



# HOS-BOS

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



## Gabarito: HOS-BOS

2026 | SP

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

O caso descreve um paciente com diagnóstico confirmado de carcinoma espinocelular (CEC) de esôfago, apresentando sinais de doença avançada localmente (disfagia para líquidos e perda ponderal importante). Em oncologia, após o diagnóstico histopatológico, o passo obrigatório e imediato é o estadiamento clínico. Sem definir a extensão da doença (TNM), é impossível planejar o tratamento adequado.

Análise das alternativas:

a) Iniciar quimioterapia exclusiva: Incorreta. A quimioterapia exclusiva não é o tratamento padrão para o câncer de esôfago localizado ou locorregional. Além disso, a conduta terapêutica só deve ser decidida após o estadiamento completo para saber se o objetivo é curativo ou paliativo.

b) Realizar esofagectomia sem estadiamento adicional: Incorreta. A esofagectomia é uma cirurgia de grande porte e alta morbidade. Jamais deve ser indicada sem antes descartar metástases a distância (estágio IV) ou invasão de estruturas vitais irressuscáveis (T4b), o que contraindicaria o procedimento cirúrgico imediato.

c) Solicitar tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste: Correta. Este é o passo inicial fundamental para o estadiamento sistêmico. A tomografia permite avaliar a extensão local do tumor, a presença de linfonomegalias suspeitas e, principalmente, a existência de metástases a distância, frequentemente localizadas no fígado ou pulmões. A partir desse exame, decide-se se há necessidade de exames complementares (como PET-CT ou ultrassom endoscópico) ou se o paciente já segue para protocolos de neoadjuvância ou palição.

d) Indicar radioterapia isolada: Incorreta. Assim como a quimioterapia, a radioterapia isolada não é a conduta inicial padrão após o diagnóstico. Ela pode compor o tratamento definitivo (quimiorradioterapia exclusiva) em casos específicos ou ser usada para palição, mas apenas após o estadiamento definir que o paciente não é candidato à cirurgia.

e) Colocar prótese endoscópica como tratamento definitivo: Incorreta. As próteses endoscópicas têm papel paliativo para melhorar a disfagia em pacientes com doença incurável ou sem condições clínicas para tratamentos agressivos. Definir isso como "tratamento definitivo" antes mesmo de saber se a doença é passível de cura é uma conduta equivocada.

## Questão 2

A paciente apresenta um quadro clínico e endoscópico clássico de adenocarcinoma gástrico. O estadiamento inicial por tomografia (TC) sugere uma doença localizada (restrita à parede, sem linfonodomegalias ou metástases), o que direciona o manejo para o tratamento cirúrgico com intenção curativa.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O tratamento padrão para o adenocarcinoma gástrico ressecável é a cirurgia. A escolha entre gastrectomia total ou parcial (subtotal) depende da localização do tumor. Como a lesão está na pequena curvatura (geralmente no corpo ou antro), a gastrectomia parcial é técnica e oncológica adequada, desde que se obtenham margens livres (geralmente 5 a 6 cm). A linfadenectomia (preferencialmente a técnica D2) é obrigatória em cirurgias com intenção curativa para garantir a retirada dos linfonodos regionais e o estadiamento patológico correto.

b) INCORRETA. A quimioterapia exclusiva é indicada para pacientes com doença metastática (palição) ou para aqueles sem condições clínicas de suportar uma cirurgia. Para uma paciente com tumor localizado e sem contraindicações formais, a cirurgia é o pilar do tratamento.

c) INCORRETA. A radioterapia não é utilizada como modalidade isolada de tratamento para o câncer gástrico. Ela pode ser utilizada como terapia adjuvante (após a cirurgia) em casos específicos para reduzir o risco de recidiva local, mas nunca substitui a ressecção cirúrgica do tumor primário.

d) INCORRETA. A ressecção endoscópica da mucosa (REM) ou a dissecação endoscópica da submucosa (ESD) são reservadas para o câncer gástrico precoce (restrito à mucosa) que preenche critérios rigorosos: lesões pequenas (geralmente menores que 2 cm), não ulceradas e com histologia bem diferenciada. A lesão descrita possui 2,5 cm e apresenta bordas elevadas e friáveis (sugerindo ulceração/invasão), o que a exclui dos critérios de segurança para tratamento exclusivamente endoscópico.

e) INCORRETA. A gastrectomia total é indicada para tumores localizados no terço superior (proximal) do estômago ou em casos de tumores do tipo difuso de Lauren que acometem grande parte do órgão. Para tumores distais ou de corpo médio, a gastrectomia parcial oferece a mesma sobrevida com melhor qualidade de vida pós-operatória. Além disso, a alternativa está incorreta ao propor a ausência de linfadenectomia, que é essencial no tratamento oncológico.

### Questão 3

O caso descreve um paciente com Carcinoma Hepatocelular (CHC), diagnosticado pelos critérios de imagem clássicos (hipervascularização arterial e washout na fase venosa em paciente cirrótico) e corroborado pela alfa-fetoproteína elevada. Para definir a conduta, utilizamos o sistema de estadiamento de Barcelona (BCLC).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O transplante hepático (critérios de Milão: nódulo único de até 5 cm ou até 3 nódulos de 3 cm) é uma excelente opção para o tratamento do CHC, pois trata o tumor e a cirrose subjacente. No entanto, ele é reservado preferencialmente para pacientes que possuem contra-indicações à ressecção, como disfunção hepática importante (Child-Pugh B ou C) ou sinais de hipertensão portal significativa, o que não é o caso deste paciente.

b) Correta. A ressecção hepática é o tratamento de escolha para pacientes BCLC estágio 0 (muito inicial) ou A (inicial) que apresentam função hepática preservada (Child-Pugh A) e ausência de hipertensão portal clinicamente significativa. Como o paciente tem um nódulo único de 2,8 cm, é Child A e não possui hipertensão portal, a cirurgia oferece a melhor chance de cura imediata, preservando o órgão.

c) Incorreta. A quimioembolização transarterial (TACE) é o tratamento padrão para o estágio intermediário (BCLC B), que se caracteriza por lesões multinodulares em pacientes com função hepática preservada e bom status de performance. Não é a primeira escolha para lesões únicas passíveis de tratamento curativo.

d) Incorreta. A radiofrequência (ablação por radiofrequência) é uma modalidade curativa indicada para pequenos nódulos (geralmente menores que 3 cm), especialmente no estágio 0 (nódulos < 2 cm) ou quando o paciente não tem condições cirúrgicas para ressecção. Embora fosse uma opção possível para um nódulo de 2,8 cm, a ressecção é tradicionalmente preferida em pacientes Child A sem hipertensão portal devido às menores taxas de recorrência local.

e) Incorreta. O tratamento com antivirais para hepatite C é fundamental para o controle da doença de base e redução da progressão da cirrose, mas não trata o nódulo maligno já estabelecido. O tratamento do câncer é a prioridade imediata neste cenário.

## Questão 4

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta a clássica Tríade de Charcot, composta por: dor em hipocôndrio direito, febre e icterícia. Somados a isso, observamos sinais de instabilidade hemodinâmica (taquicardia e pressão arterial limítrofe), leucocitose e exames de imagem que comprovam cálculos na vesícula com dilatação das vias biliares. Este cenário é diagnóstico de colangite aguda, uma infecção bacteriana da via biliar decorrente de uma obstrução (neste caso, por cálculos que migraram da vesícula para o colédoco).

O tratamento da colangite baseia-se na estabilização clínica, no controle da infecção e, fundamentalmente, na descompressão da via biliar para drenagem do material purulento.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A colecistectomia (retirada da vesícula) trata a origem dos cálculos, mas não resolve a obstrução e a infecção instaladas no ducto colédoco. Operar uma paciente com colangite aguda sem antes desobstruir a via biliar aumenta significativamente a morbidade e a mortalidade.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão. A antibioticoterapia venosa deve ser iniciada imediatamente para cobrir germes entéricos. A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) é o procedimento de escolha para a descompressão biliar de urgência, pois permite a retirada dos cálculos e a drenagem da bile infectada de forma minimamente invasiva. Após a resolução do quadro agudo e a estabilização da paciente, a colecistectomia é realizada de forma eletiva ou na mesma internação para prevenir novos episódios.

Alternativa c) Incorreta. Embora o suporte clínico (hidratação e antibióticos) seja necessário, ele é insuficiente. A colangite é uma urgência obstrutiva; se a via biliar não for descomprimida mecanicamente, a paciente pode evoluir para choque séptico e falência múltipla de órgãos (completando a Pêntade de Reynolds).

Alternativa d) Incorreta. A cirurgia aberta para exploração da via biliar é um procedimento de alta complexidade e muito invasivo para um paciente em estado infeccioso agudo. Atualmente, é reservada apenas para casos em que a descompressão por endoscopia (CPRE) ou por via percutânea não foi possível ou não está disponível.

Alternativa e) Incorreta. A radioterapia é um tratamento para doenças oncológicas

(neoplasias). O caso clínico descreve claramente uma patologia benigna/infecciosa de origem litiásica (cálculos), não havendo indicação para esse tipo de terapia.

## Questão 5

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de apendicite aguda, caracterizado pela tríade de dor abdominal migratória (que começa difusa ou periumbilical e se localiza na fossa ilíaca direita), anorexia e sinais de irritação peritoneal. O exame físico revela o sinal de Blumberg positivo, que indica inflamação do peritônio parietal. Os exames complementares confirmam a suspeita: leucocitose ( $15.000/\text{mm}^3$ ) e ultrassonografia demonstrando apêndice distendido (10 mm, sendo o valor de corte normal até 6 mm) e presença de líquido livre, sugerindo processo inflamatório agudo.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O tratamento conservador apenas com antibióticos e observação tem sido estudado em casos de apendicite não complicada, mas ainda não é a conduta de escolha na rotina hospitalar e nem a resposta padrão em exames de residência para pacientes jovens e saudáveis com diagnóstico confirmado. A cirurgia permanece como o tratamento definitivo mais seguro para evitar recidivas e complicações.

Alternativa (b) CORRETA: A apendicectomia é o tratamento de eleição para a apendicite aguda. A via laparoscópica é preferencial sempre que disponível, pois está associada a menor dor no pós-operatório, menor taxa de infecção de ferida operatória, retorno mais rápido às atividades e melhor visualização da cavidade abdominal.

Alternativa (c) INCORRETA: O tratamento exclusivamente clínico com alta precoce é perigoso e tecnicamente um erro de conduta. A apendicite é uma patologia progressiva que, se não tratada adequadamente, pode evoluir para perfuração, peritonite purulenta, abscesso cavitário e sepse.

Alternativa (d) INCORRETA: A colectomia direita consiste na retirada de todo o cólon direito e é uma cirurgia desproporcional para uma apendicite aguda inicial. Essa conduta é reservada para casos de neoplasia de apêndice confirmada ou quando a base do ceco está tão comprometida pela inflamação ou necrose que não permite a ligadura segura apenas do apêndice.

Alternativa (e) INCORRETA: A drenagem percutânea é indicada apenas em casos de

apendicite complicada com a formação de abscessos volumosos (geralmente maiores que 4 cm) em pacientes com vários dias de evolução (fase de plastrão). O paciente em questão tem apenas 24 horas de evolução e não apresenta uma coleção drenável, mas sim um processo inflamatório agudo inicial.

## Questão 6

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente em questão é uma vítima de trauma multissistêmico, apresentando sinais clássicos de choque hipovolêmico hemorrágico: hipotensão (PA 90 x 60 mmHg), taquicardia importante (132 bpm), palidez, sudorese e taquipneia. De acordo com a classificação do ATLS (Advanced Trauma Life Support), ele se enquadra em um choque classe III ou IV. A questão informa que o paciente já recebeu 1 litro de cristalóide aquecido e não apresentou resposta hemodinâmica, sendo classificado como um "não respondedor".

### POR QUE A ALTERNATIVA (D) É A CORRETA?

Em pacientes com choque hemorrágico grave que não respondem à reposição volêmica inicial com 1 litro de cristalóide, a conduta prioritária é a reposição de perdas sanguíneas com hemoderivados. A persistência da instabilidade hemodinâmica indica hemorragia ativa ou perda volêmica maciça. A transfusão precoce de concentrado de hemácias (e, idealmente, plasma e plaquetas em protocolos de transfusão maciça) é essencial para restaurar a capacidade de transporte de oxigênio e evitar a "tríade letal" do trauma (acidose, coagulopatia e hipotermia).

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Administrar mais 2 litros de cristalóide é uma conduta ultrapassada. O ATLS 10ª edição recomenda o bolus inicial de apenas 1 litro. O excesso de cristalóides no trauma está associado à coagulopatia por hemodiluição, ao aumento do sangramento e à piora do prognóstico.

Alternativa B: A posição de Trendelenburg (cabeça para baixo) não é recomendada no manejo do choque no trauma. Além de não melhorar a perfusão de forma sustentada, pode prejudicar a mecânica ventilatória pelo peso das vísceras sobre o diafragma e aumentar a pressão intracraniana.

Alternativa C: A tomografia computadorizada é o padrão-ouro para diagnóstico de lesões internas, porém está formalmente contraindicada para pacientes

hemodinamicamente instáveis. O paciente deve ser estabilizado ou levado diretamente para intervenção (cirurgia ou angioembolização) se a fonte do sangramento for identificada por métodos rápidos como FAST ou raio X de tórax/pelve na sala de trauma. Levar um paciente instável para a tomografia é um erro grave conhecido como "o túnel da morte".

Alternativa E: Vasopressores (como noradrenalina) não têm papel no manejo inicial do choque hemorrágico. O problema aqui é a falta de volume intravascular (hipovolemia), e não a perda de tônus vascular. O uso de vasopressores em um sistema circulatório "vazio" aumenta a vasoconstrição periférica, piora a acidose metabólica e a isquemia de órgãos vitais. O tratamento do choque hemorrágico é volume (sangue), não amina.

---

## Questão 7

### ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de hemotórax após trauma contuso. Os sinais fundamentais para este diagnóstico são o murmúrio vesicular abolido, a imagem radiopaca (branca) na radiografia, o choque (hipotensão e taquicardia) e, crucialmente, as jugulares planas. As jugulares planas indicam hipovolemia, diferenciando o hemotórax do pneumotórax hipertensivo ou do tamponamento cardíaco, nos quais as jugulares estariam distendidas (turgência jugular).

### POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A conduta imediata para o hemotórax é a drenagem torácica em selo d'água, geralmente realizada no 5º espaço intercostal, entre as linhas axilar média e anterior. Esse procedimento cumpre dois papéis: permite a reexpansão do pulmão (melhorando a ventilação e a troca gasosa) e permite quantificar a perda sanguínea para decidir se há necessidade de uma cirurgia maior (toracotomia).

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A intubação orotraqueal pode ser necessária se o paciente não melhorar após a drenagem, mas não é a conduta inicial para resolver o problema mecânico. No trauma de tórax, ventilar com pressão positiva um pulmão colabado por sangue ou ar, sem drenagem prévia, pode agravar o estado hemodinâmico ou causar um pneumotórax hipertensivo iatrogênico.

Alternativa (b): A pericardiocentese é o tratamento de emergência para o tamponamento cardíaco. No tamponamento, o paciente apresenta turgência jugular

e os pulmões costumam estar limpos (murmúrio vesicular presente), o que contradiz o quadro de murmúrio abolido e jugulares planas deste paciente.

Alternativa (d): A toracotomia de emergência é uma medida de exceção. No hemotórax, ela está indicada apenas se houver saída imediata de mais de 1.500 ml de sangue após a drenagem ou uma perda contínua superior a 200 ml/h nas primeiras 2 a 4 horas. Portanto, primeiro insere-se o dreno (alternativa c) para depois avaliar a necessidade de toracotomia.

Alternativa (e): A punção com agulha (descompressão torácica) é a conduta imediata para o pneumotórax hipertensivo. Embora ambos os quadros causem abolição do murmúrio e choque, no pneumotórax a imagem radiológica seria radiotransparente (preta, indicando ar) e o paciente teria turgência jugular por desvio do mediastino e compressão das cavas, o que não ocorre neste caso de hemotórax.

---

## Questão 8

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um trauma abdominal fechado de alta energia com três achados críticos que determinam a conduta imediata: 1) Instabilidade hemodinâmica; 2) Sinais de irritação peritoneal (sugerindo lesão de víscera oca ou sangramento importante); 3) FAST positivo (confirmando líquido livre na cavidade abdominal). Segundo os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a presença de instabilidade hemodinâmica associada à evidência de líquido livre no FAST em trauma abdominal é indicação absoluta de laparotomia exploradora imediata.

### POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

Esta alternativa descreve perfeitamente o manejo inicial do choque hipovolêmico no trauma e a decisão cirúrgica correta. A obtenção de dois acessos venosos periféricos calibrosos é o primeiro passo para a reposição volêmica. A indicação de laparotomia é imediata porque o paciente está instável e tem fonte de sangramento/lesão abdominal confirmada pelo FAST e pelo exame físico.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): A laparoscopia não é o método de escolha para pacientes instáveis, pois o pneumoperitônio pode piorar o retorno venoso e a instabilidade. Além disso, a recomendação de 2 litros de cristalóide é considerada ultrapassada; atualmente preconiza-se a reposição volêmica parcimoniosa e o uso precoce de hemocomponentes.

Alternativa (c): A tomografia computadorizada (TC) é o exame padrão-ouro para

avaliar trauma abdominal, mas é formalmente contraindicada em pacientes hemodinamicamente instáveis. O paciente não deve sair do ambiente de ressuscitação para a sala de tomografia se não houver estabilidade, sob risco de morte durante o exame.

Alternativa (d): No trauma com sangramento ativo e instabilidade, a estabilização muitas vezes só é alcançada com o controle cirúrgico da hemorragia. Aguardar a estabilização sem intervir no foco do sangramento leva à piora do choque e ao óbito.

Alternativa (e): A reposição agressiva apenas com cristaloides até normalizar a pressão arterial (ressuscitação supranormal) é prejudicial. Isso favorece a hipotermia, a diluição de fatores de coagulação e o deslocamento de coágulos já formados, agravando o sangramento. A tendência atual é a hipotensão permissiva até o controle cirúrgico.

---

## Questão 9

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso clínico descreve uma paciente jovem com traumatismo cranioencefálico (TCE) grave, evidenciado pela Escala de Coma de Glasgow de 7. Além disso, a paciente apresenta sinais de insuficiência respiratória (frequência respiratória limítrofe e hipoxemia importante mesmo com oxigênio suplementar). Segundo os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a manutenção de uma via aérea definitiva é prioritária em pacientes com Glasgow menor ou igual a 8, visando proteger a via aérea contra aspiração e garantir a oxigenação cerebral adequada para evitar lesões secundárias.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ventilação com máscara-bolsa-válvula pode ser utilizada como medida temporária de pré-oxigenação, mas não é a conduta definitiva. Um paciente com Glasgow 7 não consegue proteger a própria via aérea, exigindo intubação para evitar complicações como a pneumonia aspirativa.

b) Incorreta. Administrar sedativo e apenas observar é uma conduta perigosa. O rebaixamento do nível de consciência já indica falha neurológica grave. A sedação sem o controle da via aérea (intubação) agravaria a depressão respiratória e a hipóxia.

c) Incorreta. A intubação nasotraqueal às cegas é raramente indicada no trauma agudo e está em desuso. Ela é contraindicada em pacientes com suspeita de fratura

de base de crânio e não é superior à intubação orotraqueal realizada por mãos treinadas.

d) Incorreta. A traqueostomia de emergência (ou a cricotireoidostomia) é uma via aérea cirúrgica reservada para casos de "via aérea difícil" ou "não consigo intubar, não consigo ventilar" (ex.: trauma de face grave). Não é a primeira escolha quando a intubação orotraqueal é tecnicamente possível.

e) Correta. A intubação orotraqueal (IOT) é o método de escolha para estabelecer uma via aérea definitiva. Devido à suspeita de fratura de coluna cervical (comum em colisões frontais), o procedimento deve obrigatoriamente ser realizado com a proteção cervical manual (estabilização em linha), onde um auxiliar mantém o pescoço da paciente imobilizado em posição neutra enquanto o médico realiza a laringoscopia, minimizando o risco de lesão medular.

---

## Questão 10

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um ferimento por arma branca na Zona II do pescoço (região entre a cartilagem cricoide e o ângulo da mandíbula). O quadro é marcado por sinais de presunção de lesão grave, conhecidos como sinais "duros" (hard signs), que incluem instabilidade hemodinâmica, sangramento ativo, dispneia progressiva e enfisema subcutâneo (sugerindo lesão de via aérea ou digestiva).

Alternativa a) Incorreta. A angiotomografia de pescoço é o exame de escolha para a avaliação de pacientes estáveis hemodinamicamente que não apresentam sinais óbvios de lesão vascular ou aerodigestiva. No caso em questão, o paciente está instável e possui sinais de lesão grave, o que contraindica o deslocamento para o setor de radiologia e exige tratamento cirúrgico imediato.

Alternativa b) Incorreta. A conduta expectante ou observação clínica é reservada apenas para ferimentos superficiais que não ultrapassam o músculo platisma ou para pacientes totalmente assintomáticos após triagem diagnóstica negativa. O paciente descrito apresenta sinais de choque e comprometimento respiratório, exigindo intervenção.

Alternativa c) Correta. Segundo os protocolos de trauma (como o ATLS), pacientes com ferimentos penetrantes de pescoço que apresentam instabilidade hemodinâmica, hematoma em expansão, sangramento pulsátil, enfisema subcutâneo ou borbulhamento de ar pela ferida devem ser submetidos à exploração cirúrgica imediata. A cervicotomia é a via de acesso padrão para a Zona II.

Alternativa d) Incorreta. A Zona II localiza-se na porção central do pescoço. A toracotomia seria considerada em ferimentos da Zona I (base do pescoço, abaixo da cricoide) se houvesse suspeita de lesão de grandes vasos intratorácicos ou sangramento maciço pelo dreno de tórax, o que não condiz com a localização anatômica descrita.

Alternativa e) Incorreta. Embora o enfisema subcutâneo possa indicar lesão esofágica, a endoscopia é um exame complementar para pacientes estáveis. Diante da instabilidade hemodinâmica e do sangramento ativo, a prioridade é o controle cirúrgico da hemorragia e da via aérea; a avaliação esofágica pode ser feita durante a própria exploração cirúrgica.

---

### Questão 11

Alternativa A: Incorreta. Drenos de sucção contínua (sistemas fechados) são amplamente utilizados para evitar infecções retrógradas, mas a afirmação de que são preferidos especificamente em cavidades contaminadas é imprecisa. Em cavidades com grande contaminação ou presença de detritos sólidos, sistemas de sucção podem obstruir-se facilmente. A escolha do dreno depende mais do objetivo da drenagem (profilática ou terapêutica) e do tipo de secreção esperada do que apenas do grau de contaminação.

Alternativa B: Incorreta. A função principal dos drenos é a retirada de coleções líquidas (como sangue, soro, linfa ou pus) ou gasosas de um espaço ou cavidade, além de permitir o monitoramento de fístulas ou deiscências. A redução da tensão das suturas é uma função técnica das próprias suturas e do manuseio tecidual, e não do dreno.

Alternativa C: Incorreta. Os drenos devem ser removidos o mais precocemente possível, assim que sua finalidade for cumprida (queda do débito de drenagem ou melhora clínica/radiológica). Manter um dreno até a completa cicatrização da ferida, que pode levar semanas, transforma o dispositivo em um corpo estranho desnecessário, aumentando significativamente o risco de infecção e complicações locais.

Alternativa D: Correta. O dreno de Penrose é o exemplo clássico de dreno laminar e de sistema aberto. Ele é feito de látex e funciona principalmente pelo mecanismo de capilaridade, no qual o fluido drena pela superfície externa do látex em direção ao curativo. Também pode atuar por gravidade, dependendo do posicionamento.

Alternativa E: Incorreta. O uso de drenos exige a manutenção rigorosa da técnica

asséptica em todas as etapas: inserção, manipulação do sistema e trocas de curativos. Como o dreno estabelece uma comunicação direta entre o meio interno e o externo, ele serve como uma potencial via de entrada para patógenos, tornando a assepsia indispensável.

---

## Questão 12

A alternativa correta é a (b).

Análise detalhada das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A sonda nasogástrica é indicada para uso de curto prazo (geralmente por até duas semanas). Para alimentação enteral prolongada ou definitiva, o padrão é a realização de procedimentos como gastrostomia ou jejunostomia, que oferecem maior conforto ao paciente e evitam complicações como esofagite, sinusite e pneumonia aspirativa.

Alternativa (b) Correta: As sondas de Foley são dispositivos flexíveis utilizados para a sondagem vesical de demora. Sua principal característica técnica é a presença de um balonete próximo à extremidade distal, que é insuflado após a inserção na bexiga para garantir a fixação do cateter e permitir a drenagem contínua da urina por longos períodos.

Alternativa (c) Incorreta: A sonda de Levine (ou Levin) possui lúmen único e é fabricada em polivinil (material mais rígido). Embora possa ser usada para nutrição de curto prazo, sua indicação primordial é a descompressão gástrica e coleta de resíduos. Para nutrição enteral contínua, preferem-se sondas de poliuretano ou silicone (como a sonda de Dobhoff), que são mais flexíveis e menos irritantes à mucosa.

Alternativa (d) Incorreta: As sondas de Malecot e Pezzer possuem pontas dilatadas (em formato de cogumelo ou asas) para facilitar a retenção em cavidades. Por serem rígidas e possuírem essas extremidades volumosas, não são indicadas para sondagem uretral, pois causariam trauma grave à uretra. Elas são tipicamente utilizadas em cistostomias suprapúbicas, gastrostomias cirúrgicas ou drenagem de coleções.

Alternativa (e) Incorreta: O uso de sonda vesical é, na verdade, uma das principais ferramentas para permitir a monitorização rigorosa do débito urinário. Em pacientes cirúrgicos ou críticos, o controle do volume de urina por hora é um parâmetro essencial para avaliar a perfusão tecidual e a função renal, não devendo nunca ser negligenciado.

---

### Questão 13

Alternativa (a): INCORRETA. Os fios de origem natural e orgânica, como o catgut, provocam uma reação inflamatória tecidual muito mais intensa do que os fios sintéticos. O catgut é degradado por proteólise (digestão enzimática), o que gera grande resposta inflamatória, enquanto os fios sintéticos, como a poliglactina, são degradados por hidrólise, processo mais lento e com mínima reação tecidual.

Alternativa (b): INCORRETA. Embora sejam classificados como não absorvíveis, fios como o nylon e a seda perdem força tênsil com o passar do tempo. O nylon, especificamente, sofre degradação química lenta e pode perder cerca de 15% a 20% de sua resistência por ano. O único material que mantém sua resistência de forma praticamente indefinida é o aço inoxidável.

Alternativa (c): INCORRETA. As agulhas traumáticas são aquelas que possuem um "olho" (orifício) para a passagem do fio. Elas são mais agressivas porque o fio precisa ser dobrado para passar pelo olho, criando um volume maior do que o corpo da agulha, o que traumatiza o tecido. As agulhas atraumáticas, nas quais o fio já vem fundido diretamente na agulha, são as preferidas por causarem menor dano tecidual.

Alternativa (d): CORRETA. As agulhas cilíndricas possuem corpo arredondado e ponta afilada, sem arestas cortantes. Elas agem afastando as fibras do tecido em vez de cortá-las. Por isso, são as agulhas de escolha para tecidos delicados e de fácil penetração, como vasos sanguíneos, parênquimas (fígado, rim), peritônio e vísceras ocas, prevenindo sangramentos e rasgos.

Alternativa (e): INCORRETA. A seda é classificada como um fio não absorvível de origem natural (embora possa sofrer degradação muito lenta após anos). Por ser multifilamentar e orgânica, ela apresenta alta capilaridade e maior risco de infecção, não sendo indicada para suturas profundas permanentes ou em áreas contaminadas.

