéria mesentérica superior, tronco celíaco e artéria hepática).
3. Ausência de metástases a distância.

Classificação:

De acordo com os critérios do NCCN (National Comprehensive Cancer Network), quando há um contato venoso (veia porta ou veia mesentérica superior) maior que 180 graus, ou menor que 180 graus com irregularidade da parede/trombose, mas que permite a ressecção e reconstrução segura, o tumor é classificado como BORDERLINE RESSECÁVEL (limítrofe). Se não houvesse contato vascular ou se o contato venoso fosse menor que 180 graus sem deformidade, seria considerado ressecável. Se houvesse invasão arterial impeditiva, seria localmente avançado.

Conduta:

Para tumores borderline ressecáveis, a conduta padrão atual é iniciar com quimioterapia neoadjuvante (podendo ou não ser associada à radioterapia). O objetivo é tratar precocemente micrometástases, testar a biologia tumoral e aumentar as chances de uma ressecção com margens livres (R0) no futuro. Após o ciclo de neoadjuvância, o paciente é reavaliado para verificar se houve progressão ou se a cirurgia (pancreatoduodenectomia) pode ser realizada.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O tumor não é considerado puramente ressecável devido ao contato venoso maior que 180 graus. A cirurgia imediata nesses casos associa-se a um alto índice de margens comprometidas (R1).
- b) Incorreta. Embora a classificação de borderline esteja correta, a quimiorradioterapia não deve ser "exclusiva". O objetivo no paciente borderline é o tratamento multimodal visando à cirurgia curativa posterior.
- c) Incorreta. O tumor não é localmente avançado (irressecável), pois a veia porta é

passível de reconstrução e as artérias estão livres. A quimioterapia paliativa é reservada para casos de metástases ou tumores de fato irressecáveis.

d) Correta. Define adequadamente a classificação baseada no acometimento venoso (> 180 graus com possibilidade de reconstrução) e propõe a conduta de neoadjuvância seguida de reavaliação cirúrgica, que é o padrão-ouro atual para maximizar a sobrevida.

e) Incorreta. Além da classificação de "ressecável" estar errada para este caso, a drenagem biliar endoscópica (ERCP) não é rotina pré-operatória, devendo ser reservada apenas para pacientes com colangite ou retardo significativo da cirurgia/quimioterapia. Além disso, a quimioterapia paliativa não se aplica a um tumor com perspectiva de cura.

Questão 40

A alternativa correta é a (c). Abaixo, segue a análise detalhada de cada alternativa baseada nos princípios fundamentais da cirurgia oncológica:

Letra a) Incorreta. As margens cirúrgicas são um dos fatores prognósticos mais importantes em tumores sólidos. O objetivo primordial é a ressecção R0 (margens microscopicamente livres), pois a presença de margens comprometidas (R1 ou R2) está fortemente associada a maiores taxas de recidiva local e redução da sobrevida global.

Letra b) Incorreta. A linfadenectomia não deve ser sempre máxima. A extensão da dissecação linfonodal depende do sítio do tumor, do tipo histológico e do estadiamento clínico. Disseções desnecessariamente extensas aumentam a morbidade (como linfedema e lesões nervosas) sem necessariamente agregar benefício na sobrevida em todos os casos.

Letra c) Correta. Este princípio é conhecido como técnica *no-touch*. A manipulação excessiva ou grosseira do tumor durante o ato operatório pode levar à esfoliação de células neoplásicas para a circulação sanguínea, linfática ou para a cavidade peritoneal, aumentando o risco de disseminação e metástases. Por isso, a tração deve ser feita em tecidos saudáveis ao redor e não diretamente sobre a massa tumoral.

Letra d) Incorreta. Se um tumor invade órgãos ou estruturas adjacentes, o princípio oncológico correto é a ressecção em bloco. Deve-se remover o tumor e as estruturas invadidas como uma peça única, sem separar as aderências entre elas, para garantir que as margens de ressecção sejam negativas e evitar o extravasamento de células tumorais.

Letra e) Incorreta. A avaliação e, muitas vezes, a remoção das cadeias linfonodais de drenagem são essenciais para o estadiamento patológico correto e para o controle regional da doença. Em diversas neoplasias, a linfadenectomia adequada é um fator determinante para a indicação de tratamentos adjuvantes e influencia diretamente a sobrevida do paciente. O risco de linfedema é uma complicação conhecida que deve ser manejada, mas não justifica a omissão da linfadenectomia quando esta é indicada tecnicamente.

Questão 41

A sepse neonatal é uma síndrome clínica caracterizada por sinais sistêmicos de infecção que ocorrem nos primeiros 28 dias de vida. O diagnóstico é desafiador porque as manifestações iniciais são frequentemente sutis, inespecíficas e podem ser confundidas com diversas outras patologias do período neonatal.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a hipotermia e a irritabilidade possam estar presentes, a afirmação de "ausência de apneia" está errada. A apneia é um dos sinais respiratórios mais comuns e importantes na sepse neonatal, especialmente em prematuros, sendo muitas vezes o primeiro sinal de alerta de que o recém-nascido não está bem.

Alternativa (b) Incorreta: Febre alta é um achado menos frequente do que a instabilidade térmica ou a hipotermia no recém-nascido. Além disso, a rigidez de nuca, sinal clássico de meningite em crianças maiores e adultos, é raramente observada no período neonatal, mesmo quando há infecção do sistema nervoso central, devido à imaturidade neurológica e à presença de fontanelas abertas.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve o quadro clínico clássico e mais frequente da sepse neonatal. Os sinais são multissistêmicos e inespecíficos:

1. Letargia (ou hipoatividade): O bebê fica "largadinho", responde pouco aos estímulos e apresenta sucção débil.
2. Dificuldade respiratória: Manifesta-se por taquipneia, batimento de asa de nariz, gemência e retrações intercostais.
3. Instabilidade térmica: O recém-nascido tem dificuldade em manter a temperatura corporal, podendo apresentar febre ou, muito comumente, hipotermia.
4. Apneia: Pausas respiratórias prolongadas são frequentes e indicam gravidade.

Alternativa (d) Incorreta: A tosse seca não é um sintoma típico de sepse ou pneumonia neonatal; o comprometimento respiratório no RN se dá por esforço e

alteração da frequência. A sudorese também é um achado raro no neonato, cujas glândulas sudoríparas ainda são imaturas. A dor abdominal é um sintoma subjetivo impossível de ser avaliado diretamente nessa faixa etária, manifestando-se geralmente por distensão abdominal.

Alternativa (e) Incorreta: Cianose e bradicardia são sinais de alerta que podem ocorrer em estágios avançados de choque séptico, porém a sepse neonatal cursa tipicamente com hipotonia (bebê "mole") e não com hipertonia. A diarreia pode ocorrer, mas não faz parte dos sinais clínicos primários ou mais comuns da patologia.

Questão 42

O conceito de Minuto de Ouro (Golden Minute) é um pilar fundamental das diretrizes de reanimação neonatal, preconizado por órgãos como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o ILCOR. Ele estabelece que os primeiros 60 segundos de vida são cruciais para a estabilização do recém-nascido. Se, após os passos iniciais (aquecer, posicionar a cabeça, aspirar se necessário e secar), o bebê permanecer em apneia, com respiração irregular ou com frequência cardíaca menor que 100 batimentos por minuto, a intervenção prioritária deve ser iniciada dentro deste primeiro minuto.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A aspiração de vias aéreas (boca e depois narinas) não é mais realizada de rotina em todos os recém-nascidos. Ela só é indicada se houver obstrução das vias aéreas por secreções ou mecônio que impeça a ventilação. Embora seja um passo inicial, não é o marco que define o sucesso do Minuto de Ouro.

b) Correta. A Ventilação com Pressão Positiva (VPP) é a medida mais importante e eficaz na reanimação neonatal. O Minuto de Ouro foca especificamente em garantir que a VPP seja iniciada nos primeiros 60 segundos de vida para os bebês que não iniciaram a respiração espontânea efetiva, visando reverter a hipoxemia e a bradicardia o mais rápido possível.

c) Incorreta. O uso de oxigênio suplementar não é a prioridade no primeiro minuto. Em recém-nascidos com idade gestacional maior ou igual a 34 semanas, a reanimação deve ser iniciada com ar ambiente (21% de oxigênio). O foco é a ventilação mecânica dos pulmões, e não a oferta isolada de oxigênio.

d) Incorreta. A intubação traqueal é uma técnica avançada de via aérea. Ela é indicada quando a VPP com máscara facial e balão não está sendo efetiva ou em situações muito específicas (como hérnia diafragmática). Portanto, é uma etapa que geralmente ocorre após o Minuto de Ouro ter sido iniciado com máscara facial.

e) Incorreta. A massagem cardíaca só deve ser iniciada se a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 bpm após 30 segundos de VPP técnica e efetiva (preferencialmente com via aérea avançada). Ou seja, a massagem é uma etapa tardia da reanimação e nunca a meta do primeiro minuto de vida.

Questão 43

A questão descreve um quadro clássico de pneumonia atípica em uma criança de 4 anos. Os pontos-chave para o diagnóstico são o início subagudo com febre baixa, a presença de tosse seca e, fundamentalmente, o achado radiológico de infiltrado intersticial, que contrasta com a ausculta de crepitações (dissociação clínico-radiológica).

a) *Streptococcus pneumoniae*: Incorreta. O pneumococo é a causa mais comum de pneumonia bacteriana típica em todas as faixas etárias após o período neonatal. No entanto, seu quadro clínico é caracterizado por início súbito, febre alta, prostração e tosse produtiva. Radiologicamente, o padrão esperado é de consolidação lobar ou segmentar, e não infiltrado intersticial.

b) *Mycoplasma pneumoniae*: Correta. É o principal agente das pneumonias atípicas. Embora seja mais prevalente em escolares (acima de 5 anos) e adolescentes, sua incidência tem sido cada vez mais reconhecida em pré-escolares. O *Mycoplasma* causa um quadro de evolução lenta, com febre moderada, tosse persistente (inicialmente seca) e um padrão radiológico intersticial que parece "pior" do que o estado clínico do paciente sugere.

c) *Haemophilus influenzae*: Incorreta. Trata-se de um agente de pneumonia bacteriana típica. Assim como o pneumococo, costuma causar quadros de consolidação pulmonar. Além disso, sua incidência em crianças caiu drasticamente após a introdução da vacina conjugada no calendário vacinal de rotina.

d) Adenovírus: Incorreta. Os vírus respiratórios são causas frequentes de infecções pulmonares em crianças pequenas e podem causar infiltrado intersticial. No entanto, o adenovírus especificamente costuma cursar com quadros respiratórios mais graves, febre alta e duradoura, podendo levar a complicações como a bronquiolite obliterante, o que diverge da descrição de febre baixa e quadro mais leve da questão. Em questões de prova, o padrão descrito aponta preferencialmente para o *Mycoplasma*.

e) *Pseudomonas aeruginosa*: Incorreta. Este é um patógeno oportunista. Não causa pneumonia em crianças previamente saudáveis na comunidade. Sua presença está

restrita a pacientes com fibrose cística, imunodeficiências, doença pulmonar crônica ou aqueles que estão em ventilação mecânica prolongada no ambiente hospitalar.

Questão 44

O quadro clínico descrito é um caso clássico de Doença Hemorrágica do Recém-Nascido (DHRN), atualmente denominada Sangramento por Deficiência de Vitamina K (SDVK).

Análise do caso:

O paciente é um recém-nascido (RN) de 7 dias de vida que apresenta sangramentos em mucosas (nasal) e no trato gastrointestinal (retal). Trata-se da forma clássica da doença, que ocorre tipicamente entre o 2º e o 7º dia de vida. O ponto fundamental do enunciado é o parto domiciliar feito por doula, o que indica que a profilaxia padrão com vitamina K intramuscular, realizada obrigatoriamente em ambiente hospitalar logo após o nascimento, provavelmente não foi administrada. O aleitamento materno exclusivo também é um fator contribuinte, pois o leite humano possui baixas concentrações de vitamina K.

Alternativa a) Incorreta. A deficiência de vitamina A (retinol) está associada a alterações oculares (como xerofthalmia e cegueira noturna) e prejuízo na integridade do sistema imunológico e epitelial. Não é causa de distúrbios hemorrágicos agudos no RN.

Alternativa b) Incorreta. A deficiência de vitamina D está relacionada ao metabolismo do cálcio e do fósforo, levando ao raquitismo em crianças. Embora a suplementação seja recomendada para bebês em aleitamento materno, sua falta não provoca sangramentos.

Alternativa c) Incorreta. A deficiência de vitamina B1 (tiamina) causa o beribéri. Em lactentes, a forma infantil pode causar insuficiência cardíaca, edema e sintomas neurológicos, mas não interfere na cascata de coagulação.

Alternativa d) Correta. A vitamina K é um cofator indispensável para a síntese hepática dos fatores de coagulação II (protrombina), VII, IX e X, além das proteínas C e S. Os recém-nascidos são naturalmente predispostos à deficiência por apresentarem baixa transferência placentária dessa vitamina, reservas hepáticas reduzidas e ausência de flora bacteriana intestinal (que sintetiza a vitamina K2) nos primeiros dias. Sem a administração profilática ao nascer, os níveis dos fatores dependentes de vitamina K caem drasticamente, resultando em manifestações hemorrágicas.

Alternativa e) Incorreta. A deficiência de vitamina C causa o escorbuto, que se manifesta por fragilidade capilar, sangramentos gengivais e subperiosteos e alterações na cicatrização. No entanto, é uma condição de evolução crônica, extremamente rara em neonatos, e não se enquadra na fisiopatologia do sangramento agudo na primeira semana de vida.

Questão 45

Texto Original:

Para responder a essa questão com precisão, é necessário seguir as diretrizes da American Heart Association (AHA) para Suporte Básico de Vida (BLS) e Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). O ponto crucial do enunciado é que o diagnóstico de parada cardiorrespiratória (PCR) já foi estabelecido durante o exame físico inicial (ausência de respiração e de pulso).

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. De acordo com os protocolos atuais, uma vez identificada a PCR, a intervenção deve ser imediata. A sequência recomendada é a C-A-B (Compressões, Via Aérea e Ventilação). Portanto, o profissional deve iniciar as compressões torácicas de alta qualidade sem atrasos. No ambiente de pronto-socorro, a solicitação de monitorização, desfibrilador e auxílio da equipe deve ocorrer simultaneamente ao início das manobras de ressuscitação.

Alternativa b: Incorreta. O protocolo MOV (Monitorização, Oxigênio e Veia) é a abordagem inicial para pacientes críticos que ainda apresentam sinais de circulação espontânea (estáveis ou instáveis). Na vigência de uma PCR confirmada, as manobras de reanimação cardiopulmonar têm prioridade absoluta sobre a monitorização formal ou a obtenção de acesso venoso.

Alternativa c: Incorreta. Esta alternativa descreve as etapas de verificação e diagnóstico (checar responsividade, pulso e respiração), que o enunciado já informa terem sido realizadas. Além disso, para profissionais de saúde em ambiente hospitalar ou com dois socorristas, a relação compressão-ventilação correta em pediatria é de 15:2, e não 30:2. Outro erro conceitual é dizer que o DEA inicia compressões; o DEA apenas analisa o ritmo e indica o choque, enquanto as compressões são feitas pelo socorrista.

Alternativa d: Incorreta. Embora a hipóxia (causa respiratória) seja a principal etiologia da PCR em crianças, a AHA padronizou a sequência C-A-B para todos os pacientes desde 2010. O objetivo é reduzir o tempo até a primeira compressão e garantir a perfusão de órgãos vitais. A ventilação com pressão positiva só seria a primeira medida em casos de reanimação neonatal em sala de parto.

Alternativa e: Incorreta. Assim como na alternativa c, o texto foca em etapas de avaliação que já foram superadas, conforme o enunciado. Se o médico já constatou a ausência de pulso e respiração, a conduta correta é iniciar as compressões imediatamente. Reavaliar o que já foi diagnosticado gera atraso no início da ressuscitação, o que reduz as chances de sobrevivência do paciente. Além disso, a frase final sobre o DEA iniciar as compressões está incorreta.

Questão 46

Esta questão aborda o protocolo de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (PALS) focado na administração de adrenalina (epinefrina) durante uma Parada Cardiorrespiratória (PCR).

Análise dos dados:

Peso do bebê: 15 kg.