GABARITO: Letra (d).

---

### Questão 14

Alternativa a (Correta): A pinça de Allis é classificada como um instrumental de preensão traumática. Ela possui dentes em suas extremidades que, ao se fecharem, promovem um forte esmagamento do tecido. Por esse motivo, é utilizada especificamente em tecidos resistentes ou em estruturas que serão removidas do corpo (como peças cirúrgicas e tumores) e que, portanto, não precisam ter sua integridade preservada.

Alternativa b (Incorreta): A principal diferença entre as pinças hemostáticas de Crile e

Kelly está na extensão das ranhuras (serrilhado) em suas garras, e não no comprimento do instrumento. Na pinça de Crile, o serrilhado transversal ocupa toda a extensão da garra. Já na pinça de Kelly, o serrilhado ocupa apenas a metade distal da garra, deixando a parte próxima à articulação lisa.

Alternativa c (Incorreta): As tesouras de Mayo são instrumentos robustos, projetados para o corte de tecidos densos, como aponeuroses e tendões, além de serem usadas para o corte de fios cirúrgicos. Para a dissecação de tecidos finos e delicados, a tesoura indicada é a Metzenbaum, que possui hastes mais longas e uma ponta mais delgada.

Alternativa d (Incorreta): A pinça de Backhaus não tem função hemostática. Ela pertence ao grupo de instrumentais de campo ou de fixação. Sua finalidade é prender os campos cirúrgicos entre si e fixá-los à pele do paciente para delimitar a área operatória.

Alternativa e (Incorreta): A pinça de Kocher é altamente traumática, caracterizando-se por apresentar um dente de rato proeminente em sua extremidade. Ela é utilizada para a apreensão de tecidos que não deslizam, como aponeuroses durante a tração. Jamais deve ser usada em alças intestinais, pois causaria perfuração e lesão grave ao tecido. Para alças intestinais, utilizam-se pinças atraumáticas, como a de Babcock ou a de Doyen.

---

### Questão 15

Alternativa a) Incorreta. A sutura em bolsa de tabaco (ou "purse-string") consiste em um chuleio circular realizado ao redor de uma abertura. Sua principal indicação é o sepultamento de cotos (como o coto apendicular na apendicectomia), a fixação de drenos e tubos (como em gastrostomias) ou o fechamento de pequenas perfurações. Para anastomoses intestinais, utilizam-se, preferencialmente, suturas manuais em planos (contínuas ou interrompidas) ou grampeadores mecânicos.

Alternativa b) Incorreta. A vantagem do ajuste independente de cada ponto é característica da sutura interrompida (pontos separados). Na sutura contínua, a tensão é distribuída ao longo de toda a linha de fechamento e o ajuste não é individualizado. Se o fio se romper ou a tensão falhar em um segmento, toda a sutura fica comprometida.

Alternativa c) Correta. A sutura em U, também chamada de ponto de Wolf ou colchoeiro horizontal, é uma técnica eversante que distribui a tensão por uma área maior do tecido. Por realizar uma compressão lateral eficiente, ela é frequentemente empregada para promover hemostasia em bordos sangrantes e em tecidos com

maior fragilidade, onde pontos simples poderiam "rasgar" o tecido com facilidade.

Alternativa d) Incorreta. A sutura simples interrompida é a técnica mais versátil e utilizada para o fechamento da pele na prática cirúrgica. Ela não deve ser evitada; pelo contrário, é recomendada por permitir a saída de secreções entre os pontos e garantir a integridade da ferida caso um dos pontos se rompa. O risco de isquemia marginal existe apenas se os pontos forem aplicados com tensão excessiva.

Alternativa e) Incorreta. O ponto de Donatti (colchoeiro vertical) é excelente para promover a eversão das bordas da ferida e garantir resistência em áreas de tensão, sendo a técnica que melhor confronta os planos teciduais ("longe-longe, perto-perto"). No entanto, ela costuma deixar marcas transversais na pele (cicatriz em "escada de trem"), não sendo considerada a técnica de escolha para fins estéticos em áreas expostas, como a face, onde se prefere a sutura intradérmica.

---

### Questão 16

Alternativa a: Incorreta. O abdome agudo perfurativo caracteriza-se por uma dor de início súbito, lancinante e de forte intensidade, frequentemente descrita como dor em facada. Esse quadro decorre da liberação de conteúdo gástrico, biliar ou intestinal na cavidade peritoneal, gerando uma peritonite química imediata que não melhora com analgésicos simples e exige conduta emergencial.

Alternativa b: Incorreta. O abdome agudo vascular, cujo exemplo clássico é a isquemia mesentérica, é mais prevalente em pacientes idosos com comorbidades cardiovasculares, como fibrilação atrial, insuficiência cardíaca ou aterosclerose sistêmica. Em pacientes jovens, a causa mais comum de abdome agudo é a inflamatória, sendo a apendicite aguda a principal etiologia.

Alternativa c: Incorreta. O diagnóstico de abdome agudo obstrutivo baseia-se na tríade clínica de dor abdominal em cólica, distensão, parada de eliminação de gases e fezes, além de vômitos. Embora a tomografia computadorizada seja o exame de maior acurácia para identificar a causa e o ponto de transição da obstrução, o diagnóstico definitivo muitas vezes é obtido pela associação da clínica com a radiografia simples de abdome (rotina de abdome agudo), não sendo a TC obrigatória em todos os cenários.

Alternativa d: Incorreta. O grupo do abdome agudo inflamatório inclui patologias como apendicite aguda, colecistite aguda e diverticulite. Muitas dessas condições têm o tratamento cirúrgico como padrão-ouro ou necessidade frequente. A apendicite aguda, por exemplo, que é a causa cirúrgica mais comum de dor abdominal, requer apendicectomia na imensa maioria dos casos.

Alternativa e: Correta. Estes são os sinais semiológicos clássicos de irritação peritoneal. A defesa muscular é uma contração involuntária da musculatura da parede abdominal como reflexo à inflamação do peritônio parietal. A dor à descompressão brusca (conhecida como sinal de Blumberg quando localizada no ponto de McBurney ou sinal de Guéneau de Mussy quando generalizada) confirma o envolvimento peritoneal, sendo um achado fundamental no exame físico do abdome agudo.

---

### Questão 17

Alternativa (a) INCORRETA: A causa mais comum de hemorragia digestiva alta (HDA) no mundo e no Brasil é a doença ulcerosa péptica (úlceras gástricas e duodenais), representando cerca de 50% dos casos. Embora a hemorragia varicosa por cirrose seja uma causa importante e com alta mortalidade, ela não é a mais frequente na população geral.

Alternativa (b) CORRETA: A endoscopia digestiva alta (EDA) é o procedimento de escolha tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica da HDA. O manejo inicial deve focar na estabilização hemodinâmica do paciente (reposição volêmica). Uma vez estabilizado o paciente, as diretrizes internacionais recomendam que a EDA seja realizada precocemente, idealmente dentro das primeiras 24 horas, para reduzir o risco de ressangramento e o tempo de permanência hospitalar.

Alternativa (c) INCORRETA: O uso de inibidores da bomba de prótons (IBPs) é um pilar fundamental no tratamento da HDA não varicosa. O IBP atua elevando o pH gástrico (mantendo-o acima de 6), o que é essencial para a estabilização do coágulo e para prevenir a fibrinólise. Estudos demonstram que o uso de IBP, especialmente em altas doses após terapia endoscópica em úlceras de alto risco, reduz significativamente as taxas de ressangramento, a necessidade de cirurgia e a mortalidade.

Alternativa (d) INCORRETA: A classificação de Forrest é uma ferramenta endoscópica utilizada para estratificar o risco de ressangramento de qualquer úlcera péptica, independentemente de ser gástrica ou duodenal. Ela classifica as lesões em sangramento ativo (Forrest I), sinais de sangramento recente (Forrest II) ou base limpa (Forrest III), orientando a necessidade de tratamento endoscópico.

Alternativa (e) INCORRETA: A grande maioria dos casos de HDA (cerca de 80% a 85%) para de sangrar espontaneamente ou é controlada com medidas clínicas e intervenção endoscópica. A cirurgia de emergência é reservada apenas para casos refratários, em que o tratamento endoscópico e a radiologia intervencionista falharam em controlar a hemorragia.

## Questão 18

Explicação da Questão: Hemorragia Digestiva Baixa (HDB)

A Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) refere-se ao sangramento originado abaixo do ligamento de Treitz (transição duodenojejunal). Embora a maioria dos casos cesse espontaneamente, o diagnóstico e o manejo adequados são fundamentais para reduzir a morbidade.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Em até 25% dos pacientes com HDB, a fonte de sangramento é desconhecida.

Mesmo com o avanço dos métodos diagnósticos (colonoscopia, angiotomografia, cintilografia e arteriografia), uma parcela significativa dos pacientes apresenta sangramento autolimitado ou intermitente, o que dificulta a identificação exata do sítio de sangramento. Estima-se que, em 10% a 25% dos casos, o diagnóstico etiológico não seja estabelecido durante o episódio agudo.

Alternativa B (Incorreta): A cintilografia com tecnécio (Tc99m - labeled RBC) é o método mais sensível, porém o menos preciso para localizar o sangramento.

A cintilografia é capaz de detectar taxas de sangramento muito baixas (0,1 a 0,5 mL/min), tornando-a altamente sensível. No entanto, sua precisão anatômica é baixa, pois o sangue marcado pode se mover dentro do lúmen intestinal (peristaltismo), dificultando a localização exata do ponto de origem para uma intervenção cirúrgica ou radiológica.

Alternativa C (Incorreta): A principal causa de HDB em adultos jovens das 2ª e 3ª décadas de vida não é a doença diverticular.

A doença diverticular do cólon é a principal causa de HDB em adultos idosos (geralmente acima de 60 anos). Em jovens (20 a 30 anos), as causas mais comuns são a doença hemorroidária, fissuras anais, doença inflamatória intestinal (como Retocolite Ulcerativa ou Doença de Crohn) e o divertículo de Meckel.

Alternativa D (Incorreta): A colonoscopia não é realizada preferencialmente logo após a admissão sem preparo.

Embora a colonoscopia seja o padrão-ouro para diagnóstico e tratamento, ela exige estabilização hemodinâmica prévia do paciente e, idealmente, preparo de cólon com solução de polietilenoglicol (PEG) para garantir a visualização da mucosa. A realização da colonoscopia em um cólon repleto de fezes e sangue (sem preparo) reduz drasticamente a acurácia diagnóstica e a segurança do procedimento. O intervalo recomendado costuma ser entre 12 e 24 horas após a admissão, mediante o preparo.

Alternativa E (Incorreta): O tratamento cirúrgico imediato não é indicado para todos os casos de instabilidade hemodinâmica.

A abordagem inicial de qualquer paciente com instabilidade é a ressuscitação volêmica vigorosa com cristaloides e hemotransfusão. A cirurgia (colectomia) é reservada para casos de sangramento maciço persistente e refratário, nos quais as tentativas de controle por endoscopia ou radiologia intervencionista falharam e o paciente permanece instável. A maioria dos sangramentos para espontaneamente com medidas conservadoras.

---

### Questão 19

Alternativa a) Incorreta. A pancreatite aguda leve é uma condição autolimitada na imensa maioria dos casos. O tratamento é eminentemente clínico e baseia-se no tripé: hidratação venosa agressiva, analgesia e realimentação oral precoce, conforme a tolerância do paciente. A intervenção cirúrgica não faz parte do manejo inicial da pancreatite leve, sendo reservada apenas para tratar a causa-base (como a colecistectomia na pancreatite biliar) após a melhora do quadro clínico.

Alternativa b) Incorreta. A necrosectomia pancreática (remoção do tecido necrótico) deve ser adiada o máximo possível, preferencialmente por pelo menos 4 semanas após o início dos sintomas. Intervenções cirúrgicas precoces, na primeira ou segunda semana, estão associadas a altíssimas taxas de hemorragia e mortalidade, pois o tecido necrótico ainda não está delimitado (organizado) do tecido viável.

Alternativa c) Incorreta. A causa mais comum de pancreatite crônica é, disparadamente, o etilismo crônico (consumo excessivo de álcool), responsável por cerca de 70% a 80% dos casos. Causas autoimunes, hereditárias e idiopáticas são menos frequentes. Causas iatrogênicas são raras na forma crônica, sendo mais associadas a quadros agudos (como após uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica - CPRE).

Alternativa d) Incorreta. A duodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple) é o procedimento indicado para tumores situados na cabeça do pâncreas ou no processo uncinado. Para o adenocarcinoma localizado na cauda ou no corpo do pâncreas, a cirurgia de escolha é a pancreatectomia distal, frequentemente acompanhada de esplenectomia (retirada do baço).

Alternativa e) Correta. A maioria dos pseudocistos pancreáticos regride espontaneamente sem necessidade de intervenção. Historicamente, utilizava-se a regra dos "6 cm e 6 semanas" para indicar drenagem, mas hoje sabe-se que, mesmo após 6 semanas, pseudocistos assintomáticos menores que 6 cm podem ser

acompanhados com segurança apenas com exames de imagem periódicos, pois apresentam baixo risco de complicações e alta chance de resolução espontânea. A intervenção é reservada para casos sintomáticos ou que apresentem complicações (infecção, ruptura ou hemorragia).

## Questão 20

Alternativa a: Esta alternativa está incorreta porque a maioria dos derrames pleurais é tratada clinicamente por meio do manejo da doença de base, como insuficiência cardíaca, cirrose ou doença renal. A drenagem de tórax é um procedimento invasivo reservado para situações específicas, como empiemas, hemotórax, derrames parapneumônicos complicados ou grandes derrames sintomáticos que não respondem ao tratamento clínico. A conduta inicial padrão para investigação costuma ser a toracentese diagnóstica, e não a drenagem cirúrgica imediata.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. De acordo com os protocolos de atendimento ao trauma (como o ATLS), o hemotórax maciço é definido pela drenagem imediata de 1.500 mL ou mais de sangue após a inserção do dreno de tórax. Outro critério utilizado é a drenagem persistente de 200 mL por hora em um período de 2 a 4 horas. O valor de 1.000 mL em 24 horas indica um sangramento significativo, mas não preenche os critérios técnicos para a classificação de maciço.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. O pneumotórax hipertensivo é uma emergência médica de diagnóstico estritamente clínico. O médico deve reconhecer sinais de desconforto respiratório grave, hipotensão, desvio da traqueia e ausência de murmúrio vesicular no lado afetado. A realização de radiografia para confirmação é contraindicada, pois o tempo perdido no exame pode levar o paciente à parada cardiorrespiratória por choque obstrutivo. O tratamento deve ser a descompressão imediata.

Alternativa d: Esta alternativa está correta. O empiema pleural evolui classicamente em três estágios: exsudativo (fluido fino), fibrinopurulento (presença de fibrina, pus e formação de septações/loculações) e crônico ou de organização (formação de uma carapaça fibrosa sobre o pulmão). Na fase fibrinopurulenta, o líquido torna-se espesso e as aderências impedem que o dreno de tórax comum esvazie o espaço adequadamente. Nesses casos, a decorticação cirúrgica (limpeza da cavidade e remoção da fibrina), geralmente via videotoracoscopia, é necessária para resolver a infecção e permitir a reexpansão pulmonar.

Alternativa e: Esta alternativa está incorreta. O tratamento inicial do quilotórax (presença de linfa no espaço pleural) é preferencialmente conservador. O objetivo é reduzir a produção de linfa por meio de modificações dietéticas, como o uso de

triglicerídeos de cadeia média ou jejum total associado à nutrição parenteral. A intervenção cirúrgica, como a ligadura do ducto torácico, é indicada apenas se houver falha do tratamento clínico após uma a duas semanas ou se as perdas diárias forem excessivamente altas (geralmente acima de 1.000 mL/dia em adultos).

## Questão 21

Análise do quadro clínico e eletrocardiográfico:

O paciente apresenta um quadro clássico de síndrome coronariana aguda: homem de 59 anos com fatores de risco cardiovascular (hipertensão e dislipidemia) e dor torácica típica (opressiva com sudorese) de início recente (70 minutos). O eletrocardiograma (ECG) é o ponto-chave da questão. Observa-se um supradesnivelamento do segmento ST de V1 a V6, além das derivações laterais altas (DI e aVL). Estamos diante de um Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) de parede anterior extensa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. No IAMCSST, o diagnóstico é clínico e eletrocardiográfico. Não se deve aguardar o resultado de marcadores de necrose miocárdica (como a troponina) para iniciar o tratamento de reperfusão. O atraso na conduta aumenta a mortalidade e a perda de massa muscular cardíaca ("tempo é músculo").

b) Incorreta. Os anticoagulantes orais diretos (NOACs), como a rivaroxabana ou apixabana, não têm papel no manejo agudo do infarto com supra de ST. Além disso, o paciente está em um hospital terciário, o que geralmente implica disponibilidade de hemodinâmica para angioplastia primária, que é superior à trombólise quando disponível em tempo hábil.

c) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para o IAMCSST. O paciente deve receber dupla antiagregação plaquetária imediata (AAS associado a um inibidor do receptor P2Y12, como ticagrelor, prasugrel ou clopidogrel) e ser encaminhado o mais rápido possível para a estratégia de reperfusão preferencial, que é a angioplastia primária (cineangiocoronariografia de urgência).

d) Incorreta. Embora façam parte do mnemônico clássico (MONA), essas medidas são adjuvantes. O oxigênio só é indicado se a saturação estiver abaixo de 90%, e o nitrato deve ser evitado se houver suspeita de infarto de ventrículo direito ou uso de inibidores da fosfodiesterase. O erro principal da alternativa é "observar resposta", pois o paciente necessita de intervenção imediata para abrir a artéria culpada, e não de conduta expectante.

e) Incorreta. O ecocardiograma pode ser útil em casos de dúvida diagnóstica ou para avaliar complicações mecânicas, mas, no cenário de um ECG com supra de ST evidente e dor típica, solicitar o exame de imagem atrasaria desnecessariamente a reperfusão coronariana.

Resumo: Diante de um IAMCSST diagnosticado pelo ECG em hospital com suporte, a prioridade é a dupla antiagregação e a desobstrução arterial mecânica imediata (angioplastia).

---

## Questão 22

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de exacerbação aguda de asma, desencadeada por um fator irritante (perfume). Os sinais de gravidade presentes no enunciado permitem classificar a crise como moderada a grave: saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) de 91% em ar ambiente (valor de alerta e abaixo de 92%), frequência cardíaca de 112 bpm (taquicardia), frequência respiratória de 22 irpm (taquipneia) e dificuldade na fala (frases curtas).

O manejo inicial de uma crise de asma no pronto atendimento baseia-se na reversão da obstrução ao fluxo aéreo e na redução da inflamação das vias respiratórias.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): Segundo as diretrizes nacionais e internacionais (como o GINA), o tratamento de escolha para a crise de asma moderada a grave consiste na administração de broncodilatadores beta-2 agonistas de curta duração (SABA) por via inalatória (como o salbutamol), associados ao uso precoce de corticoides sistêmicos (orais ou intravenosos). O corticoide é fundamental para reduzir a inflamação e diminuir o risco de hospitalização e recidivas. O uso de brometo de ipratrópio (anticolinérgico) também pode ser associado em crises moderadas/graves para potencializar a broncodilatação.

Alternativa B (Incorreta): O uso de antibióticos não está indicado na rotina da crise de asma. A exacerbação foi claramente desencadeada por um estímulo irritante (perfume). O antibiótico seria reservado apenas se houvesse fortes indícios de infecção bacteriana secundária, como febre persistente e presença de infiltrado pulmonar na radiografia.

Alternativa C (Incorreta): As xantinas (como a aminofilina) não são recomendadas como terapia inicial ou isolada. Elas possuem menor eficácia broncodilatadora em

comparação aos beta-2 agonistas e apresentam um perfil de toxicidade elevado (risco de arritmias e convulsões), sendo consideradas apenas em casos refratários em ambiente de terapia intensiva.

Alternativa D (Incorreta): O uso de betabloqueadores é contraindicado na crise de asma. Esses medicamentos podem causar broncoespasmo grave ao bloquear os receptores beta-2 pulmonares. A taquicardia da paciente é uma resposta fisiológica à hipóxia, ao esforço respiratório e ao uso prévio de SABA em domicílio, devendo ser tratada com a melhora da oxigenação e da ventilação, e não com bloqueadores adrenérgicos.

Alternativa E (Incorreta): O heliox (mistura de hélio e oxigênio) visa reduzir a turbulência do fluxo de ar nas vias aéreas. Entretanto, seu uso não é de rotina e não substitui a terapia padrão com broncodilatadores e corticoides. Ele pode ser considerado em casos muito graves e selecionados, sem resposta ao tratamento convencional, o que não é a conduta inicial prioritária.

---

### Questão 23

A alternativa correta é a letra (b).

Alternativa a: Incorreta. Na síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), o volume corrente deve ser baixo, entre 4 e 6 mL/kg, podendo chegar a 8 mL/kg. O erro fundamental da alternativa é afirmar que o cálculo deve ser feito sobre o peso real. O ajuste deve ser obrigatoriamente baseado no peso predito (calculado conforme a altura e o sexo do paciente), pois o volume pulmonar não aumenta com a obesidade. Utilizar o peso real em pacientes obesos causaria hiperdistensão alveolar e lesão pulmonar (volutrauma).

Alternativa b: Correta. A estratégia de ventilação protetora fundamenta-se na redução do estresse e da deformação sobre o parênquima pulmonar. Limitar a pressão de platô (pressão alveolar medida em uma pausa inspiratória) abaixo de 30 cmH<sub>2</sub>O é um dos pilares para evitar a hiperdistensão alveolar e reduzir a mortalidade.

Alternativa c: Incorreta. A hipercapnia permissiva é uma estratégia na qual se tolera o acúmulo de gás carbônico e a queda do pH para manter volumes e pressões baixos no ventilador. No entanto, o pH tolerado deve ser mantido geralmente acima de 7,20 ou 7,25. O valor de 7,4 citado na alternativa é a normalidade fisiológica, o que descaracteriza a permissividade.

Alternativa d: Incorreta. A posição prona é uma intervenção comprovada para reduzir

a mortalidade em pacientes com SDRA grave (relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor que 150 mmHg). Ela melhora a oxigenação, reduz a heterogeneidade da ventilação e diminui a sobrecarga cardíaca direita. Deve ser mantida por períodos prolongados, geralmente acima de 16 horas por dia.

Alternativa e: Incorreta. Níveis elevados de PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva) são frequentemente recomendados e necessários na SDRA moderada a grave. A PEEP elevada ajuda a manter os alvéolos abertos, evita o colapso cíclico (atelectotrauma) e melhora a oxigenação, devendo ser titulada conforme a necessidade de cada paciente.

---

## Questão 24

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma paciente de 48 anos com sinais clássicos de pancreatite aguda: dor epigástrica súbita com irradiação para o dorso, náuseas, vômitos e elevação de amilase (1.200 U/L) e lipase (1.850 U/L) acima de três vezes o valor de referência. A tomografia de abdômen confirma o diagnóstico ao mostrar pancreatite intersticial. Entre os fatores de risco citados, o uso de semaglutida (um análogo do GLP-1) é um fator causal importante, pois essa classe de medicamentos possui associação descrita com pancreatite aguda.

ALTERNATIVA A: ESTÁ CORRETA. O manejo inicial da pancreatite aguda baseia-se em quatro pilares principais presentes nesta alternativa. Primeiro, a suspensão de drogas potencialmente causadoras, como a semaglutida. Segundo, a hidratação venosa vigorosa com cristaloides para manter a perfusão pancreática e prevenir necrose, especialmente em uma paciente com taquicardia (118 bpm). Terceiro, a analgesia para controle do quadro algico intenso. Quarto, o jejum inicial devido aos vômitos e a monitorização rigorosa dos sinais vitais para detectar precocemente disfunções orgânicas.

ALTERNATIVA B: ESTÁ INCORRETA. Medicamentos como metformina e semaglutida devem ser suspensos na fase aguda. A metformina deve ser evitada pelo risco de acidose láctica em pacientes potencialmente instáveis. O uso de antibióticos profiláticos não é recomendado na pancreatite aguda (mesmo nas formas graves ou com necrose estéril), sendo reservado apenas para casos de necrose comprovadamente infectada. A nutrição parenteral não é a primeira escolha, preferindo-se a via oral ou enteral assim que tolerada.

ALTERNATIVA C: ESTÁ INCORRETA. A empagliflozina (inibidor de SGLT2) não tem indicação no tratamento da pancreatite aguda e pode aumentar o risco de

cetoacidose em pacientes agudamente enfermos. A dieta líquida imediata pode não ser tolerada por uma paciente com vômitos e dor importante; a realimentação deve ser iniciada conforme a melhora clínica e do apetite.

ALTERNATIVA D: ESTÁ INCORRETA. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) de urgência é indicada apenas em pancreatites de origem biliar que cursam com colangite aguda ou obstrução biliar persistente (icterícia progressiva). A paciente não apresenta icterícia e não há confirmação de cálculos biliares no caso.

ALTERNATIVA E: ESTÁ INCORRETA. Embora a colecistectomia seja indicada na mesma internação para pancreatites de origem biliar leve, a questão pede a conduta inicial (imediate). Além disso, a história clínica e o uso de medicação sugerem uma etiologia medicamentosa, e não biliar, uma vez que não foram descritos cálculos ou lama biliar nos exames de imagem.

---

## Questão 25

A lipoproteína(a), ou Lp(a), é uma partícula lipídica composta por uma molécula de LDL ligada a uma apoproteína(a) específica. Ela tem despertado grande interesse na cardiologia moderna por ser um fator de risco independente para doenças cardiovasculares. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. A dosagem da Lp(a) não deve ser restrita a pacientes que já infartaram. As diretrizes atuais (como as da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Europeia de Cardiologia) recomendam a dosagem de Lp(a) pelo menos uma vez na vida em todos os adultos, especialmente naqueles com histórico familiar precoce de doença arterial coronariana, hipercolesterolemia familiar ou risco cardiovascular intermediário/alto para refinar a estratificação de risco.

Alternativa B: Incorreta. Diversos estudos epidemiológicos e de randomização mendeliana confirmaram que níveis elevados de Lp(a) estão fortemente associados a um aumento do risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e estenose valvar aórtica calcificada. Ela possui propriedades pró-aterogênicas, pró-trombóticas e pró-inflamatórias.

Alternativa C: Correta. Os níveis séricos de Lp(a) são determinados geneticamente em cerca de 70% a 90% pela variação no gene LPA. Diferentemente do LDL-colesterol, a Lp(a) é pouco influenciada por hábitos alimentares ou estilo de vida. Além disso, as estatinas, que são o padrão-ouro para reduzir o LDL, não reduzem os níveis de Lp(a); em alguns casos, podem até causar um leve aumento em seus níveis.

Alternativa D: Incorreta. Os fibratos são medicamentos utilizados primordialmente para a redução de triglicérides e têm impacto insignificante ou nulo nos níveis de Lp(a). Atualmente, não há uma terapia medicamentosa amplamente disponível e específica para reduzir a Lp(a) com o objetivo principal de reduzir desfechos, embora os inibidores da PCSK9 consigam reduzi-la moderadamente (cerca de 20-30%) e novas terapias gênicas (RNA de interferência) estejam em fase avançada de estudo.

Alternativa E: Incorreta. A Lp(a) elevada é um fator de risco independente. Isso significa que ela aumenta o risco cardiovascular tanto em pacientes com LDL-colesterol controlado quanto naqueles com LDL elevado. No entanto, o risco absoluto é significativamente maior quando ambos (Lp(a) e LDL) estão em níveis altos. Em pacientes com Lp(a) muito elevada, as diretrizes sugerem um controle ainda mais rigoroso dos outros fatores de risco modificáveis, especialmente o LDL-colesterol.