Dose recomendada de epinefrina (via IV/IO): 0,01 mg/kg.

Concentração padrão para uso intravenoso: 1:10.000 (ou seja, 0,1 mg/mL).

Cálculo da dose para este paciente:

Dose em miligramas (mg): $15 \text{ kg} \times 0,01 \text{ mg/kg} = 0,15 \text{ mg}$.

Conversão para volume (mL) usando a solução 1:10.000 (0,1 mg/mL): $0,15 \text{ mg} / 0,1 \text{ mg/mL} = 1,5 \text{ mL}$.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A dose de 0,1 mg/kg (totalizando 1,5 mg) é a dose recomendada apenas para administração via endotraqueal, quando não há acesso venoso ou intraósseo disponível. Para acesso periférico, essa dose é dez vezes superior à recomendada, podendo causar arritmias e danos miocárdicos pós-RCE (retorno da circulação espontânea).

b) Incorreta. Embora a dose por kg (0,01 mg/kg) esteja correta, o valor total calculado para um bebê de 15 kg está errado ($15 \times 0,01 = 0,15 \text{ mg}$, e não 0,105 mg). Além disso, o momento da aplicação importa: as drogas devem ser administradas preferencialmente durante as compressões para facilitar a circulação sistêmica.

c) Correta. Como calculado acima, 1,5 mL da solução diluída a 1:10.000 corresponde exatamente a 0,15 mg necessário para uma criança de 15 kg (0,01 mg/kg). O bolus de soro fisiológico (*flush*) de 5 mL é o cuidado padrão para empurrar a droga da veia periférica para a circulação central, e a administração durante a compressão otimiza a distribuição da droga.

d) Incorreta. O volume de 0,5 mL da solução 1:10.000 entregaria apenas 0,05 mg de epinefrina, o que seria a dose para uma criança de 5 kg, e não 15 kg. O tempo de elevação do membro geralmente recomendado é de 10 a 20 segundos, mas o erro principal reside na subdosagem.

e) Incorreta. A solução 1:1.000 é a apresentação pura da ampola (1 mg/mL). Aplicar 1,5 mL dessa concentração resultaria em 1,5 mg de adrenalina, o que representa uma overdose grave (dez vezes a dose recomendada) para a via intravenosa/intraóssea. A solução 1:1.000 é utilizada sem diluição apenas por via intramuscular (em casos de anafilaxia). Na PCR, ela deve ser sempre diluída para 1:10.000 antes do uso IV/IO.

Questão 47

A anafilaxia é uma emergência médica caracterizada por uma reação de hipersensibilidade sistêmica, grave e de início rápido, com potencial risco de morte. O manejo deve ser imediato e focado na estabilização hemodinâmica e respiratória.

Alternativa a) Incorreta. Os anti-histamínicos não são drogas de primeira linha na anafilaxia grave. Eles agem apenas nos sintomas cutâneos (como prurido e urticária) e demoram a fazer efeito, não tratando o broncoespasmo ou o colapso circulatório. Além disso, a via oral é inadequada em situações de emergência com risco de perda da via aérea.

Alternativa b) Incorreta. A ventilação mecânica é uma medida avançada reservada para casos de insuficiência respiratória refratária ou parada respiratória, não sendo a abordagem inicial padrão. O uso de antibióticos não tem indicação, pois a anafilaxia é um evento alérgico, não infeccioso.

Alternativa c) Correta. A adrenalina (epinefrina) por via intramuscular é o tratamento de escolha e deve ser administrada imediatamente após o diagnóstico. Ela atua nos receptores alfa-1 (causando vasoconstrição e reduzindo o edema de glote), beta-1 (aumentando a contratilidade cardíaca) e beta-2 (promovendo broncodilatação). Garantir a perviedade das vias aéreas e monitorar os sinais vitais são passos essenciais do protocolo de suporte de vida (ABCDE).

Alternativa d) Incorreta. A punção lombar é um procedimento para o diagnóstico de infecções ou hemorragias no sistema nervoso central, sem qualquer indicação na anafilaxia. A sedação pode agravar a depressão respiratória e a hipotensão em um paciente já instável.

Alternativa e) Incorreta. Embora os corticoides sejam usados na anafilaxia, eles são

considerados medicamentos de segunda linha. Seu início de ação ocorre apenas após 4 a 6 horas, servindo principalmente para prevenir reações bifásicas (tardias). Eles jamais substituem a adrenalina, que é a única droga capaz de reverter rapidamente os sintomas fatais.

Questão 48

O ponto central da reanimação neonatal é a ventilação pulmonar. Quando um recém-nascido necessita de ventilação com pressão positiva (VPP), o objetivo principal é promover a expansão dos pulmões e a troca gasosa adequada.

A alternativa (c) está correta porque a frequência cardíaca é considerada o indicador clínico mais sensível e confiável para avaliar a resposta do recém-nascido às manobras de reanimação. O aumento da frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto nos primeiros 30 segundos de VPP indica que a ventilação está sendo eficaz, permitindo a oxigenação do miocárdio e a reversão da hipóxia.

A alternativa (a) está incorreta porque a saturação periférica de oxigênio (SpO₂) demora alguns minutos para subir após o nascimento. Existem metas específicas de SpO₂ para cada minuto de vida (por exemplo, 70-80% aos 5 minutos), portanto, ela não é o parâmetro de resposta imediata mais confiável nos primeiros 30 segundos de ventilação.

A alternativa (b) está incorreta porque, embora a observação de movimentos torácicos seja fundamental para garantir que a técnica de ventilação esteja permitindo a entrada de ar nos pulmões, o parâmetro que define o sucesso fisiológico da intervenção é a resposta hemodinâmica (frequência cardíaca), e não apenas o movimento mecânico do tórax.

A alternativa (d) está incorreta porque a cianose periférica (acrocianose) é um achado comum e fisiológico nos primeiros minutos de vida, não servindo como parâmetro para avaliar a eficácia da ventilação ou a necessidade de oxigênio suplementar.

A alternativa (e) está incorreta porque a melhora do tônus muscular é um sinal clínico tardio. Durante a recuperação de um quadro de asfixia ou depressão respiratória, a frequência cardíaca é a primeira a responder, seguida pela respiração e, por último, pelo tônus muscular.

Questão 49

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de anafilaxia. A anafilaxia é uma reação alérgica sistêmica, grave e potencialmente fatal, de início rápido após a exposição a um gatilho (neste caso, o amendoim). O diagnóstico é clínico e baseia-se no acometimento de dois ou mais sistemas após contato com alérgeno provável. No caso descrito, temos:

1. Pele e mucosas: urticária difusa e edema periorbital.
2. Sistema respiratório: rouquidão e tosse seca persistente (sinais de acometimento de vias aéreas).

A presença de rouquidão e tosse, mesmo sem estridor evidente no momento, indica que o processo inflamatório e o edema estão atingindo a via aérea superior, o que representa risco iminente de obstrução.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A adrenalina (epinefrina) por via intramuscular é a droga de primeira escolha e o único tratamento que salva vidas na anafilaxia. Ela age rapidamente promovendo vasoconstrição (reduzindo o edema de glote e aumentando a pressão arterial) e broncodilatação. Deve ser administrada precocemente, na face anterolateral da coxa, assim que o diagnóstico de anafilaxia for suspeitado. A monitorização hospitalar é obrigatória devido ao risco de reações bifásicas (recorrência dos sintomas após melhora inicial).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Anti-histamínicos como a difenidramina são medicamentos de segunda linha. Eles auxiliam no controle do prurido e da urticária, mas não tratam o edema de vias aéreas nem previnem o colapso cardiovascular. O retardo na administração de adrenalina é o principal fator de risco para morte por anafilaxia.

Alternativa B: O salbutamol é um broncodilatador indicado para o tratamento do broncoespasmo (chiado no peito). Ele não trata o edema de laringe (sugerido pela rouquidão) nem os sintomas sistêmicos. Jamais deve substituir a adrenalina na anafilaxia. Além disso, o paciente não deve ser mandado para casa sem um período de observação rigoroso.

Alternativa D: Os corticosteroides são medicamentos de ação tardia, levando de 4 a 6 horas para iniciar seu efeito. Eles podem ser usados como terapia adjuvante para tentar reduzir o risco de reações bifásicas, mas nunca são a primeira medida no

atendimento de emergência.

Alternativa E: O teste de IgE específico é um exame complementar realizado em ambiente ambulatorial, semanas após o evento agudo, para identificar o gatilho alérgico. Não há espaço para exames laboratoriais ou testes alérgicos durante a abordagem de uma emergência médica. O diagnóstico da anafilaxia é estritamente clínico.

Questão 50

Para resolver esta questão, é fundamental correlacionar os fatores de risco materno-fetais com os achados clínicos e radiológicos apresentados pelo recém-nascido (RN).

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta desconforto respiratório (taquipneia, tiragem, batimento de asas do nariz e gemência) de início precoce (8 horas de vida). Trata-se de um RN a termo e com peso adequado/GIG. Os pontos decisivos para o diagnóstico são:

1. Bolsa rota há 18 horas: Este é um fator de risco clássico para infecção neonatal precoce.
2. Raio-X de tórax: A presença de condensação na base pulmonar direita é um achado característico de processo infeccioso (pneumonia), diferenciando-o de causas puramente mecânicas ou de reabsorção de líquido.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A pneumonia por *Streptococcus agalactiae* (estreptococo do grupo B) é a principal causa de infecção respiratória e sepse neonatal precoce. O tempo de bolsa rota superior a 18 horas aumenta significativamente o risco de colonização e infecção ascendente. Radiologicamente, a pneumonia neonatal pode se manifestar com infiltrados alveolares ou condensações focais, como observado neste caso.

b) INCORRETA. A Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN) é comum em partos cesáreos sem trabalho de parto prévio, mas o quadro radiológico típico apresenta congestão hilar, trama vascular aumentada, líquido nas fissuras (cisurite) e hiperinsuflação (pulmão úmido). A presença de condensação focal e o antecedente de bolsa rota prolongada direcionam o diagnóstico para pneumonia, e não para TTRN.

c) INCORRETA. A Doença de Membrana Hialina (Síndrome do Desconforto Respiratório) atinge predominantemente recém-nascidos pré-termo devido à deficiência de surfactante. O paciente em questão é a termo. Além disso, o padrão

radiológico da membrana hialina é de infiltrado reticulogranular difuso com broncogramas aéreos (aspecto de vidro fosco), diferente da condensação focal descrita.

d) INCORRETA. Embora a insuficiência cardíaca possa causar taquipneia e congestão hilar, ela não explicaria a condensação pulmonar focal nem estaria associada ao risco infeccioso da bolsa rota prolongada. Não há relato de sopros, cardiomegalia ou hepatomegalia no exame físico.

e) INCORRETA. A Hipertensão Pulmonar Persistente Neonatal costuma estar associada à asfixia, aspiração de mecônio ou hérnia diafragmática. Embora cause hipoxemia grave, o diagnóstico é funcional (ecocardiograma) e o quadro radiológico pode ser de pulmão limpo ou relacionado à patologia de base, mas os fatores de risco infecciosos e a condensação tornam a pneumonia a hipótese primária.

Questão 51

Análise das Afirmativas:

Afirmativa 1: (V) O forame oval direciona o sangue do átrio direito em direção ao átrio esquerdo.

Na circulação fetal, o sangue ricamente oxigenado proveniente da placenta chega ao átrio direito através da veia cava inferior. Graças à crista dividens e à anatomia local, esse fluxo é preferencialmente direcionado através do forame oval para o átrio esquerdo, garantindo que o sangue com maior teor de oxigênio chegue às cavidades esquerdas e, conseqüentemente, ao cérebro e ao coração.

Afirmativa 2: (V) O sangue no átrio direito possui menor concentração de oxigênio do que no átrio esquerdo.

Embora o sangue oxigenado chegue ao átrio direito pela veia cava inferior, ele mistura-se com o sangue desoxigenado vindo da veia cava superior (que drena a parte superior do corpo do feto). O sangue que atravessa o forame oval para o átrio esquerdo é a porção mais oxigenada dessa mistura. Já o sangue que permanece no átrio direito e segue para o ventrículo direito é composto majoritariamente pelo fluxo da veia cava superior, resultando em uma saturação média de oxigênio menor no átrio direito como um todo, quando comparada à do átrio esquerdo.

Afirmativa 3: (F) O ventrículo esquerdo é responsável pelo débito sistêmico.

Diferentemente da vida pós-natal, na circulação fetal, ambos os ventrículos trabalham em paralelo para manter o débito cardíaco total e a perfusão sistêmica. O ventrículo direito é, inclusive, o ventrículo dominante no feto, sendo responsável por cerca de 65% do débito cardíaco total. Grande parte do sangue ejetado pelo

ventrículo direito alcança a aorta descendente através do ducto arterioso, contribuindo significativamente para o débito sistêmico.

Afirmativa 4: (V) A resistência vascular pulmonar é maior do que a sistêmica.

No feto, os pulmões estão colapsados e preenchidos por líquido, o que causa uma vasoconstrição hipóxica e resulta em uma resistência vascular pulmonar muito elevada. Em contraste, a circulação sistêmica é conectada à placenta, que é um órgão de baixíssima resistência. Essa diferença de pressões (alta na circulação pulmonar e baixa na sistêmica) é o que permite o desvio de sangue através do ducto arterioso.

A sequência correta é V - V - F - V, o que corresponde à alternativa (c).

Questão 52

A questão descreve um caso clássico de crise de hipoxemia (ou crise hipercrianótica) em um lactente com Tetralogia de Fallot. A Tetralogia de Fallot é a cardiopatia congênita cianótica mais comum após o primeiro ano de vida e é composta por: comunicação interventricular (CIV), estenose pulmonar (geralmente infundibular), dextroposição da aorta (cavalgamento) e hipertrofia ventricular direita.

A crise hipoxêmica ocorre devido a um espasmo do infundíbulo pulmonar ou a uma queda da resistência vascular sistêmica, o que aumenta o desvio de sangue da direita para a esquerda através da CIV, levando à queda súbita da saturação de oxigênio. No caso clínico, o quadro de diarreia (que causa desidratação e hipovolemia) e o choro (que aumenta a liberação de catecolaminas) foram os gatilhos para a crise.

Análise das alternativas:

a) Correta. O diagnóstico é crise hipoxêmica. O manejo inicial inclui acalmar a criança, colocá-la em posição genupeitoral (para aumentar a resistência vascular sistêmica), ofertar oxigênio (potente vasodilatador pulmonar) e administrar morfina. A morfina é fundamental, pois reduz a hiperpneia, acalma o paciente e pode ajudar a relaxar o infundíbulo pulmonar. Como o paciente apresenta diarreia há três dias, a reposição volêmica e a correção de distúrbios hidroeletrólíticos são essenciais para restaurar a pré-carga e melhorar o fluxo pulmonar.

b) Incorreta. Embora o diagnóstico esteja correto, a administração de adrenalina é contraindicada como medida inicial na crise de Fallot. A adrenalina, por seu efeito beta-adrenérgico, aumenta a frequência cardíaca e a contratilidade, o que pode agravar o espasmo infundibular e piorar a obstrução à saída do ventrículo direito.

c) Incorreta. Adrenalina e milrinona não são indicadas. A milrinona é um inotrópico com efeito vasodilatador sistêmico; a queda da resistência vascular sistêmica aumentaria o shunt direita-esquerda, piorando drasticamente a cianose. A ventilação mecânica é reservada apenas para casos refratários às medidas clínicas iniciais.

d) Incorreta. O quadro clínico não é de insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Na Tetralogia de Fallot com estenose pulmonar importante, o fluxo pulmonar é reduzido, o que geralmente protege o pulmão de congestão. O problema aqui é a hipóxia aguda por falta de circulação pulmonar, e não falência de bomba com acúmulo de líquidos. A dobutamina também poderia piorar o espasmo infundibular.

e) Incorreta. O diagnóstico de ICC está errado para este contexto. Além disso, o uso de furosemida em um paciente desidratado por diarreia agravaria a hipovolemia, reduziria a pressão arterial sistêmica e pioraria severamente a crise hipoxêmica.

Questão 53

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

O traçado em DII longo mostra um ritmo com complexos QRS estreitos, regulares e precedidos por ondas P positivas, com morfologia idêntica e intervalo PR constante. A presença da onda P antes de cada complexo QRS caracteriza o ritmo como sinusal. A frequência cardíaca elevada para a idade da paciente (5 anos) define o quadro como taquicardia sinusal.

Análise Clínica:

A paciente apresenta um quadro de perdas gastrointestinais (vômitos e diarreia), desidratação de grau moderado e febre (38 °C). A taquicardia sinusal, nesses casos, funciona como um mecanismo compensatório fisiológico para manter o débito cardíaco diante da redução do volume intravascular (hipovolemia) e do aumento da demanda metabólica causado pela febre.

Justificativa das alternativas:

a) Incorreta. A taquicardia supraventricular (TSV) geralmente apresenta ausência de ondas P visíveis (ou ondas P retrógradas) e uma frequência cardíaca muito mais elevada e fixa, geralmente acima de 180-220 bpm em crianças. Além disso, o quadro clínico sugere perda de volume, não uma falha primária da bomba cardíaca (choque cardiogênico).

b) Correta. O ECG confirma o ritmo sinusal pela presença de ondas P. A febre e a desidratação são as causas mais comuns de taquicardia sinusal na pediatria, agindo

como estímulos adrenérgicos para compensar a perda de fluidos e o estado febril.

c) Incorreta. Embora as causas (febre e desidratação) estejam coerentes com o caso, o ritmo identificado no traçado não é uma taquicardia supraventricular paroxística, mas sim uma taquicardia sinusal devido à presença clara de ondas P precedendo o QRS.

d) Incorreta. Apesar de ser uma taquicardia sinusal, a paciente apresenta pressão arterial normal para a idade (110 x 75 mmHg), o que caracteriza uma desidratação com compensação hemodinâmica, e não necessariamente um estado de choque hipovolêmico estabelecido. A alternativa B é mais precisa ao listar os achados diretos do exame físico (febre e desidratação).

e) Incorreta. O flutter atrial é caracterizado por ondas F de serrilhado (aspecto de "dente de serra") e ausência de linha de base isoeétrica entre os complexos, o que não é observado no traçado, onde as ondas P são bem definidas e separadas. Além disso, é um ritmo raro nessa faixa etária sem cardiopatia estrutural.

Questão 54

O Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP) é uma ferramenta de avaliação rápida, visual e auditiva, recomendada pelo PALS (*Pediatric Advanced Life Support*) para estabelecer a impressão inicial do estado clínico da criança. Ele deve ser realizado em 30 a 60 segundos, sem a necessidade de tocar o paciente ou utilizar equipamentos (como estetoscópio ou monitores). Seu objetivo principal é identificar a gravidade da situação e a necessidade de intervenção imediata.

Os três componentes que formam os lados deste triângulo são:

1. APARÊNCIA: Avalia a função do sistema nervoso central, a oxigenação e a perfusão cerebral. Observam-se o tônus muscular, a interatividade com o meio, o olhar, a fala ou o choro e se a criança é consolável.
2. TRABALHO RESPIRATÓRIO: Avalia a adequação da ventilação e da oxigenação. Observam-se o esforço visual (tiragens, batimento de asas do nariz, posição de tripé) e ruídos audíveis sem aparelhos (gemência, estridor).
3. CIRCULAÇÃO: Avalia o débito cardíaco e a perfusão dos órgãos vitais por meio da pele. Observa-se a coloração da pele, buscando-se palidez, cianose ou livedo reticular (marmorização).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: "Avaliar, identificar e intervir" é a sequência cíclica de

manejo recomendada pelo PALS durante todo o atendimento de emergência, e não os componentes do triângulo inicial.

Alternativa (b) Incorreta: Vias aéreas, oxigenação e choro são elementos que podem ser observados, mas não definem a estrutura do triângulo. Vias aéreas (A) e oxigenação (B) fazem parte da Avaliação Primária (ABCDE), que é realizada após a aplicação do TAP.

Alternativa (c) Correta: Conforme descrito, Aparência, Respiração (Trabalho Respiratório) e Circulação (da pele) são os três pilares que compõem o Triângulo de Avaliação Pediátrica.

Alternativa (d) Incorreta: Frequência respiratória, frequência cardíaca e saturação de oxigênio são sinais vitais objetivos. Eles fazem parte da Avaliação Primária e exigem o uso de instrumentos (cronômetro, oxímetro e monitor), enquanto o TAP é uma avaliação puramente observacional e subjetiva feita a distância.

Alternativa (e) Incorreta: Inspeção, ausculta e palpação são técnicas semiológicas clássicas do exame físico. O TAP utiliza apenas a inspeção e a audição a distância, sem o toque físico ou o uso de estetoscópio, para não retardar a identificação de um choque ou de uma insuficiência respiratória grave.

Questão 55

Esta questão aborda o Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), especificamente o manejo de ritmos chocáveis na parada cardiorrespiratória (PCR) infantil, que são a fibrilação ventricular (FV) e a taquicardia ventricular sem pulso (TVSP).

De acordo com as diretrizes da American Heart Association (AHA), a desfibrilação deve ser realizada seguindo uma progressão de carga para garantir a eficácia da reversão sem causar danos miocárdicos excessivos.

1. Primeiro choque: a dose inicial recomendada é de 2 J/kg.
2. Segundo choque: caso o ritmo persista, a carga deve ser aumentada para 4 J/kg.
3. Choques subsequentes: para as tentativas seguintes, deve-se utilizar uma carga de pelo menos 4 J/kg, podendo ser aumentada progressivamente, respeitando-se, porém, o limite máximo de 10 J/kg ou a dose máxima recomendada para adultos.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A carga inicial de 1 J/kg é insuficiente para a desfibrilação pediátrica, e o

valor máximo de 5 J/kg não corresponde ao limite estabelecido nos protocolos atuais.

b) Incorreta. Embora os dois primeiros valores (2 e 4 J/kg) estejam corretos, o limite máximo indicado pela diretriz não é 8 J/kg, mas, sim, 10 J/kg.

c) Correta. Esta alternativa reflete exatamente o que preconiza o protocolo PALS/AHA: início com 2 J/kg, progressão para 4 J/kg no segundo choque e um teto máximo de 10 J/kg para as cargas subsequentes.

d) Incorreta. Assim como na alternativa A, inicia-se com uma carga muito baixa (1 J/kg) e apresenta-se uma progressão que termina precocemente em 4 J/kg.

e) Incorreta. Os valores iniciais estão corretos, mas o limite de 6 J/kg está abaixo do potencial terapêutico máximo permitido (10 J/kg).

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 56

A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é caracterizada pelo óbito inesperado de uma criança menor de um ano, cuja causa permanece inexplicada mesmo após investigação completa. A prevenção baseia-se no controle de fatores ambientais, sendo o posicionamento no berço o fator modificável mais importante.

Alternativa A: Incorreta. O colchão deve ser obrigatoriamente firme. Colchões moles ou superfícies macias podem se moldar ao rosto do bebê, facilitando o sufocamento. Além disso, o decúbito lateral é uma posição instável que facilita que o lactente role para a posição de decúbito ventral (bruços), que é o principal fator de risco para a SMSL.

Alternativa B: Incorreta. O compartilhamento da cama (pais e bebê dormindo na mesma superfície) é um fator de risco significativo para a morte súbita e asfixia accidental. A recomendação atual é que o bebê durma no mesmo quarto que os pais (*room-sharing*), mas em uma superfície separada (berço ou moisés), o que reduz o risco de SMSL em até 50%.

Alternativa C: Incorreta. Embora mencione o colchão firme, a alternativa erra ao incluir o uso de travesseiro e o decúbito lateral. Travesseiros, protetores de berço e posicionadores aumentam o risco de aprisionamento da face e sufocamento.

Alternativa D: Incorreta. Esta alternativa combina uma recomendação correta (dormir no mesmo quarto que os pais) com três condutas perigosas: uso de colchão macio,

uso de travesseiros e decúbito lateral.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa sintetiza as principais recomendações das sociedades de pediatria (SBP e AAP) para o sono seguro. O decúbito dorsal (barriga para cima) é a posição mais segura e deve ser mantida em todas as sonecas e no sono noturno. O berço deve ser "minimalista": apenas um colchão firme coberto por um lençol justo, sem nenhum objeto solto (cobertores, brinquedos, bichos de pelúcia ou travesseiros), para eliminar qualquer risco de obstrução das vias aéreas.

Questão 57

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma criança com prurido anal noturno, irritabilidade e distúrbios do sono. Esse é o quadro clássico da enterobíase (também conhecida como oxiuríase), causada pelo helminto **Enterobius vermicularis**. A fêmea do parasita migra para a região perianal durante a noite para depositar seus ovos, o que causa a coceira intensa. O diagnóstico é confirmado pelo teste de Graham (método da fita gomada), que identifica os ovos na região perianal, já que o exame parasitológico de fezes comum costuma ser negativo para essa patologia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

- a) Incorreta. A ascaridíase é causada pelo **Ascaris lumbricoides**. O quadro clínico costuma envolver dor abdominal, náuseas ou sintomas respiratórios (Síndrome de Loeffler). O diagnóstico é feito pelo exame parasitológico de fezes (EPF) convencional, e não pelo teste de Graham.
- b) Incorreta. A giardíase é causada pelo protozoário **Giardia lamblia**, que acomete o intestino delgado, gerando diarreia esteatorreica (fezes gordurosas), má absorção e dor abdominal. O tratamento de escolha para giardíase envolve metronidazol por 5 a 7 dias ou tinidazol/secnidazol em dose única.
- c) Correta. A enterobíase manifesta-se tipicamente com prurido anal noturno. O tratamento de escolha pode ser feito com albendazol (400 mg) ou mebendazol. A recomendação fundamental é a repetição da dose após 2 semanas. Isso ocorre porque os medicamentos matam os vermes adultos, mas não eliminam os ovos presentes no ambiente ou na região perianal. A repetição visa atingir os vermes que eclodiram dos ovos após o primeiro tratamento, fechando o ciclo biológico e evitando a reinfecção.
- d) Incorreta. A teníase (causada pela **Taenia solium** ou **saginata**) geralmente é

diagnosticada pela visualização de proglotes nas fezes. O tratamento padrão é feito com praziquantel ou niclosamida em dose única. A nitazoxanida é um antiparasitário de amplo espectro, mas não é o esquema preferencial para teníase com essa posologia.

e) Incorreta. A amebíase (*Entamoeba histolytica*) apresenta-se como colite amebiana (diarreia com muco e sangue) ou abscesso hepático. O metronidazol é utilizado para tratar as formas teciduais (invasivas), mas o esquema para amebíase não é de dose única (geralmente utiliza-se por 5 a 10 dias).

GABARITO: Alternativa (c) - Enterobíase - albendazol dose única, com repetição após 2 semanas.

Questão 58

A sífilis congênita é um grave problema de saúde pública no Brasil, exigindo um protocolo de seguimento rigoroso para identificar precocemente falhas terapêuticas ou infecções neonatais. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o monitoramento de crianças expostas à sífilis deve ser feito por meio de exames clínicos e laboratoriais periódicos.

O teste não treponêmico (como o VDRL) é a ferramenta de escolha para esse acompanhamento, devendo ser realizado preferencialmente com o mesmo método utilizado no momento do nascimento para permitir a comparação de títulos.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Os meses 2, 4, 8 e 12 não seguem a periodicidade estabelecida pelas normas técnicas brasileiras. O intervalo correto busca janelas específicas de queda de títulos de anticorpos.

Alternativa b: Incorreta. A realização de exames mensais do primeiro ao sexto mês de vida é excessiva e não está prevista em nenhum protocolo oficial de manejo da sífilis congênita, sobrecarregando o sistema de saúde e o paciente sem benefício clínico adicional comprovado.

Alternativa c: Incorreta. Os marcos de 2, 4 e 8 meses estão em desacordo com o cronograma de 1, 3 e 6 meses. Além disso, a alternativa falha ao não incluir os testes de 12 e 18 meses, essenciais para a alta do acompanhamento.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa reflete exatamente o que preconizam o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Infecções Sexualmente

Transmissíveis e a Sociedade Brasileira de Pediatria. O monitoramento laboratorial com teste não treponêmico deve ocorrer aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida. O acompanhamento pode ser interrompido se a criança apresentar dois exames negativos consecutivos. Aos 18 meses, realiza-se um teste treponêmico para confirmar a ausência de infecção, pois, nesta idade, os anticorpos maternos já desapareceram da circulação da criança.

Alternativa e: Incorreta. O acompanhamento padrão não se estende rotineiramente até os 24 meses. A inclusão do segundo mês e a exclusão do terceiro mês também tornam a alternativa errada perante o protocolo vigente.

Gabarito: Alternativa d.

Questão 59

DIAGNÓSTICO: DOENÇA DE KAWASAKI

O quadro clínico descreve um menino de 5 anos com febre persistente (6 dias) e presença de: 1. Conjuntivite bilateral não purulenta; 2. Alterações na cavidade oral (língua em framboesa e fissuras labiais); 3. Linfonodopatia cervical (2 cm); 4. Exantema polimorfo no tronco; 5. Alterações de extremidades (eritema e edema). Esses achados preenchem os critérios clássicos para a Doença de Kawasaki, uma vasculite sistêmica de pequenos e médios vasos que afeta predominantemente crianças.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Linfocitose: Incorreta. Na fase aguda da Doença de Kawasaki, o achado hematológico típico é a leucocitose com predomínio de neutrófilos (neutrofilia) e frequentemente com desvio à esquerda. A linfocitose (aumento de linfócitos) não é característica dessa patologia. Nota: Embora o gabarito fornecido indique esta alternativa, na literatura médica e em provas de residência, o termo correto esperado seria leucocitose.

b) Trombocitopenia: Incorreta. O esperado na Doença de Kawasaki é a trombocitose (elevação do número de plaquetas), que costuma ocorrer na fase subaguda, geralmente a partir da segunda semana de doença. A trombocitopenia é rara e, quando presente, pode indicar uma complicação grave como a Síndrome de Ativação Macrofágica.

c) Hiperalbuminemia: Incorreta. A patologia cursa habitualmente com hipalbuminemia (redução da albumina). Níveis reduzidos de albumina sérica são

comuns devido à inflamação sistêmica e ao aumento da permeabilidade vascular, sendo um marcador de gravidade e maior risco de aneurismas coronarianos.

d) Piúria: Correta. A piúria estéril (presença de leucócitos na urina com urocultura negativa) é um achado laboratorial clássico e muito frequente na Doença de Kawasaki. Ela ocorre devido a uma uretrite inflamatória causada pela vasculite e é considerada um achado laboratorial auxiliar importante para o diagnóstico.

e) Aumento do intervalo PR no eletrocardiograma: Incorreta. Embora o aumento do intervalo PR (bloqueio atrioventricular de primeiro grau) possa ocorrer em alguns pacientes devido à miocardite associada à fase aguda, ele não é um achado tão prevalente ou específico quanto a piúria para compor o quadro clínico laboratorial padrão da doença.

RESUMO:

O diagnóstico é Doença de Kawasaki. Os achados laboratoriais típicos incluem leucocitose neutrofílica, anemia normocítica, elevação de provas inflamatórias (VHS e PCR), hipoalbuminemia, aumento de transaminases, trombocitose (fase subaguda) e piúria estéril. Medicamente, a alternativa (d) apresenta o achado mais característico entre as opções, enquanto a alternativa (a) apresenta um erro terminológico (linfocitose em vez de leucocitose).

Questão 60

O diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) é fundamentado em dois domínios principais, conforme o DSM-5: 1) Déficits persistentes na comunicação e na interação social e 2) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Abaixo, a análise de cada alternativa sob a ótica do desenvolvimento infantil e dos sinais de alerta para o TEA:

Alternativa a) Incorreta. O brincar de faz de conta ou jogo simbólico é um marco esperado do desenvolvimento neuropsicomotor. Ele demonstra capacidade de abstração e imaginação. No TEA, o que se observa é justamente o oposto: um empobrecimento ou ausência do brincar simbólico, com preferência por jogos mecânicos, repetitivos ou foco excessivo em partes de objetos.

Alternativa b) Incorreta. O contato visual é uma das ferramentas fundamentais da interação social e da comunicação não verbal. O sinal de alerta para o autismo seria o contato visual pobre, fugaz, ausente ou atípico, e não o contato visual frequente.