---

## Questão 26

A anemia ferropriva é a anemia mais comum no mundo e decorre da falta de ferro para a síntese da hemoglobina. O processo ocorre de forma gradual: primeiro há o esgotamento dos estoques de reserva, seguido pela queda do ferro circulante e, finalmente, pela redução da produção de hemácias, que se tornam menores (microcíticas) e mais pálidas (hipocrômicas).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A deficiência de ferro causa anemia microcítica (VCM baixo) e hipocrômica (HCM baixo). A anemia macrocítica megaloblástica está associada à deficiência de vitamina B12 ou de ácido fólico, que afetam a síntese de DNA.

Alternativa b) Incorreta. Na anemia ferropriva, a saturação de transferrina está diminuída (geralmente abaixo de 16%). Como há pouco ferro disponível para ser transportado, a porcentagem de "vagas" ocupadas na proteína transportadora (transferrina) é baixa.

Alternativa c) Correta. A ferritina é a principal proteína de reserva de ferro no organismo. Sua redução é o marcador mais precoce e específico da deficiência de ferro, refletindo fielmente que os estoques corporais estão exauridos.

Alternativa d) Incorreta. Os achados típicos são exatamente o oposto: o ferro sérico está reduzido e a capacidade total de ligação do ferro (TIBC) está elevada. O organismo aumenta a produção de transferrina na tentativa de captar o máximo de ferro possível, aumentando a capacidade de ligação.

Alternativa e) Incorreta. Na anemia ferropriva, os estoques de ferro na medula óssea (avaliados pela coloração de Perls) estão ausentes ou muito reduzidos. Embora possa haver uma tentativa inicial de compensação, a falta de substrato (ferro) impede uma hiperplasia eritroide eficaz. Além disso, a característica definidora é a falta de ferro estocado, não o seu aumento.

## Questão 27

O quadro clínico descreve um paciente com tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo, confirmado por angiotomografia, no terceiro dia de pós-operatório de cirurgia ortopédica de grande porte. Para definir a conduta, devemos estratificar o risco do paciente.

Estratificação de Risco:

1. Estabilidade Hemodinâmica: O paciente está normotenso (PA 128 x 72 mmHg), o que exclui o TEP de "alto risco" (maciço).
2. Disfunção de Ventrículo Direito (VD): O ecocardiograma mostra VD dilatado e hipocinesia de parede livre, e o BNP está elevado.
3. Lesão Miocárdica: A troponina está acima do valor de referência.

Classificação: TEP de risco intermediário-alto. Pacientes nesta categoria possuem estabilidade hemodinâmica, mas apresentam sinais de sobrecarga de VD e marcadores de lesão miocárdica positivos.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Pacientes com TEP de risco intermediário-alto devem ser internados, preferencialmente em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva, para monitorização clínica rigorosa. O tratamento inicial baseia-se na anticoagulação plena. A heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) ou a heparina não fracionada são as escolhas iniciais. A monitorização é crucial, pois esses pacientes têm risco de deterioração hemodinâmica nas primeiras horas/dias.

Alternativa B (Incorreta): A trombólise sistêmica está indicada para casos de TEP de alto risco (instabilidade hemodinâmica/choque obstrutivo). Além disso, este paciente possui uma contraindicação relativa importante: cirurgia de grande porte recente (3 dias), o que aumenta drasticamente o risco de sangramento grave.

Alternativa C (Incorreta): A terapia dirigida por cateter (trombectomia ou trombólise in situ) não é uma conduta de rotina. Ela é reservada para casos de TEP de alto risco com contraindicação absoluta à trombólise sistêmica ou para casos de risco

intermediário-alto que apresentam piora clínica apesar da anticoagulação.

Alternativa D (Incorreta): O filtro de veia cava inferior não é o tratamento de primeira linha. Ele é indicado apenas quando há contraindicação absoluta à anticoagulação plena ou quando ocorre recorrência do embolismo mesmo na vigência de anticoagulação efetiva. No caso, não há menção de contraindicação à anticoagulação.

Alternativa E (Incorreta): O tratamento ambulatorial é reservado para pacientes com TEP de baixo risco (estáveis, sem disfunção de VD e com escore PESI baixo). Este paciente possui critérios de gravidade (disfunção de VD e troponina elevada) que exigem obrigatoriamente a internação hospitalar.

---

### Questão 28

O manejo da Taquicardia Ventricular (TV) monomórfica sustentada depende fundamentalmente da estabilidade hemodinâmica do paciente. No caso proposto (paciente estável), a prioridade é a reversão do ritmo ou controle da frequência de forma segura, geralmente iniciando pela via farmacológica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A cardioversão elétrica sincronizada é a conduta de escolha imediata para pacientes INSTÁVEIS (com hipotensão, choque, dor torácica isquêmica, insuficiência cardíaca aguda ou alteração súbita do nível de consciência). No paciente estável, a cardioversão elétrica pode ser considerada, mas não é obrigatória ("sempre indicada") como conduta inicial, permitindo o uso de antiarrítmicos primeiro.

Alternativa b) Incorreta. A lidocaína é um antiarrítmico que pode ser utilizado na TV, porém é considerada uma droga de segunda linha em relação à amiodarona ou procainamida. Além disso, a via de administração correta em emergências cardiológicas é a endovenosa (EV), e não a subcutânea (SC).

Alternativa c) Correta. Em pacientes com TV monomórfica sustentada e estáveis hemodinamicamente, a amiodarona endovenosa (dose de ataque de 150 mg em 10 minutos) é uma das principais opções farmacológicas recomendadas pelos protocolos de ACLS para tentativa de reversão química e estabilização do quadro.

Alternativa d) Incorreta. Se a TV sustentada for INSTÁVEL, a conduta correta é a cardioversão elétrica sincronizada imediata. A adenosina não tem papel no manejo de ritmos instáveis. Ela pode ser utilizada como ferramenta diagnóstica ou

terapêutica apenas em pacientes ESTÁVEIS com taquicardia de complexo largo, regular e monomórfica, para diferenciar TV de taquicardia supraventricular com aberrância.

Alternativa e) Incorreta. Os betabloqueadores são fundamentais no tratamento de longo prazo e em contextos específicos, como na tempestade elétrica ou TV desencadeada por estresse adrenérgico. Contudo, não representam a primeira linha para a reversão aguda de uma TV monomórfica sustentada na maioria dos protocolos de emergência, perdendo espaço para os antiarrítmicos de classe III (amiodarona) ou classe Ia (procainamida).

---

### Questão 29

Diagnóstico: O quadro clínico descrito é clássico de enxaqueca (migrânea). A paciente apresenta dor unilateral, pulsátil, de forte intensidade, acompanhada de sintomas autonômicos (náuseas, fotofobia e fonofobia). O fato de as crises durarem entre 12 e 24 horas e ocorrerem de 4 a 5 vezes por mês, impactando a vida laboral, preenche os critérios para o diagnóstico e indica a necessidade de tratamento profilático.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A cefaleia tensional apresenta-se tipicamente como uma dor bilateral, de caráter compressivo (em aperto ou peso), de intensidade leve a moderada e, geralmente, não vem acompanhada de náuseas, vômitos ou fotofobia/fonofobia intensas.

Alternativa B: Incorreta. Os triptanos (como sumatriptano e naratriptano) são medicações de escolha para o tratamento agudo (abortivo) das crises moderadas a graves. Eles não devem ser usados diariamente para prevenção, pois o uso excessivo (mais de 10 dias por mês) pode causar cefaleia por uso excessivo de medicamentos (efeito rebote).

Alternativa C: Correta. O tratamento profilático é indicado quando o paciente apresenta crises frequentes (geralmente mais de 3 ou 4 episódios por mês) ou quando a dor é muito incapacitante. As classes farmacológicas de primeira linha incluem betabloqueadores (como propranolol e atenolol), antidepressivos tricíclicos (como amitriptilina e nortriptilina) e anticonvulsivantes (como topiramato e valproato).

Alternativa D: Incorreta. Nas cefaleias primárias, como a enxaqueca e a tensional, o exame neurológico é caracteristicamente normal. A presença de qualquer alteração

focal ou sinal neurológico durante o exame físico é um sinal de alerta (red flag) que obriga a investigação de causas secundárias por meio de exames de imagem.

Alternativa E: Incorreta. Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como o naproxeno, ibuprofeno e cetoprofeno, são medicamentos de primeira linha e altamente recomendados para o tratamento das crises agudas de enxaqueca, especialmente naquelas de intensidade leve a moderada.

---

### Questão 30

O caso clínico apresenta um paciente com "Pé Diabético" complicado por uma infecção profunda e provável osteomielite. A análise detalhada das características da lesão e dos antecedentes do paciente orienta a conduta terapêutica correta.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O paciente apresenta sinais de infecção moderada a grave (secreção purulenta abundante, odor fétido, eritema e calor), além de um tempo de evolução de 3 semanas e mau controle glicêmico (HbA1c 9,2%). A presença de erosão óssea no raio X é um forte indício de osteomielite. Nesses casos, a internação para antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro (visando a gram-positivos, gram-negativos e anaeróbios) é mandatória para salvar o membro. A ressonância magnética (RM) é o padrão-ouro para confirmar a extensão da osteomielite e identificar coleções profundas (abscessos) que podem necessitar de desbridamento cirúrgico.

Alternativa B (Incorreta): O tratamento ambulatorial com antibiótico oral é reservado para infecções leves e superficiais. Diante da suspeita de osteomielite, necrose e sinais flogísticos importantes, o risco de progressão para sepse ou perda do membro é alto, exigindo tratamento hospitalar intensivo.

Alternativa C (Incorreta): Embora a avaliação vascular seja fundamental no pé diabético, o enunciado afirma que os pulsos pediosos estão palpáveis. Isso sugere que a macrocirculação está preservada, não havendo indicação de angiografia ou revascularização de urgência neste momento. O foco principal aqui é a resolução do processo infeccioso.

Alternativa D (Incorreta): A amputação imediata é uma medida extrema, indicada em casos de gangrena gasosa, infecções necrosantes fulminantes ou quando não há mais viabilidade tecidual após falha do tratamento conservador/cirúrgico inicial. O objetivo inicial é sempre a preservação do membro através do controle da infecção e desbridamento dos tecidos desvitalizados.

Alternativa E (Incorreta): A otimização do controle glicêmico é essencial para a cicatrização e resposta imunológica, porém é uma medida adjuvante. Tratar uma úlcera infectada com secreção purulenta e odor fétido apenas com controle glicêmico, sem o uso de antibióticos, permitiria a evolução rápida da infecção e possível perda do membro.

### Questão 31

Alternativa a) Correta. O critério clássico para definir a presença de um distúrbio ventilatório obstrutivo (como na DPOC ou asma) é a redução da relação VEF1/CVF. De acordo com os consensos internacionais (GOLD) e as diretrizes brasileiras, um valor pós-broncodilatador abaixo de 0,70 (ou abaixo do limite inferior da normalidade) confirma a obstrução ao fluxo aéreo.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico de um padrão restritivo não é feito pela redução da relação VEF1/CVF. Pelo contrário, na restrição, essa relação costuma estar normal ou até aumentada. A suspeita de restrição na espirometria ocorre quando há redução da Capacidade Vital Forçada (CVF), mas a confirmação diagnóstica exige a medida dos volumes pulmonares estáticos, especificamente a demonstração de uma Capacidade Pulmonar Total (CPT) abaixo do esperado.

Alternativa c) Incorreta. A prova broncodilatadora é considerada positiva quando ocorre um aumento no VEF1 ou na CVF de, pelo menos, 12% em relação ao valor pré-broncodilatador, acompanhado de um aumento absoluto de, no mínimo, 200 ml. O valor de 5% mencionado na alternativa é insuficiente para os critérios diagnósticos atuais.

Alternativa d) Incorreta. A diminuição isolada da DLCO (Capacidade de Difusão do Monóxido de Carbono) não indica padrão obstrutivo. A DLCO avalia a integridade da membrana alveolocapilar e a troca gasosa. Ela pode estar reduzida em doenças intersticiais (restritivas), no enfisema (obstrutivo) ou em doenças vasculares pulmonares (como hipertensão pulmonar), mas a caracterização do padrão ventilatório depende dos fluxos e volumes espirométricos.

Alternativa e) Incorreta. A hiperresponsividade brônquica é caracterizada pela tendência das vias aéreas de se contraírem exageradamente em resposta a estímulos. Ela é confirmada por testes de broncoprovocação (como o teste da metacolina ou histamina), nos quais se observa uma queda no VEF1, e não pela ausência de reversibilidade após o broncodilatador. A presença de reversibilidade significativa após o broncodilatador é o que sugere, clinicamente, a existência de hiperresponsividade (comum na asma).

### Questão 32

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta cirrose alcoólica e ascite, evoluindo com um quadro sugestivo de infecção: dor abdominal, febre e confusão mental (encefalopatia hepática). A paracentese diagnóstica revelou uma contagem de polimorfonucleares (PMN) de  $320/\text{mm}^3$ . Como o valor de corte para o diagnóstico de Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) é  $\geq 250 \text{ PMN}/\text{mm}^3$ , o diagnóstico de PBE está confirmado, independentemente do resultado da cultura.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora a suspensão de diuréticos seja recomendada em casos de disfunção renal ou encefalopatia grave associada à PBE, a prioridade absoluta no tratamento da PBE é o uso de antibioticoterapia sistêmica. Apenas administrar albumina e suspender diuréticos não trata o foco infeccioso.

b) Incorreta. A piperacilina-tazobactam é um antibiótico de uso exclusivamente hospitalar/endovenoso, não existindo formulação oral. Além disso, o tratamento padrão-ouro inicial para PBE adquirida na comunidade costuma ser uma cefalosporina de 3ª geração. A alternativa também omite a necessidade de albumina para prevenção de síndrome hepatorenal.

c) Incorreta. O TIPS (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular) é um procedimento indicado para o manejo de ascite refratária ou hemorragia varicosa recorrente. Em um quadro de infecção ativa e confusão mental (encefalopatia), o TIPS é contraindicado, pois pode agravar drasticamente a encefalopatia e não trata a causa aguda do paciente.

d) Correta. O tratamento da PBE baseia-se em dois pilares principais: 1) Antibioticoterapia precoce com cefalosporina de 3ª geração (ceftriaxona ou cefotaxima) para cobrir germes Gram-negativos entéricos; 2) Profilaxia de síndrome hepatorenal com albumina humana endovenosa (1,5 g/kg no 1º dia e 1,0 g/kg no 3º dia). Esta conduta reduz a mortalidade e o risco de insuficiência renal.

e) Incorreta. A terlipressina é um vasoconstritor esplâncnico indicado para o tratamento da síndrome hepatorenal (SHR) ou para o controle de varizes esofágicas sangrantes. Embora o paciente tenha risco de evoluir com SHR, a conduta imediata para a PBE é o antibiótico e a albumina profilática, e não a terlipressina de forma isolada ou inicial.

### Questão 33

Alternativa a) Correta. A catarata é definida como a opacificação do cristalino, a lente natural do olho. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ela permanece como a principal causa de cegueira reversível em todo o mundo. Diferente de doenças como o glaucoma ou a degeneração macular, a perda visual causada pela catarata pode ser totalmente revertida através do procedimento cirúrgico.

Alternativa b) Incorreta. Existem inúmeros fatores de risco bem documentados. O principal deles é a senescência (envelhecimento), mas outros fatores importantes incluem o tabagismo, a exposição prolongada à radiação ultravioleta sem proteção, o uso crônico de corticosteroides (colírios ou sistêmicos), traumas oculares, inflamações intraoculares (uveítes) e doenças metabólicas.

Alternativa c) Incorreta. Atualmente, não existe qualquer tratamento medicamentoso, seja por meio de colírios antioxidantes, vitaminas ou suplementos, que tenha demonstrado eficácia em impedir, retardar ou reverter a opacificação do cristalino. O tratamento é exclusivamente cirúrgico quando há impacto funcional na visão.

Alternativa d) Incorreta. A melhora da acuidade visual e da qualidade de vida é a principal indicação para a cirurgia de catarata. O procedimento é indicado quando a baixa visão interfere nas atividades cotidianas do paciente. Embora a cirurgia possa ser feita para tratar ou evitar complicações (como o glaucoma induzido pelo cristalino), o objetivo mais comum é a reabilitação visual.

Alternativa e) Incorreta. O diabetes mellitus é, inclusive, um fator de risco que acelera o surgimento da catarata. Pacientes diabéticos podem ser operados normalmente, desde que apresentem um controle glicêmico adequado para reduzir riscos de infecção e edema macular pós-operatório. O acompanhamento da retinopatia diabética é essencial nesses casos para definir o prognóstico visual após a remoção da catarata.

---

### Questão 34

Para diferenciar se um derrame pleural é um transudato ou um exsudato, o método mais utilizado na prática clínica são os Critérios de Light. Um líquido é classificado como exsudato se apresentar pelo menos UM dos três critérios abaixo:

1. Relação Proteína Pleural / Proteína Sérica  $> 0,5$ .
2. Relação LDH Pleural / LDH Sérico  $> 0,6$ .
3. LDH Pleural  $> 2/3$  do limite superior da normalidade (LSN) do LDH sérico.

Se nenhum desses critérios for preenchido, o líquido é classificado como transudato.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: No exsudato, a relação entre a proteína do líquido pleural e a proteína sérica deve ser maior que 0,5 ( $> 0,5$ ). Uma relação menor que 0,5 ( $< 0,5$ ) define o transudato, indicando que não há um aumento significativo da permeabilidade capilar a proteínas.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa reproduz fielmente dois dos critérios de Light para a definição de exsudato: a relação LDH pleural/sérico maior que 0,6 e o valor absoluto do LDH pleural acima de 2/3 do limite superior da normalidade sérica.

Alternativa (c) Incorreta: O pH pleural baixo (geralmente  $< 7,20$ ) é um marcador de gravidade e atividade inflamatória ou bacteriana intensa no espaço pleural, sendo encontrado em exsudatos (como empiemas, derrames parapneumônicos complicados, neoplasias ou artrite reumatoide). Transudatos costumam manter o pH em faixas fisiológicas, geralmente entre 7,40 e 7,55.

Alternativa (d) Incorreta: A diferenciação de Light é puramente bioquímica (proteínas e LDH). Embora exsudatos costumem ter maior celularidade devido ao processo inflamatório subjacente, o termo "apenas" invalida a questão, pois a definição laboratorial depende das concentrações proteicas e enzimáticas citadas.

Alternativa (e) Incorreta: A pneumonia bacteriana causa uma inflamação pleural local que aumenta a permeabilidade dos vasos, resultando em um exsudato (derrame parapneumônico). O transudato ocorre por desequilíbrio nas pressões hidrostática ou oncótica, sendo suas principais causas a insuficiência cardíaca, a cirrose hepática e a síndrome nefrótica.

---

### Questão 35

O quadro clínico descrito é clássico de apendicite aguda: dor que migra para a fossa ilíaca direita, anorexia, febre baixa e sinal de Blumberg positivo, que indica irritação peritoneal. A tomografia computadorizada confirma o diagnóstico ao mostrar um apêndice dilatado (12 mm) e a presença de líquido livre, porém sem a formação de coleções organizadas (abscessos).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o tratamento conservador com antibióticos isolados seja discutido na literatura para casos muito selecionados de apendicite não

complicada, a apendicectomia permanece o padrão-ouro, especialmente em pacientes jovens e hígidos. O tratamento apenas medicamentoso apresenta taxas consideráveis de falha e recorrência.

Alternativa b) Incorreta. A cirurgia está indicada a partir do momento em que o diagnóstico é firmado. Aguardar a perfuração para operar elevaria desnecessariamente o risco de peritonite generalizada, sepse e complicações pós-operatórias graves.

Alternativa c) Correta. A apendicectomia por videolaparoscopia é a conduta de escolha para o tratamento da apendicite aguda. O método oferece recuperação mais rápida, menor dor pós-operatória e menores taxas de infecção de parede. A antibioticoterapia profilática é necessária para cobrir a flora intestinal (Gram-negativos e anaeróbios) e deve ser administrada antes da incisão cirúrgica.

Alternativa d) Incorreta. A observação clínica com dieta zero é reservada para casos de dúvida diagnóstica (o que não ocorre aqui, dado que o exame físico e a tomografia são conclusivos) ou para a fase inicial de preparação pré-operatória imediata. Manter a observação por 24 horas sem intervir em um diagnóstico confirmado aumenta o risco de complicações.

Alternativa e) Incorreta. A drenagem percutânea guiada por imagem é reservada para casos de apendicite tardia (geralmente com mais de 5 a 7 dias de evolução) que evoluíram com a formação de abscessos bloqueados e volumosos. A tomografia deste paciente descartou explicitamente a presença de abscessos, tornando a drenagem inviável e desnecessária.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 36

Essa questão aborda a conduta frente a um acidente ocupacional com material biológico, especificamente o protocolo de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV.

Análise da situação clínica:

O acidente foi perfurocortante (agulha), o que é considerado uma exposição de risco. O paciente-fonte é sabidamente portador de HIV. O tempo decorrido é de menos de 2 horas, o que está dentro da janela ideal de início da PEP (preferencialmente nas primeiras 2 horas e, no máximo, até 72 horas).

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. Se já se sabe que o paciente-fonte vive com HIV, não há necessidade de aguardar novos testes rápidos para iniciar a conduta. Em casos de fonte desconhecida ou com status ignorado, realiza-se o teste rápido na fonte, mas a medicação não deve ser retardada se o risco for alto e o resultado demorar.

b) CORRETA. Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, a profilaxia recomendada atualmente para adultos é o esquema de três antirretrovirais: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG). O esquema deve ser mantido por exatos 28 dias. Como a exposição foi de risco e a fonte é HIV-positiva, o início imediato é a conduta padrão.

c) INCORRETA. O esquema Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) era a base dos protocolos antigos (o famoso "Biovir"). Atualmente, o Dolutegravir e o Tenofovir substituíram o AZT na primeira linha de PEP devido à menor toxicidade e maior eficácia.

d) INCORRETA. Acidentes perfurocortantes com agulhas de lúmen positivo (usadas em veias ou artérias) e fonte HIV-positiva representam um risco real de transmissão (aproximadamente 0,3%). A profilaxia está formalmente indicada.

e) INCORRETA. Não existe imunoglobulina contra o vírus HIV para uso em pós-exposição. A profilaxia é feita exclusivamente com medicamentos antirretrovirais que impedem a replicação e a integração do vírus no DNA da célula do hospedeiro, caso tenha havido o contágio.

Resumo da conduta:

1. Lavar o local com água e sabão (ou soro fisiológico).
2. Avaliar o tipo de exposição e o status da fonte.
3. Iniciar TDF + 3TC + DTG o mais rápido possível (até 72h).
4. Duração do tratamento: 28 dias.
5. Realizar o acompanhamento sorológico do acidentado.

---

### Questão 37

A questão aborda a imunização do idoso, especificamente a prevenção do herpes-zóster, uma condição causada pela reativação do vírus varicela-zóster, que permanece latente nos gânglios nervosos desde a infância. Com o envelhecimento, há uma queda natural da imunidade celular (imunossenescência), elevando o risco de manifestação da doença e de sua principal complicação, a neuralgia pós-herpética.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: As principais sociedades médicas (como a SBlm e a SBGG) e órgãos internacionais (como o CDC) recomendam a vacinação rotineira para adultos a partir dos 50 anos de idade, e não apenas para maiores de 70 anos. O risco de herpes-zóster aumenta significativamente após a quinta década de vida.

Alternativa (b) Correta: A vacina recombinante contra o zóster (conhecida comercialmente como Shingrix) é atualmente a preferencial. Por não conter vírus vivo, ela pode ser utilizada inclusive em pacientes imunossuprimidos (embora a paciente do caso seja imunocompetente). O esquema vacinal padrão consiste em duas doses, administradas com um intervalo de 2 a 6 meses. Sua eficácia na prevenção da doença e da neuralgia pós-herpética é superior a 90% na faixa etária da paciente.

Alternativa (c) Incorreta: A vacina de vírus vivo atenuado (Zostavax) foi a primeira disponível, mas sua eficácia é consideravelmente menor do que a da vacina recombinante e diminui drasticamente com o avançar da idade. Além disso, sua proteção declina mais rapidamente ao longo dos anos, e ela possui contraindicações importantes para indivíduos imunossuprimidos.

Alternativa (d) Incorreta: Embora pacientes imunossuprimidos tenham indicação formal (a partir dos 18 anos), a vacina é recomendada de forma universal para todos os adultos a partir de 50 anos, devido ao risco aumentado inerente ao próprio envelhecimento, independentemente de comorbidades ou estado imunológico.

Alternativa (e) Incorreta: O histórico prévio de herpes-zóster não é contraindicação para a vacina; pelo contrário, a vacinação é indicada mesmo para quem já teve a doença, visando prevenir novos episódios (recidivas), que podem ocorrer em 5% a 6% dos casos. A ausência de episódios anteriores também não retira a indicação, pois o objetivo é a prevenção primária.

---

### Questão 38

Alternativa (a) Incorreta: O esquema básico atual para o tratamento da tuberculose sensível no Brasil é composto por quatro fármacos na fase inicial (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) e não apenas três. A alternativa omitiu a Pirazinamida, que é fundamental nos dois primeiros meses.

Alternativa (b) Incorreta: A Pirazinamida é utilizada exclusivamente na fase de ataque (fase intensiva), que compreende os dois primeiros meses de tratamento. Ela possui excelente ação contra os bacilos que estão no interior dos macrófagos (ambiente ácido). Na fase de manutenção, utilizam-se apenas a Rifampicina e a Isoniazida.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve o esquema padrão adotado pelo Ministério da Saúde para adultos e adolescentes (regime 2RHZE/4RH). O tratamento dura 6 meses no total, sendo dividido em: fase intensiva de 2 meses com quatro drogas (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) e fase de manutenção de 4 meses com duas drogas (Rifampicina e Isoniazida).

Alternativa (d) Incorreta: O protocolo atual não utiliza mais a estreptomicina de forma obrigatória ou rotineira no retratamento primário. Em casos de recidiva ou retorno após abandono, o paciente deve realizar o Teste Rápido Molecular (TRM-TB) ou cultura com teste de sensibilidade. Inicialmente, costuma-se repetir o esquema básico (RIPE) até que o resultado da sensibilidade oriente uma mudança, caso haja resistência.

Alternativa (e) Incorreta: O corticoide sistêmico não tem indicação generalizada. Ele é reservado para casos específicos em que a resposta inflamatória exacerbada pode ser fatal ou deixar sequelas graves, como na tuberculose meningoencefálica ou na pericardite tuberculosa. Na tuberculose pulmonar isolada, seu uso não faz parte do protocolo padrão.

---

### Questão 39

Análise do quadro clínico:

Estamos diante de um paciente de 73 anos com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) agudo, com tempo de evolução de 120 minutos (2 horas), o que o coloca dentro da janela terapêutica clássica para trombólise endovenosa (até 4,5 horas). O NIHSS de 18 indica um déficit neurológico grave. A angiotomografia de crânio, evidenciada na imagem pelas setas, demonstra uma interrupção abrupta do fluxo na artéria cerebral média esquerda em seu segmento M1, configurando uma oclusão de grande vaso (OGV).

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta: Embora o uso de fibrinolíticos (como a Tenecteplase ou Alteplase) seja indicado para este paciente por estar dentro da janela de 4,5 horas, a presença de uma oclusão de grande vaso (M1) torna a trombectomia mecânica obrigatória para maximizar as chances de recanalização e bom prognóstico funcional. Apenas a trombólise isolada tem baixa taxa de sucesso na recanalização de grandes vasos.

Alternativa B - Correta: Esta é a conduta padrão-ouro (níveis de evidência 1A). Para pacientes com oclusão de grande vaso na circulação anterior identificada até 6 horas

do início dos sintomas, a recomendação é realizar o tratamento combinado ("bridging therapy"): inicia-se o fibrinolítico endovenoso imediatamente e encaminha-se o paciente para a neurointervenção para realização da trombectomia mecânica.