Alternativa c) Incorreta. O interesse em interagir e brincar com outras crianças indica busca por reciprocidade social. No TEA, há frequentemente um isolamento social, falta de iniciativa para interações ou uma abordagem social inadequada e descontextualizada.

Alternativa d) Correta. Este comportamento integra o critério de padrões restritos e repetitivos. A insistência na mesmice e a adesão inflexível a rotinas (como sofrimento intenso com pequenas mudanças, rituais verbais ou padrões de pensamento rígidos) são características centrais do transtorno. Em uma criança de 7 anos, isso pode se manifestar como resistência extrema a mudar o trajeto para a escola ou a ordem das atividades diárias.

Alternativa e) Incorreta. O uso de gestos variados, como apontar para mostrar algo de interesse ou acenar, faz parte da comunicação não verbal funcional. Crianças com TEA apresentam déficits no uso, na compreensão e na integração desses gestos com a linguagem falada.

Portanto, enquanto as outras opções descrevem comportamentos típicos de uma criança de 7 anos com desenvolvimento neuropsicomotor adequado, a alternativa d descreve um sinal clínico patognomônico para a investigação de TEA.

Questão 61

O câncer de mama é classificado em diferentes subtipos moleculares por meio da imuno-histoquímica, o que direciona o prognóstico e a estratégia terapêutica. Os principais marcadores analisados são o receptor de estrogênio (RE), o receptor de progesterona (RP), a proteína HER2 e o índice de proliferação celular (Ki-67).

Alternativa a) Correta. O subtipo Luminal A é caracterizado pela forte expressão de receptores hormonais (estrogênio e/ou progesterona) e pela ausência de superexpressão ou amplificação da proteína HER2. Clinicamente, são tumores de crescimento mais lento, com baixo índice de proliferação celular (Ki-67 baixo) e apresentam o melhor prognóstico entre os subtipos moleculares, sendo altamente responsivos à hormonioterapia.

Alternativa b) Incorreta. A expressão de receptores hormonais associada à expressão do HER2 define o subtipo Luminal B (especificamente o Luminal B-HER2 positivo). Esses tumores são geralmente mais agressivos que o Luminal A e requerem tratamento combinado com terapia anti-HER2 e hormonioterapia.

Alternativa c) Incorreta. A ausência de receptores hormonais e a ausência de HER2 definem o subtipo Triplo-Negativo. Este grupo é conhecido por sua maior

agressividade, maior risco de metástases precoces e falta de alvos para terapias hormonais ou anti-HER2, sendo tratado predominantemente com quimioterapia.

Alternativa d) Incorreta. O perfil que não expressa receptores hormonais, mas expressa HER2, é classificado como subtipo HER2-puro (HER2-enriched). São tumores com comportamento biológico agressivo, mas que apresentam excelente resposta a terapias-alvo específicas (como o trastuzumabe).

Alternativa e) Incorreta. Embora exista um subtipo denominado Normal Breast-like, que possui semelhanças moleculares com o tecido mamário normal, ele não se confunde com o Luminal A. O Luminal A tem características bem definidas de linhagem luminal (epitelial), mas com padrões de expressão gênica neoplásica específicos.

Em resumo, para fins de prova, guarde que Luminal A é RE/RP positivo, HER2 negativo e possui baixo Ki-67.

Questão 62

Os inibidores da aromatase (como o letrozol e o anastrozol) atuam bloqueando a enzima aromatase, responsável pela conversão de androgênios em estrogênios nos tecidos periféricos e no próprio parênquima mamário. Embora sua indicação clássica seja o tratamento do câncer de mama em mulheres na pós-menopausa, seu mecanismo de ação permite o uso em diversas condições ginecológicas em que a redução do estrogênio ou a manipulação do feedback hormonal é necessária.

Alternativa (a) Endometriose: Incorreta. A endometriose é uma patologia estrogênio-dependente. Os inibidores da aromatase podem ser indicados, geralmente em casos de dor pélvica crônica refratária a outros tratamentos, pois reduzem a produção de estrogênio tanto sistêmica quanto local (dentro dos próprios focos de endometriose).

Alternativa (b) Indução da ovulação: Incorreta. O letrozol é amplamente utilizado para indução da ovulação. Ao reduzir os níveis de estrogênio circulante, ele diminui o feedback negativo sobre a hipófise, o que resulta em um aumento endógeno do hormônio folículo-estimulante (FSH), estimulando o recrutamento de folículos ovarianos.

Alternativa (c) Fibroadenoma: Correta. O fibroadenoma é uma lesão benigna da mama, muito comum em mulheres jovens. O seu manejo é essencialmente clínico, com observação e controle ecográfico, ou cirúrgico (exérese) em casos de crescimento acelerado ou desejo da paciente. Não há indicação de inibidores da

aromatase para o tratamento ou controle de fibroadenomas.

Alternativa (d) Síndrome dos ovários policísticos (SOP): Incorreta. Na SOP, os inibidores da aromatase (especialmente o letrozol) são considerados atualmente a primeira linha de tratamento para indução da ovulação em pacientes que desejam engravidar, superando o citrato de clomifeno em termos de taxas de nascidos vivos em pacientes com IMC elevado.

Alternativa (e) Maturação sexual precoce: Incorreta. Em casos de puberdade precoce (especialmente na Síndrome de McCune-Albright), os inibidores da aromatase podem ser usados para retardar a maturação óssea. O estrogênio é o principal responsável pelo fechamento das epífises ósseas; ao inibir sua produção, ganha-se tempo para que a criança atinja uma estatura final mais adequada.

Gabarito: Letra (c).

Questão 63

Alternativa a: Incorreta. A faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer do colo do útero permanece sendo de 25 a 64 anos para mulheres que já iniciaram a vida sexual. A nova diretriz de 2024, que incorpora o teste de DNA-HPV, não alterou essa faixa etária para iniciar aos 20 anos.

Alternativa b: Incorreta. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde prevê o teste de DNA-HPV como rastreamento primário isolado. A colpocitologia oncótica (Papanicolaou) deixa de ser o exame inicial de rotina e passa a ser utilizada como um teste de triagem apenas para as mulheres que apresentarem resultado positivo para o DNA-HPV. O uso simultâneo dos dois exames para todas as pacientes (coteste) não é a recomendação da diretriz nacional.

Alternativa c: Correta. Esta é a principal mudança operacional do novo protocolo. Devido à alta sensibilidade e ao elevado valor preditivo negativo do teste de DNA-HPV, o intervalo de segurança entre os exames de rastreamento foi estendido. Se o teste de DNA-HPV for negativo, a recomendação é que a paciente repita o exame após 5 anos, diferentemente do intervalo de 3 anos utilizado anteriormente para a citologia.

Alternativa d: Incorreta. A colposcopia é um exame diagnóstico de segunda linha e não deve ser utilizada para rastreamento populacional. Ela é indicada apenas após a detecção de alterações nos testes de rastreamento (HPV positivo com triagem alterada ou citologia alterada).

Alternativa e: Incorreta. O teste de DNA-HPV positivo indica a presença do vírus, mas não necessariamente a existência de uma lesão. Portanto, um resultado positivo exige uma etapa de triagem adicional (geralmente citologia ou genotipagem para os tipos 16 e 18). A biópsia é um procedimento realizado apenas durante a colposcopia, caso o médico identifique áreas suspeitas de lesões precursoras ou câncer.

Em resumo, a nova diretriz do Ministério da Saúde (Portaria 1.247/2024) estabelece o teste de DNA-HPV como o método preferencial de rastreamento no SUS, com periodicidade de 5 anos para resultados negativos, mantendo a faixa etária de 25 a 64 anos.

Questão 64

O atendimento médico a vítimas de violência sexual segue protocolos rigorosos do Ministério da Saúde para reduzir riscos de gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). No caso clínico apresentado, a paciente já possui laqueadura tubária, o que exclui a necessidade de contracepção de emergência, focando o manejo na profilaxia infecciosa.

Alternativa a) Incorreta. A benzilpenicilina benzatina (2,4 milhões de UI, via intramuscular, em dose única) faz parte do protocolo oficial. Ela é administrada para a profilaxia da sífilis (*Treponema pallidum*).

Alternativa b) Incorreta. A associação de azitromicina (1 g, via oral, dose única) e ceftriaxona (500 mg, via intramuscular, dose única) é o esquema padrão para a profilaxia de clamídia e gonorreia, respectivamente. Ambas são medicações essenciais no atendimento imediato.

Alternativa c) Incorreta. O tenofovir e a lamivudina, associados ao dolutegravir, compõem o esquema de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para o HIV. Como a paciente buscou atendimento um dia após o ocorrido (dentro do limite de 72 horas), o início da terapia antirretroviral por 28 dias é mandatório.

Alternativa d) Correta (Gabarito). O aciclovir é um antiviral utilizado para o tratamento de episódios ativos ou supressão do herpes simples. No entanto, ele não faz parte do protocolo de profilaxia de rotina para vítimas de violência sexual. O Ministério da Saúde recomenda apenas o tratamento se houver aparecimento posterior de lesões características, mas não o uso profilático imediato.

Alternativa e) Incorreta. O metronidazol (2 g, via oral, dose única) é incluído no protocolo para a profilaxia da tricomoníase, uma IST causada por protozoário que frequentemente acompanha outras infecções genitais.

Em resumo, o "kit" de profilaxia para ISTs em adultos após violência sexual inclui: ceftriaxona, azitromicina, metronidazol, penicilina benzatina, vacina contra hepatite B (se não imunizada), imunoglobulina contra hepatite B (se o agressor for sabidamente HBsAg positivo e a vítima não vacinada) e a PEP para HIV (tenofovir + lamivudina + dolutegravir). O aciclovir é a medicação intrusa na lista.

Questão 65

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta sintomas que mimetizam a candidíase vulvovaginal, como prurido e secreção leitosa com grumos (aspecto de leite coalhado). No entanto, o achado da bacterioscopia revela a presença de lactobacilos e a ausência de fungos (hifas ou esporos). Esse cenário clínico é típico da vaginose citolítica.

Na vaginose citolítica, ocorre um crescimento excessivo de lactobacilos, que produzem ácido láctico em abundância, reduzindo drasticamente o pH vaginal (geralmente entre 3,5 e 4,5). Essa acidez extrema causa a lise (quebra) das células epiteliais da vagina, gerando o corrimento com grumos e a irritação local. O diagnóstico é frequentemente confundido com candidíase, mas a diferenciação é feita pela ausência de fungos e pela abundância de lactobacilos no exame microscópico.

Explicação das alternativas:

- a) Incorreta. O fluconazol é um agente antifúngico utilizado no tratamento da candidíase vulvovaginal. Como a bacterioscopia não evidenciou fungos, o uso de antifúngicos não trará benefício e é um erro comum no manejo desse quadro.
- b) Incorreta. A nistatina é um antifúngico de uso tópico também voltado para o tratamento da candidíase. Assim como o fluconazol, não possui ação sobre a superpopulação de lactobacilos ou sobre a acidez vaginal.
- c) Correta. O objetivo do tratamento na vaginose citolítica é elevar o pH vaginal para neutralizar a acidez excessiva e reduzir a proliferação dos lactobacilos. O bicarbonato de sódio, utilizado em banhos de assento ou duchas vaginais (diluído em água morna), é a substância alcalinizante indicada para restaurar o equilíbrio do ecossistema vaginal e aliviar os sintomas.
- d) Incorreta. O metronidazol é um antibiótico indicado para o tratamento da vaginose bacteriana (na qual há falta de lactobacilos e presença de bactérias anaeróbias) ou da tricomoníase. Não tem indicação na vaginose citolítica.

e) Incorreta. A clindamicina é um antibiótico de amplo espectro usado em alguns casos de vaginose bacteriana ou vaginite inflamatória descamativa. Não atua na correção do pH e não é o tratamento para o excesso de lactobacilos.

Questão 66

Análise da imagem:

A mamografia apresentada (incidência mediolateral oblíqua - MLO) revela uma lesão densa, bem circunscrita e com calcificações grosseiras em seu interior, localizada no quadrante superior da mama esquerda. Essas calcificações são conhecidas classicamente como calcificações em pipoca (popcorn calcifications). Esse achado é patognomônico de um fibroadenoma em processo de involução (calcificado). Além disso, observam-se calcificações vasculares lineares e paralelas em ambas as mamas, que também são achados benignos comuns em pacientes nessa faixa etária.

Explicação das alternativas:

a) Correta. A Categoria 2 do BI-RADS é destinada a achados definitivamente benignos. O fibroadenoma calcificado (calcificação em pipoca) e as calcificações vasculares são exemplos clássicos que permitem ao radiologista afirmar a benignidade do exame, sem necessidade de investigação adicional ou acompanhamento em curto prazo, mantendo-se o rastreamento anual de rotina.

b) Incorreta. A Categoria 3 é reservada para achados provavelmente benignos, com risco de malignidade inferior a 2%, que exigem controle radiológico em 6 meses. Como a calcificação em pipoca é um sinal de certeza de benignidade, a classificação correta é a 2.

c) Incorreta. A Categoria 4 indica uma suspeita de malignidade (risco de 2% a 95%) e requer procedimento invasivo (biópsia). A imagem não apresenta contornos espiculados, microcalcificações pleomórficas ou distorção arquitetural que justifiquem essa classificação.

d) Incorreta. A Categoria 5 é utilizada para lesões altamente sugestivas de malignidade (risco superior a 95%), em que a conduta é a biópsia e o planejamento terapêutico. A característica da lesão na imagem é oposta ao padrão de malignidade.

e) Incorreta. A Categoria 6 é utilizada exclusivamente para pacientes que já possuem diagnóstico histopatológico de câncer de mama confirmado por biópsia prévia e que estão realizando o exame para acompanhamento ou planejamento cirúrgico.

Questão 67

A questão aborda a interpretação de achados colposcópicos diante de uma citologia de alto risco (ASC-H - células escamosas atípicas, não se podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau). Na colposcopia, os achados são classificados em achados anormais menores (Grau 1), achados anormais maiores (Grau 2) e achados suspeitos de invasão.

Alternativa a) Incorreta. O pontilhado fino é caracterizado por capilares finos, de calibre uniforme e distribuição regular. É classificado como um achado colposcópico menor (Grau 1), geralmente associado a lesões de baixo grau ou processos inflamatórios, possuindo baixo risco de invasão.

Alternativa b) Incorreta. O mosaico regular consiste em campos de epitélio delimitados por finas linhas vermelhas que formam um padrão geométrico organizado. Assim como o pontilhado fino, é um achado menor (Grau 1), indicativo de baixa probabilidade de malignidade invasiva.

Alternativa c) Incorreta. O epitélio acetobranco é uma alteração comum que surge após a aplicação de ácido acético. Se for fino e de coloração clara, é um achado menor. Se for denso e opaco, é um achado maior (Grau 2). Embora lesões de alto grau sejam acetobranças, o termo isolado não define o "alto risco de invasão" solicitado pela questão, que exige um sinal mais específico de câncer.

Alternativa d) Incorreta. O pólipio endocervical é uma estrutura benigna que se projeta do canal cervical. Não é considerado um achado colposcópico de suspeição para invasão neoplásica, sendo geralmente um achado incidental e benigno durante o exame.

Alternativa e) Correta. Os vasos atípicos representam o achado colposcópico mais característico e suspeito de câncer invasor. Eles surgem devido à neovascularização tumoral e perdem o padrão de ramificação normal (dicotômica). Apresentam-se com calibres irregulares, trajetos tortuosos e formas bizarras, como saca-rolhas, vírgulas, grampos ou espirais. A presença de vasos atípicos rompe a superfície epitelial e é o principal marcador de invasão na colposcopia.

Questão 68

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta três pontos fundamentais que direcionam a escolha do método contraceptivo:

1. Anemia ferropriva secundária ao fluxo menstrual intenso (Hb 10 e Ht 32). O

método ideal deve, preferencialmente, reduzir o volume de sangramento ou promover amenorreia.

2. Queixa de esquecimento. Métodos que dependem da disciplina diária ou semanal da paciente não são recomendados.

3. Cefaleia frequente. Embora não caracterizada como enxaqueca com aura, o uso de estrogênios deve ser avaliado com cautela em pacientes com cefaleias recorrentes.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O DIU de cobre é um método de longa duração (LARC), o que atenderia à queixa de esquecimento. No entanto, o principal efeito colateral do DIU de cobre é justamente o aumento do fluxo menstrual e das cólicas (dismenorreia). Como a paciente já possui anemia moderada por fluxo intenso, este método é contraindicado, pois agravaria o quadro clínico.

b) INCORRETA. O injetável combinado contém estrogênio e progestogênio. Além de necessitar de aplicação mensal (o que ainda exige disciplina da paciente), o componente estrogênico não é a primeira escolha para quem sofre de cefaleia frequente. Além disso, não é o método mais eficaz para induzir amenorreia e tratar a anemia em comparação aos métodos exclusivos de progestogênio.

c) INCORRETA. O anel vaginal é um método combinado (estrogênio + progestogênio) de uso mensal (troca a cada 3 semanas). Assim como o injetável, possui estrogênio, o que pode piorar a cefaleia, e exige que a paciente se lembre das datas de retirada e inserção, não sendo a melhor opção para alguém muito esquecida.

d) INCORRETA. O adesivo hormonal também é um método combinado. Exige trocas semanais, o que vai contra o perfil de "muito esquecida" da paciente. Além disso, possui as mesmas restrições em relação ao estrogênio e ao controle do fluxo menstrual intenso observado nas alternativas B e C.

e) CORRETA. O implante de etonogestrel é um método de longa duração (LARC), com validade de 3 anos, o que resolve o problema do esquecimento. É um método composto apenas por progestogênio (sem estrogênio), sendo seguro para pacientes com cefaleia. Sua principal característica clínica é a redução significativa do fluxo menstrual, frequentemente levando à amenorreia, o que é o tratamento ideal para a anemia secundária à hipermenorreia apresentada pela paciente. É, atualmente, o método contraceptivo mais eficaz disponível.

Questão 69

A meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública fundamenta-se no compromisso conhecido como 90-70-90. O objetivo é que, até 2030, todos os países alcancem esses índices para reduzir a incidência da doença para menos de 4 casos por 100.000 mulheres.

Alternativa a: Incorreta. A alternativa inverte e altera os valores oficiais. A vacinação deve atingir 90% das meninas, e não 70%. O rastreamento tem como meta 70%, e não 90%. Além disso, o tratamento adequado deve ser garantido a 90% das mulheres, e não 70%.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve precisamente os três pilares da Estratégia Global:

1. Imunização: 90% das meninas devem estar totalmente vacinadas contra o HPV até os 15 anos de idade.
2. Rastreamento: 70% das mulheres devem ser rastreadas com um teste de alta performance (como o teste de DNA-HPV) pelo menos duas vezes na vida, sendo a primeira aos 35 anos e a segunda aos 45 anos.
3. Tratamento: 90% das mulheres diagnosticadas com lesões precursoras ou câncer invasivo devem receber tratamento e cuidados adequados.

Alternativa c: Incorreta. Os percentuais de 80% para vacinação e tratamento e 90% para rastreamento não correspondem aos parâmetros definidos pela OMS. A estratégia foca no alcance de 90% na prevenção primária (vacina) e no desfecho final (tratamento).

Alternativa d: Incorreta. Embora a meta de tratamento de 90% esteja correta, a alternativa erra ao sugerir 70% para vacinação (que deveria ser 90%) e 90% para rastreamento (que deveria ser 70%).

Alternativa e: Incorreta. A OMS não estabeleceu a meta de 90% para os três pilares. A meta de rastreamento é fixada em 70% para permitir que os sistemas de saúde foquem na transição para testes de base molecular (alta performance), que são mais eficazes que a citologia convencional, mas exigem maior investimento em infraestrutura.

Questão 70

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome clínica decorrente da ascensão de microrganismos do trato genital inferior para o trato genital superior. A análise das alternativas revela o seguinte:

Alternativa a) Incorreta. Embora a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis* sejam os principais agentes iniciadores, a DIP é uma infecção polimicrobiana. Ela frequentemente envolve a microbiota vaginal, incluindo anaeróbios, *Gardnerella vaginalis*, estreptococos e bacilos gram-negativos entéricos.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico da DIP é predominantemente clínico para evitar atrasos no tratamento e sequelas futuras. Segundo os critérios de Hager (adotados pelo Ministério da Saúde e CDC), a presença de dor no abdome inferior associada à dor à mobilização do colo uterino ou à dor à palpação anexial são critérios mínimos para o diagnóstico presuntivo. A presença de secreção vaginal ou endocervical purulenta reforça a suspeita clínica.

Alternativa c) Incorreta. O tratamento da DIP pode ser realizado de forma ambulatorial em casos leves e moderados (Estágios I e II de Monif), utilizando antibioticoterapia oral e intramuscular. A internação é indicada apenas em casos graves (Monif III ou IV), gestantes, pacientes que não toleram via oral, ausência de resposta ao tratamento ambulatorial ou quando há suspeita de urgência cirúrgica.

Alternativa d) Incorreta. A DIP é uma das principais causas de infertilidade por fator tubário, dor pélvica crônica e gravidez ectópica. O potencial de sequelas é alto e aumenta a cada novo episódio da doença, não sendo considerada uma condição autolimitada e sem impacto reprodutivo.

Alternativa e) Incorreta. A presença de abscesso tubo-ovariano (Monif III) indica tratamento hospitalar com antibioticoterapia parenteral de amplo espectro. O uso de antibióticos é fundamental e obrigatório. A abordagem cirúrgica não é a primeira escolha para todos os casos, sendo reservada para situações de ruptura do abscesso (emergência), falha do tratamento clínico após 48-72 horas ou necessidade de drenagem de coleções volumosas.

Questão 71

O quadro clínico apresentado é de hipotireoidismo franco (clínico) na gestação, caracterizado por TSH elevado (20 mUI/L) e T4 livre reduzido (0,5 ng/dL). O diagnóstico de hipotireoidismo na gestante é de extrema importância, pois os hormônios tireoidianos são fundamentais para a manutenção da gestação e para o desenvolvimento fetal, especialmente no primeiro trimestre, quando o feto depende

exclusivamente da tiroxina materna.

O hipotireoidismo clínico não tratado está classicamente associado a diversas complicações materno-fetais. Abaixo, analisamos as alternativas:

a) Abortamento espontâneo: Esta alternativa está correta como risco. A deficiência de hormônios tireoidianos prejudica a fixação e o desenvolvimento inicial da placenta, sendo uma causa importante e evitável de perda gestacional no primeiro trimestre.

b) Hipertensão na gravidez: Esta alternativa está correta como risco. O hipotireoidismo aumenta a resistência vascular periférica e está associado a uma maior incidência de distúrbios hipertensivos, incluindo a pré-eclâmpsia.

c) Descolamento prematuro de membrana: Embora a nomenclatura técnica mais comum seja descolamento prematuro de placenta (DPP), o termo é frequentemente usado em questões para se referir a essa patologia. O hipotireoidismo clínico é um fator de risco documentado para o descolamento placentário, possivelmente devido às alterações vasculares e placentárias causadas pela hipofunção tireoidiana. Portanto, é uma situação de risco.

d) Prematuridade: Esta alternativa está correta como risco. Tanto por causas espontâneas quanto por indicações médicas (devido a complicações como a hipertensão mencionada anteriormente), gestantes com hipotireoidismo têm maior probabilidade de parto prematuro.

e) Rotura prematura de membranas: Esta é a alternativa correta (o "exceto"). A rotura prematura de membranas (amniorrexe prematura) está mais fortemente associada a fatores como infecções geniturinárias, tabagismo, polidrâmnio ou sobredistensão uterina. Diferentemente das outras alternativas, não há uma associação clássica e direta estabelecida na literatura médica entre o hipotireoidismo e a rotura prematura de membranas pré-parto.

Resumo do caso: O tratamento deve ser iniciado imediatamente com levotiroxina sódica, visando normalizar os níveis de TSH (geralmente abaixo de 2,5 mUI/L no primeiro trimestre) para reduzir os riscos de aborto, hipertensão, DPP, prematuridade e prejuízos ao desenvolvimento neurocognitivo do conceito.

Questão 72

Para compreender a conduta correta nesta questão, devemos analisar o cenário de uma gestante de 14 semanas com sorologia sugestiva de toxoplasmose aguda (IgG e IgM reagentes).

Análise dos itens:

Item I. Correto. Orientações de higiene e dieta fazem parte da prevenção primária. Mesmo com sorologia positiva, reforçar a necessidade de consumir carnes bem cozidas é padrão no pré-natal para evitar a ingestão de cistos do parasita, além de ser uma conduta educativa essencial.

Item II. Correto. Diante de uma suspeita de infecção aguda em gestante (IgM e IgG reagentes), a conduta imediata é iniciar a espiramicina. Este medicamento não atravessa a barreira placentária de forma eficaz para tratar o feto, mas se concentra na placenta, reduzindo em até 50% o risco de transmissão vertical.

Item III. Incorreto. O esquema tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico) é indicado apenas em duas situações específicas: quando há confirmação de infecção fetal (geralmente por PCR do líquido amniótico positivo colhido após 18 semanas) ou quando a infecção materna ocorre no terceiro trimestre (a partir de 30 semanas), devido ao alto risco de transmissão para o feto. No caso da paciente com 14 semanas e sem confirmação de infecção fetal, o uso inicial é de espiramicina.

Item IV. Correto. O teste de avidéz para IgG é a ferramenta diagnóstica para tentar datar o momento da infecção. Como a paciente está com 14 semanas, o teste ainda é útil. Uma alta avidéz (geralmente acima de 60%) detectada antes de 16 semanas de gestação indica que a infecção ocorreu há pelo menos 4 meses, ou seja, antes da concepção, descartando risco para o feto e permitindo a suspensão do tratamento.

Item V. Correto. Assim como a orientação sobre as carnes, o uso de luvas ao manipular a terra é uma medida de prevenção primária, pois o solo pode estar contaminado com oocistos eliminados por felinos.

Conclusão:

Os itens I, II, IV e V representam condutas adequadas para o momento clínico descrito (suspeita de infecção aguda em idade gestacional precoce). O item III está incorreto por ser uma conduta de segunda linha ou para fases mais avançadas da gestação/infecção confirmada no feto.

Portanto, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 73

Texto Original:

A questão aborda o manejo da distocia de espáduas, uma emergência obstétrica que ocorre quando o ombro fetal (geralmente o anterior) fica impactado na sínfise púbica materna após a saída da cabeça. O diagnóstico é clínico, frequentemente identificado pelo sinal da tartaruga (retração da cabeça fetal contra o períneo). O manejo deve ser imediato e segue uma sequência de manobras específicas.

Alternativa A (Incorreta/Gabarito): A compressão do fundo uterino (manobra de Kristeller) é absolutamente contraindicada na distocia de espáduas. Ao empurrar o feto de cima para baixo, a pressão aumenta a impactação do ombro anterior contra a sínfise púbica, não resolvendo a obstrução e elevando significativamente o risco de complicações graves, como a lesão definitiva do plexo braquial (paralisia de Erb-Duchenne) e a ruptura uterina.

Alternativa B (Correta): O desprendimento do braço posterior é uma das manobras internas mais eficazes quando as manobras iniciais falham. Ao retirar o braço posterior, reduz-se o diâmetro biacromial do feto, permitindo que o ombro anterior se desvencilhe da sínfise púbica. A técnica envolve a flexão do cotovelo e o deslizamento do braço sobre o tórax fetal.

Alternativa C (Correta): A manobra de McRoberts é o procedimento inicial de escolha. Consiste na hiperflexão das coxas da paciente sobre o abdome. Essa ação retifica a curvatura sacra, rotaciona a sínfise púbica superiormente e diminui o ângulo de inclinação pélvica, o que frequentemente é suficiente para liberar o ombro impactado sem necessidade de intervenções invasivas.

Alternativa D (Correta): A pressão suprapúbica (manobra de Mazzanti) é realizada por um assistente enquanto o médico exerce uma tração axial suave na cabeça fetal. A pressão deve ser aplicada lateralmente sobre o ombro anterior para tentar rotacioná-lo ou aduzi-lo, facilitando sua passagem sob a sínfise púbica. É frequentemente realizada em conjunto com a manobra de McRoberts.

Alternativa E (Correta): A manobra de Wood, ou manobra do parafuso de Wood, é uma técnica de rotação interna. O obstetra insere os dedos na vagina e aplica pressão na face anterior do ombro posterior, girando o feto em 180 graus (como um parafuso). O objetivo é transformar o ombro posterior em anterior, liberando a impactação.

Questão 74

Análise das assertivas:

I. Correta. O misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E1 (PGE1). Diferente de outras prostaglandinas, como a PGF2-alfa, a PGE1 não promove broncoconstrição significativa, sendo inclusive associada a uma leve broncodilatação. Por essa razão, seu uso é seguro em pacientes com asma, ao contrário de outros derivados que são contraindicados.

II. Correta. A hiperestimulação uterina (taquissistolia) é o efeito adverso mais conhecido e preocupante do misoprostol. O medicamento pode desencadear contrações muito frequentes ou prolongadas, o que exige monitorização cuidadosa da frequência cardíaca fetal para detectar sinais de sofrimento agudo.

III. Correta. Evidências científicas, incluindo revisões sistemáticas, demonstram que o uso de misoprostol é mais eficaz que o placebo ou o uso isolado de ocitocina para o amadurecimento do colo uterino. Isso resulta em uma redução no período de latência (tempo até o parto) e diminui as taxas de cesárea por falha de indução.

IV. Correta. Como o misoprostol promove tanto o amadurecimento cervical quanto o início da dinâmica uterina, uma proporção significativa de pacientes entra em trabalho de parto ativo apenas com o uso da medicação, o que reduz ou elimina a necessidade do uso complementar de ocitocina intravenosa.

V. Incorreta. Esta é uma contraindicação absoluta nos protocolos obstétricos. O uso de misoprostol em pacientes com cicatriz uterina prévia (seja por cesárea anterior ou cirurgias como miomectomia) aumenta drasticamente o risco de ruptura uterina. Nesses casos, prefere-se o uso de métodos mecânicos (como a sonda de Foley) para o preparo do colo, se houver indicação de indução.

Conclusão: As afirmativas I, II, III e IV estão corretas. Portanto, a alternativa correta é a (a).

Questão 75

Esta questão aborda as normas éticas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o parto cesariano a pedido da gestante, fundamentadas principalmente na Resolução CFM nº 2.284/2020. Vamos analisar cada afirmativa:

Primeira afirmativa: Verdadeira. A Resolução CFM 2.284/2020 garante que é ético o médico realizar a cesariana a pedido, desde que respeitada a autonomia da paciente (seu direito de escolha) e a autonomia do médico (sua liberdade de atuar conforme

sua consciência e conhecimentos técnicos), sempre priorizando a segurança da mãe e do bebê.

Segunda afirmativa: Verdadeira. Para assegurar a maturidade pulmonar fetal e evitar complicações da prematuridade iatrogênica, a resolução estabelece que, em gestações de risco habitual, a cesariana eletiva a pedido só pode ocorrer após as 39 semanas completas de gestação. O registro exato da idade gestacional e da opção da paciente em prontuário é obrigatório.

Terceira afirmativa: Verdadeira. O médico tem direito à autonomia profissional. Se o obstetra não se sentir confortável ou discordar da indicação de uma cesariana sem indicação clínica (apenas por desejo da paciente), ele pode exercer o direito de recusa. Nesse caso, ele deve encaminhar a gestante a outro profissional ou serviço de saúde que possa atendê-la, garantindo a continuidade da assistência.

Quarta afirmativa: Verdadeira. Todo procedimento eletivo e baseado na autonomia da vontade deve ser formalizado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento deve explicar os riscos e benefícios tanto do parto vaginal quanto da cesariana, em linguagem acessível para que a paciente tome uma decisão consciente e informada.

Análise das alternativas:

Como todas as afirmativas são verdadeiras (V, V, V, V), a alternativa correta é a letra (a).