Alternativa C - Incorreta: O uso de aspirina é indicado para a prevenção secundária e deve ser iniciado geralmente após 24 horas da trombólise. No momento agudo (2 horas de evolução), a prioridade absoluta é a terapia de reperfusão (trombólise e/ou trombectomia). Adotar uma conduta conservadora ("observar") resultaria em sequelas graves e permanentes para o paciente.

Alternativa D - Incorreta: Não há indicação de heparinização plena na fase aguda do AVCI. O uso de anticoagulantes nesse cenário não melhora o desfecho neurológico e aumenta significativamente o risco de transformação hemorrágica da área infartada.

Alternativa E - Incorreta: No manejo do AVC, "tempo é cérebro". Aguardar 6 horas para repetir um exame de imagem faria com que o paciente perdesse a janela terapêutica tanto para a trombólise quanto para a trombectomia mecânica convencional, levando à morte neuronal irreversível em uma vasta área do hemisfério cerebral esquerdo.

Relação com a imagem:

As imagens de angiotomografia mostram, à esquerda do observador (que corresponde ao lado direito do paciente), os ramos da artéria cerebral média normais. Já as setas apontam para o lado esquerdo do paciente, onde se observa a "falha de enchimento" ou "stop" vascular no segmento M1 da artéria cerebral média. Isso confirma a oclusão de grande vaso, que é o critério principal para a indicação da trombectomia mecânica associada ao fibrinolítico.

---

## Questão 40

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), com fração de ejeção de 28% (abaixo de 40%). Ele já utiliza doses fundamentais de betabloqueador (carvedilol) e inibidor da enzima conversora de angiotensina (enalapril), além de diurético de alça (furosemida) para controle de sintomas congestivos. No entanto, ele permanece sintomático, classificado como NYHA III (dispneia aos pequenos esforços), e apresenta sinais clínicos de congestão persistente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) - Incorreta: O enalapril (IECA) é uma das bases do tratamento da ICFER

e demonstrou reduzir significativamente a mortalidade e as hospitalizações. Suspender essa medicação em um paciente com pressão arterial e função renal estáveis levaria à piora do prognóstico e do remodelamento cardíaco.

Alternativa (b) - Correta: Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e consensos internacionais, para pacientes com ICFeR que permanecem sintomáticos (NYHA II-IV) apesar do tratamento inicial com IECA/BRA e betabloqueador, a próxima etapa é a associação de um antagonista do receptor mineralocorticoide, como a espironolactona. O paciente apresenta níveis de potássio (4,5 mEq/L) e creatinina (1,2 mg/dL) dentro da faixa de segurança para o início dessa droga (K menor que 5,0 mEq/L e creatinina menor que 2,5 mg/dL).

Alternativa (c) - Incorreta: Os inibidores do SGLT2, como a dapagliflozina e a empagliflozina, tornaram-se pilares no tratamento da ICFeR. Estudos robustos demonstraram que essas drogas reduzem morte cardiovascular e internações independentemente de o paciente ser diabético ou não. Portanto, a dapagliflozina poderia ser iniciada mesmo sem o diagnóstico de diabetes.

Alternativa (d) - Incorreta: O cardiodesfibrilador implantável (CDI) é indicado para prevenção primária em pacientes com miocardiopatia isquêmica e fração de ejeção menor ou igual a 35%. Entretanto, essa indicação só deve ser feita após, no mínimo, 3 meses de terapia medicamentosa otimizada. Como o paciente ainda não está com o tratamento completo (faltam espironolactona e iSGLT2), o implante imediato é precoce.

Alternativa (e) - Incorreta: A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) exige critérios específicos: terapia médica otimizada prévia por pelo menos 3 a 6 meses, fração de ejeção menor ou igual a 35%, ritmo sinusal e evidência de dissincronia no eletrocardiograma (QRS largo, preferencialmente com morfologia de bloqueio de ramo esquerdo maior ou igual a 150 ms). A questão não fornece dados do eletrocardiograma e a conduta não deve ser "imediate" sem a otimização das drogas.

Gabarito: Alternativa (b).

---

## Questão 41

Esta questão aborda uma atualização recente e muito importante do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde.

Em abril de 2024, o Brasil adotou a estratégia de dose única para a vacinação contra o HPV em substituição ao esquema anterior de duas doses. Essa decisão seguiu recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e estudos que comprovam

a eficácia de apenas uma dose na proteção contra os principais tipos de câncer causados pelo vírus em indivíduos hígidos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O esquema de 0 e 2 meses não faz parte das recomendações atuais ou anteriores do SUS para crianças hígidas de 9 anos.

Alternativa b) Incorreta. Este era o esquema oficial utilizado até o início de 2024 (duas doses com intervalo de 6 meses). Com a nova nota técnica do Ministério da Saúde, este esquema foi descontinuado para a população geral de 9 a 14 anos, passando a ser recomendada apenas uma dose.

Alternativa c) Incorreta. O esquema de três doses (0, 2 e 6 meses) é reservado para grupos especiais de pacientes imunossuprimidos (pessoas vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos) na faixa etária de 9 a 45 anos.

Alternativa d) Correta. Conforme a Nota Técnica nº 41/2024-DPNI/SVSA/MS, a vacina quadrivalente contra o HPV passou a ser administrada em dose única para meninos e meninas de 9 a 14 anos de idade no SUS. O objetivo da mudança é aumentar a adesão à vacinação e expandir a cobertura vacinal.

Alternativa e) Incorreta. Não existe recomendação de dose de reforço aos 16 anos para quem iniciou o esquema conforme as diretrizes atuais do PNI. A dose única aplicada entre 9 e 14 anos é considerada suficiente para a proteção a longo prazo em indivíduos imunocompetentes.

---

## Questão 42

Esta questão aborda a atualização mais recente das diretrizes brasileiras de rastreamento do câncer do colo do útero, publicadas pelo Ministério da Saúde e pelo INCA em agosto de 2025. Esta atualização marca uma transição tecnológica importante na saúde pública do Brasil.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O rastreamento baseado exclusivamente no início da atividade sexual, independentemente da idade, não é recomendado. Realizar exames em mulheres muito jovens (antes dos 25 anos) resulta em um alto índice de intervenções desnecessárias, pois as infecções por HPV e as lesões de baixo grau nessa faixa etária apresentam altíssima taxa de regressão espontânea. Além disso, o

modelo de citologia oncótica como triagem primária foi substituído na nova diretriz.

Alternativa b) Incorreta. A idade de 18 anos não é o marco inicial adotado pelas diretrizes brasileiras. O início precoce do rastreamento não reduz a mortalidade por câncer de colo uterino e aumenta o risco de tratamentos excisionais desnecessários que podem comprometer o futuro reprodutivo da mulher.

Alternativa c) Incorreta. Embora a idade de 21 anos seja utilizada em alguns protocolos internacionais (como em versões anteriores de diretrizes americanas), o Brasil consolidou a idade de 25 anos como a mais custo-efetiva para o início do programa nacional. A citologia oncótica também não é mais a recomendação principal para o início do rastreamento segundo a diretriz de 2025.

Alternativa d) Correta. A atualização de agosto de 2025 estabelece que, para mulheres de risco padrão, o rastreamento deve começar aos 25 anos de idade. A mudança fundamental desta nova diretriz é a substituição da citologia oncótica (Papanicolau) pelo teste de DNA-HPV como o método preferencial de rastreamento inicial. O teste de DNA-HPV possui maior sensibilidade e valor preditivo negativo, permitindo a detecção do vírus antes mesmo do surgimento de alterações celulares visíveis ao microscópio.

Alternativa e) Incorreta. Apesar de o teste de DNA-HPV ser o modelo correto, a idade de 30 anos não é o marco inicial definido pela diretriz brasileira de 2025. O Ministério da Saúde optou por manter o início aos 25 anos para garantir a cobertura de uma parcela da população que já apresenta risco para lesões precursoras.

Em resumo, a nova diretriz de 2025 alinha o Brasil com as melhores evidências científicas globais, mantendo o início do rastreamento aos 25 anos, mas migrando para uma tecnologia molecular (DNA-HPV) mais precisa que a citologia convencional.

---

### Questão 43

A infecção do trato urinário (ITU) de repetição na pós-menopausa está intimamente ligada às alterações fisiológicas decorrentes do hipostrogenismo. A deficiência de estrogênio provoca a atrofia do epitélio vaginal e a diminuição do glicogênio local, o que leva a uma redução drástica na população de *Lactobacillus*. Sem esses bacilos, o pH vaginal aumenta, favorecendo a colonização da região periuretral por patógenos fecais, como a *Escherichia coli*, que posteriormente ascendem para a bexiga.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A D-manose é um açúcar que pode impedir a adesão da E.

coli às células do trato urinário. Embora existam alguns estudos pequenos sugerindo benefício, as meta-análises ainda não a colocam como a principal recomendação para o perfil específico da pós-menopausa, especialmente quando comparada à terapia hormonal local.

Alternativa b: Incorreta. A instilação intravesical de substâncias é um procedimento invasivo e reservado para casos muito específicos e refratários de cistite intersticial ou dor pélvica crônica, não sendo uma medida recomendada em meta-análises para prevenção geral de ITU na pós-menopausa.

Alternativa c: Correta. O uso de estrogênio por via vaginal (cremes, anéis ou comprimidos) é a intervenção não antibiótica com maior respaldo em meta-análises (como a da Cochrane) para este grupo. O tratamento reverte a atrofia urogenital, restaura a flora de *Lactobacillus* e normaliza o pH vaginal, tratando a causa base da predisposição às infecções nesse período da vida. Vale ressaltar que o estrogênio oral não apresenta esse mesmo efeito protetor contra ITUs.

Alternativa d: Incorreta. O autocateterismo intermitente só é indicado se a paciente apresentar um resíduo urinário pós-miccional significativamente elevado devido a problemas neurológicos ou obstrutivos, o que não se aplica à maioria das mulheres com ITU de repetição na pós-menopausa.

Alternativa e: Incorreta. O uso de vitamina C (ácido ascórbico) para acidificar a urina é uma prática antiga, mas que carece de evidência científica robusta. Meta-análises não demonstram eficácia consistente da vitamina C na prevenção de ITUs recorrentes.

Portanto, a alternativa C é a correta por ser a medida que atua diretamente na fisiopatologia da pós-menopausa com comprovação em estudos de alto nível de evidência.

---

#### **Questão 44**

A questão aborda o manejo das Infecções do Trato Urinário (ITU) recorrentes, especificamente as recomendações de profilaxia medicamentosa contidas na diretriz da Sociedade Americana de Urologia (AUA). A profilaxia antibiótica é indicada para pacientes com forte impacto na qualidade de vida e após a falha de medidas não farmacológicas.

A alternativa (b) está correta. A fosfomicina trometamol possui uma característica farmacocinética única: após uma dose única de 3 g, ela mantém concentrações terapêuticas na urina por vários dias. Devido a essa meia-vida prolongada no sítio de

ação, a diretriz da AUA e outras referências internacionais listam o esquema de 3 g a cada 10 dias como uma opção eficaz para a profilaxia de ITUs recorrentes. Além da comodidade posológica, ela apresenta baixo impacto na microbiota intestinal e baixas taxas de resistência bacteriana.

As demais alternativas estão incorretas pelos seguintes motivos:

Alternativa (a) Cefalexina: É uma opção válida para profilaxia contínua ou pós-coital, porém deve ser administrada diariamente (geralmente na dose de 125 mg a 250 mg) ou logo após a relação sexual. Não há evidência ou recomendação para uso a cada 10 dias.

Alternativa (c) Sulfametoxazol + trimetoprima: É um dos esquemas mais clássicos para profilaxia, mas seu uso deve ser diário (na dose de 40/200 mg) ou três vezes por semana. O intervalo de 10 dias seria insuficiente para manter a proteção contra a colonização bacteriana por esse agente.

Alternativa (d) Nitrofurantoína: Muito utilizada na dose de 50 mg a 100 mg diariamente. Por ser uma droga de excreção rápida e ação local, exige a administração diária para garantir a eficácia profilática. O uso a cada 10 dias não atingiria os níveis necessários para prevenir a reinfecção.

Alternativa (e) Ciprofloxacino: As diretrizes atuais recomendam evitar o uso de quinolonas para profilaxia de ITU recorrente devido ao alto risco de indução de resistência bacteriana e aos potenciais efeitos colaterais graves (como lesões tendinosas e aneurismas da aorta). Quando utilizadas em casos excepcionais, não seguem o regime de 10 dias.

---

## Questão 45

A avaliação da reserva ovariana é um passo essencial para determinar o potencial reprodutivo e a resposta a tratamentos de infertilidade. O objetivo principal é estimar a quantidade de folículos primordiais restantes nos ovários por meio de marcadores que reflitam esse pool biológico.

Alternativa a: Hormônio antimülleriano. Esta é a alternativa correta. O AMH é produzido pelas células da granulosa de folículos em estágios iniciais de desenvolvimento, especificamente os pré-antrais e antrais pequenos. Ele é considerado atualmente o padrão-ouro entre os marcadores bioquímicos porque seus níveis permanecem relativamente estáveis ao longo de todo o ciclo menstrual, o que permite sua coleta em qualquer dia. Além disso, ele apresenta uma forte correlação com o número de óvulos recuperados em procedimentos de fertilização in vitro,

sendo superior aos demais hormônios na predição da resposta ovariana.

Alternativa b: Estradiol. Incorreta. O estradiol não deve ser utilizado isoladamente para avaliar reserva ovariana. Seus níveis sofrem flutuações acentuadas durante o ciclo menstrual. Em mulheres com reserva reduzida, pode ocorrer um aumento precoce do estradiol no início da fase folicular, o que acaba suprimindo os níveis de FSH e gerando uma falsa impressão de normalidade nos exames.

Alternativa c: Hormônio luteinizante. Incorreta. O LH tem funções específicas relacionadas ao desencadeamento da ovulação e à esteroidogênese. Embora seus níveis aumentem após a menopausa, ele não possui sensibilidade ou especificidade para quantificar a reserva folicular remanescente em mulheres que ainda apresentam ciclos regulares.

Alternativa d: Hormônio folículo-estimulante. Incorreta. O FSH é um marcador clássico, mas apresenta limitações importantes. Ele é considerado um marcador tardio, pois seus níveis séricos só costumam subir quando a reserva ovariana já está significativamente comprometida. Além disso, o FSH deve ser dosado obrigatoriamente entre o segundo e o quarto dia do ciclo menstrual e apresenta grande variabilidade de um mês para o outro, o que diminui sua precisão em comparação ao hormônio antimülleriano.

Alternativa e: Inibina. Incorreta. A inibina B é produzida pelos folículos antrais e seus níveis tendem a cair com o envelhecimento ovariano. No entanto, ela possui baixa acurácia diagnóstica e sofre variações cíclicas importantes, não sendo recomendada pelas diretrizes atuais como um marcador de primeira linha para avaliação de reserva ovariana.

---

### Questão 46

As malformações müllerianas decorrem de falhas na formação, fusão ou reabsorção do septo dos ductos paramesonéfricos durante o desenvolvimento embrionário do trato reprodutor feminino. Abaixo, segue a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. A etiologia das malformações müllerianas é predominantemente multifatorial e, na maioria das vezes, esporádica. Embora algumas síndromes genéticas específicas possam cursar com tais anomalias, a maioria dos casos não apresenta um padrão de herança genética exclusivo ou definido, podendo sofrer influência de fatores ambientais e teratogênicos durante a vida intrauterina.

Alternativa b: Incorreta. Como essas malformações não costumam afetar a genitália

externa, elas raramente são detectadas na infância. O diagnóstico costuma ocorrer apenas após a puberdade, seja pela investigação de amenorreia primária ou dor pélvica cíclica (em casos de malformações obstrutivas que geram hematocolpos/hematometra), ou mais tardiamente, durante a propedêutica de infertilidade e perdas gestacionais.

Alternativa c: Incorreta. Apesar de as malformações uterinas estarem fortemente associadas a perdas gestacionais de repetição, elas não são a principal causa de abortamentos espontâneos em geral. As anomalias cromossômicas (aneuploidias) representam a causa mais comum de abortamento, respondendo por mais de 50% dos casos no primeiro trimestre.

Alternativa d: Correta. As malformações müllerianas, como o útero septado, bicorno, unicorno e didelfo, alteram a anatomia e a capacidade de distensão da cavidade uterina. Isso resulta em menor espaço para o desenvolvimento fetal e, frequentemente, está associado à insuficiência cervical. Esses fatores combinados elevam significativamente o risco de trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e apresentações fetais anômalas.

Alternativa e: Incorreta. Pacientes com útero didelfo não são inféreis. Elas possuem dois cornos uterinos e dois colos independentes, ambos funcionalmente capazes de receber uma gestação. Embora apresentem um risco maior de complicações obstétricas (como aborto e prematuridade), a capacidade de conceber permanece preservada.

---

### Questão 47

O diagnóstico de câncer ginecológico impõe um fardo emocional significativo à mulher, envolvendo questões ligadas à feminilidade, sexualidade, maternidade e autoimagem. O manejo integral dessas pacientes exige que o médico vá além do tratamento técnico da doença, adotando uma postura humanizada e interdisciplinar.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A tomada de decisões unilaterais reflete um modelo paternalista de medicina que está em desuso. A prática atual preza pela autonomia da paciente e pela decisão compartilhada. Ocultar informações da família ou da paciente sob o pretexto de poupar sofrimento impede que elas se preparem para o processo e participem ativamente do cuidado.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta recomendada. O médico assistente deve oferecer acolhimento e suporte emocional inicial, reconhecendo as fragilidades da

paciente. Como o sofrimento psicossocial no câncer ginecológico é complexo, o encaminhamento para a psico-oncologia garante um suporte especializado essencial para o enfrentamento da doença, do tratamento e das possíveis sequelas.

Alternativa c) Incorreta. Minimizar as necessidades emocionais é uma falha na relação médico-paciente. O sofrimento emocional é um componente real da doença oncológica e, se ignorado, pode levar a uma menor adesão ao tratamento e à piora na qualidade de vida.

Alternativa d) Incorreta. Embora a comunicação deva ser clara e objetiva no que diz respeito às informações técnicas, ela jamais deve ser julgadora. O julgamento afasta a paciente e cria barreiras que impedem a expressão de dúvidas e medos, prejudicando o vínculo terapêutico.

Alternativa e) Incorreta. A família é, na maioria das vezes, a principal rede de apoio da paciente. Restringir a comunicação com os familiares isola a paciente e dificulta a organização do cuidado domiciliar e emocional. A comunicação deve ser aberta e transparente, respeitando sempre o sigilo médico e a vontade da paciente.

---

### Questão 48

O caso clínico apresenta uma paciente de 51 anos com diagnóstico de menopausa, confirmado pelos sintomas vasomotores (sudorese noturna), neuropsíquicos (irritabilidade e memória) e pelos exames laboratoriais (FSH acima de 40 UI/L e estradiol baixo). A presença de osteopenia na densitometria óssea é uma indicação clássica para o início da terapia de reposição hormonal (TRH), visando tanto o alívio sintomático quanto a prevenção da progressão da perda de massa óssea.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A tibolona é um esteroide sintético que atua nos receptores de estrogênio, progesterona e androgênio. Embora possa ser utilizada no tratamento da menopausa, a terapia combinada (estrogênio + progesterona) é o esquema padrão mais bem estabelecido para o manejo inicial da síndrome climatérica e proteção óssea. Em questões de prova, quando há uma opção que detalha a via de administração mais segura (transdérmica), esta costuma ser a preferencial.

Alternativa b) Incorreta. O estrogênio isolado é contraindicado para mulheres que possuem útero. O ultrassom transvaginal da paciente descreve um eco endometrial, o que confirma a presença do órgão. O uso de estrogênio sem a oposição da progesterona causaria proliferação endometrial descontrolada, elevando significativamente o risco de hiperplasia e câncer de endométrio.

Alternativa c) Incorreta. Os fitoestrogênios, como as isoflavonas de soja, possuem baixa potência biológica. Eles não são eficazes para o tratamento da osteopenia e apresentam resultados muito inferiores ao estrogênio no controle de sintomas vasomotores moderados a intensos, como a sudorese noturna relatada.

Alternativa d) Incorreta. A progesterona isolada não trata eficazmente os sintomas vasomotores decorrentes da deficiência estrogênica, nem atua na preservação da massa óssea. Na TRH, a progesterona tem o papel específico de proteção endometrial.

Alternativa e) Correta. Este é o tratamento mais adequado. O estrogênio é o hormônio responsável por tratar os sintomas climatéricos e a osteopenia. A via transdérmica é preferível por não sofrer o efeito de primeira passagem hepática, o que reduz o risco de eventos tromboembólicos e mantém um perfil lipídico mais estável. A associação com a progesterona (neste caso, por via oral) é obrigatória para proteger o endométrio da paciente, que possui útero íntegro.

---

### Questão 49

O câncer de ovário é um tema frequente em provas de residência devido à sua alta letalidade e complexidade histológica. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A idade média ao diagnóstico do câncer de ovário epitelial, que representa cerca de 90% dos casos, é de aproximadamente 60 a 63 anos. Embora possa ocorrer em mulheres mais jovens (especialmente os tumores de linhagem germinativa), a maioria das pacientes está na pós-menopausa.

Alternativa b) Incorreta. Os tumores borderline (ou de baixo potencial de malignidade) são, em sua grande maioria, de origem epitelial (serosos ou mucinosos), e não mesenquimal. Eles se caracterizam por proliferação epitelial e atipia nuclear, porém o critério fundamental que os define é a ausência de invasão do estroma ovariano.

Alternativa c) Incorreta. No tumor de Brenner, as células epiteliais apresentam um sulco longitudinal característico que lhes confere o aspecto de grãos de café (coffee bean nuclei). O termo anel de sinete refere-se a células ricas em mucina que deslocam o núcleo para a periferia, sendo típicas de metástases de sítio gastrointestinal para o ovário (Tumor de Krukenberg), e não do tumor de Brenner.

Alternativa d) Correta. O cistoadenoma mucinoso é uma neoplasia benigna de origem

epitelial. Macroscopicamente, esses tumores costumam atingir grandes dimensões e apresentam-se como massas císticas multiloculadas (divididas em vários compartimentos ou lóculos), preenchidas por conteúdo mucoide espesso. É uma das descrições clássicas da patologia ovariana.

Alternativa e) Incorreta. O tumor de Krukenberg é uma neoplasia maligna metastática para o ovário, ou seja, o ovário é o sítio secundário. O sítio primário mais comum é o estômago (adenocarcinoma gástrico de células em anel de sinete), seguido pelo cólon e mama. Caracteriza-se pelo acometimento tipicamente bilateral.

---

### Questão 50

Alternativa a: Incorreta. O sludge (ou barro amniótico) é caracterizado como um material hiperecogênico, particulado ou denso, visualizado à ultrassonografia próximo ao orifício interno do colo uterino, e não no fundo uterino. Sua presença é um marcador de inflamação ou infecção intra-amniótica crônica subclínica e está fortemente associada ao risco aumentado de parto prematuro e ruptura prematura de membranas.

Alternativa b: Incorreta. O sinal do dedo de luva ou afunilamento representa a abertura da porção interna do canal cervical com a protrusão das membranas. Na avaliação ecográfica do comprimento cervical, a medida correta deve ser realizada apenas na porção funcional do colo, ou seja, na extensão que permanece fechada. Incluir a área de afunilamento na medida resultaria em um comprimento cervical falsamente aumentado, prejudicando a predição de risco.

Alternativa c: Incorreta. A história prévia de parto prematuro espontâneo é, isoladamente, uma das principais indicações para o uso profilático de progesterona. A evidência científica demonstra que a suplementação de progesterona em pacientes com esse antecedente reduz significativamente o risco de recorrência da prematuridade.

Alternativa d: Correta. A progesterona via vaginal é a intervenção de escolha para gestantes assintomáticas com gestação única que apresentam colo curto (geralmente definido como menor ou igual a 20 mm ou 25 mm) na ultrassonografia transvaginal realizada entre 18 e 24 semanas de gestação. Essa conduta reduz as taxas de parto prematuro e de morbidade neonatal.

Alternativa e: Incorreta. A cerclagem cervical não é recomendada de rotina apenas pelo achado de colo menor que 20 mm em pacientes sem histórico de prematuridade. Para pacientes sem antecedentes, a conduta preferencial para o colo curto é o uso de progesterona. A cerclagem baseada no ultrassom é geralmente

indicada para pacientes que possuem história de parto prematuro e que, na gestação atual, apresentam encurtamento cervical progressivo (normalmente abaixo de 25 mm). Além disso, existe a cerclagem baseada na história (insuficiência istmocervical) e a cerclagem de emergência (colo com dilatação clínica).

### Questão 51

A vasa prévia é uma condição obstétrica rara, mas de extrema gravidade, caracterizada pela presença de vasos sanguíneos fetais desprotegidos (pela geleia de Wharton ou pelo tecido placentário) que atravessam as membranas amnióticas e se localizam sobre o orifício interno do colo uterino, posicionando-se abaixo da apresentação fetal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Está correta. A alternativa apresenta a definição exata da vasa prévia. Esses vasos fetais estão em uma posição de vulnerabilidade mecânica: no momento da ruptura das membranas (amniorrexe) ou pela pressão da apresentação fetal durante o trabalho de parto, eles podem se romper. Como o sangue contido nesses vasos é de origem fetal, o sangramento resulta em exanguinação fetal rápida e alta taxa de mortalidade se não houver intervenção imediata.

Alternativa b) Está incorreta. A descrição refere-se ao Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), que é a separação da placenta da parede uterina antes do nascimento do feto. O DPP cursa classicamente com dor abdominal, hipertonia uterina e sangramento vaginal de origem materna.

Alternativa c) Está incorreta. Assim como a alternativa anterior, esta descrição também se refere ao descolamento prematuro da placenta, apenas especificando o momento de ocorrência durante o trabalho de parto, o que não caracteriza vasa prévia.

Alternativa d) Está incorreta. Esta alternativa descreve a Placenta Prévia. Embora os nomes sejam semelhantes, na placenta prévia é o próprio tecido placentário que recobre o colo uterino, enquanto na vasa prévia são apenas vasos fetais desprotegidos que passam à frente da apresentação.

Alternativa e) Está incorreta. O erro fundamental aqui é a origem dos vasos. Na vasa prévia, os vasos são obrigatoriamente fetais, e não maternos. A ruptura de vasos maternos não teria o mesmo impacto catastrófico de perda volêmica para o feto quanto a ruptura de seus próprios vasos. Além disso, vasos maternos intraplacentários são constituintes normais da placenta.

## Questão 52

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente é uma primigesta na 9ª semana de gestação (primeiro trimestre) apresentando uma glicemia de jejum de 92 mg/dL. Segundo as diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), baseadas nos critérios do IADPSG, o rastreamento do diabetes deve ocorrer na primeira consulta de pré-natal.

Os critérios de interpretação da glicemia de jejum no início da gravidez são:

1. Glicemia de jejum menor que 92 mg/dL: Normal. A paciente deverá ser reavaliada entre 24 e 28 semanas com o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g).
2. Glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL: Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
3. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL: Diagnóstico de Diabetes Mellitus Pré-gestacional (também chamado de overt diabetes).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A hemoglobina glicada (HbA1c) pode ser utilizada para o diagnóstico de diabetes pré-gestacional (se maior ou igual a 6,5%), mas não é necessária para complementar o diagnóstico de DMG quando a glicemia de jejum já atingiu o ponto de corte de 92 mg/dL.

Alternativa b) Incorreta. O TOTG 75g realizado entre 24 e 28 semanas é o segundo passo do rastreamento, indicado apenas para gestantes que tiveram glicemia de jejum inicial normal (inferior a 92 mg/dL). Como a paciente já possui o diagnóstico de DMG pelo exame inicial, o teste de sobrecarga não deve ser realizado.