- a) Correta. Todas as proposições refletem fielmente o texto da Resolução CFM 2.284/2020 e os princípios da bioética (autonomia e beneficência).
 - b) Incorreta. A segunda afirmativa é verdadeira; a idade gestacional mínima de 39 semanas é uma regra rígida do CFM.
 - c) Incorreta. A primeira e a terceira afirmativas são verdadeiras, pois tratam do direito ético do médico e da paciente.
 - d) Incorreta. A primeira e a segunda afirmativas estão corretas perante a norma vigente.
 - e) Incorreta. Apenas a última afirmativa ser considerada verdadeira ignora todo o respaldo ético-legal das outras três.
-

Questão 76

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro de pré-eclâmpsia, definido pela hipertensão arterial (PA 160x110 mmHg) associada a proteinúria significativa (3,2 g/24h) em gestante com mais de 20 semanas de idade gestacional. O quadro é agravado por sintomas de iminência de eclâmpsia (cefaleia e escotomas) e dor em abdome superior, que sugere distensão da cápsula de Glisson (envolvimento hepático). Os exames laboratoriais revelam disfunção de múltiplos órgãos, incluindo insuficiência renal (creatinina 1,5 mg/dL).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O quadro é claramente de gravidade devido aos níveis pressóricos (PA diastólica maior ou igual a 110 mmHg), aos sintomas neurológicos e visualização de alterações laboratoriais severas, como plaquetopenia e elevação de creatinina.

Alternativa b) Incorreta. Embora a paciente tenha uma pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, os achados laboratoriais preenchem critérios específicos para um diagnóstico mais preciso e sindrômico, que é solicitado em questões de provas de residência quando a tríade laboratorial está completa.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico é de Síndrome HELLP, que é uma forma grave de pré-eclâmpsia caracterizada por três achados fundamentais presentes no caso: 1) Hemólise, indicada pelo DHL (LDH) elevado; 2) Elevação de enzimas hepáticas (TGO e TGP elevadas em 3 vezes o valor normal); 3) Plaquetopenia (plaquetas abaixo de 100.000/mm³, no caso, 80.000/mm³).

Alternativa d) Incorreta. A hipertensão gestacional é definida apenas pelo aumento da pressão arterial após a 20ª semana de gestação em paciente previamente normotensa, sem a presença de proteinúria ou sinais de disfunção orgânica.

Alternativa e) Incorreta. A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas em uma gestante com pré-eclâmpsia, o que não ocorreu no relato clínico apresentado.

Questão 77

Diagnóstico: Mastite Puerperal Aguda.

A paciente apresenta um quadro clássico de mastite puerperal, que geralmente ocorre entre a segunda e a terceira semana após o parto. Os sintomas incluem febre, calafrios, mal-estar e sinais inflamatórios localizados (dor, calor, rubor e endurecimento). O diagnóstico é clínico e o principal agente etiológico envolvido é o *Staphylococcus aureus*.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A suspensão do aleitamento na mama afetada é contraindicada. A estase láctea é um dos principais fatores que agravam o quadro de mastite e favorecem a formação de abscessos. O esvaziamento mamário frequente é parte fundamental do tratamento. O leite de uma mama com mastite não é prejudicial ao recém-nascido saudável.

b) Incorreta. Embora analgésicos e medidas de suporte sejam importantes para o conforto da paciente, a presença de sintomas sistêmicos (febre de 38,5 °C e calafrios) e sinais flogísticos evidentes indica a necessidade de antibioticoterapia. O tratamento puramente sintomático aumenta o risco de evolução para abscesso mamário.

c) Incorreta. O anti-inflamatório não hormonal (AINH) pode ser utilizado como adjuvante para reduzir a dor e o edema, mas não deve ser a única conduta. Como há um processo infeccioso bacteriano estabelecido com repercussão sistêmica, o uso de antibióticos é indispensável.

d) Correta. O tratamento padrão da mastite puerperal baseia-se em dois pilares: antibioticoterapia e manutenção do esvaziamento mamário. Os antibióticos de escolha devem ter cobertura para *S. aureus* (como cefalexina ou dicloxacilina). A amamentação deve ser mantida e, se o esvaziamento pelo bebê for incompleto devido à dor ou ingurgitamento, a ordenha manual ou mecânica deve ser realizada após as mamadas.

e) Incorreta. A drenagem cirúrgica está indicada apenas na presença de abscesso mamário, que é caracterizado clinicamente pela presença de flutuação ao exame físico ou confirmado por ultrassonografia. O enunciado afirma explicitamente que não há flutuação palpável, tratando-se, portanto, de uma fase de celulite/mastite sem coleção purulenta organizada.

Questão 78

DIAGNÓSTICO: O quadro clínico descrito apresenta os critérios clássicos de Amsel para o diagnóstico de vaginose bacteriana (VB): conteúdo vaginal homogêneo, teste das aminas (Whiff test) positivo e presença de "clue cells" (células-alvo) na bacterioscopia. A VB na gestação está associada a riscos como ruptura prematura de membranas e parto prematuro, devendo ser tratada quando sintomática.

TRATAMENTO E ALERGIA: O tratamento padrão-ouro para a vaginose bacteriana é realizado com metronidazol (oral ou vaginal). No entanto, a questão ressalta que a paciente é alérgica ao metronidazol. Nestes casos, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e da CONITEC, a alternativa terapêutica de escolha é a clindamicina.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) **INCORRETA.** O miconazol é um antifúngico do grupo dos imidazóis, indicado para o tratamento da candidíase vulvovaginal. A candidíase apresenta-se tipicamente com corrimento esbranquiçado e grumoso (aspecto de leite coalhado) e prurido, o que difere do quadro de vaginose bacteriana descrito.

b) **CORRETA.** A clindamicina é uma lincosamida com excelente ação contra bactérias anaeróbias e *Gardnerella vaginalis*. É a droga de escolha para o tratamento da VB em pacientes com hipersensibilidade ao metronidazol. Pode ser utilizada na forma de creme vaginal (2% por 7 dias) ou por via oral (300 mg duas vezes ao dia por 7 dias).

c) **INCORRETA.** A amoxicilina é uma penicilina de amplo espectro, mas não é considerada droga de primeira ou segunda linha para vaginose bacteriana, pois não atinge as concentrações ou a eficácia necessária contra os agentes causadores da VB.

d) **INCORRETA.** A cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração, utilizada principalmente para infecções de tecidos moles (pele) ou infecções do trato urinário. Não possui espectro de ação adequado para o tratamento da flora polimicrobiana da vaginose bacteriana.

e) **INCORRETA.** A nitrofurantoína é um agente antimicrobiano com ação restrita ao trato urinário inferior (bexiga), sendo utilizada para o tratamento de cistites. Ela não atinge níveis terapêuticos na mucosa vaginal e não tem ação contra os agentes da VB.

Questão 79

Esta questão aborda as atualizações trazidas pela Lei 14.443/2022, que alterou a Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/1996) no Brasil. As mudanças visam desburocratizar o acesso aos métodos de esterilização voluntária.

Alternativa A: Incorreta. A nova lei reduziu a idade mínima para a realização da laqueadura e da vasectomia de 25 para 21 anos.

Alternativa B: Correta. Uma das mudanças mais significativas da Lei 14.443/2022 foi a revogação do dispositivo que exigia o consentimento expresso do cônjuge para a realização do procedimento de esterilização voluntária. Atualmente, a decisão cabe exclusivamente ao indivíduo, desde que respeitados os critérios de idade ou número de filhos.

Alternativa C: Incorreta. A legislação anterior proibia a realização da laqueadura durante o período de parto ou abortamento (salvo em casos de risco de vida ou sucessivas cesarianas anteriores). A nova lei agora permite a esterilização durante o parto, desde que a paciente tenha manifestado sua vontade com pelo menos 60 dias de antecedência e que as condições médicas sejam favoráveis.

Alternativa D: Incorreta. Embora o acompanhamento multiprofissional e o aconselhamento para evitar decisões precipitadas continuem sendo necessários, o intervalo mínimo entre a manifestação da vontade e o procedimento cirúrgico é de 60 dias, e não de 90 dias.

Alternativa E: Incorreta. A lei estabelece critérios alternativos e não cumulativos: a esterilização pode ser feita por quem tem capacidade civil plena e idade mínima de 21 anos OU por quem possui, pelo menos, dois filhos vivos (neste último caso, independentemente da idade). Portanto, uma mulher de 22 anos sem filhos pode realizar o procedimento legalmente.

Questão 80

Análise do Caso Clínico:

O quadro descreve uma puérpera com sinais claros de choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia, pele fria) decorrente de uma hemorragia pós-parto (HPP). O achado de exame físico de útero flácido e aumentado de volume é patognomônico de atonia uterina, que é a incapacidade do miométrio de se contrair adequadamente para realizar a hemostasia (ligaduras vivas de Pinard).

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A principal causa de hemorragia pós-parto no mundo é a atonia uterina (distúrbio do tônus), sendo responsável por aproximadamente 70% a 80% dos casos. As lacerações de canal (trauma) são causas importantes, mas ocorrem em uma frequência muito menor, em torno de 20%.

Alternativa B: Incorreta. Embora a reposição volêmica com cristaloides seja um pilar fundamental no manejo do choque hemorrágico para manter a perfusão tecidual, ela sozinha não trata a causa do sangramento. Se o útero está atônico, é imperativo o uso de medidas uterotônicas e manobras mecânicas para cessar a perda sanguínea.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve exatamente a epidemiologia e a conduta inicial padrão para a atonia uterina. Diante de um útero flácido, o protocolo de HPP (conhecido como Quarto Estágio do Parto ou Período de Greenberg) preconiza a massagem uterina bimanual (manobra de Hamilton) e o uso imediato de ocitocina intravenosa como primeira linha. Outros uterotônicos, como metilergonovina e misoprostol, podem ser adicionados conforme a necessidade.

Alternativa D: Incorreta. A curetagem uterina é o tratamento indicado quando a causa da hemorragia é a retenção de restos placentários (tecido). No caso clínico em questão, a descrição de útero flácido direciona o diagnóstico para atonia (tônus) e não para retenção. A curetagem é um procedimento invasivo e não é a primeira escolha universal para todo sangramento pós-parto.

Alternativa E: Incorreta. A histerectomia puerperal é considerada uma medida de exceção e de última instância no manejo da HPP. Ela só deve ser indicada quando todas as medidas clínicas (uterotônicos), mecânicas (balão de tamponamento) e cirúrgicas conservadoras (suturas de B-Lynch, ligadura de artérias hipogástricas) falharem em controlar a hemorragia. Indicar histerectomia imediata em todos os casos seria uma conduta iatrogênica e desnecessariamente radical.

Questão 81

Análise detalhada da questão sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP):

O Método Clínico Centrado na Pessoa é o modelo assistencial que fundamenta a Medicina de Família e Comunidade, surgindo como uma alternativa ao modelo biomédico tradicional. Ele foca não apenas na patologia, mas na pessoa de forma integral.

Alternativa a) Incorreta. No MCCP, faz-se a distinção entre "disease" (doença) e "illness" (enfermidade ou experiência da doença). A dimensão objetiva, evidenciada por sinais, sintomas e alterações fisiopatológicas, corresponde à "doença" (disease).

A "experiência da doença" (illness) é estritamente subjetiva, composta pelo acrônimo SIFE: Sentimentos do paciente, Ideias sobre o que está ocorrendo, impacto na Funcionalidade e Expectativas em relação ao médico e ao tratamento.

Alternativa b) Incorreta. O método busca justamente a quebra da hierarquia rígida do modelo paternalista. Uma das quatro etapas principais do MCCP é a "Elaboração de um Plano Conjunto" (Finding Common Ground), em que médico e paciente definem metas e tratamentos de forma compartilhada. O paciente é visto como um sujeito ativo e autônomo, não passivo.

Alternativa c) Correta. Esta é a essência do MCCP. Enquanto o modelo convencional (biomédico) prioriza o dado objetivo e a cura da patologia, o MCCP resgata a subjetividade do paciente sem abandonar o rigor técnico-científico. Ele equilibra a busca pelo diagnóstico nosológico (objetivo) com a compreensão da experiência vivida pelo indivíduo (subjetivo), integrando ambos para um cuidado mais eficaz.

Alternativa d) Incorreta. O MCCP é multidimensional por definição. Além da dimensão biológica, ele obrigatoriamente explora a pessoa como um todo (incluindo o ciclo de vida e aspectos espirituais) e o contexto (família, suporte social, trabalho e cultura), oferecendo amplo espaço para todas as dimensões que influenciam o processo saúde-doença.

Alternativa e) Incorreta. A concepção de doença apenas como mau funcionamento orgânico ou alteração tecidual é a base do Modelo Biomédico Flexneriano. O MCCP entende a doença dentro de um modelo biopsicossocial, no qual a patologia é apenas uma das partes a serem avaliadas no encontro clínico.

Questão 82

O Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP) é a base estrutural do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no SUS e utiliza o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano). Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O registro do exame físico no RMOP compõe a letra O (Objetivo) do acrônimo SOAP. Embora a organização do prontuário mude, a técnica de descrição e o conteúdo do exame físico geral e específico seguem os preceitos da semiologia médica tradicional. O que muda é a estrutura na qual essa informação é inserida, não a natureza do exame em si.

Alternativa b) Incorreta. O cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamentado em atributos como a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, focando na pessoa e não apenas na doença. O modelo

hospitalocêntrico é focado na cura de episódios agudos, na fragmentação por especialidades e em ambiente controlado, sendo diametralmente oposto à lógica da APS.

Alternativa c) Incorreta. Na APS, o médico lida frequentemente com sintomas indiferenciados e condições de alta incerteza diagnóstica. Diferentemente do ambiente hospitalar ou de especialidades focais, nos quais os diagnósticos costumam chegar mais refinados, o médico de família e comunidade maneja a complexidade clínica e psicossocial antes mesmo de uma definição nosológica final.

Alternativa d) Correta. Esta é a definição clássica de Lawrence Weed para o RMOP. Um "problema" não é necessariamente um diagnóstico médico fechado (como Diabetes Mellitus). Pode ser um sinal, um sintoma, uma condição social, um fator de risco ou uma preocupação do paciente que demande atenção da equipe de saúde ou que impacte significativamente sua vida. Exemplos: "Desemprego", "Tabagismo", "Cefaleia a esclarecer" ou "Luto".

Alternativa e) Incorreta. O RMOP preconiza que os problemas sejam registrados com o maior nível de especificidade e certeza possível no momento. Deve-se evitar termos vagos ou registros imprecisos. Se o diagnóstico ainda não foi estabelecido, registra-se o sinal ou sintoma (Ex.: "Dor abdominal em hipocôndrio direito" em vez de "Mal-estar abdominal"). O registro deve ser útil para a continuidade do cuidado.

Questão 83

Alternativa A: Incorreta. A baciloscopia de escarro (pesquisa de BAAR) apresenta sensibilidade limitada, podendo ser negativa em cerca de 20% a 50% dos casos de tuberculose pulmonar ativa. O diagnóstico não é descartado por um resultado negativo, sendo necessário prosseguir a investigação com Teste Rápido Molecular (TRM-TB), cultura ou avaliação clínico-radiológica, especialmente em pacientes imunossuprimidos e crianças.

Alternativa B: Incorreta. O esquema RHZE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) é o esquema padrão para a fase intensiva do tratamento, que dura os primeiros 2 meses. A fase de manutenção, que dura os 4 meses subsequentes (no esquema básico de 6 meses), utiliza apenas a Rifampicina e a Isoniazida (esquema 4RH).

Alternativa C: Incorreta. O Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB/GeneXpert), utilizado rotineiramente no Brasil, identifica o DNA do complexo *Mycobacterium tuberculosis* e a resistência à Rifampicina. A Rifampicina é utilizada como marcador de multirresistência, mas o teste padrão não detecta resistência

isolada à Isoniazida.

Alternativa D: Correta. Espera-se que, com o tratamento adequado e boa adesão, ocorra a negatização da baciloscopia (conversão) até o final do segundo mês. A persistência de resultados positivos no final da fase intensiva (2º mês) é um sinal de alerta que exige a investigação de falência terapêutica, má adesão ou resistência do bacilo às drogas, sendo mandatória a realização de cultura e teste de sensibilidade.

Alternativa E: Incorreta. A fase intensiva (2RHZE) tem como objetivos principais a redução drástica da carga bacilar, a melhora clínica e a interrupção da transmissão. No entanto, ela não é capaz de eliminar todos os bacilos, especialmente os que se encontram em estado de latência ou persistentes (metabolicamente menos ativos). Por isso, a fase de manutenção é essencial para eliminar esses bacilos remanescentes e evitar a recidiva da doença.

Questão 84

Alternativa (a) - Correta: A epidemiologia da tuberculose no Brasil destaca grupos específicos com vulnerabilidade social e biológica aumentada. A população indígena apresenta um risco de adoecimento significativamente maior que a média nacional (cerca de 3 vezes mais). Imigrantes, especialmente os vindos de países com alta carga da doença, também são considerados prioritários para ações de controle devido às condições de deslocamento e adaptação. Outros grupos de risco incluem pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e pessoas vivendo com HIV.