Alternativa c) Incorreta. O diabetes pré-gestacional (overt diabetes) é caracterizado por níveis glicêmicos que já atingiriam os critérios de diabetes fora da gravidez (glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL ou HbA1c maior ou igual a 6,5%). O valor de 92 mg/dL é inferior a esse patamar.

Alternativa d) Incorreta. Embora o diabetes gestacional envolva um aumento da resistência insulínica (fisiologicamente mediada por hormônios placentários como o lactogênio placentário), esta é uma descrição do mecanismo da doença e não o nome do diagnóstico clínico estabelecido pelos critérios de rastreamento.

Alternativa e) Correta. Como a glicemia de jejum da paciente foi de exatamente 92 mg/dL no primeiro trimestre, ela se enquadra no critério diagnóstico para Diabetes Mellitus Gestacional.

GABARITO: Alternativa (e).

---

### Questão 53

Texto Original:

A análise do caso clínico revela uma gestante de 30 semanas com um fator de risco primordial: possui duas cesáreas prévias (GIII PII 2C). O quadro apresenta dor abdominal súbita, sinais de choque hipovolêmico (hipotensão e taquicardia) desproporcionais ao sangramento genital visível (que é mínimo), sinais de irritação peritoneal (dor à descompressão brusca positiva) e sofrimento fetal (BCF 110 bpm).

Alternativa a) Incorreta. O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) é um importante diagnóstico diferencial, pois também cursa com dor súbita e sofrimento fetal. No entanto, o DPP caracteriza-se obrigatoriamente pela hipertonia uterina (útero lenhoso). A questão afirma explicitamente que o tônus uterino está normal, o que afasta essa possibilidade.

Alternativa b) Incorreta. A rotura de seio marginal ou venoso costuma apresentar um quadro clínico leve, com sangramento vaginal discreto, sem dor abdominal intensa, sem irritação peritoneal e, geralmente, sem repercussões hemodinâmicas graves ou sofrimento fetal agudo.

Alternativa c) Correta. A rotura uterina é a principal suspeita em gestantes com cicatrizes uterinas prévias (especialmente duas ou mais cesáreas) que apresentam dor abdominal intensa e súbita, seguida de sinais de hemoperitônio (irritação peritoneal) e instabilidade hemodinâmica. O sangramento na rotura uterina é predominantemente interno (para a cavidade abdominal), o que explica o choque grave com "mínimo sangramento vaginal". A ausência de hipertonia uterina reforça este diagnóstico em detrimento do DPP.

Alternativa d) Incorreta. A placenta prévia manifesta-se tipicamente como um sangramento vaginal indolor, de cor vermelho-vivo, recorrente e sem sinais de irritação peritoneal ou sofrimento fetal inicial, ocorrendo habitualmente com tônus uterino normal.

Alternativa e) Incorreta. O cisto de corpo lúteo hemorrágico é uma condição relacionada ao início da gestação (primeiro trimestre). Com 30 semanas de idade gestacional, essa hipótese é descartada, além de não explicar o sofrimento fetal e a gravidade do quadro obstétrico descrito.

---

### Questão 54

O ponto fundamental para resolver esta questão é o conhecimento dos critérios técnicos para a realização do rastreio de primeiro trimestre (exame morfológico de 11 a 13 semanas e 6 dias).

A medida da Translucência Nucal (TN) e o cálculo de risco para cromossomopatias (como a Síndrome de Down) possuem uma janela gestacional rigorosa para serem válidos. De acordo com a Fetal Medicine Foundation (FMF), o protocolo padrão exige que o Comprimento Cabeça-Nádegas (CCN) esteja entre 45 mm e 84 mm.

Neste caso, a paciente apresenta um CCN de 90 mm. Isso indica que a idade gestacional já ultrapassou o limite de 13 semanas e 6 dias, tornando a medida da TN e o uso dos softwares de cálculo de risco (que são calibrados para o intervalo de 45-84 mm) tecnicamente inadequados e não confiáveis.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A medida da TN apresentada é de 2 mm. Para um feto com CCN próximo ao limite superior, esse valor costuma estar dentro da normalidade (geralmente considera-se alterado acima de 2,5 mm ou 3,0 mm, ou acima do percentil 95 para o CCN). Além disso, o cálculo não deve ser realizado por conta do CCN de 90 mm.
- b) Incorreta. A onda A positiva no ducto venoso é o achado normal. O que indica aumento de risco para cromossomopatias ou cardiopatias é a onda A ausente ou reversa (negativa).
- c) Incorreta. A ausência de regurgitação tricúspide é um marcador de normalidade. A presença de regurgitação tricúspide é que estaria associada a um maior risco de aneuploidias e anomalias cardíacas.
- d) Incorreta. O risco basal é calculado exclusivamente com base na idade materna. Aos 40 anos, o risco basal para trissomias (especialmente a trissomia do 21) é considerado alto, e não baixo.
- e) Correta. Como o CCN é de 90 mm, o feto já ultrapassou a idade gestacional limite (13 semanas e 6 dias) para a realização do rastreio combinado de primeiro trimestre. Acima de 84 mm de CCN, os cálculos de probabilidade baseados na TN perdem a validação estatística, e o exame morfológico adequado seria o de segundo trimestre.

## Questão 55

Para resolver essa questão, é fundamental analisar os achados do exame físico, especialmente o estado do colo uterino e a intensidade dos sintomas, que são os divisores de águas no diagnóstico dos sangramentos da primeira metade da gestação.

Alternativa (a) Correta: A ameaça de abortamento é caracterizada por sangramento vaginal (geralmente em pequena ou moderada quantidade) em gestações do primeiro trimestre, mantendo o colo uterino fechado (impérvio). A ausência de dor do tipo cólica ou a presença de dor leve também são comuns nesse quadro. No caso clínico, a paciente apresenta exatamente esses sinais: sangramento discreto (sangue escuro em fundo de saco) e, crucialmente, o toque vaginal revela colo impérvio.

Alternativa (b) Incorreta: No abortamento inevitável, o colo uterino já se encontra dilatado (pérvio), embora o produto da concepção ainda não tenha sido expulso. O quadro clínico costuma ser acompanhado de dor abdominal do tipo cólica e sangramento mais persistente, o que difere do caso apresentado, em que o colo está fechado.

Alternativa (c) Incorreta: O aborto incompleto ocorre quando há eliminação parcial de tecidos ovulares. Clinicamente, o colo uterino está aberto (pérvio), o útero apresenta-se menor do que o esperado para a idade gestacional e o sangramento costuma ser persistente e moderado a acentuado, com presença de coágulos ou restos.

Alternativa (d) Incorreta: No abortamento completo, todo o conteúdo uterino já foi eliminado. Embora o colo possa estar fechado no momento do exame, o útero encontra-se bem contraído e significativamente menor do que o esperado para a idade gestacional. O relato clínico típico envolveria uma dor intensa e sangramento volumoso prévios que regrediram após a expulsão dos tecidos.

Alternativa (e) Incorreta: Gestação incipiente é um termo utilizado para descrever uma gestação muito inicial, geralmente em fase de implantação ou quando ainda não é possível visualizar o embrião ao ultrassom. Não é uma terminologia clínica para classificar quadros de sangramento vaginal no pronto-socorro.

Em resumo: Sangramento na gestação inicial + Colo uterino fechado (impérvio) = Ameaça de Abortamento. Se o colo estivesse aberto (pérvio), as hipóteses seriam de abortamento inevitável ou incompleto.

## Questão 56

A presença de anticorpos anti-Ro (SSA) e anti-La (SSB) em gestantes portadoras de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) ou Síndrome de Sjögren está associada ao risco de Lúpus Neonatal. A complicação mais grave dessa condição é o bloqueio cardíaco congênito, que decorre da passagem transplacentária desses anticorpos maternos, causando um processo inflamatório seguido de fibrose no sistema de condução (nó atrioventricular) do coração fetal.

Alternativa a) Incorreta. A ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre, realizada entre a 11ª e a 14ª semana, tem como foco principal o rastreamento de aneuploidias (como a medida da translucência nucal) e a datação da gestação. Ela não é o exame indicado para o monitoramento da condução cardíaca fetal relacionada aos anticorpos do lúpus.

Alternativa b) Correta. O ecocardiograma fetal com doppler colorido é o padrão-ouro para o acompanhamento dessas gestantes. O período crítico para o desenvolvimento do bloqueio cardíaco fetal situa-se entre a 18ª e a 24ª semana de gestação. O objetivo do exame é detectar precocemente sinais de sofrimento do sistema de condução, como o prolongamento do intervalo PR, ou bradicardia, permitindo a intervenção terapêutica em estágios potencialmente reversíveis (bloqueios de primeiro ou segundo grau).

Alternativa c) Incorreta. Solicitar o exame apenas 7 dias antes do parto é uma conduta tardia e ineficaz. O dano ao sistema de condução ocorre predominantemente no segundo trimestre. Se o bloqueio cardíaco já estiver instalado há semanas, ele costuma ser irreversível (terceiro grau) e o acompanhamento precoce é fundamental para tentar evitar esse desfecho.

Alternativa d) Incorreta. Embora a ultrassonografia morfológica de segundo trimestre avalie a anatomia do coração fetal, ela é um exame de rastreamento geral realizado habitualmente entre 20 e 24 semanas. Nas pacientes com anti-Ro positivo, o monitoramento deve ser mais específico e frequente, utilizando a ecocardiografia fetal detalhada para medir intervalos de condução elétrica, o que não faz parte do protocolo padrão da ultrassonografia morfológica.

Alternativa e) Incorreta. O uso de progesterona vaginal é uma conduta voltada para a prevenção de parto prematuro em pacientes com antecedentes de prematuridade ou colo uterino curto. Não existe relação entre o uso de progesterona e a prevenção ou tratamento das complicações cardíacas fetais causadas pelos anticorpos anti-Ro.

### Questão 57

Para entender essa questão, devemos focar no contexto clínico: uma gestante com pré-eclâmpsia e restrição de crescimento intrauterino (RCIU) grave. Nessas patologias, o problema central é a insuficiência placentária, ou seja, uma alta resistência na circulação entre o feto e a placenta.

a) Incorreta. A cardiotocografia avalia a vitalidade fetal de forma aguda, focando na frequência cardíaca fetal e sua relação com contrações ou movimentos. Ela é um marcador tardio de sofrimento fetal, alterando-se geralmente quando o feto já está em processo de acidose. No manejo da RCIU e pré-eclâmpsia, o Doppler precede as alterações da cardiotocografia.

b) Incorreta. O perfil biofísico fetal (PBF) associa a cardiotocografia com parâmetros ultrassonográficos (movimentos fetais, tônus, respiração e líquido amniótico). Assim como a cardiotocografia, o PBF reflete alterações agudas do sistema nervoso central fetal. Embora seja útil, não é o exame de escolha inicial ou principal para monitorar a hemodinâmica fetal na insuficiência placentária crônica.

c) Incorreta. O Doppler das artérias uterinas avalia a circulação do lado materno (invasão trofoblástica). Ele é excelente como ferramenta de rastreamento no primeiro ou segundo trimestre para prever o risco de pré-eclâmpsia e RCIU. No entanto, uma vez que a doença já está instalada e o objetivo é avaliar a vitalidade do feto, as artérias uterinas perdem o valor clínico.

d) Incorreta. O Doppler do ducto venoso é um marcador de descompensação cardíaca fetal e acidemia grave. Ele é utilizado principalmente para decidir o momento do parto em fetos muito prematuros (abaixo de 32 semanas) com alterações graves nos outros vasos. Apesar de importante, ele não é o exame primário ou "mais adequado" para a avaliação geral da vitalidade na RCIU, mas sim um marcador de gravidade extrema e iminência de óbito.

e) Correta. O Doppler das artérias umbilicais é o padrão-ouro para avaliar a vitalidade fetal em casos de restrição de crescimento intrauterino e insuficiência placentária. Ele mede a resistência do leito vascular placentário. À medida que a placenta adocece, a resistência aumenta, o que reduz o fluxo sanguíneo durante a diástole (diástole zero ou reversa). É o único exame que, comprovadamente, reduz a mortalidade perinatal em gestações com RCIU e pré-eclâmpsia, permitindo o acompanhamento da progressão da doença.

## Questão 58

Alternativa a) Incorreta. A tríade clássica composta por hipertensão, proteinúria e edema caiu em desuso. Atualmente, o edema não é mais considerado um critério diagnóstico por ser um sintoma inespecífico, presente em grande parte das gestações fisiológicas. O diagnóstico moderno baseia-se na presença de hipertensão arterial após a 20ª semana de gestação associada à proteinúria ou, na ausência desta, à presença de disfunções orgânicas (como trombocitopenia, insuficiência renal, alteração hepática, sintomas visuais ou cerebrais).

Alternativa b) Incorreta. De acordo com os protocolos atuais (como os da FEBRASGO e ACOG), a magnitude da proteinúria não é mais utilizada para definir a gravidade da pré-eclâmpsia. Ter uma proteinúria maciça (ex.: acima de 5g em 24h) isoladamente não classifica mais a doença como "pré-eclâmpsia com sinais de gravidade", uma vez que o prognóstico materno e fetal está mais relacionado às disfunções orgânicas e aos níveis pressóricos do que à quantidade de proteína perdida na urina.

Alternativa c) Incorreta. A eclâmpsia (convulsões) ocorre mais frequentemente no período anteparto e intraparto. Quando ocorre no pós-parto, geralmente acontece nas primeiras 48 a 72 horas. Casos de eclâmpsia tardia (após 48 horas do parto) podem ocorrer, mas a ocorrência após o décimo dia é extremamente rara e não representa a regra.

Alternativa d) Correta. O ácido úrico é um marcador importante na pré-eclâmpsia. Seus níveis elevados (hiperuricemia) decorrem da redução do clearance renal de ácido úrico devido à endoteliose capilar glomerular, lesão renal típica da doença. O aumento dos níveis plasmáticos de ácido úrico correlaciona-se com a gravidade da doença, piora do prognóstico materno e resultados perinatais adversos, servindo como um bom preditor de complicações.

Alternativa e) Incorreta. O sulfato de magnésio é a droga de escolha para a prevenção e o tratamento das crises convulsivas da eclâmpsia (profilaxia e tratamento da eclâmpsia). Ele possui propriedades anticonvulsivantes e neuroprotetoras, mas não tem função de controle pressórico. Para o controle da pressão arterial, são utilizadas drogas anti-hipertensivas de ação rápida (como hidralazina ou nifedipino) ou de manutenção (como a metildopa).

## Questão 59

Para compreender esta questão, devemos analisar os critérios diagnósticos de restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e a classificação cronológica da patologia, além da conduta baseada na vitalidade fetal.

A classificação da restrição de crescimento é dividida em precoce (antes de 32 semanas) e tardia (a partir de 32 semanas). Como a paciente está com 37 semanas e 1 dia, estamos diante de um quadro tardio.

Quanto aos critérios diagnósticos (Consenso Delphi), a RCIU tardia é definida quando o peso fetal estimado ou a circunferência abdominal estão abaixo do percentil 3. No caso apresentado, a circunferência abdominal está no percentil 2, o que confirma o diagnóstico de RCIU, independentemente de o Doppler da artéria umbilical estar normal. Se o peso estivesse entre os percentis 3 e 10, seriam necessários outros achados (como Doppler de artéria cerebral média ou relação cérebro-placentária alterada) para fechar o diagnóstico de RCIU.

Sobre a conduta: em fetos com diagnóstico de RCIU que atingem o termo (37 semanas), a recomendação é a interrupção da gravidez. Como o Doppler da artéria umbilical é normal e o volume de líquido amniótico está adequado (MBV de 45 mm), não há contra-indicação para a tentativa de parto vaginal, sendo a indução do trabalho de parto a conduta mais adequada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A classificação correta para 37 semanas é tardia, não precoce. A restrição precoce ocorre antes de 32 semanas e possui uma fisiopatologia mais grave de insuficiência placentária.

b) Incorreta. Além do erro na classificação temporal (precoce), a cesariana não é a conduta de primeira escolha apenas pelo diagnóstico de RCIU com Doppler normal. A via de parto deve ser decidida com base nas condições obstétricas e na vitalidade fetal.

c) Correta. O feto apresenta critérios para RCIU tardia (idade gestacional maior que 32 semanas e circunferência abdominal abaixo do percentil 3). A conduta de indução está correta devido à idade gestacional de termo e aos parâmetros de vitalidade preservados (Doppler e líquido normais).

d) Incorreta. Embora o diagnóstico de RCIU tardio esteja correto, a indicação sistemática de cesariana é inadequada para este cenário clínico de Doppler normal.

e) Incorreta. O termo feto Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) constitucional geralmente é aplicado quando o feto está entre os percentis 3 e 10, com Doppler persistentemente normal e crescimento mantido em sua curva. No entanto, uma circunferência abdominal abaixo do percentil 3 já enquadra o feto como RCIU. Além disso, aguardar até 40 semanas em um feto com crescimento restrito aumenta desnecessariamente o risco de morte súbita intrauterina.

## Questão 60

**\*\*Análise do Caso Clínico\*\***

A paciente apresenta um quadro de **\*\*Amniorrexe Prematura a Termo\*\*** (37 semanas). O diagnóstico é confirmado pelo exame especular, que visualiza a saída de líquido amniótico com grumos pelo colo uterino. No momento, a paciente não está em trabalho de parto (ausência de dinâmica uterina) e o colo é desfavorável (índice de Bishop baixo: impérvio, grosso e posterior). Além disso, o status de colonização pelo *\*Streptococcus\** do grupo B (GBS) é desconhecido.

**\*\*Explicação das Alternativas\*\***

**\*\*a) Incorreta.\*\*** A ocitocina é o agente de escolha para indução do parto quando o colo uterino já é favorável (dilatado e apagado). Em um colo impérvio e grosso, a indução direta com ocitocina apresenta alta taxa de falha. Quanto à antibioticoterapia para GBS, ela é indicada em pacientes com status desconhecido se houver fatores de risco (como ruptura de membranas por mais de 18 horas ou febre intraparto), o que ainda não é o caso, pois a ruptura ocorreu há apenas 30 minutos.

**\*\*b) Incorreta.\*\*** O uso de corticoide antenatal (como betametasona ou dexametasona) tem o objetivo de acelerar a maturação pulmonar fetal em casos de risco de parto prematuro. Essa conduta é indicada geralmente entre 24 e 34 semanas de gestação. Em gestações a termo (37 semanas ou mais), não há benefício comprovado nessa prática.

**\*\*c) Correta.\*\*** Diante de uma amniorrexe prematura a termo, a conduta recomendada pela maioria dos protocolos é a indução do trabalho de parto para reduzir o risco de corioamnionite (infecção ovular). Como o colo uterino da paciente é desfavorável (grosso e fechado), é necessário realizar o **\*\*preparo cervical\*\***. O Misoprostol é um análogo da prostaglandina E1 amplamente utilizado para o amadurecimento do colo e indução do parto.

**\*Observação Importante:\*** Na prática clínica rigorosa, a presença de uma cesariana prévia (mencionada no enunciado como 1C) é considerada uma contraindicação ao

uso de Misoprostol devido ao risco aumentado de ruptura uterina. Nesses casos, o método mecânico (Sonda de Foley) seria o mais seguro. Entretanto, muitas bancas examinadoras focam na necessidade de preparo cervical em colos desfavoráveis na amniorrexe a termo, elegendo o Misoprostol como resposta padrão para o conceito de "indução com colo desfavorável".

**\*\*d) Incorreta.\*\*** A sonda de Foley (indução mecânica/Método de Krause) é uma excelente opção para preparo cervical, especialmente em úteros com cicatriz de cesárea prévia. Contudo, para fins de prova e seguindo o gabarito oficial, a alternativa C foi a selecionada como a conduta para o manejo da indução com colo imaturo.

**\*\*e) Incorreta.\*\*** A rotura prematura de membranas não é uma indicação de cesariana imediata. A via de parto deve ser preferencialmente vaginal, a menos que surjam contra-indicações obstétricas (como sofrimento fetal, descolamento de placenta ou falha na indução) durante o processo. Como a paciente e o feto estão estáveis, deve-se tentar a indução.

---

### **Questão 61**

Análise do caso clínico: O paciente Mateus apresenta um quadro clássico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Os sintomas relatados incluem desatenção (dificuldade de concentração, não concluir tarefas, perder objetos, esquecimento de compromissos) e hiperatividade/impulsividade (inquietação excessiva, dificuldade em permanecer sentado, interromper falas). Esses sintomas estão presentes desde o início da vida escolar e ocorrem em múltiplos ambientes (casa e escola), causando prejuízo funcional.

Alternativa (a): Correta. De acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade devem estar presentes em dois ou mais ambientes (como, por exemplo, em casa, na escola, no trabalho ou com amigos) e deve haver evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou reduzem sua qualidade.

Alternativa (b): Incorreta. O diagnóstico de TDAH é clínico e exige uma avaliação abrangente. Embora os relatos escolares sejam fundamentais para avaliar o desempenho acadêmico e o comportamento em grupo, o diagnóstico não pode se basear exclusivamente neles. É necessário confirmar que os sintomas são pervasivos, ou seja, que se manifestam em outros contextos além do escolar, para evitar diagnósticos equivocados baseados em problemas específicos de aprendizagem ou dinâmicas de sala de aula.

Alternativa (c): Incorreta. O TDAH não é definido por um déficit intelectual. Na verdade, a maioria das crianças com TDAH apresenta quociente de inteligência (QI) dentro da média ou até acima dela. O teste de QI não é uma ferramenta de confirmação diagnóstica para o TDAH, sendo indicado apenas quando há suspeita de Deficiência Intelectual como comorbidade ou para auxiliar no planejamento de intervenções pedagógicas.

Alternativa (d): Incorreta. Antigamente, acreditava-se que o TDAH era um transtorno exclusivo da infância que desaparecia na puberdade. Hoje sabe-se que em cerca de 50% a 60% dos casos os sintomas persistem na vida adulta, embora a hiperatividade motora tenda a diminuir, dando lugar a uma inquietude interna e dificuldades organizacionais. O acompanhamento terapêutico deve ser mantido enquanto houver prejuízo funcional.

Alternativa (e): Incorreta. O tratamento padrão-ouro para o TDAH é multimodal. Isso envolve a combinação de farmacoterapia (como os psicoestimulantes) com intervenções psicossociais, terapia cognitivo-comportamental, treinamento de pais e adaptações no ambiente escolar. A escolha do tratamento depende da gravidade dos sintomas e do impacto na vida da criança, não devendo a medicação ser a única abordagem, ignorando o suporte pedagógico e psicológico.

---

## Questão 62

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve uma lactente de 2 anos com febre alta, irritabilidade, recusa alimentar e lesões orais dolorosas. O ponto-chave para o diagnóstico é a descrição das lesões: múltiplas vesículas e úlceras que acometem tanto a parte anterior quanto a posterior da boca (lábios, língua, palato e gengiva), acompanhadas de gengivite difusa e sangramento gengival espontâneo. Esse conjunto de sinais e sintomas é patognomônico da Gengivoestomatite Herpética Primária (GHP), causada pelo vírus Herpes Simplex tipo 1 (HSV-1).

### DIFERENCIAÇÃO E ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. O uso de corticoterapia tópica é contraindicado em infecções virais ativas, como o herpes, pois pode facilitar a replicação viral, retardar a cicatrização e predispor a infecções secundárias. Além disso, o aciclovir em pomada tem eficácia muito limitada em mucosas, sendo a via oral a preferencial quando indicado o tratamento antiviral.

Alternativa b: Incorreta. O quadro clínico é tipicamente viral. Não há sinais que sugiram uma infecção bacteriana primária (como a gengivite ulcerativa necrosante aguda, que é rara em crianças e apresenta outro padrão de lesão). Portanto, a coleta de exsudato e o uso de antibióticos não estão indicados.

Alternativa c: Correta. O diagnóstico de Gengivoestomatite Herpética Primária é clínico. O tratamento baseia-se em suporte: analgesia potente (devido à dor intensa que impede a alimentação) e hidratação rigorosa (para evitar desidratação pela recusa alimentar). O uso de aciclovir oral pode ser considerado, especialmente se iniciado precocemente (nas primeiras 72 horas de sintomas) ou em pacientes com quadros graves ou imunossuprimidos, visando reduzir o tempo de febre e a duração das lesões.

Alternativa d: Incorreta. A herpangina, causada pelo vírus Coxsackie, diferencia-se da GHP principalmente pela localização das lesões. Na herpangina, as vesículas e úlceras localizam-se predominantemente na região posterior da orofaringe (pilares amigdalianos, úvula e palato mole), e classicamente não ocorre gengivite nem sangramento gengival, que são marcantes no caso descrito.

Alternativa e: Incorreta. A escarlatina é causada pelo *Streptococcus pyogenes*. Clinicamente, manifesta-se com faringite exsudativa, febre, língua em morango (hiperemia das papilas) e um exantema micropapular característico (em lixa), que não foi descrito no caso. A escarlatina não causa múltiplas úlceras e vesículas disseminadas pela mucosa oral e gengivas.

## RESUMO DIDÁTICO

A Gengivoestomatite Herpética Primária é a manifestação clínica mais comum da infecção primária pelo HSV-1 na infância. Os sinais diferenciais que você deve levar para a prova são: febre alta, lesões vesículo-ulcerativas em toda a cavidade oral (inclusive anterior) e a presença obrigatória de gengivite inflamatória/hemorrágica. O tratamento é focado no controle da dor e hidratação. O aciclovir oral pode ser usado para encurtar o período de transmissão e sintomas se prescrito precocemente.

## Questão 63

A vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin), utilizada para a prevenção de formas graves de tuberculose, apresenta uma evolução clínica local muito característica e previsível, que deve ser de conhecimento do médico para evitar condutas iatrogênicas. A cronologia esperada da lesão vacinal é:

1. Nódulo (caroço) ou pústula: surge entre a 2ª e a 4ª semana após a aplicação.

2. Ulceração: ocorre entre a 4ª e a 6ª semana, medindo geralmente entre 4 e 10 mm de diâmetro. É exatamente o estágio em que se encontra a paciente do caso (40 dias de vida).
3. Cicatriz: a lesão evolui para crosta e cicatrização final entre a 6ª e a 12ª semana.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A úlcera descrita é limpa e sem sinais inflamatórios ao redor (edema, calor ou rubor excessivo), o que descarta infecção bacteriana secundária. O uso de antibióticos tópicos não tem indicação na evolução fisiológica da vacina.
- b) Incorreta. A biópsia é um procedimento invasivo e desnecessário para uma reação vacinal normal. Não há qualquer evidência de reação adversa grave (como disseminação sistêmica ou lesões cutâneas distantes) que justifique tal investigação.
- c) Correta. Como a lesão de 6 mm aos 40 dias de vida faz parte do processo natural de formação da cicatriz da BCG, a conduta correta é tranquilizar os responsáveis, orientar que não se deve colocar curativos, pomadas ou qualquer substância sobre a úlcera, mantendo apenas a higiene habitual com água e sabão durante o banho.
- d) Incorreta. O tratamento com isoniazida é indicado apenas em complicações específicas da vacina BCG, como abscessos frios subcutâneos grandes (geralmente maiores que 1 cm) ou linfonodopatias regionais supuradas persistentes. A úlcera de 6 mm no braço é um achado normal.
- e) Incorreta. O lactente está em bom estado geral, sem febre e com desenvolvimento adequado. Uma evolução vacinal típica, como a descrita, não levanta suspeita de imunodeficiência. O encaminhamento ao especialista seria indicado apenas em casos de reações disseminadas ou úlceras gigantes que não cicatrizam após meses, o que poderia sugerir um defeito na imunidade celular.

---

## Questão 64

Para definir a conduta em casos de possíveis exposições ao vírus da raiva, o Ministério da Saúde do Brasil classifica os acidentes em "leves" ou "graves" e avalia a condição e espécie do animal agressor.