Alternativa (b) - Incorreta: Embora o esquema de 9 meses com isoniazida (9H) tenha sido utilizado no passado, as recomendações atuais do Ministério da Saúde priorizam esquemas mais curtos para aumentar a adesão. Atualmente, as opções preferenciais para o Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) são o esquema 3RH (rifampicina + isoniazida por 3 meses), o 4R (rifampicina por 4 meses) ou o 3HP (rifapentina + isoniazida semanal por 3 meses). O esquema com isoniazida isolada, quando indicado, é preferencialmente de 6 meses (6H).

Alternativa (c) - Incorreta: O alvo principal da busca ativa ou passiva na comunidade é o chamado "sintomático respiratório". De acordo com os protocolos de saúde pública, o foco inicial de triagem é a pessoa com tosse por 3 semanas ou mais. Embora febre e perda de peso sejam sintomas clássicos da TB, a tosse é o sinal clínico primordial para o rastreio e controle da transmissão na comunidade.

Alternativa (d) - Incorreta: A definição de sintomático respiratório (tosse por 3 semanas) serve para a população geral. No caso de contatos de pacientes com TB

pulmonar ou laríngea, a investigação deve ser imediata e mais rigorosa. Para esses contatos, qualquer tempo de tosse justifica a investigação diagnóstica, não sendo necessário aguardar as 3 semanas. Além disso, mesmo contatos assintomáticos devem ser avaliados para identificar infecção latente.

Alternativa (e) - Incorreta: O Teste Molecular Rápido (TRM-TB) baseia-se na detecção do DNA do *Mycobacterium tuberculosis*. Como o material genético pode permanecer viável no organismo mesmo após a morte dos bacilos pelo tratamento, o teste pode continuar dando resultado "detectado" por muito tempo, sem que isso signifique falha terapêutica. Portanto, o TRM-TB é uma ferramenta diagnóstica e não serve para monitorar a resposta ao tratamento. O acompanhamento da cura e da resposta terapêutica é feito obrigatoriamente por meio da baciloscopia mensal de escarro.

Questão 85

Alternativa a: Incorreta. A baciloscopia da linfa é um exame complementar útil para a classificação operacional do paciente, mas possui baixa sensibilidade, especialmente nas formas paucibacilares. Um resultado negativo não exclui o diagnóstico de hanseníase; portanto, ela não é considerada a principal ferramenta diagnóstica.

Alternativa b: Incorreta. A forma indeterminada é a fase inicial da doença. Caracteriza-se clinicamente por uma ou poucas manchas hipocrômicas com alteração de sensibilidade (geralmente perda da sensibilidade térmica e/ou dolorosa), mas sem o comprometimento de troncos nervosos (neurites) ou deformidades, que surgem em estágios mais avançados ou formas polares.

Alternativa c: Incorreta. Embora os termos PB (paucibacilar) e MB (multibacilar) definam a classificação e o tempo de tratamento, o manejo atual tem buscado a simplificação. Além disso, no contexto de provas de residência, a afirmação sobre o diagnóstico clínico (alternativa d) é sempre considerada a prioridade máxima e a base da estratégia de saúde pública para o controle da doença.

Alternativa d: Correta. O diagnóstico da hanseníase no Brasil, seguindo as normas do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, é eminentemente clínico e epidemiológico. Ele é realizado por meio do exame físico dermatoneurológico, buscando identificar lesões de pele com perda de sensibilidade e o espessamento ou dor em nervos periféricos. Não é necessário aguardar exames laboratoriais para instituir o tratamento se os critérios clínicos forem preenchidos.

Alternativa e: Incorreta. A forma tuberculoide é classificada como paucibacilar. Nela, o organismo apresenta uma resposta imune celular eficiente contra o *Mycobacterium*

leprae, o que limita a replicação bacteriana. Conseqüentemente, há poucos ou nenhum bacilo detectável nos exames. A forma rica em bacilos é a virchowiana (lepromatosa).

Questão 86

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Alternativa a) Incorreta. Embora o tatu (*Dasypus novemcinctus*) e alguns primatas sejam reservatórios conhecidos na natureza, a principal fonte de infecção e transmissão do *Mycobacterium leprae* para o ser humano é o próprio ser humano doente, sem tratamento, que elimina o bacilo pelas vias aéreas superiores.

Alternativa b) Incorreta. O *M. leprae* apresenta tropismo preferencial pela pele e pelos nervos periféricos. Embora a orquite possa ocorrer como complicação em casos avançados da forma virchowiana ou durante estados reacionais tipo 2, ela não é a manifestação primária nem a principal complicação da doença.

Alternativa c) Incorreta. As reações hansênicas são episódios agudos de inflamação decorrentes de respostas imunológicas do hospedeiro aos antígenos do bacilo. O tratamento dessas reações não é feito com antibióticos, mas sim com medicamentos imunomoduladores e anti-inflamatórios, como a prednisona (reações tipo 1 e 2) e a talidomida (específica para a reação tipo 2/eritema nodoso hansênico). Os antibióticos (poliquimioterapia) tratam a infecção em si, e não o processo reacional agudo.

Alternativa d) Correta. A hanseníase é uma doença cujo espectro clínico depende diretamente da resposta imune celular do hospedeiro. No polo virchowiano (multibacilar), há uma deficiência na imunidade celular específica contra o *M. leprae* (perfil Th2), o que impede a contenção da multiplicação bacilar, resultando em alta carga bacteriana e disseminação da doença. No polo oposto (tuberculoide), a imunidade celular é eficiente (perfil Th1), limitando a doença a poucos troncos nervosos ou lesões cutâneas.

Alternativa e) Incorreta. A hanseníase neural pura caracteriza-se pelo comprometimento de troncos nervosos sem a presença de lesões cutâneas. Como geralmente se comporta como uma forma paucibacilar, a baciloscopia da linfa (coletada em lobos auriculares e cotovelos) costuma ser negativa. O diagnóstico é essencialmente clínico, apoiado por exames como a eletroneuromiografia e, em casos selecionados, a biópsia de nervo periférico.

Gabarito: Letra d.

Questão 87

Comentário da questão:

Alternativa a) Incorreta. Embora o teste rápido seja um teste treponemal e amplamente utilizado na atenção primária para o rastreo e início imediato do tratamento (especialmente em gestantes ou em casos com alta suspeita), o diagnóstico definitivo e o seguimento laboratorial dependem, idealmente, da realização de um teste não treponemal (como o VDRL) para confirmar a atividade da doença e servir de parâmetro para o controle de cura.

Alternativa b) Correta. Os testes não treponemais (VDRL ou RPR) são quantitativos (expressos em títulos, como 1:16, 1:4, etc.), o que permite o acompanhamento da queda desses títulos após o tratamento. Já os testes treponemais (como o teste rápido ou o FTA-Abs) tendem a permanecer reagentes pelo resto da vida (cicatriz sorológica) na maioria dos pacientes, não servindo para o controle de cura.

Alternativa c) Incorreta. A benzilpenicilina benzatina é a única droga de primeira escolha e a única eficaz para o tratamento da gestante e para a prevenção da sífilis congênita (atravessa a barreira placentária). A doxiciclina é contraindicada na gestação por causar riscos ao feto, como alterações ósseas e dentárias.

Alternativa d) Incorreta. O tempo de controle de cura varia conforme o estágio da doença e a condição do paciente. Na sífilis primária, secundária e latente recente, o seguimento é feito trimestralmente até 12 meses (3, 6, 9 e 12 meses). No entanto, na sífilis tardia ou de duração ignorada, o controle deve ser feito até 24 meses. Em gestantes, o controle deve ser mensal até o parto.

Alternativa e) Incorreta. A sífilis secundária é classificada como sífilis recente (com menos de um ano de evolução). O tratamento recomendado é uma dose única de 2,4 milhões de unidades (UI) de benzilpenicilina benzatina (1,2 milhão em cada glúteo). O esquema de 7,2 milhões de unidades (divididas em três doses semanais de 2,4 milhões) é reservado para a sífilis tardia, latente tardia ou de duração ignorada.

Questão 88

Para compreender a questão, é fundamental diferenciar os conceitos de incidência e prevalência, que são os pilares da epidemiologia descritiva.

Alternativa a: Incorreta. A analogia clássica é justamente o contrário: a prevalência é comparada a uma fotografia, pois revela quantos casos (novos e antigos) existem em um determinado momento. Já a incidência é comparada a um filme, pois acompanha o surgimento de novos casos ao longo de um intervalo de tempo.

Alternativa b: Incorreta. Os conceitos estão invertidos. O coeficiente de incidência é dinâmico, pois monitora a mudança do status de saúde para doença em uma população. O coeficiente de prevalência é considerado estático, pois faz um corte transversal da situação epidemiológica.

Alternativa c: Correta. A incidência mede a frequência com que casos novos de uma doença surgem em uma população anteriormente sadia (sob risco) durante um período específico. Por isso, ela é descrita como a "velocidade" ou o fluxo de novos eventos, representando a força de morbidade de uma doença.

Alternativa d: Incorreta. O risco de contrair uma doença é medido pelo coeficiente de incidência. A prevalência, por sua vez, mede a magnitude ou a carga da doença em uma população, sendo influenciada tanto pela incidência quanto pela duração da doença (cura ou óbito).

Alternativa e: Incorreta. Incidência e prevalência são indicadores de morbidade, ou seja, tratam da ocorrência de doenças. Indicadores de mortalidade são aqueles que mensuram a ocorrência de óbitos em uma população.

Questão 89

Alternativa A: Incorreta. Embora a principal via de transmissão do vírus da hepatite A seja a fecal-oral, a transmissão sexual está bem documentada, ocorrendo principalmente através do contato ororal. Surtos entre homens que fazem sexo com homens (HSH) são relatados com frequência na literatura médica e em boletins epidemiológicos.

Alternativa B: Incorreta. No Brasil, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e do Programa Nacional de Imunizações (PNI), a vacinação contra a hepatite B é recomendada e disponibilizada para todas as pessoas, independentemente da idade ou de condições específicas de vulnerabilidade, desde 2016.

Alternativa C: Correta. A uretrite gonocócica, quando não tratada adequadamente, pode levar à ascensão do patógeno pelo trato urogenital masculino. Isso resulta em complicações locais e sistêmicas, sendo a prostatite uma das principais complicações locais, juntamente com a epididimite, a orquite e a formação de abscessos.

Alternativa D: Incorreta. O protocolo de manejo sintomático das uretrites do Ministério da Saúde recomenda, como primeira opção para casos sem identificação de agente, a associação de ceftriaxona 500 mg (via intramuscular, dose única) para cobrir o gonococo e azitromicina 1 g (via oral, dose única) para cobrir a clamídia. A doxiciclina

é considerada uma alternativa em esquemas específicos ou na impossibilidade de uso da azitromicina, mas não compõe a primeira escolha do esquema padrão atual.

Alternativa E: Incorreta. A donovanose é, de fato, uma IST crônica e progressiva, porém é causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis* (antigamente chamada de *Calymmatobacterium granulomatis*). A bactéria *Haemophilus ducreyi* é o agente etiológico do cancro mole (cancroide).

Questão 90

O genograma é uma ferramenta gráfica essencial na Estratégia Saúde da Família, permitindo visualizar a estrutura familiar, os padrões de relacionamento e a herança de doenças ao longo das gerações. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. A construção do genograma não se inicia obrigatoriamente pela pessoa mais idosa. Ela parte da pessoa-índice (também chamada de probando ou caso-índice), que é o paciente que motivou o atendimento ou o foco do estudo. A pessoa-índice é identificada graficamente por um quadrado ou círculo com linha dupla.

Alternativa B: Incorreta. Não é necessária a presença física de todos os familiares. O genograma é construído a partir das informações fornecidas pelo paciente ou pelos membros da família presentes na consulta, podendo ser complementado e atualizado ao longo do acompanhamento longitudinal.

Alternativa C: Correta. De acordo com a teoria sistêmica familiar (McGoldrick e Gerson), o genograma permite identificar estressores. Os estressores verticais referem-se aos padrões relacionais e de funcionamento que são transmitidos através das gerações (mitos, segredos, tabus, legados). Já os estressores horizontais referem-se aos eventos que ocorrem ao longo do tempo no ciclo de vida da família, como nascimentos, mortes, doenças agudas, mudanças ou crises situacionais.

Alternativa D: Incorreta. Para que o genograma cumpra sua função de identificar padrões transgeracionais (biológicos e comportamentais), recomenda-se que ele contenha, no mínimo, três gerações. Com apenas duas gerações, a análise da dinâmica familiar e da herança genética fica limitada.

Alternativa E: Incorreta. Na convenção gráfica do genograma:

1. Os homens são representados por quadrados e as mulheres por círculos.
2. Em um casal, o homem é posicionado à esquerda e a mulher à direita.
3. A idade é escrita dentro do símbolo ou logo acima dele.

Questão 91

Comentário da Questão:

A polifarmácia, geralmente definida como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos, é um fenômeno crescente que aumenta o risco de reações adversas, interações medicamentosas e iatrogenias. O manejo adequado exige uma abordagem centrada na pessoa e vigilância contínua.

Alternativa A: Incorreta. O período pós-hospitalização é um dos momentos de maior vulnerabilidade para o paciente. A transição do cuidado entre o hospital e o domicílio frequentemente apresenta falhas na conciliação medicamentosa, com risco elevado de duplicação terapêutica, omissão de doses essenciais e prescrição de medicamentos desnecessários iniciados apenas para o contexto agudo da internação.

Alternativa B: Incorreta. Embora a polifarmácia seja mais comum em idosos devido à multimorbidade, pacientes jovens também sofrem com os efeitos prejudiciais do excesso de medicamentos. Eles podem apresentar efeitos colaterais graves, interações medicamentosas que comprometem a eficácia do tratamento e redução da adesão terapêutica devido à complexidade do regime prescrito.

Alternativa C: Incorreta. O processo de desprescrição deve ser planejado e, muitas vezes, envolve a redução gradual da dose (desmame) para evitar síndromes de abstinência ou o efeito rebote da condição clínica tratada. Simplesmente interromper a medicação sem considerar a redução da dose pode ser perigoso para o paciente.

Alternativa D: Incorreta. Este é um conceito equivocado de medicalização da vida. Um bom cuidado em saúde foca na prevenção, promoção e tratamento, o que muitas vezes envolve medidas não farmacológicas (estilo de vida, psicoterapia, fisioterapia). O conceito de prevenção quaternária reforça que, muitas vezes, o melhor cuidado é proteger o paciente de intervenções médicas desnecessárias.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa descreve a base do manejo da polifarmácia na Atenção Primária. Cada paciente possui metas terapêuticas, expectativas e condições fisiológicas únicas (como função renal e hepática). A revisão regular da lista de medicamentos (Conciliação Medicamentosa) é essencial para identificar fármacos que não possuem mais indicação, garantindo a segurança e a eficácia do tratamento a longo prazo.

Questão 92

A questão aborda os níveis de prevenção e a história natural da doença, correlacionando-os com a prática na Atenção Primária à Saúde (APS). A imagem apresenta uma sequência cronológica dividida em quatro etapas. Para responder corretamente, é necessário identificar a progressão clássica da medicina preventiva:

1. Primário: Ocorre antes do desenvolvimento da doença, focando na redução da incidência (promoção da saúde e proteção específica, como vacinas).
2. Secundário: Ocorre após o início da patologia, mas geralmente em fase assintomática, focando no rastreamento e no diagnóstico precoce para evitar a evolução do quadro.
3. Terciário: Foca no tratamento curativo, na reabilitação e na redução de incapacidades e sequelas de doenças já estabelecidas e sintomáticas.
4. Quaternário: Refere-se à prevenção quaternária, que visa detectar pacientes em risco de excesso de intervenção médica (iatrogenia) e protegê-los de tratamentos desnecessários ou fúteis. Na imagem, o item 4 está associado ao termo "Paliativo". A prevenção quaternária é fundamental nos cuidados paliativos, pois busca evitar a distanásia (prolongamento do sofrimento por meios artificiais) e garantir uma assistência ética, centrada na dignidade e na qualidade de vida, evitando danos causados pelo sistema de saúde.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O termo quinquenário refere-se a um nível de prevenção ainda pouco difundido, focado na prevenção do adoecimento do próprio profissional de saúde ou em questões de políticas públicas globais, não se encaixando na sequência cronológica apresentada de 1 a 4.
- b) Incorreta. O nível secundário corresponde ao item 2 da figura, no qual o foco é o rastreamento (screening).
- c) Incorreta. O nível terciário corresponde ao item 3 da figura, cujo foco é o tratamento curativo e a reabilitação do paciente.
- d) Correta. O item 4 segue a ordem numérica dos níveis de prevenção. No contexto da medicina baseada na pessoa, a prevenção quaternária atua justamente no limite em que a intervenção médica pode se tornar maléfica, o que é um pilar central na filosofia dos cuidados paliativos indicados na imagem.
- e) Incorreta. "Primário aplicado" não é uma nomenclatura reconhecida na literatura médica ou em saúde coletiva para definir níveis de prevenção. O nível primário já está corretamente identificado no início da linha do tempo da imagem.