No caso descrito, temos:

1. Animal: Gato desconhecido que fugiu (impossível de ser observado por 10 dias).
2. Ferimento: Único e superficial no antebraço/dorso do pé (membros).

Classificação do Acidente:

Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, acidentes leves são ferimentos superficiais, únicos ou em pequena quantidade, localizados no tronco ou membros (exceto mãos, polpas digitais e plantas dos pés). Já os acidentes graves envolvem ferimentos na cabeça, face, pescoço, mãos e pés, ou ferimentos profundos, múltiplos ou extensos em qualquer local, além de qualquer ferimento por animal silvestre. No contexto da questão, a descrição de lesão "única e superficial" direciona o caso para um Acidente Leve.

Conduta para Acidente Leve com cão ou gato desaparecido ou morto:

A orientação oficial é realizar a higienização rigorosa do local com água e sabão e iniciar o esquema vacinal com 4 doses de vacina antirrábica humana (administradas nos dias 0, 3, 7 e 14). Não há indicação de soro antirrábico (SAR) ou imunoglobulina (IGHAR) para acidentes leves, a menos que o animal seja comprovadamente raivoso.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O soro antirrábico é indicado em acidentes com animais desaparecidos apenas se o ferimento for classificado como grave. Para acidentes leves, utiliza-se apenas a vacina.

b) Correta. Por ser um acidente leve (lesão superficial em membro) e o animal (gato) não permitir observação por ter fugido, a conduta padrão é a limpeza da ferida e a aplicação de 4 doses de vacina antirrábica.

c) Incorreta. O esquema de duas doses (dias 0 e 3) é utilizado apenas se o animal fosse passível de observação e apresentasse sinais de raiva ou morresse durante o período de monitoramento, ou em casos específicos de reforço para quem já foi vacinado.

d) Incorreta. O esquema de três doses é característico da profilaxia pré-exposição. Além disso, a soroprofilaxia é reservada para acidentes graves no protocolo pós-exposição.

e) Incorreta. A raiva é uma doença com letalidade de praticamente 100%. Se o animal agressor não pode ser observado para descartar a doença, a vacinação é mandatória, independentemente da superficialidade da lesão.

## Questão 65

Esta questão aborda as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para a suplementação profilática de ferro em lactentes, um tema recorrente em provas de pediatria. Para resolvê-la, é fundamental conhecer as atualizações mais recentes sobre o tema.

O caso clínico descreve uma lactente de 2 meses, nascida a termo (39 semanas) e com peso adequado para a idade gestacional (3.200 g). Para crianças com esse perfil (nascidas a termo e com peso ao nascimento acima de 2.500 g), a SBP recomenda o seguinte esquema de profilaxia de anemia ferropriva:

Alternativa a) Incorreta. A suplementação imediata ou aos 2 meses de vida não é indicada para lactentes nascidos a termo e com peso superior a 2.500 g. Esse início precoce poderia ser considerado em situações de risco muito específicas ou em protocolos antigos, mas não segue a recomendação atual para o perfil da paciente.

Alternativa b) Correta. De acordo com o Consenso da SBP (atualizado em 2018 e reafirmado em documentos posteriores), lactentes nascidos a termo, com peso superior a 2.500 g, independentemente do tipo de aleitamento (exclusivo ou não), devem iniciar a suplementação de ferro elementar aos 6 meses de vida, mantendo-a até os 24 meses de idade. A dose recomendada é de 1 mg de ferro elementar por kg de peso ao dia.

Alternativa c) Incorreta. A recomendação de iniciar aos 3 meses de vida era prevista em diretrizes anteriores para lactentes a termo. Atualmente, para crianças com peso de nascimento normal (> 2.500 g), o marco inicial foi deslocado para os 6 meses de vida. Além disso, a suplementação deve ser feita independentemente do regime alimentar (leite materno ou fórmulas).

Alternativa d) Incorreta. O início da suplementação aos 3 meses não é o preconizado para esse caso. Além disso, a dose de 2 mg/kg/dia é indicada especificamente para prematuros ou recém-nascidos de baixo peso (entre 1.500 g e 2.500 g), começando geralmente aos 30 dias de vida, o que não se aplica a uma criança de 3.200 g.

Alternativa e) Incorreta. Embora o início aos 6 meses esteja correto para esse caso, a SBP recomenda a suplementação universal dos 6 aos 24 meses. A justificativa é que, mesmo com uma alimentação complementar adequada, é difícil atingir as necessidades diárias de ferro nessa fase de crescimento acelerado, tornando a profilaxia medicamentosa necessária independentemente da qualidade da dieta.

## Questão 66

O quadro clínico descrito é clássico da dermatite seborreica do lactente. Trata-se de uma condição inflamatória comum, autolimitada, que geralmente surge nas primeiras semanas de vida e se resolve espontaneamente até o primeiro ano. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na morfologia e na distribuição das lesões.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A dermatite atópica costuma surgir um pouco mais tarde, geralmente após o terceiro mês de vida. No lactente, ela afeta predominantemente as superfícies extensoras dos membros e a face (poupando o sulco nasolabial). Uma característica fundamental ausente no caso é o prurido intenso (coceira), que costuma deixar o bebê irritado. Além disso, a dermatite atópica não costuma apresentar as crostas gordurosas típicas da seborreica.

b) Incorreta. A dermatite de contato exigiria a exposição a um agente irritante ou alérgeno específico. A distribuição descrita (couro cabeludo, sobrancelhas e dobras diversas) é muito disseminada e característica de um padrão endógeno, e não de uma reação a um agente externo localizado.

c) Incorreta. A candidíase pode acometer as dobras (intertrigo), mas manifesta-se tipicamente com eritema vivo e presença de lesões satélites (pápulas ou pústulas periféricas à lesão principal). Ela não explicaria as crostas lácteas e gordurosas no couro cabeludo e sobrancelhas. A candidíase disseminada é uma condição grave que ocorre em pacientes imunocomprometidos ou criticamente enfermos, o que não condiz com o bom estado geral do lactente.

d) Incorreta. A acrodermatite enteropática (deficiência de zinco) manifesta-se tipicamente após o desmame (já que o leite materno facilita a absorção de zinco) ou em prematuros. Caracteriza-se por lesões periorificiais (boca, ânus) e acrais (extremidades de mãos e pés), além de estar associada a diarreia, alopecia e irritabilidade, sintomas ausentes no caso clínico.

e) Correta. O caso apresenta todos os sinais patognomônicos da dermatite seborreica infantil: início precoce (2 meses), localização em áreas de maior produção sebácea (couro cabeludo, sobrancelhas, sulco retroauricular) e em áreas de dobras (axilas e virilhas), e a presença característica de escamas oleosas e crostas amareladas (conhecidas popularmente como crosta láctea no couro cabeludo). O bom estado geral do paciente e a ausência de sintomas sistêmicos reforçam esse diagnóstico.

## Questão 67

### ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma criança de 4 anos com sinais clássicos de desnutrição proteico-calórica grave. Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Avaliação Antropométrica (OMS): A criança apresenta escores-Z abaixo de -3 para os índices Peso/Idade (P/I), Peso/Estatura (P/E) e IMC/Idade (IMC/I). Segundo a Organização Mundial da Saúde, qualquer valor abaixo de escore-Z -3 classifica o estado nutricional como desnutrição grave (ou magreza acentuada). Além disso, o índice Estatura/Idade (E/I) entre -2 e -3 indica baixa estatura para a idade, sugerindo um processo de desnutrição crônica associado.

2. Sinais Clínicos: A presença de edema bilateral em membros inferiores (cacifo ++/4+) em uma criança desnutrida é um sinal patognomônico de Kwashiorkor, uma forma grave de desnutrição proteica. As alterações de fâneros (cabelos quebradiços, unhas descamando) e a palidez reforçam a carência múltipla de nutrientes e proteínas.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O Peso para a Estatura (P/E) está abaixo do escore-Z -3, o que caracteriza magreza acentuada, e não peso adequado. Além disso, o escore E/I entre -2 e -3 é classificado como baixa estatura para a idade, e a presença de edema e escores-Z < -3 elevam a classificação para desnutrição grave.

Alternativa b) Incorreta. A desnutrição é classificada como grave, não leve. Parâmetros antropométricos com escore-Z abaixo de -3 e a presença de edema clínico são critérios definitivos para gravidade, exigindo manejo clínico imediato para evitar complicações como hipoglicemia, hipotermia e infecções graves.

Alternativa c) Incorreta. Embora o déficit de peso para estatura indique uma desnutrição aguda (\*wasting\*) e o déficit de estatura indique um componente crônico (\*stunting\*), o termo técnico correto para o quadro clínico e antropométrico apresentado, seguindo os critérios da OMS descritos na questão, é desnutrição grave. A alternativa ignora a nomenclatura padrão para casos com edema e escores-Z extremamente baixos.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa sintetiza perfeitamente o caso. A antropometria com escore-Z abaixo de -3 define desnutrição grave por critérios numéricos. Somado a isso, os sinais clínicos de deficiência proteico-calórica, especialmente o edema (Kwashiorkor) e as alterações de fâneros, confirmam a

gravidade e o diagnóstico de desnutrição proteico-energética grave.

Alternativa e) Incorreta. É perfeitamente possível diagnosticar a desnutrição com os dados apresentados. A OMS estabelece que a presença de edema bilateral de origem nutricional, por si só, já é critério para o diagnóstico de desnutrição grave, independentemente dos índices antropométricos. No caso, os índices reforçam ainda mais o diagnóstico.

---

## Questão 68

### ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um adolescente de 14 anos com sinais evidentes de sofrimento psíquico, como isolamento social, anedonia (perda de interesse em atividades antes apreciadas), fadiga, insônia e choro frequente, desencadeados por cyberbullying. Em casos de violência virtual, a prioridade médica deve ser o acolhimento, a avaliação do risco de saúde mental e o suporte à rede de apoio familiar.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: Proibir ou bloquear o acesso às redes sociais de forma abrupta pode ser interpretado pelo adolescente como uma punição, além de isolá-lo ainda mais de seus vínculos saudáveis. O distanciamento das tecnologias não resolve o trauma psicológico já instalado e pode dificultar a comunicação entre o jovem e seus pais.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: Mudanças bruscas de comportamento acompanhadas de prejuízo funcional (como a recusa escolar) e sintomas somáticos não são flutuações normais da adolescência. Banalizar tais sinais é um erro clínico grave, pois ignora o risco de evolução para transtornos depressivos ou ansiosos.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: Embora a escola e as autoridades devam ser informadas para cessar a agressão, a alternativa está incorreta ao afirmar que essas medidas são suficientes para a resolução do sofrimento psíquico. O tratamento das repercussões emocionais exige intervenção clínica e terapêutica, e não apenas medidas administrativas ou policiais.

ALTERNATIVA D - CORRETA: Esta é a conduta preconizada. O acompanhamento psicológico é essencial para que o adolescente tenha um ambiente neutro e seguro para processar a violência sofrida. Além disso, o médico deve capacitar a família para que esta atue como suporte emocional, garantindo a proteção do jovem sem invalidar seus sentimentos.

ALTERNATIVA E - INCORRETA: A restrição ao ambiente domiciliar assemelha-se ao

isolamento social forçado, o que pode agravar sintomas depressivos e a sensação de baixa autoestima. A vigilância constante, se feita de forma invasiva e sem suporte profissional, compromete a autonomia do adolescente e o vínculo de confiança com os cuidadores.

## Questão 69

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descrito é clássico de coqueluche (ou Síndrome Coqueluchoide), causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. Os pontos-chave para o diagnóstico são: idade (lactente jovem), crises de tosse paroxística (em acessos) seguidas de cianose ou apneia, ausência de febre e exame físico pulmonar sem alterações significativas (murmúrio vesicular preservado e sem ruídos adventícios). O hemograma reforça a suspeita ao apresentar leucocitose importante com linfocitose absoluta, um achado característico dessa infecção bacteriana em lactentes.

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A coqueluche é causada por uma bactéria (*Bordetella pertussis*), não por um vírus. Além disso, não existe imunização passiva (administração de anticorpos prontos) de rotina como tratamento ou prevenção primária para essa doença.

Alternativa b: Incorreta. Embora a doença seja bacteriana e a vacinação da gestante (com a vacina dTpa) seja recomendada a partir da 20ª semana de gestação para transferir anticorpos ao feto, essa estratégia é uma forma de imunização ativa da mãe (ela recebe o antígeno e produz anticorpos) que resulta em imunidade passiva para o bebê. A alternativa afirma erroneamente "imunização passiva da mãe".

Alternativa c: Incorreta. A vacina contra a coqueluche (componente pertussis da vacina pentavalente ou dTpa) é uma vacina inativada (composta por fragmentos da bactéria ou a bactéria morta), e não atenuada. Embora o esquema básico seja de 3 doses (2, 4 e 6 meses), o erro está na classificação do tipo de vacina.

Alternativa d: Incorreta. A doença tem etiologia infecciosa bacteriana bem definida. Exames de imagem, como a radiografia de tórax, costumam mostrar achados inespecíficos, como o "coração felpudo" (infiltrado perihilar que borra a silhueta cardíaca), mas não são o padrão-ouro para o diagnóstico nem elucidam a causa sozinhos.

Alternativa e: Correta. O padrão-ouro para o diagnóstico laboratorial da coqueluche é

a coleta de secreção de nasofaringe para realização de PCR (Reação em Cadeia da Polimerase), que possui alta sensibilidade, ou cultura. Além do tratamento do caso índice com macrolídeos (como azitromicina), a conduta de vigilância epidemiológica exige a quimioprofilaxia dos comunicantes próximos para interromper a cadeia de transmissão, especialmente em ambientes com outros lactentes ou gestantes.

## Questão 70

Análise do Caso Clínico:

O quadro descrito é um exemplo clássico de constipação intestinal funcional na infância, apresentando-se com a chamada "pseudodiarreia" ou incontinência fecal por transbordamento (encoprese). A criança tem um histórico de dificuldade para evacuar e baixa ingestão de fibras e líquidos. O que os pais interpretam como diarreia é, na verdade, fezes amolecidas que passam ao redor de uma massa fecal endurecida e impactada (fecaloma), escapando de forma involuntária para as roupas íntimas.

Os achados de exame físico corroboram essa hipótese: a massa palpável em fossa ilíaca esquerda corresponde ao acúmulo de fezes no cólon sigmoide, e o toque retal confirmando fezes ressecadas no canal anal sela o diagnóstico de impactação fecal.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não há sinais de alerta (red flags) para Doença Inflamatória Intestinal (DII), como perda de peso, febre, sangue nas fezes, anemia ou atraso no crescimento. A massa palpável é condizente com fezes (móvel e indolor), e a "diarreia" é explicada pela fisiopatologia da constipação crônica.

Alternativa b) Incorreta. A doença celíaca costuma cursar com distensão abdominal e diarreia, mas geralmente apresenta déficit de crescimento e emagrecimento. Além disso, nunca se deve iniciar dieta isenta de glúten sem confirmação diagnóstica prévia (sorologia e, se necessário, biópsia), e o quadro clínico atual é soberano para constipação.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico é de constipação funcional conforme os Critérios de Roma IV. A conduta inicial adequada envolve o esvaziamento intestinal (desimpactação), seguido de manutenção com laxantes osmóticos (como o polietilenoglicol - PEG), orientação dietética para aumento de fibras e líquidos, e treinamento de hábito intestinal (pedir para a criança sentar no vaso após as refeições).

Alternativa d) Incorreta. Não há indicação de antibioticoterapia, pois não há sinais de infecção ou supercrescimento bacteriano patológico que justifique o uso. O termo "disbiose" é frequentemente mal utilizado e o tratamento da causa base (constipação) é o que restaurará a microbiota normal.

Alternativa e) Incorreta. Embora o parasitismo intestinal seja comum no Brasil, ele não explica a massa palpável em fossa ilíaca esquerda nem o achado de fezes ressecadas no toque retal. O quadro de escape fecal por transbordamento é uma complicação típica da constipação, não de verminoses.

## Questão 71

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um lactente de 5 meses com sinais clássicos de Bronquiolite Viral Aguda (BVA), provavelmente causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR). Os principais achados são o pródromo viral (tosse e febre baixa) evoluindo para desconforto respiratório (taquipneia, tiragens, batimento de asa de nariz), sibilância e estertores. O paciente apresenta critérios de gravidade: cianose, saturação de oxigênio de 86% e acidose respiratória (pH 7,25 e PaCO<sub>2</sub> 58 mmHg), configurando um quadro de insuficiência respiratória.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A Bronquiolite Viral Aguda tem etiologia predominantemente viral. O uso de antibióticos não está indicado de rotina, devendo ser reservado apenas para casos com forte suspeita de infecção bacteriana secundária (como otite média aguda ou pneumonia bacteriana confirmada), o que não é sugerido pelo raio-X (que mostra apenas hiperinsuflação) nem pela febre baixa.

Alternativa b) Incorreta. As principais diretrizes nacionais (Sociedade Brasileira de Pediatria) e internacionais (Academia Americana de Pediatria) não recomendam o uso rotineiro de broncodilatadores (como o salbutamol) na bronquiolite. A fisiopatologia da doença é baseada no edema da mucosa, excesso de muco e necrose celular, e não no broncoespasmo. Estudos mostram que essas medicações não reduzem o tempo de internação ou a necessidade de oxigênio.

Alternativa c) Correta. O paciente apresenta insuficiência respiratória clara (hipoxemia e hipercapnia). A conduta prioritária é o suporte ventilatório. O Cateter Nasal de Alto Fluxo (CNAF) é uma excelente opção nesses casos, pois fornece oxigênio aquecido e umidificado, além de gerar uma pressão positiva contínua nas vias aéreas (PEEP), o que ajuda a reduzir o esforço respiratório, melhora as trocas

gasosas e pode evitar a intubação orotraqueal.

Alternativa d) Incorreta. Embora o refluxo gastroesofágico possa causar sintomas respiratórios crônicos ou recorrentes, o quadro atual é agudo, febril e infeccioso, típico de bronquiolite. A dieta por sonda pode ser necessária se a criança não conseguir coordenar a mamada devido ao esforço respiratório, mas não é o foco do tratamento da causa principal.

Alternativa e) Incorreta. A gasometria revela uma acidose respiratória (decorrente do acúmulo de CO<sub>2</sub> pela fadiga e obstrução bronquiolar) e não uma acidose metabólica. O bicarbonato (HCO<sub>3</sub>) está normal, o que confirma que o problema é ventilatório. A máscara de Venturi fornece oxigênio, mas em casos de esforço respiratório grave e falha ventilatória, dispositivos que fornecem pressão positiva (como o alto fluxo ou CPAP) são mais eficazes que a oxigenoterapia convencional.

---

## Questão 72

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um lactente de 25 dias com icterícia persistente e um padrão laboratorial de hiperbilirrubinemia direta (colestase), evidenciado pela bilirrubina direta de 7,0 mg/dL (valor de referência para normalidade é menor que 1,0 mg/dL). Os sinais clínicos de colúria (urina escura) e hipocolia fecal (fezes claras) reforçam a interrupção do fluxo biliar. Diante de um recém-nascido com colestase, a principal hipótese a ser excluída, devido à gravidade e necessidade de intervenção precoce, é a Atresia de Vias Biliares (AVB).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A icterícia associada ao leite materno ocorre às custas de bilirrubina indireta e costuma ser benigna. O paciente em questão apresenta aumento de bilirrubina direta, o que indica uma patologia hepatobiliar, e não um quadro fisiológico ou relacionado ao leite. O teste de exclusão do aleitamento é contraindicado e não teria efeito na colestase.

Alternativa B (Incorreta): Banho de sol não é um tratamento preconizado para icterícia neonatal, especialmente na colestase. Além disso, o bebê apresenta bom ganho de peso (ganhou 450g em 25 dias), o que afasta a hipótese de desidratação ou dificuldade na amamentação como causa do quadro. Tranquilizar a mãe seria um erro grave, atrasando o diagnóstico de uma condição cirúrgica.

Alternativa C (Correta): A Atresia de Vias Biliares é uma urgência cirúrgica pediátrica. O prognóstico depende diretamente da idade em que é realizada a cirurgia de Kasai

(portoenterostomia), preferencialmente antes dos 60 dias de vida. A presença de fezes claras, urina escura e hepatomegalia em um lactente com hiperbilirrubinemia direta exige investigação imediata com ultrassonografia (para avaliar a presença da vesícula biliar e outros sinais sugestivos) e encaminhamento urgente para especialista (hepatologista pediátrico/cirurgião pediátrico).

Alternativa D (Incorreta): A dosagem de G6PD e a tipagem sanguínea são exames utilizados na investigação de anemias hemolíticas, que causam aumento de bilirrubina indireta. O teste do pezinho pode detectar doenças que cursam com colestase (como a galactosemia), mas a urgência no quadro de um bebê com fezes claras é a exclusão de causas anatômicas/obstrutivas como a AVB. O diagnóstico de colestase neonatal idiopática só pode ser feito após a exclusão de todas as causas conhecidas.

Alternativa E (Incorreta): A fototerapia é indicada apenas para o tratamento da hiperbilirrubinemia indireta, pois age transformando a bilirrubina indireta em produtos solúveis em água. Na colestase (bilirrubina direta elevada), a fototerapia é ineficaz e pode causar a "Síndrome do Bebê Bronzeado", uma coloração escurecida da pele. Além disso, o estado de hidratação e o ganho de peso do lactente estão adequados, não sendo o motivo da internação.

---

### Questão 73

O quadro clínico descrito é clássico de uma Crise Aplástica, uma complicação comum e potencialmente grave em pacientes com anemias hemolíticas crônicas, como a anemia falciforme. O ponto fundamental para o diagnóstico reside na associação entre a queda acentuada da hemoglobina e o baixo índice de reticulócitos (reticulocitopenia).

Análise das alternativas:

a) Crise aplástica (Correta): É causada pela infecção pelo Parvovírus B19, que infecta diretamente os precursores eritroides na medula óssea, interrompendo temporariamente a produção de glóbulos vermelhos. Como o paciente com anemia falciforme possui hemácias com vida útil muito curta (10 a 20 dias), qualquer interrupção na produção medular leva a uma queda rápida e severa nos níveis de hemoglobina. O diagnóstico é confirmado pela tríade: queda da hemoglobina basal, reticulocitopenia (geralmente abaixo de 1%) e história de infecção viral prévia. A ausência de hepatoesplenomegalia e de icterícia adicional reforça que o problema é a falta de produção, e não o consumo ou destruição periférica.

b) Sequestro esplênico (Incorreta): O sequestro esplênico também causa queda

rápida da hemoglobina e sinais de choque, porém, ele obrigatoriamente cursa com esplenomegalia aguda (o baço retém o volume sanguíneo e aumenta de tamanho). Além disso, no sequestro esplênico, a medula óssea está funcionando e tenta compensar a perda, resultando em reticulocitose (aumento de reticulócitos), o que é o oposto do que foi apresentado no caso (0,1%). Aos 14 anos, muitos pacientes falciformes já apresentam fibrose esplênica (autoesplenectomia), tornando o sequestro menos comum, embora ainda possível.

c) Crise de dor vaso-oclusiva (Incorreta): Esta é a manifestação mais comum da anemia falciforme, caracterizada por dor isquêmica intensa devido à obstrução do fluxo sanguíneo pelos eritrócitos falcizados. No entanto, o relato afirma explicitamente que a paciente "não apresenta dores". Além disso, crises álgicas isoladas não costumam causar queda abrupta da hemoglobina com reticulocitopenia.

d) Síndrome torácica aguda (Incorreta): É uma complicação pulmonar grave definida pelo surgimento de um novo infiltrado radiológico associado a sintomas respiratórios (tosse, dispneia, dor torácica) ou febre. A paciente do caso apresenta sintomas predominantemente anêmicos (palidez, fadiga, taquicardia) e ausência de queixas respiratórias ou febre no momento do atendimento.

e) Hemólise crônica exacerbada (Incorreta): Também conhecida como crise hiper-hemolítica, envolveria um aumento na velocidade de destruição das hemácias. Nesses casos, esperaríamos encontrar reticulocitose (aumento de reticulócitos) como resposta da medula, além de um aumento visível da icterícia (pela liberação de bilirrubina indireta), sinais que não estão presentes no exame físico ou laboratorial da paciente.

---

### Questão 74

O quadro clínico descreve um caso clássico de anafilaxia, uma reação alérgica sistêmica grave e potencialmente fatal. A paciente apresenta acometimento de múltiplos sistemas: cutâneo (urticária, edema de lábios), gastrointestinal (vômito), respiratório (estridor, sibilos, hipóxia) e cardiovascular/neurológico (hipotensão e confusão mental, caracterizando choque anafilático). A prioridade absoluta no tratamento da anafilaxia é a administração imediata de epinefrina (adrenalina).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A dose de 0,1 mg/kg está errada (é dez vezes maior que a dose recomendada de 0,01 mg/kg), o que poderia causar arritmias graves e crise hipertensiva. Além disso, a via subcutânea não é mais recomendada na emergência por apresentar absorção mais lenta e errática quando comparada à via

intramuscular.

b) Incorreta. Embora a reposição volêmica com solução fisiológica seja importante no manejo do choque anafilático (especialmente se a pressão não subir após a primeira dose de adrenalina), ela é uma medida secundária. A prioridade zero é a epinefrina, pois ela atua nos receptores alfa-1 (causando vasoconstrição e reduzindo o edema) e beta-2 (causando broncodilatação e estabilizando os mastócitos), tratando a causa-base da hipotensão e do angioedema.

c) Incorreta. Corticosteroides como a hidrocortisona são medicações de segunda linha. Eles possuem um início de ação tardio (levam de 4 a 6 horas para agir) e são utilizados principalmente para tentar prevenir reações bifásicas (recorrência dos sintomas após algumas horas), não servindo para o tratamento da fase aguda e grave da anafilaxia.

d) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. A epinefrina deve ser administrada na dose de 0,01 mg/kg (dose máxima de 0,3 mg em crianças e 0,5 mg em adultos), por via intramuscular. O local de escolha é o músculo vasto lateral da coxa (face anterolateral da coxa), pois estudos comprovam que essa região permite uma absorção mais rápida e níveis plasmáticos mais altos e constantes do que a aplicação no braço (deltoide) ou glúteo.

e) Incorreta. O salbutamol e o oxigênio são medidas auxiliares importantes para o suporte respiratório. No entanto, o salbutamol trata apenas o broncoespasmo (sibilos) e não atua no edema de vias aéreas superiores (estridor) nem no colapso circulatório. A epinefrina intramuscular deve sempre preceder qualquer outra intervenção, pois trata todos os componentes da reação simultaneamente.

---

## Questão 75

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. No contexto de afogamento em pediatria, as manobras de reanimação não devem ser interrompidas precocemente. Crianças submetidas à hipóxia por afogamento podem apresentar recuperação neurológica mesmo após períodos prolongados de RCP, especialmente se houver hipotermia associada. Não existe uma recomendação de desestimular a reanimação após apenas 10 minutos.

Alternativa b) Incorreta. De acordo com as diretrizes da American Heart Association (AHA) e do PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria), a frequência recomendada para as compressões torácicas é de 100 a 120 por minuto, tanto para adultos quanto para crianças. A afirmação "pelo menos 120" sugere que valores

superiores seriam ideais, o que é falso, pois frequências muito elevadas comprometem o retorno venoso e o enchimento das câmaras cardíacas entre as compressões.

Alternativa c) Incorreta. A Sequência Rápida de Intubação (SRI) utiliza medicamentos (sedativos e bloqueadores musculares) para facilitar a intubação em pacientes que ainda possuem reflexos ou circulação. Em um paciente em parada cardiorrespiratória (PCR), a criança já se encontra inconsciente e sem reflexos protetores. O foco deve ser a oxigenação e ventilação imediatas; o uso de pré-medicações nesse cenário é contraindicado e retardaria as manobras de ressuscitação.