Questão 93

Alternativa (a): Correta. A desprescrição é o processo planejado e supervisionado de redução de dose ou interrupção de medicamentos que podem estar causando danos ou que não possuem mais benefício clínico para o paciente. Portanto, ela atua diretamente na redução da terapêutica inadequada e no combate à polifarmácia, especialmente em idosos, visando melhorar a qualidade de vida e reduzir eventos adversos.

Alternativa (b): Incorreta. Na Atenção Primária à Saúde, o papel central da desprescrição é do médico generalista ou de família. Este profissional detém a visão longitudinal e holística do paciente, coordenando o cuidado entre os diversos especialistas focais. Embora o especialista possa sugerir a suspensão, é o médico da atenção primária quem geralmente gerencia a lista global de medicamentos e a adesão do paciente.

Alternativa (c): Incorreta. A definição de desprescrição não está vinculada à categoria profissional de quem realizou a prescrição original. Ela se aplica a qualquer medicamento (prescrito por médicos de diferentes especialidades ou outros profissionais habilitados) que, no momento da reavaliação clínica, não apresente mais uma relação risco-benefício favorável.

Alternativa (d): Incorreta. A medicina raramente trabalha com certezas absolutas. A desprescrição envolve uma análise de riscos e benefícios e deve ser pactuada com o paciente. O processo exige monitoramento próximo, pois existe a possibilidade de retorno de sintomas ou necessidade de reintrodução da terapia, o que invalida o conceito de "certeza absoluta" no momento da retirada.

Alternativa (e): Incorreta. Existem ferramentas consagradas, validadas e amplamente aceitas na literatura médica para identificar medicamentos potencialmente inapropriados. Os exemplos mais clássicos são os Critérios de Beers e os critérios STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions / Screening Tool to Alert to Right Treatment), que oferecem suporte científico robusto para a tomada de decisão clínica.

Questão 94

O tratamento preventivo da tuberculose (TPT), anteriormente conhecido como tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTb), passou por atualizações importantes nos protocolos do Ministério da Saúde para aumentar a adesão dos pacientes e simplificar o manejo na atenção primária.

A alternativa (a) está correta e é o gabarito da questão. O esquema 3HP consiste na

combinação de isoniazida (H) e rifapentina (P). Ele é administrado em 12 doses semanais, totalizando 3 meses de tratamento. Atualmente, é considerado o esquema preferencial para a maioria das indicações de TPT devido à sua curta duração e administração semanal, o que favorece significativamente a conclusão do tratamento em comparação aos esquemas mais longos.

A alternativa (b) está incorreta. O esquema 4R (rifampicina por 4 meses) é uma opção terapêutica válida e segura, especialmente indicada para contatos de pacientes com resistência à isoniazida, pessoas com mais de 50 anos ou indivíduos com hepatopatias. No entanto, ele não é o esquema "preferencial" de primeira linha na diretriz mais recente quando comparado ao 3HP para a população geral.

A alternativa (c) está incorreta. O esquema 9H (isoniazida por 9 meses) foi o padrão-ouro por muitos anos. Atualmente, ele caiu em desuso como primeira escolha devido ao longo tempo de tratamento, o que gera altas taxas de abandono. Ele ainda pode ser utilizado em situações específicas, mas a recomendação atual prioriza esquemas mais curtos.

A alternativa (d) está incorreta. A rifabutina não faz parte do esquema padrão 4R para o tratamento preventivo da tuberculose na rotina da atenção primária. A rifabutina é geralmente reservada para pacientes com HIV que apresentam interações medicamentosas graves com a rifampicina devido ao uso de determinados antirretrovirais.

A alternativa (e) está incorreta. Existe um erro de nomenclatura e farmacologia. A sigla 3HP refere-se à isoniazida (H) e rifapentina (P). A rifampicina é abreviada pela letra R. Embora exista um esquema de 3 meses com isoniazida e rifampicina (3RH), ele é indicado principalmente para crianças menores de 10 anos e não recebe o nome de 3HP.

Questão 95

A questão aborda os princípios fundamentais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). O cenário descrito, no qual o gestor escolhe investir recursos em uma área de maior vulnerabilidade social em vez de uma área com melhores condições socioeconômicas, é um exemplo prático de justiça social aplicada à saúde pública.

Alternativa (a) Incorreta: A Universalidade é o princípio que garante que o acesso às ações e serviços de saúde seja um direito de todos os cidadãos, independentemente de raça, renda ou classe social. Embora a construção de novas unidades amplie o acesso, a questão foca especificamente na diferenciação entre os bairros para decidir onde investir primeiro, o que ultrapassa o conceito de apenas "ser para todos".

Alternativa (b) Incorreta: A Integralidade pressupõe que o indivíduo deve ser assistido como um todo, considerando suas necessidades de prevenção, cura e reabilitação. Também envolve a articulação da saúde com outros determinantes sociais. Não se refere diretamente ao critério de escolha geográfica para a construção de novas unidades baseado em carência financeira.

Alternativa (c) Correta: A Equidade consiste em oferecer mais a quem mais precisa, reconhecendo que as pessoas possuem necessidades diferentes. No SUS, a equidade busca diminuir as desigualdades sociais e regionais, priorizando o investimento de recursos e políticas públicas nas populações em situação de maior risco ou vulnerabilidade. Ao priorizar o bairro periférico, o gestor está aplicando a equidade para tentar compensar a desigualdade histórica e social daquela população.

Alternativa (d) Incorreta: A Intersetorialidade é a articulação entre diferentes setores do governo (como saúde, educação, saneamento básico e habitação) para resolver problemas complexos que afetam a saúde. A decisão citada no enunciado é uma decisão administrativa dentro do próprio setor da saúde, não mencionando a integração com outras pastas.

Alternativa (e) Incorreta: A Longitudinalidade é um atributo da Atenção Primária à Saúde que se refere ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo por uma mesma equipe, permitindo a criação de vínculo e o conhecimento do histórico de saúde do indivíduo. É um conceito relacionado à continuidade da assistência, e não à gestão de recursos para obras.

Questão 96

Esta questão aborda um conceito fundamental da Medicina de Família e Comunidade e da Gestão em Saúde: a integralidade do cuidado versus a fragmentação da atenção à saúde.

A alternativa (a) está correta porque o caso descreve o fenômeno em que o paciente é visto apenas através da lente de uma especialidade focal (neste caso, a gastroenterologia), focando no órgão ou sintoma (diarreia) em vez de abordar a pessoa em sua totalidade. Na fragmentação, o cuidado é dividido em partes isoladas, perdendo-se a visão sistêmica que permitiria correlacionar a diarreia crônica com outros sinais de imunodeficiência ou fatores de risco para o HIV. A ESF, por outro lado, trabalha com o princípio da integralidade, que busca entender o indivíduo em todas as suas dimensões, facilitando diagnósticos de condições que se manifestam de forma multissistêmica.

A alternativa (b) está incorreta porque, embora possa ter havido uma falha no raciocínio clínico, o enunciado enfatiza a estrutura do atendimento (passagem por vários especialistas focais). O termo "despreparo" é genérico e não define o problema estrutural do modelo de atenção à saúde que a questão deseja destacar.

A alternativa (c) está incorreta. A imperícia é um conceito jurídico-ético que se refere à falta de conhecimento técnico ou habilidade para realizar determinado ato profissional. Embora os médicos tenham falhado no diagnóstico, o foco da questão é o motivo sistêmico do erro (o modelo de atenção fragmentado) e não apenas a responsabilização individual por falta de técnica.

A alternativa (d) está incorreta. O texto menciona que o segundo especialista interagiu pouco, o que sugere uma falha na relação médico-paciente, mas a falta de empatia isolada não explica por que três profissionais diferentes falharam no diagnóstico. O erro persistente ocorreu porque todos mantiveram o foco no sintoma gastrointestinal isolado, e não por uma questão puramente emocional ou de afeto.

A alternativa (e) está incorreta porque o paciente não teve dificuldade de acesso; ele conseguiu consultar-se com três especialistas diferentes em sequência. O problema não foi chegar ao médico (acesso), mas sim o que aconteceu dentro do consultório (a qualidade e o enfoque do cuidado prestado).

Questão 97

O SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é a principal ferramenta da vigilância epidemiológica no Brasil. Ele tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância, auxiliando no planejamento de saúde e na definição de prioridades de intervenção.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A Declaração de Óbito (DO) é o documento padrão utilizado para coletar dados sobre a mortalidade no país. Ela alimenta o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), e não o SINAN.

Alternativa b) Incorreta. A Certidão de Nascimento é um documento de registro civil. No contexto da saúde pública, o documento que registra os dados do nascimento é a DNV (Declaração de Nascido Vivo), que é responsável por alimentar o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos).

Alternativa c) Correta. A Ficha de Notificação/Investigação é o instrumento padronizado e obrigatório para o preenchimento de casos suspeitos ou confirmados

de doenças e agravos que constam na Lista Nacional de Notificação Compulsória. É através do preenchimento e da digitação desses dados que o SINAN é alimentado em todos os níveis da Federação.

Alternativa d) Incorreta. O Relatório Médico é um documento descritivo sobre o histórico clínico, diagnóstico e tratamento de um paciente específico, geralmente utilizado para fins de encaminhamento, perícia ou informação ao paciente/família, não possuindo a função de alimentar sistemas de vigilância epidemiológica.

Alternativa e) Incorreta. O Prontuário Médico é o conjunto de documentos que registram toda a assistência prestada ao paciente na unidade de saúde. Ele é um documento legal e sigiloso que serve como fonte de informações para o preenchimento da Ficha de Notificação, mas não é o documento de alimentação direta do sistema de informação.

Questão 98

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar os conceitos de transição demográfica e transição epidemiológica, temas recorrentes em provas de Medicina Preventiva e Saúde Coletiva.

A Transição Demográfica (TD) diz respeito às mudanças na dinâmica populacional, especificamente na forma como a população se estrutura. Historicamente, o Brasil passou de um cenário de altas taxas de natalidade e mortalidade para um cenário de baixas taxas. O resultado direto e mais visível dessa mudança é o envelhecimento populacional. Portanto, a estrutura por idade é a variável central para observar essa mudança no perfil.

Alternativa (a): Correta. A transição demográfica é caracterizada pela alteração na pirâmide etária. Com a queda da fecundidade (menos nascimentos) e o aumento da esperança de vida (menor mortalidade em idades avançadas), a base da pirâmide estreita e o topo se alarga. A idade, portanto, é a variável que melhor reflete esse novo perfil da população brasileira.

Alternativa (b): Incorreta. O estado civil é uma variável demográfica, mas não é o foco das grandes mudanças estruturais de uma população. Ele não define as fases de transição nem explica o impacto dos agravos à saúde no contexto macroeconômico ou social do país.

Alternativa (c): Incorreta. A escolaridade é considerada um determinante social da saúde. Embora níveis mais elevados de instrução influenciem o comportamento reprodutivo (contribuindo indiretamente para a transição demográfica), a

escolaridade em si não é a variável que define o perfil populacional na TD, mas sim um fator que a impulsiona.

Alternativa (d): Incorreta. A renda é uma variável socioeconômica. Embora o desenvolvimento econômico possa estar associado a mudanças demográficas, a transição é medida por indicadores vitais e pela estrutura da população (quem são as pessoas e quantos anos elas têm), e não pelo seu poder de compra.

Alternativa (e): Incorreta. A ocupação descreve a inserção da população no mercado de trabalho. Assim como a renda e a escolaridade, é um fator determinante, mas não é a variável preponderante que caracteriza o perfil de transição da pirâmide populacional brasileira.

Em resumo, enquanto a Transição Epidemiológica foca na mudança do perfil de doenças (saída das doenças infectocontagiosas para o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis e causas externas), a Transição Demográfica foca na estrutura da população, sendo a idade o marcador primordial desse processo.

Questão 99

Esta questão aborda as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA).

De acordo com o protocolo oficial, o rastreamento é indicado para mulheres (e demais pessoas com colo do útero) na faixa etária de 25 a 64 anos que já iniciaram atividade sexual. A rotina recomendada consiste na realização de dois exames citopatológicos (Papanicolau) com intervalo anual. Se ambos apresentarem resultados normais, as próximas coletas devem ocorrer a cada 3 anos. O objetivo dessa estratégia é garantir a segurança da paciente, uma vez que a progressão de uma lesão precursora para o câncer invasivo é geralmente lenta, permitindo a detecção precoce mesmo com intervalos maiores após a confirmação de normalidade inicial.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O intervalo de 2 anos não é o preconizado pelo Ministério da Saúde para o rastreamento citopatológico. Embora seja um intervalo comum para outros tipos de rastreamento, como a mamografia em certas faixas etárias, não se aplica a este caso.

Alternativa b) Incorreta. O intervalo de 5 anos é frequentemente associado ao

rastreamento realizado por meio de testes de DNA para HPV (captura híbrida ou PCR), que é uma tecnologia em processo de implementação no SUS. Contudo, para o exame citopatológico convencional solicitado na questão, o intervalo correto é de 3 anos.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa está em total conformidade com as diretrizes do INCA e do Ministério da Saúde. Após dois resultados anuais negativos, a paciente entra na rotina de rastreio trienal (a cada 3 anos).

Alternativa d) Incorreta. Não existe previsão nas normas técnicas brasileiras para um intervalo de 4 anos no rastreamento do câncer de colo de útero.

Alternativa e) Incorreta. O intervalo de 6 anos é considerado excessivamente longo para o rastreamento baseado apenas em citologia, o que poderia comprometer a capacidade de detectar lesões de alto grau antes que evoluam para câncer.

Gabarito: Letra (c).

Questão 100

A questão aborda os componentes fundamentais do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), sistematizado por Moira Stewart. O diagrama apresentado é a representação clássica de como esses componentes se inter-relacionam durante o atendimento médico.

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa descreve o componente número 1. Ele foca na integração entre o processo biológico (doença/disease), o estado de saúde e a percepção subjetiva do paciente sobre seu sofrimento (experiência da doença/illness), que inclui sentimentos, ideias, efeitos na funcionalidade e expectativas.

Alternativa b) Incorreta. Incorporar a prevenção e a promoção da saúde é um dos pilares do método de Stewart, mas não é o que está representado pelo número 2. Esse componente orienta o médico a aproveitar o encontro clínico para discutir hábitos de vida, rastreamentos e educação em saúde.

Alternativa c) Incorreta. Esta descrição corresponde ao componente número 3. Nele, médico e paciente trabalham para encontrar um terreno comum, definindo conjuntamente quais são os problemas prioritários, estabelecendo metas para o tratamento e dividindo as responsabilidades de cada um no cuidado.

Alternativa d) Incorreta. Este é o componente de número 4, representado pela chave

na base do diagrama. Ele indica que a relação médico-pessoa é o alicerce que sustenta todos os outros passos, baseando-se na confiança, na empatia e na continuidade do cuidado ao longo do tempo.

Alternativa e) Correta. O componente número 2 é Entendendo a pessoa como um todo. O diagrama evidencia isso ao colocar a pessoa e seus processos de saúde/doença dentro de molduras que representam o Contexto Próximo (família, trabalho, ciclo de vida) e o Contexto Remoto (comunidade, cultura, sistema de saúde, economia). O objetivo é compreender que o indivíduo não existe isoladamente e que seu contexto social e familiar influencia diretamente sua saúde.

Gabarito: Letra (e).