Alternativa d) Correta. Esta é a recomendação atual mais enfatizada nas atualizações das diretrizes de reanimação pediátrica. Para ritmos não chocáveis (como a Atividade Elétrica Sem Pulso e a Assistolia), a administração de epinefrina deve ser feita o mais rápido possível. Estudos demonstram que quanto mais cedo a primeira dose de epinefrina é administrada em ritmos não chocáveis, maior a chance de retorno à circulação espontânea (RCE) e de sobrevivência com bom resultado neurológico.

Alternativa e) Incorreta. As diretrizes modernas de pediatria recomendam preferencialmente o uso de tubos orotraqueais COM balonete (cuffed tubes), pois eles garantem uma melhor vedação, permitem monitorização mais precisa da pressão de via aérea e reduzem o risco de aspiração e de escape de ar. Além disso, o uso rotineiro da pressão cricoide (manobra de Sellick) foi descontinuado, pois pode dificultar a visualização da glote e interferir na ventilação eficaz.

---

## Questão 76

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente de 18 meses apresenta um quadro clássico de choque séptico descompensado (ou hipotensivo). Os sinais que fundamentam esse diagnóstico são: taquicardia (FC 158 bpm), tempo de enchimento capilar prolongado (5 segundos), pulsos finos, alteração do nível de consciência (letargia/sonolência) e, crucialmente, hipotensão arterial (PA 68 x 40 mmHg). Para uma criança de 18 meses, uma pressão sistólica abaixo de 70-74 mmHg já caracteriza hipotensão. Além disso, a história de febre, tosse e crise convulsiva sugere um foco infeccioso (possivelmente pulmonar ou do sistema nervoso central).

O manejo do choque séptico pediátrico baseia-se no reconhecimento precoce e na instituição imediata de expansão volêmica e antibioticoterapia.

**POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?**

Esta alternativa segue as diretrizes atuais do PALS (Pediatric Advanced Life Support) e da Surviving Sepsis Campaign International. Em pacientes com choque hipotensivo, a expansão volêmica deve ser rápida (20 mL/kg em 5 a 10 minutos) e não lenta. O uso de cristaloides balanceados é preferível em relação ao soro fisiológico 0,9% em volumes maiores para evitar acidose hiperclorêmica. A coleta de hemoculturas deve ser feita de forma ágil, mas a administração de antibióticos de amplo espectro deve ocorrer preferencialmente na primeira hora, sem nunca atrasar a medicação à espera de resultados ou de procedimentos como a punção lombar.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O flumazenil é um antagonista de benzodiazepínicos, mas seu uso é contraindicado em pacientes com história de convulsão ou de etiologia convulsiva desconhecida, pois pode precipitar novas crises de difícil controle. Além disso, o foco principal deve ser a reversão do choque e o tratamento da infecção, não apenas o despertar da paciente.

Alternativa B: O erro principal é aguardar a pressão cair "abaixo dos valores de choque compensado". A paciente já apresenta sinais claros de choque descompensado (hipotensão). Adiar a expansão volêmica nesse cenário aumenta drasticamente a mortalidade. A dexametasona não é o tratamento de primeira linha para o choque ou edema pós-crise convulsiva sem diagnóstico definido de meningite bacteriana específica (como por *Haemophilus* ou *Pneumococo*).

Alternativa C: Embora a proteção de via aérea seja importante, a intubação orotraqueal em uma criança com choque grave pode causar colapso cardiovascular devido à pressão positiva e às drogas sedativas. A prioridade é a estabilização hemodinâmica com volume. Além disso, jamais se deve aguardar exames laboratoriais para iniciar a antibioticoterapia em um quadro de choque séptico.

Alternativa D: O tempo de administração do bólus de solução salina (30 minutos) é considerado lento para um paciente em choque hipotensivo; nessa situação, o volume deve ser administrado "em bólus" (correndo o mais rápido possível). Outro erro grave é sugerir a coleta de LCR (líquido cefalorraquidiano) antes da estabilização. A punção lombar é absolutamente contraindicada em pacientes hemodinamicamente instáveis ou com sinais de hipertensão intracraniana.

## Questão 77

Esta questão aborda o diagnóstico diferencial de cianose neonatal precoce em um recém-nascido (RN) a termo, sem fatores de risco para infecção ou aspiração e com excelente vitalidade ao nascer. O ponto central é identificar uma cardiopatia congênita cianótica precocemente.

Análise do quadro clínico:

O RN apresenta cianose central intensa e hipoxemia (saturação de O<sub>2</sub> entre 73-75%) que não melhora com o repouso. Um dado fundamental é a ausência de desconforto respiratório importante (sem tiragens ou retrações), o que direciona o raciocínio para uma causa cardíaca, e não pulmonar (a chamada cianose pura ou com taquipneia sem esforço). Além disso, o exame físico cardíaco é normal, sem sopros, o que é muito característico da Transposição das Grandes Artérias (TGA), a cardiopatia cianótica mais comum no período neonatal imediato. Na TGA, as circulações sistêmica e pulmonar funcionam em paralelo, e a sobrevivência depende de comunicações entre elas (como o canal arterial).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O Desconforto Respiratório Transitório do RN (Taquipneia Transitória) geralmente ocorre em bebês nascidos por cesariana sem trabalho de parto e apresenta-se com sinais de esforço respiratório (retrações, batimentos de asa de nariz) e uma cianose leve que melhora rapidamente com baixas frações de oxigênio. O quadro descrito é de hipoxemia grave e sem sinais pulmonares.

b) Correta. A principal hipótese é Transposição das Grandes Artérias (TGA). Como a mistura de sangue entre as circulações sistêmica e pulmonar é insuficiente, o fechamento fisiológico do canal arterial (que costuma ocorrer nas primeiras horas de vida) agrava a cianose. A conduta imediata para manter a patência do canal arterial e garantir a oxigenação sistêmica até a correção cirúrgica ou paliativa (atriosseptostomia) é a infusão de prostaglandina E1 (PGE1).

c) Incorreta. A bronquiolite viral aguda é uma infecção de vias aéreas inferiores que raramente se manifesta em um RN com apenas 8 horas de vida. Além disso, o quadro clínico seria de obstrução brônquica (sibilos, esforço respiratório), o que não condiz com o relato.

d) Incorreta. Embora a Hipertensão Pulmonar Persistente Neonatal (HPPN) cause cianose e hipoxemia, ela geralmente está associada a fatores de estresse perinatal (asfixia, aspiração de mecônio, sepse). Além disso, na HPPN costuma haver uma diferença significativa entre a saturação pré-ductal (mão direita) e pós-ductal (membros inferiores), o que não foi marcante neste caso (75% vs. 73%). A sildenafil

é usada no tratamento da hipertensão pulmonar, mas a estabilização de uma possível cardiopatia ducto-dependente com prostaglandina é prioritária.

e) Incorreta. Uma saturação de oxigênio de 75% em um RN com 8 horas de vida é um sinal de alerta crítico e nunca deve ser considerada normal ou apenas observada. A transição circulatória normal atinge saturações acima de 95% nos primeiros 10 a 15 minutos de vida. Estar com 75% indica hipoxemia grave que exige intervenção imediata para evitar danos orgânicos e óbito.

---

## Questão 78

Análise do caso clínico:

O recém-nascido (RN) em questão é de termo (41 semanas) e apresenta-se vigoroso ao nascimento, evidenciado pelo choro forte e tônico em flexão. A presença de líquido amniótico meconial, em um RN que nasce vigoroso, não altera a conduta inicial básica de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). A cianose generalizada descrita é comum nos primeiros minutos de vida (cianose fisiológica) e não indica, por si só, necessidade de intervenção imediata se o RN estiver respirando bem.

Por que a alternativa (b) está correta:

De acordo com o Programa de Reanimação Neonatal da SBP, para o RN de termo (idade gestacional maior ou igual a 37 semanas) que apresenta boa vitalidade ao nascer (respirando ou chorando e com tônus muscular adequado), a conduta correta é realizar o clampeamento tardio ou oportuno do cordão umbilical (após 1 a 3 minutos). Esse procedimento deve ser feito enquanto o RN é colocado em contato pele a pele com a mãe, garantindo o aquecimento e o vínculo. Durante esse tempo, o profissional deve manter a observação da frequência cardíaca, do tônus e da respiração para garantir que o RN permaneça estável. A presença de mecônio não muda essa conduta se o RN for vigoroso.

Por que as outras alternativas estão incorretas:

Alternativa a: O clampeamento imediato é indicado apenas se o RN não apresentar boa vitalidade (apneia, gasping ou flacidez) ou em casos específicos como DPP ou ruptura de vasa prévia. O oxigênio suplementar não é oferecido de forma rotineira baseado apenas na cianose inicial, pois a saturação de oxigênio demora alguns minutos para atingir níveis acima de 90%.

Alternativa c: A aspiração de vias aéreas (boca e nariz) não deve ser realizada de

forma rotineira. Ela só está indicada se houver obstrução das vias aéreas por excesso de secreção que prejudique a respiração do RN. Em crianças vigorosas, essa prática pode causar bradicardia reflexa e traumatismo de mucosa.

Alternativa d: Não há indicação de encaminhar um RN vigoroso ao berço de reanimação para visualização de mecônio. Antigamente, realizava-se a laringoscopia e aspiração traqueal em RNs não vigorosos com mecônio, mas hoje essa prática caiu em desuso mesmo para RNs deprimidos. Além disso, o posicionamento correto para vias aéreas é a leve extensão (posição de olfativo) e não a hiperextensão.

Alternativa e: A ventilação com pressão positiva (VPP) é o procedimento mais importante na reanimação neonatal, mas só é indicada se o RN estiver em apneia, gasping ou com frequência cardíaca menor que 100 batimentos por minuto. Como o RN do caso tem choro forte (está respirando) e tônus em flexão, a VPP é contraindicada.

---

### Questão 79

Esta questão aborda os cuidados imediatos com o recém-nascido (RN) de termo, focando em higiene, preservação da integridade cutânea e mitos comuns na prática pediátrica. A conduta deve ser pautada nas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Alternativa a: Incorreta. A recomendação atual é adiar o primeiro banho para além das 12 horas, idealmente aguardando 24 horas. O banho de sol não é mais recomendado para prevenção ou tratamento de icterícia, devido ao risco de exposição à radiação UV, risco de queimaduras e falta de evidência de eficácia em níveis terapêuticos seguros.

Alternativa b: Incorreta. Sabonetes em barra tradicionais costumam ter pH alcalino (em torno de 9 a 11), o que agride o "manto ácido" da pele do bebê (cujo pH é em torno de 5,5). A pele do RN saudável não necessita de hidratação rotineira com cremes nas primeiras horas de vida, pois isso pode interferir na barreira natural.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa reflete as evidências científicas atuais. O adiamento do banho (mínimo de 6h, idealmente 24h) visa preservar o vernix caseoso, que possui propriedades imunológicas, auxilia na termorregulação e na hidratação da pele. O uso de sabonetes líquidos com pH levemente ácido (próximo a 5,5) minimiza a irritação. Quanto ao coto umbilical, a tendência atual para partos hospitalares em países desenvolvidos ou em boas condições de higiene é a técnica "dry care" (manter apenas limpo e seco). Embora o uso de álcool 70% ainda seja aceito em diversos protocolos nacionais, a alternativa c é a que melhor descreve a

fisiologia e a proteção da barreira cutânea.

Alternativa d: Incorreta. A barreira epidérmica do RN a termo, embora funcional, ainda é mais fina e permeável que a do adulto, levando semanas para atingir a maturação completa. O uso de clorexidina no coto umbilical é recomendado pela OMS especificamente para partos domiciliares em regiões de alta mortalidade neonatal por onfalite; em ambiente hospitalar controlado, a limpeza simples ou o álcool 70% são suficientes.

Alternativa e: Incorreta. O uso de lenços umedecidos deve ser evitado nas primeiras semanas, especialmente os que contêm fragrâncias e conservantes, devido ao risco de dermatite de contato e sensibilização. A limpeza da área das fraldas deve ser feita preferencialmente com algodão e água morna. Além disso, alguns óleos vegetais específicos (como o de girassol) podem ser benéficos para a barreira cutânea, não sendo proibidos de forma generalizada.

---

## Questão 80

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um lactente com sinais clássicos de uma infecção congênita do grupo TORCH. Os achados fundamentais para o diagnóstico são: microcefalia, crises convulsivas, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, calcificações periventriculares e perda auditiva neurossensorial bilateral. O relato materno de síndrome gripal e febre no primeiro trimestre reforça a ocorrência de uma primoinfecção viral durante o período de organogênese.

### DISCUSSÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Citomegalovírus (CORRETA): O Citomegalovírus (CMV) é a causa mais comum de infecção congênita e a principal causa não hereditária de surdez neurossensorial na infância. O padrão de calcificações intracranianas é patognomônico quando localizado na região periventricular (ao redor dos ventrículos laterais), resultante da destruição da matriz germinativa pelo vírus. A microcefalia e as sequelas neurológicas graves são frequentes quando a infecção ocorre no primeiro trimestre da gestação.

b) Toxoplasma gondii (INCORRETA): Embora a toxoplasmose congênita também curse com calcificações intracranianas e microcefalia, o padrão das calcificações na toxoplasmose costuma ser difuso (espalhado pelo parênquima cerebral) e não especificamente periventricular. Além disso, a tríade clássica de Sabin para toxoplasmose inclui coriorretinite, hidrocefalia obstrutiva e calcificações, o que difere

do quadro de surdez e calcificações periventriculares apresentado.

c) *Treponema pallidum* (INCORRETA): A sífilis congênita manifesta-se tipicamente com rinite serossanguinolenta, lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar), hepatosplenomegalia e alterações ósseas (periostite e osteocondrite, como o sinal de Wimberger). Não apresenta como marca principal as calcificações periventriculares ou a surdez neurossensorial isolada precocemente como descrito no caso.

d) Herpesvírus (INCORRETA): A infecção congênita por Herpes Simples (HSV) é rara, sendo mais comum a transmissão neonatal durante o parto. Quando ocorre de forma congênita (intraútero), pode causar lesões cicatríciais na pele, microftalmia e hidranencefalia, mas não é a causa típica de calcificações periventriculares organizadas e surdez neurossensorial bilateral em um lactente de 2 meses com este histórico.

e) Parvovírus B19 (INCORRETA): A infecção por Parvovírus B19 durante a gestação está primariamente associada à interrupção da eritropoiese fetal, levando a anemia grave, hidropisia fetal (edema generalizado) e morte fetal. Não é uma causa comum de microcefalia com calcificações periventriculares em recém-nascidos a termo ou lactentes.

## CONCLUSÃO

A combinação de microcefalia, calcificações periventriculares e surdez neurossensorial é a assinatura clássica da infecção congênita pelo Citomegalovírus, tornando a alternativa (a) a única correta.

---

## Questão 81

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Um inquérito epidemiológico, também conhecido como estudo transversal, fornece uma fotografia momentânea da saúde da população (prevalência). Embora seja útil para descrever a situação atual, ele possui limitações para estabelecer relações de causa e efeito e não é o desenho ideal para acompanhar a evolução de doenças decorrentes de uma exposição crônica de longo prazo, como a relatada no caso.

Alternativa b) Correta. O estudo de coorte é o desenho epidemiológico analítico que parte da exposição em busca do desfecho. No cenário descrito, temos grupos bem definidos de exposição (trabalhadores e moradores próximos). Ao acompanhar esses indivíduos ao longo do tempo, é possível calcular a incidência (casos novos) de

doenças e determinar medidas diretas de risco, como o Risco Relativo. Dado que a exposição ocorre há 20 anos, pode-se realizar tanto uma coorte prospectiva quanto uma coorte histórica (retrospectiva).

Alternativa c) Incorreta. O estudo de caso-controle é muito útil para doenças raras ou com longos períodos de latência, mas não é o único estudo com alto poder analítico. O estudo de coorte também possui elevado poder analítico e é preferível quando se quer avaliar múltiplos desfechos de uma única exposição conhecida, permitindo uma análise mais direta do risco.

Alternativa d) Incorreta. O estudo ecológico baseia-se em dados populacionais agregados e não em dados individuais. Por esse motivo, ele possui baixo poder analítico para inferências individuais, fenômeno conhecido como falácia ecológica. Além disso, os estudos ecológicos são geralmente conhecidos pelo seu baixo custo e rapidez, e não por custos elevados.

Alternativa e) Incorreta. Na saúde pública, o princípio da precaução e a vigilância epidemiológica orientam que a ação deve ocorrer mesmo diante de incertezas científicas absolutas. Os estudos epidemiológicos servem justamente para identificar as associações entre exposições químicas e doenças, sendo ferramentas essenciais para a saúde coletiva antes mesmo que todos os mecanismos fisiopatológicos sejam completamente desvendados.

---

## Questão 82

Alternativa a (CORRETA): A presença de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), especialmente as ulcerativas como sífilis, herpes genital e cancro mole, aumenta significativamente o risco de infecção pelo HIV. Isso ocorre porque as lesões rompem a barreira epitelial da mucosa e promovem um processo inflamatório local que recruta células de defesa, como os linfócitos T CD4+, que são os principais alvos do vírus, facilitando sua entrada na corrente sanguínea.

Alternativa b (INCORRETA): O período de incubação para a fase aguda (síndrome retroviral aguda) é curto, variando geralmente de 2 a 4 semanas após a exposição, e não 6 meses. Além disso, as doenças oportunistas são características da fase avançada da doença (AIDS), que ocorre anos após a infecção inicial, quando a contagem de linfócitos CD4+ está muito baixa.

Alternativa c (INCORRETA): Embora o Brasil tenha alcançado progressos notáveis e algumas cidades tenham recebido certificação de eliminação da transmissão vertical, ela ainda não é considerada uma etapa totalmente vencida no país. A transmissão ainda ocorre devido a falhas na assistência pré-natal, diagnóstico tardio da gestante

ou falta de adesão ao tratamento antirretroviral.

Alternativa d (INCORRETA): A janela imunológica (tempo entre a infecção e a detecção do vírus por testes laboratoriais) foi drasticamente reduzida com o avanço tecnológico. Com os testes de 4ª geração atuais, que detectam anticorpos e o antígeno p24, o período médio de janela é de 15 a 30 dias, e não 360 dias.

Alternativa e (INCORRETA): O diagnóstico da fase aguda é frequentemente difícil e negligenciado porque os sintomas são inespecíficos, lembrando uma gripe comum ou mononucleose (febre, mal-estar, dor de garganta). Muitos pacientes são assintomáticos nesta fase. O quadro clínico é autolimitado e geralmente dura de 1 a 2 semanas, não sendo habitualmente longo como afirmado.

---

### Questão 83

Esta questão aborda o manejo de um surto de varicela em ambiente de confinamento (presídio), exigindo conhecimentos sobre transmissão, diagnóstico e medidas de controle epidemiológico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o contato direto com o fluido das vesículas transmita o vírus, a principal via de transmissão da varicela é a aérea (perdigotos e aerossóis). Além disso, o período de isolamento recomendado não é fixo em 14 dias, mas sim até que todas as lesões tenham evoluído para a fase de crosta (geralmente em torno de 5 a 7 dias).

b) Incorreta. A vacina contra varicela é utilizada para prevenir a infecção primária em indivíduos suscetíveis. Uma vez que a pessoa já está acometida pela varicela, a vacina não impede a futura evolução para herpes-zóster, que decorre da reativação do vírus latente nos gânglios nervosos. O objetivo principal no surto é evitar novos casos e complicações graves.

c) Incorreta. O diagnóstico da varicela é eminentemente clínico, baseado nas características das lesões (polimorfismo regional: pápulas, vesículas e crostas coexistindo). Exames laboratoriais, como PCR ou isolamento viral, são reservados para casos atípicos, graves ou para fins de vigilância epidemiológica, não sendo a única forma de diagnóstico.

d) Incorreta. O isolamento dos doentes é uma medida necessária, mas insuficiente em ambientes fechados. Devido ao alto índice de transmissibilidade (a transmissão ocorre inclusive 1 a 2 dias antes do surgimento do exantema), é provável que outros

detentos já tenham sido expostos. A contenção do surto exige medidas ativas de bloqueio vacinal.

e) Correta. Em situações de surto em ambientes de aglomeração ou confinamento, o Ministério da Saúde recomenda medidas combinadas. A suspensão de atividades coletivas e visitas interrompe a cadeia de transmissão externa e interna. A vacinação de bloqueio deve ser realizada em contatos suscetíveis (sem histórico de doença ou vacinação prévia) idealmente até 72 horas após a exposição (podendo ser estendida até 120 horas em algumas diretrizes), visando prevenir a doença ou atenuar sua gravidade.

---

### Questão 84

Para compreender essa questão, devemos analisar as normas do Ministério da Saúde sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, além das definições legais de acidente de trabalho.

Joel: Foi picado por uma cobra. Acidentes por animais peçonhentos (serpentes, escorpiões, aranhas, etc.) são de notificação compulsória imediata ou semanal ao SINAN em todo o território nacional.

Dina: Empregada doméstica que se acidentou no trajeto do trabalho para casa. Pela legislação brasileira (Lei nº 8.213/91), o acidente ocorrido no percurso da residência para o local de trabalho ou vice-versa, independentemente do meio de locomoção, é considerado um acidente de trabalho (chamado de acidente de trajeto).

Sérgio: Taxista que colidiu o veículo enquanto transportava um passageiro. Trata-se de um acidente de trabalho típico, pois ocorreu durante a execução do serviço e no exercício da atividade profissional.

Leda: Atendente que caiu no banheiro da empresa. Também é considerado um acidente de trabalho típico, pois ocorreu dentro do ambiente laboral durante o período de trabalho.

Luciana: Estudante que caiu ao voltar da escola. Este caso não se enquadra como acidente de trabalho (pois o estudo não é atividade laboral remunerada ou equiparada para fins de vigilância em saúde do trabalhador) e a contusão simples não é um agravo de notificação compulsória.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A notificação compulsória ao SINAN tem fins epidemiológicos e deve ser

realizada independentemente de o vínculo empregatício ser formal ou informal. O objetivo é mapear os riscos à saúde da população trabalhadora como um todo.

b) Incorreta. Esta alternativa falha ao excluir Dina e Sérgio. Ambos sofreram acidentes que são classificados legal e epidemiologicamente como acidentes de trabalho (trajeto e típico, respectivamente).

c) Correta. Identifica corretamente a obrigatoriedade de notificar o acidente com animal peçonhento (Joel) e reconhece que Dina, Sérgio e Leda sofreram acidentes de trabalho, conforme as definições de acidente de trajeto e acidente típico.

d) Incorreta. Exclui Dina da notificação de acidente de trabalho. O acidente de trajeto tem o mesmo status de notificação que o acidente típico para fins de vigilância em saúde.

e) Incorreta. O erro está em incluir Luciana. A queda de uma estudante voltando da escola, sem outras complicações ou especificidades listadas na portaria de notificação, não é um evento que deva ser registrado no SINAN. Além disso, a menoridade por si só não torna qualquer queda uma notificação compulsória, a menos que houvesse suspeita de violência ou que se tratasse de um acidente de trabalho envolvendo menor.

Portanto, a alternativa C está correta por abranger todos os casos que possuem previsão legal de preenchimento de ficha de notificação no sistema nacional.

---

### Questão 85

A questão apresenta um quadro clínico clássico de Acidente Vascular Cerebral (AVC): início súbito de déficit motor e sensitivo focal (hemibloqueio à esquerda) associado à alteração de fala (disartria ou afasia). O fato de os sintomas estarem presentes ao acordar caracteriza o chamado AVC de despertar (Wake-up Stroke). O papel do médico na Unidade Básica de Saúde (UBS) diante de uma suspeita de AVC é realizar a estabilização inicial, avaliação neurológica rápida e providenciar o encaminhamento imediato para uma unidade de emergência referenciada.

Alternativa (a) Incorreta. Não é necessário, nem viável, aguardar a avaliação presencial de especialistas como cardiologista e neurologista dentro da UBS para definir a conduta. O tempo é um fator determinante no tratamento do AVC (tempo é cérebro), e o encaminhamento deve ser feito pelo médico da unidade de forma imediata após a suspeita clínica.

Alternativa (b) Incorreta. Embora a aplicação da Escala de Cincinnati, Escala de Coma

de Glasgow e o descarte de hipoglicemia (um importante diagnóstico diferencial que mimetiza o AVC) sejam procedimentos corretos, a alternativa está incorreta ao sugerir que a ausência de antecedentes mórbidos deveria influenciar o tempo de encaminhamento. A suspeita clínica de déficit focal súbito, independentemente do histórico da paciente, já impõe a transferência imediata para um centro com capacidade de realizar tomografia e terapia de reperfusão.

Alternativa (c) Incorreta. Déficits neurológicos focais súbitos nunca devem ser atribuídos primariamente a causas psíquicas (como ansiedade ou depressão) sem a exclusão rigorosa de causas orgânicas graves por meio de exames de imagem. Retardar o encaminhamento para avaliar o estado psíquico é uma conduta perigosa que pode privar a paciente do tratamento adequado dentro da janela terapêutica.

Alternativa (d) Correta. Esta alternativa descreve a conduta padrão na atenção primária: verificação de sinais vitais para estabilização hemodinâmica, uso de escalas validadas para triagem neurológica rápida (a Escala de Cincinnati avalia assimetria facial, queda do braço e alteração na fala; Glasgow avalia o nível de consciência) e providenciar a transferência urgente para unidade hospitalar. O objetivo é viabilizar a realização de exames de imagem e a possível trombólise, que deve ser iniciada o mais rápido possível.

Alternativa (e) Incorreta. A janela terapêutica padrão para trombólise endovenosa é de até 4,5 horas a partir do início dos sintomas ou do último momento em que a pessoa foi vista sem déficits (Last Seen Well). O limite de 40 minutos mencionado na alternativa não possui embasamento nas diretrizes nacionais ou internacionais. Mesmo em casos de "AVC de despertar", protocolos modernos com exames de imagem avançados (como a ressonância com mismatch Difusão/FLAIR ou tomografia de perfusão) podem permitir o tratamento, justificando sempre o encaminhamento em caráter de urgência.

---

## Questão 86

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda as diretrizes do III Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) para o triênio 2025-2027. O plano é um instrumento de gestão intersetorial que visa garantir o direito humano à alimentação adequada, contando com a participação direta do Ministério da Saúde na identificação de famílias em situação de vulnerabilidade.

Alternativa a: Incorreta. O plano não prevê uma verba específica para a contratação de novas equipes dedicadas exclusivamente a essa meta. A estratégia

fundamenta-se na utilização da estrutura já instalada do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando a avaliação de insegurança alimentar às rotinas de atendimento e visitas domiciliares já existentes.

Alternativa b: Correta. O compromisso do Ministério da Saúde no PNSAN baseia-se na mobilização da rede do SUS, especialmente na Atenção Primária à Saúde. A avaliação do risco de insegurança alimentar é considerada uma ação de promoção da saúde de grande envergadura, pois a alimentação é um determinante social básico que impacta diretamente no perfil epidemiológico da população. A rede de saúde é o braço do Estado com maior capilaridade para alcançar os domicílios e realizar esse monitoramento.

Alternativa c: Incorreta. As ações de segurança alimentar e nutricional no SUS são de caráter multiprofissional. Embora o médico participe do processo, a mobilização recai sobre toda a equipe de Saúde da Família, com papel de destaque para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipes de enfermagem, que estão na linha de frente das visitas domiciliares e do preenchimento dos sistemas de vigilância alimentar e nutricional.

Alternativa d: Incorreta. A população em situação de rua é justamente um dos grupos de maior vulnerabilidade e alvo prioritário de políticas de segurança alimentar. Excluí-los da ação contrariaria os princípios de equidade e universalidade do SUS e os objetivos do Consea.

Alternativa e: Incorreta. O Plano Nacional tem abrangência em todo o território nacional. Embora a execução possa ser priorizada em regiões com maiores índices de insegurança alimentar, as metas de monitoramento e avaliação são nacionais, envolvendo todos os municípios brasileiros que possuem a rede do SUS estruturada.

---

### **Questão 87**

O Programa Brasil Sorridente, parte da Política Nacional de Saúde Bucal, estruturou a rede de atenção em saúde bucal no SUS. O Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB), comumente materializado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), possui regras específicas de funcionamento e composição.

Abaixo, a análise detalhada das alternativas:

**\*\*a) Incorreta.\*\*** Embora a presença de Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) ou Técnicos de Saúde Bucal (TSB) seja obrigatória para auxiliar os cirurgiões-dentistas, a regulamentação não estabelece uma carga horária individual mínima de exatamente 20 horas para esses profissionais como regra geral de funcionamento. A carga

horária total da equipe deve ser compatível com o tipo de CEO e o número de consultórios (equipos).

**\*\*b) Incorreta.\*\*** Não existe uma determinação na Política Nacional de Saúde Bucal que proíba profissionais de terem carga horária menor que 10 horas. Em geral, as cargas horárias são organizadas em turnos de 4, 8 ou 20 horas, mas o parâmetro de "mínimo de 10 horas" não consta nos requisitos normativos do SESB.

**\*\*c) Correta.\*\*** De acordo com as diretrizes de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (que compõem o SESB), para que uma unidade seja habilitada e receba recursos federais, ela deve ofertar um elenco mínimo de especialidades. Embora os CEOs mais comuns (Tipo I, II e III) devam obrigatoriamente ofertar 5 áreas (Periodontia, Endodontia, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia e Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais), em termos de organização de serviços especializados de menor porte ou em contextos específicos de implantação do SESB, o parâmetro mínimo aceitável para caracterizar a assistência secundária é a oferta de, pelo menos, 3 especialidades odontológicas.

**\*\*d) Incorreta.\*\*** O parâmetro para o dimensionamento dos CEOs é baseado no número de consultórios odontológicos (equipos) e na carga horária semanal total, não necessariamente no número absoluto de indivíduos contratados. Um CEO Tipo I, por exemplo, deve possuir no mínimo 3 equipes (consultórios), mas o número de dentistas pode variar conforme a distribuição da carga horária (ex.: vários dentistas de 20h preenchendo as vagas).

**\*\*e) Incorreta.\*\*** Não há obrigatoriedade de funcionamento até às 21 horas. A carga horária padrão exigida para o funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas é de 40 horas semanais, geralmente distribuídas em horário comercial. A extensão do horário noturno é uma decisão da gestão local (municipal ou estadual) e não um parâmetro mínimo nacional.

---

### **Questão 88**

**ALTERNATIVA A - INCORRETA:** O manejo do diabetes mellitus, especialmente o tipo 2, deve ser realizado primordialmente no âmbito da Atenção Básica. O encaminhamento ao endocrinologista é reservado para casos específicos, como diabetes tipo 1, gestacional ou casos de difícil controle (refratários). A alta mortalidade está mais associada ao diagnóstico tardio, à baixa adesão ao estilo de vida saudável e ao controle inadequado de fatores de risco cardiovascular, e não à falta de especialistas de nível secundário.

**ALTERNATIVA B - INCORRETA:** A judicialização da saúde é um fenômeno que

frequentemente gera iniquidade, pois privilegia o acesso individual em detrimento do planejamento coletivo e do orçamento público. Ela não representa uma política de ampliação de acesso a medicamentos de qualidade para a população geral, sendo muitas vezes uma resposta a falhas pontuais no sistema ou à busca por tecnologias ainda não incorporadas baseadas em evidências de custo-efetividade.

ALTERNATIVA C - CORRETA: O diabetes é reconhecido como uma Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP). Isso significa que um acompanhamento longitudinal bem executado nas Unidades Básicas de Saúde — incluindo rastreio de complicações, controle glicêmico, manejo da pressão arterial, cessação do tabagismo e estímulo à atividade física — tem o poder comprovado de reduzir significativamente as taxas de internações hospitalares e a mortalidade por eventos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC).

ALTERNATIVA D - INCORRETA: Estratégias educativas baseadas no medo ou no "terrorismo" sobre as complicações da doença são pedagogicamente ineficazes e podem levar o paciente à negação ou ao afastamento do serviço de saúde por ansiedade. A adesão terapêutica é melhor alcançada através do autocuidado apoiado, da entrevista motivacional e do empoderamento do paciente sobre sua própria condição de saúde.

ALTERNATIVA E - INCORRETA: Embora os análogos de insulina e os novos agentes (como inibidores de SGLT2 e análogos de GLP-1) ofereçam benefícios adicionais em termos de segurança e proteção cardiovascular, eles não são os únicos responsáveis pelo controle do DM. O controle eficaz da doença depende fundamentalmente de mudanças no estilo de vida e do uso racional de medicações essenciais já disponíveis e consagradas no SUS, como a metformina, as sulfonilureias e as insulinas humanas (NPH e Regular).

---

### Questão 89

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, é uma política transversal que busca transformar as relações entre gestores, trabalhadores e usuários para qualificar a assistência e a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS).

Alternativa A: Incorreta. A PNH propõe justamente a superação do modelo centrado exclusivamente no saber técnico das profissões ou na hegemonia de determinadas categorias. O objetivo é a valorização da troca de saberes e a coprodução de saúde, integrando o conhecimento científico com a experiência e a subjetividade dos usuários e de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa baseia-se em um dos princípios fundamentais da PNH: o protagonismo, a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos e coletivos. A política entende que a humanização só é possível quando os envolvidos deixam de ser objetos passivos de intervenção e passam a ser sujeitos ativos, com autonomia para influenciar os processos de saúde e a organização do trabalho.

Alternativa C: Incorreta. A PNH não busca a dissolução dos papéis ou das responsabilidades de cada grupo. O que a política propõe é a transversalidade e a cogestão, ou seja, aumentar a comunicação e a interação entre gestão, trabalhadores e usuários. Cada grupo mantém suas funções, mas trabalha de forma integrada e democrática, rompendo com estruturas excessivamente hierarquizadas.

Alternativa D: Incorreta. A descentralização do poder para os municípios é uma diretriz estruturante do SUS (prevista na Constituição e na Lei 8.080/90), mas isso não diminui a importância do Ministério da Saúde. O órgão federal continua com o papel fundamental de formulador de políticas nacionais, coordenador do sistema e principal financiador. Além disso, este tema refere-se à organização administrativa do SUS e não especificamente à essência da PNH.

Alternativa E: Incorreta. As comissões tripartites (como a CIT - Comissão Intergestores Tripartite) são foros de pactuação compostos exclusivamente por gestores (representantes do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios). A participação de trabalhadores e usuários ocorre nos Conselhos de Saúde, que são as instâncias de controle social e possuem composição paritária (50 por cento de usuários, 25 por cento de trabalhadores de saúde e 25 por cento de gestores e prestadores de serviços).

---

## Questão 90

Para compreender esta questão, é fundamental dominar o conceito de Causa Básica de Morte, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e utilizado obrigatoriamente no preenchimento da Declaração de Óbito (DO).

A causa básica é definida como: (1) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou (2) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

No caso clínico apresentado, temos a seguinte sequência cronológica:

Explosão do tubo (evento inicial) -> Trauma craniano (lesão decorrente) -> Internação -> Infecção pulmonar (complicação) -> Septicemia (estado terminal) -> Óbito.

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. A internação hospitalar é um evento de assistência à saúde, e não uma causa de morte. Ela é consequência da gravidade do quadro clínico, mas não integra a etiologia do óbito.

b) INCORRETA. A infecção pulmonar é considerada uma causa intermediária. Ela surgiu como uma complicação do estado de saúde do paciente durante o período hospitalar, mas só existiu porque o paciente sofreu o trauma inicial que o levou à internação.

c) INCORRETA. O trauma craniano é a lesão diagnóstica. Em mortes por causas naturais, a doença principal seria a causa básica. Entretanto, em mortes por causas externas (acidentes e violências), as regras internacionais de certificação determinam que a causa básica é a circunstância do acidente (o "porquê" da lesão), e não a natureza da lesão em si.

d) INCORRETA. A septicemia é a causa imediata ou terminal. É o mecanismo fisiopatológico final que levou o paciente ao óbito. Na Declaração de Óbito, ela deve ser anotada na linha "a" da Parte I, sendo o desfecho da cadeia iniciada pela causa básica.

e) CORRETA. A explosão do tubo de oxigênio é o evento desencadeador, o fato que deu início a toda a sucessão de eventos mórbidos que culminaram na morte de Wilson. Para fins estatísticos e epidemiológicos, em casos de acidentes de trabalho ou causas externas, o evento produtor do dano é sempre a causa básica. Na Declaração de Óbito, este evento seria registrado na última linha preenchida da Parte I.

Resumo: Em óbitos por causas externas, a causa básica será sempre a circunstância do acidente ou da violência, e não as lesões ou complicações clínicas subsequentes.

---

### Questão 91

A questão aborda o Calendário Nacional de Vacinação da Criança, definido pelo Ministério da Saúde (PNI). Para o recém-nascido, o protocolo recomenda a aplicação de duas vacinas ainda na maternidade, idealmente nas primeiras 12 a 24 horas de vida.

Alternativa a) Correta. A vacina BCG (dose única) e a vacina contra a hepatite B (primeira dose) são as únicas recomendadas para administração imediata ao nascimento. A BCG protege contra as formas graves da tuberculose (miliar e

meníngea), enquanto a dose precoce da hepatite B visa, primordialmente, prevenir a transmissão vertical do vírus.

Alternativa b) Incorreta. Embora a BCG seja feita ao nascimento, a vacina inativada contra a poliomielite (VIP) tem seu esquema iniciado apenas aos 2 meses de idade, conforme o calendário básico.

Alternativa c) Incorreta. A vacina contra a hepatite A é administrada em dose única aos 15 meses de idade. Já a primeira dose da vacina meningocócica C conjugada é aplicada rotineiramente aos 3 meses de idade.

Alternativa d) Incorreta. A vacina contra a febre amarela é indicada, no esquema de rotina nacional, a partir dos 9 meses de idade. Ela não é uma vacina do período neonatal.

Alternativa e) Incorreta. A vacina contra a Covid-19 no calendário infantil do PNI inicia-se aos 6 meses de idade. Portanto, apenas a vacina contra a hepatite B, também citada nesta alternativa, é aplicada ao nascimento.

---

## Questão 92

Esta questão aborda as diretrizes de atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas públicas brasileiras, como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o sistema de saúde deva estar preparado para as particularidades do envelhecimento, a afirmação de que os idosos devem ser acolhidos de forma particular por serem carentes emocionalmente é um estereótipo e não possui fundamentação técnica ou legal. O atendimento deve ser humanizado e centrado nas necessidades biopsicossociais, evitando-se generalizações preconceituosas.

b) Correta. Esta alternativa está em consonância com as diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A Atenção Primária à Saúde, representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas equipes de Saúde da Família e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é a porta de entrada preferencial e o centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde. Por estarem inseridos no território e próximos ao domicílio do idoso, esses serviços são os primeiros a identificar demandas e realizar o acompanhamento longitudinal.

c) Incorreta. O SUS organiza-se de forma regionalizada e hierarquizada. Não há obrigatoriedade legal ou viabilidade financeira para que todos os municípios, individualmente, possuam hospitais especializados em geriatria. A atenção especializada é garantida por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas quais municípios menores referenciam seus pacientes para centros de maior complexidade em suas respectivas regiões de saúde.

d) Incorreta. A descrição utiliza termos subjetivos e inadequados para a prática clínica e de saúde pública. Em geriatria e gerontologia, o foco do cuidado está na preservação da autonomia (capacidade de decisão) e da independência (capacidade de execução), e não no estabelecimento de limites, termo este que remete a uma visão infantilizada da velhice.

e) Incorreta. A saúde do idoso é definida pela sua funcionalidade global. Embora as alterações físicas sejam relevantes, elas não são necessariamente as mais importantes. O modelo de avaliação geriátrica ampla considera as dimensões física, cognitiva, emocional, social e funcional. Muitas vezes, o suporte social ou a saúde mental são determinantes mais críticos para a qualidade de vida do idoso do que uma alteração física isolada.

Gabarito: Letra (b).

---

### Questão 93

A classificação BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) é a ferramenta utilizada para padronizar os laudos de exames de imagem da mama e guiar a conduta médica baseada no risco de malignidade. No caso apresentado, a paciente de 67 anos apresenta um resultado BI-RADS 2.

A categoria BI-RADS 2 refere-se a achados mamográficos definitivamente benignos. Isso inclui situações como fibroadenomas calcificados, cistos simples, calcificações vasculares ou linfonodos intramamários típicos. Para essa categoria, o risco de câncer é de 0%, não havendo necessidade de intervenções adicionais ou antecipação de exames.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA, o rastreamento mamográfico para mulheres entre 50 e 69 anos deve ser realizado a cada dois anos. Como a paciente tem 67 anos e o exame é benigno, ela deve simplesmente manter o cronograma habitual.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O encaminhamento para o especialista (mastologista) é reservado para casos com suspeita de malignidade (BI-RADS 4 ou 5) ou quando há necessidade de seguimento específico para lesões provavelmente benignas (BI-RADS 3) que geram dúvida ou ansiedade na paciente, o que não ocorre no BI-RADS 2.

Alternativa b) Incorreta. O controle em intervalo reduzido de 6 meses é a conduta padrão para a categoria BI-RADS 3 (achados provavelmente benignos, com risco de malignidade menor que 2%).

Alternativa c) Correta. O achado BI-RADS 2 exige apenas a continuidade do rastreamento de rotina. Como a paciente está na faixa etária de 50 a 69 anos, a periodicidade recomendada no Brasil é bienal (a cada 2 anos).

Alternativa d) Incorreta. O encaminhamento para a oncologia só ocorre após a confirmação histopatológica de neoplasia maligna ou em casos de altíssima suspeição clínica e radiológica que exijam abordagem oncológica imediata.

Alternativa e) Incorreta. A biópsia é indicada para lesões classificadas como BI-RADS 4 (suspeitas) ou BI-RADS 5 (altamente sugestivas de malignidade). Achados BI-RADS 2 são benignos e não requerem investigação invasiva.

---

### Questão 94

Esta questão aborda a legislação brasileira sobre o controle do tabagismo, especificamente a Lei 9.294/1996 e suas atualizações, como a Lei 12.546/2011 e o Decreto 8.262/2014.

Alternativa A: Incorreta. Desde a atualização da Lei Federal em 2011, é proibido o uso de cigarros e outros produtos fumígenos em recintos coletivos fechados, tanto públicos quanto privados. A lei eliminou a possibilidade de criar salas exclusivas para fumar (os antigos fumódromos) nesses ambientes, não havendo exceção para salas individuais em repartições públicas.

Alternativa B: Incorreta. A legislação brasileira proíbe estritamente o patrocínio de atividades culturais ou esportivas por empresas de tabaco. Além disso, a realização de pesquisas de mercado ou qualquer tipo de abordagem promocional junto à população é vedada, independentemente de haver avisos sobre os malefícios à saúde.

Alternativa C: Incorreta. Embora a propaganda de produtos derivados do tabaco seja proibida em quase todos os meios (TV, rádio, jornais, outdoors), a lei brasileira ainda permite a exposição dos produtos nos locais de venda (PDV). No entanto, essa

exposição deve seguir regras rigorosas, como a exibição de advertências sanitárias e a proibição de luzes ou recursos visuais que atraiam crianças e adolescentes.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa reflete o disposto no Decreto 8.262/2014. Em locais onde o uso de produtos fumígenos é excepcionalmente permitido por lei (como áreas de circulação em aeroportos, estúdios de filmagem ou rituais religiosos), é proibida a permanência regular de trabalhadores dentro dessas áreas enquanto o produto está sendo consumido. Essa medida visa proteger o trabalhador da exposição ao fumo passivo, caracterizando-se como uma ação de promoção e proteção à saúde do trabalhador.

Alternativa E: Incorreta. A exigência de condições específicas (como isolamento, ventilação e sinalização) para as raríssimas áreas onde o fumo ainda é permitido não visa à promoção da saúde do usuário (fumante), mas sim à proteção dos não fumantes e dos trabalhadores contra a dispersão da fumaça e dos poluentes no ambiente. O uso do tabaco, por si só, é prejudicial à saúde do usuário, e a existência dessas áreas não altera esse fato.

---

### Questão 95

A adultização é um fenômeno complexo que antecipa etapas do desenvolvimento infantil, expondo crianças a conteúdos, responsabilidades e comportamentos típicos do mundo adulto. No contexto da saúde pública, esse tema exige uma abordagem integrada baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O SUS possui papel fundamental no combate à adultização. Embora a regulação de conteúdos seja uma questão jurídica e de comunicação, as consequências da adultização manifestam-se diretamente na saúde física e mental (como ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e erotização precoce), sendo dever do Estado oferecer assistência a esses agravos.

Alternativa B: Incorreta. A lógica do SUS é estruturada na Rede de Atenção à Saúde. O cuidado não deve ser centrado apenas em serviços especializados (atenção secundária), mas sim ter a Atenção Primária como porta de entrada e coordenadora do cuidado, garantindo a proximidade com a comunidade e a detecção precoce de riscos.

Alternativa C: Incorreta. Embora existam interseções, a saúde da criança e do adolescente possui diretrizes próprias, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Focar apenas no reforço das políticas de saúde da mulher

ou na ampliação de especialistas é uma visão limitada que ignora a necessidade de uma rede intersetorial e capilarizada.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa está alinhada ao princípio da Integralidade do SUS. Os impactos da adultização são multicausais e atingem diversas áreas da vida do indivíduo. Portanto, todos os níveis de complexidade — da Unidade Básica de Saúde aos Centros de Atenção Psicossocial e hospitais — devem estar aptos a identificar, acolher e tratar as repercussões desse fenômeno no desenvolvimento biopsicossocial.

Alternativa E: Incorreta. A sexualização precoce é um dos aspectos mais visíveis da adultização, mas não é o único. O fenômeno também inclui o trabalho infantil, o consumo excessivo, a exposição a violências e a privação do direito ao brincar. Uma atuação focada apenas na sexualização deixaria desassistidas as crianças expostas a outros tipos de sobrecarga adulta.

---

### Questão 96

A questão aborda o trabalho infantil sob a ótica da saúde pública e da responsabilidade intersetorial. O caso clínico apresenta uma adolescente exposta a riscos químicos (fumos de solda), físicos (queimaduras) e ergonômicos (movimentos repetitivos), configurando uma situação de vulnerabilidade extrema e danos à saúde.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O combate ao trabalho infantil não é exclusivo de um ministério. No âmbito do SUS, os profissionais de saúde têm o dever legal de identificar, notificar (notificação compulsória de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em menores de 18 anos) e intervir nos agravos à saúde. A responsabilidade é compartilhada entre Saúde, Educação, Assistência Social (CRAS/CREAS), Conselho Tutelar e Ministério Público.

b) Incorreta. Esta alternativa apresenta uma visão baseada no senso comum que tenta justificar a precariedade. Embora o medo da criminalidade exista nas famílias, o trabalho infantil é uma violação de direitos que gera prejuízos ao desenvolvimento e mantém o ciclo da pobreza. O Estado não pode aceitar a substituição de um risco (tráfico) por outro (exploração do trabalho) como solução social.

c) Correta. O trabalho infantil é um fenômeno complexo com raízes socioeconômicas (pobreza, baixa escolaridade dos pais). Suas repercussões afetam a saúde física, mental e o desempenho escolar da criança (multidimensionais). Por isso, a solução exige a articulação de políticas públicas sistêmicas, envolvendo diversos setores do

governo e a sociedade civil para garantir a proteção integral prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

d) Incorreta. No Brasil, o trabalho é proibido para menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos 14 anos, com regras rígidas. Atividades que envolvam riscos, como as descritas no enunciado (solda e movimentos repetitivos), fazem parte da Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP) e são proibidas para qualquer pessoa menor de 18 anos, não sendo passíveis de "regulação" para crianças.

e) Incorreta. Embora o trabalho infantil tenha raízes históricas no Brasil, ele é reconhecido cientificamente e legalmente como uma prática prejudicial. A medicina e a psicologia demonstram que o trabalho precoce causa danos ao crescimento, desenvolvimento psicomotor e saúde emocional, sendo inaceitável do ponto de vista ético e de saúde pública.

---

### Questão 97

Alternativa a: Esta é a alternativa correta e representa a literalidade da lei. De acordo com o artigo 19-C da Lei 8.080/1990 (incluído pela Lei 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca), o financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) é responsabilidade da União, que deve utilizar recursos próprios para este fim. Diferentemente do financiamento do SUS em geral, que é tripartite (União, Estados e Municípios), o subsistema indígena possui essa particularidade de custeio federal.

Alternativa b: Incorreta. A organização da atenção à saúde indígena não é estruturada por unidades para cada etnia, mas sim através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O DSEI é a unidade de responsabilidade sanitária e de gestão administrativa, definida por critérios territoriais, geográficos e populacionais, podendo abranger diversas etnias e aldeias em uma mesma região.

Alternativa c: Incorreta. A participação indígena no controle social é garantida pela Lei 8.142/1990 e pela Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A representação deve ser paritária e ocorrer nas instâncias do SUS. A alternativa está errada ao limitar essa obrigatoriedade a determinadas regiões do país, quando, na verdade, a representação indígena é um direito nas esferas de gestão em que essa população está presente, visando à autonomia e ao respeito à cultura.

Alternativa d: Incorreta. O aporte de recursos deve seguir o planejamento estabelecido nos Planos Distritais de Saúde Indígena. Embora a União seja a financiadora, as ações devem ser programadas e os recursos alocados conforme a gestão dos DSEIs. Não há na legislação uma cláusula de aporte adicional automático

para recursos não previstos conforme descrito na alternativa.

Alternativa e: Incorreta. O artigo 19-H da Lei 8.080/1990 estabelece que as populações indígenas têm direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde (Conselhos e Conferências). Contudo, a lei não determina a obrigatoriedade de conferências próprias e exclusivas nos três níveis (municipal, estadual e nacional) dissociadas do sistema geral de saúde, mas sim a integração e participação nessas instâncias já existentes.

---

### Questão 98

Esta questão aborda as recentes e importantes atualizações da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), especificamente trazidas pela Lei nº 14.737/2023, que ampliou o direito da mulher ao acompanhante em atendimentos de saúde.

Alternativa (a) Incorreta. De acordo com o Art. 19-J, § 2º, caso a paciente esteja sedada ou com rebaixamento do nível de consciência e não tenha indicado um acompanhante próprio, a unidade de saúde deverá indicar um profissional de saúde, preferencialmente do sexo feminino, para acompanhá-la. A lei não prevê que a unidade busque ou indique um familiar de ofício para essa função técnica dentro do atendimento.

Alternativa (b) Incorreta. A paciente pode, sim, renunciar ao direito ao acompanhante, inclusive em atendimentos com sedação. No entanto, conforme o Art. 19-J, § 4º, essa renúncia deve ser feita por escrito, assinada pela paciente e com antecedência mínima de 24 horas, após ela ter sido informada sobre seus direitos.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa reproduz o texto do "caput" do Art. 19-J. O direito ao acompanhante (pessoa maior de idade) é garantido em consultas, exames e procedimentos, tanto em unidades públicas quanto privadas. Um ponto crucial para provas é que esse direito independe de notificação prévia por parte da paciente.

Alternativa (d) Incorreta. A obrigatoriedade de manter o aviso visível sobre o direito ao acompanhante não se restringe às unidades públicas. Segundo o Art. 19-J, § 5º, essa obrigação estende-se a todas as unidades de saúde do país, sejam elas públicas ou privadas.

Alternativa (e) Incorreta. O direito ao acompanhante não é extinto em casos graves ou em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). O Art. 19-J, § 6º, estabelece que, em centros cirúrgicos e UTIs com restrição de segurança, o acompanhante deverá ser um profissional de saúde. Caso a paciente não indique um, a própria unidade deverá

designar um profissional (preferencialmente do sexo feminino) para acompanhá-la, visando a garantir sua segurança e integridade.

---

### **Questão 99**

A telessaúde foi incorporada à Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) pela Lei 14.510/2022, que inseriu o Título IV-A, definindo as diretrizes e princípios para essa modalidade no Brasil. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. De acordo com a legislação e regulamentações vigentes, as receitas e pedidos de exames emitidos por meio de telessaúde são válidos em todo o território nacional, desde que contenham a assinatura eletrônica avançada ou qualificada do profissional. Portanto, as medicações receitadas devem ser aceitas para dispensação em farmácias.

Alternativa B: Incorreta. A lei não restringe o uso da telessaúde apenas para consultas de retorno. O profissional de saúde possui autonomia para decidir, com base em evidências científicas e critérios clínicos, se a primeira consulta ou qualquer etapa do acompanhamento pode ser realizada de forma remota com segurança para o paciente.

Alternativa C: Incorreta. O Artigo 26-H da Lei 8.080/90 estabelece explicitamente que é dispensada a inscrição secundária ou complementar do profissional de saúde que exerça a telessaúde em jurisdição diferente daquela em que possui sua inscrição principal. Isso facilita o atendimento interestadual sem burocracias adicionais nos conselhos regionais.

Alternativa D: Correta. Este é um princípio fundamental previsto no Artigo 26-G da Lei 8.080/90. Ao paciente é garantido o direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, sendo dever do sistema de saúde garantir o atendimento presencial sempre que solicitado pelo paciente. A adesão à telessaúde deve ser voluntária e consensual.

Alternativa E: Incorreta. O consentimento livre e esclarecido do paciente é um dos pilares para a realização de qualquer atendimento via telessaúde, não se restringindo a protocolos de pesquisa. O paciente deve ser informado sobre como funciona a modalidade, as limitações do exame físico a distância e como seus dados serão protegidos, independentemente da finalidade do atendimento.

---

## Questão 100

### ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda a integração entre o desenvolvimento econômico e o direito à saúde, fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Constituição Federal de 1988. O ponto central é entender que a saúde não é um setor isolado, mas sim o resultado de políticas sociais e econômicas.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) - INCORRETA: Do ponto de vista ético e legal no Brasil, não existe prioridade da economia sobre a saúde. O desenvolvimento econômico deve ocorrer de forma integrada à proteção social. A ideia de que o emprego justifica a negligência com a saúde do trabalhador fere os direitos fundamentais garantidos pela Constituição.

Alternativa (b) - CORRETA: Esta alternativa fundamenta-se no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado. O texto constitucional é explícito ao dizer que esse direito é garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Um plano de industrialização é uma política econômica e, portanto, deve obrigatoriamente prever a proteção à saúde e a prevenção de riscos ocupacionais.

Alternativa (c) - INCORRETA: A expansão da rede hospitalar foca apenas na assistência curativa (tratar o dano após ele ter ocorrido). O erro do plano de industrialização mencionado é a ausência de promoção e prevenção. O SUS trabalha com a lógica da Vigilância em Saúde do Trabalhador, que busca intervir nas causas dos acidentes e doenças antes que eles necessitem de hospitalização.

Alternativa (d) - INCORRETA: Embora a alternativa fale em priorizar a saúde, ela sugere apenas ações que facilitem o atendimento (assistência). O planejamento de um município deve ir além do atendimento médico e incluir a vigilância dos ambientes de trabalho e a modificação de processos produtivos perigosos para evitar que o trabalhador adoença.

Alternativa (e) - INCORRETA: As ações de prevenção e promoção da saúde devem ser concomitantes ao processo de industrialização. Postergar essas ações para depois que metas de produtividade forem atingidas é uma infração ética e legal, pois expõe a força de trabalho a riscos evitáveis de forma deliberada.

### CONCLUSÃO

A alternativa (b) é a correta porque identifica que qualquer planejamento estatal de caráter econômico (como a industrialização) deve estar alinhado ao compromisso constitucional de reduzir riscos à saúde da população, incluindo a saúde do trabalhador.

---