



SCM-RP

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



Gabarito: SCM-RP

2026 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

A questão aborda os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo que o candidato identifique qual conceito se aplica ao planejamento do cuidado baseado nas necessidades individuais de cada paciente dentro de uma comunidade.

A alternativa (c) está correta. O princípio da equidade fundamenta-se na ideia de tratar desigualmente os desiguais para se alcançar a igualdade. Em termos práticos, significa reconhecer que as pessoas possuem necessidades distintas e que o sistema de saúde deve oferecer mais ou diferentes recursos para aqueles que mais precisam. Quando a equipe da UBS discute a adequação do cuidado às necessidades específicas de cada indivíduo, ela está aplicando o conceito de equidade para garantir que a assistência seja justa e resolutiva para cada contexto.

A alternativa (a) está incorreta. A universalidade estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Ela garante o acesso de qualquer cidadão ao sistema de saúde, sem discriminação. O foco da universalidade é o acesso (quantidade/quem), enquanto o enunciado foca na diferenciação do cuidado conforme a necessidade (qualidade/como).

A alternativa (b) está incorreta. A integralidade refere-se à visão holística do indivíduo, considerando suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Também diz respeito à articulação de ações que vão desde a prevenção até a reabilitação em todos os níveis de complexidade. Embora próxima, a integralidade foca na totalidade do indivíduo e do sistema, enquanto a equidade foca no ajuste da oferta conforme a necessidade específica para gerar justiça social.

A alternativa (d) está incorreta. A regionalização é uma diretriz organizativa que visa descentralizar as ações e serviços de saúde, organizando-os em regiões geográficas para otimizar recursos e facilitar o acesso da população conforme a proximidade territorial.

A alternativa (e) está incorreta. A descentralização é uma diretriz que redistribui o poder de gestão e as responsabilidades entre os três entes federados (União, Estados e Municípios), conferindo maior autonomia aos municípios para gerir a saúde local (comando único em cada esfera de governo). Não se refere diretamente à personalização do cuidado clínico ou assistencial mencionada no enunciado.

Questão 2

Esta questão exige o conhecimento dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que formam a base jurídica do Sistema Único de Saúde (SUS). Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): Embora a saúde seja, de fato, direito de todos e dever do Estado, o artigo 196 da Constituição estabelece que esse direito é garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços. A redação da alternativa utiliza termos como "alta qualidade técnica e humana", que, apesar de serem objetivos desejáveis, não constam no texto constitucional.

Alternativa B (Incorreta): O princípio fundamental do SUS é a universalidade. O artigo 196 afirma que a saúde é direito de todos. Portanto, o sistema não é voltado prioritariamente para grupos específicos ou vulneráveis, mas sim para toda a população brasileira, sem distinção. A atenção às parcelas vulneráveis é regida pelo princípio da equidade, mas isso não restringe o público-alvo principal do sistema.

Alternativa C (Correta/Gabarito): Esta alternativa está em perfeita consonância com o artigo 199 da Constituição Federal. O texto constitucional determina que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. No entanto, quando o Estado não possui capacidade própria suficiente para garantir o atendimento, o setor privado pode participar do SUS de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Alternativa D (Incorreta): De acordo com o artigo 200, inciso VIII, compete ao SUS colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Não existe exceção para ambientes de trabalho de empresas privadas. Pelo contrário, a fiscalização e a proteção da saúde do trabalhador em qualquer ambiente laboral são atribuições expressas do sistema.

Alternativa E (Incorreta): O erro reside no termo "igual ênfase". O artigo 198, inciso II, define como diretriz do SUS o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Ou seja, a Constituição estabelece uma prioridade jurídica e operacional para a prevenção em relação à assistência curativa.

Questão 3

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

A questão aborda as condições para o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os estados e municípios, conforme estabelecido pela Lei Federal nº 8.142, de 1990. Esta lei é um dos pilares do SUS e define a participação da comunidade e as transferências financeiras intergovernamentais.

De acordo com o Artigo 4º desta lei, para receberem os recursos, os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar obrigatoriamente com:

1. Fundo de Saúde;
2. Conselho de Saúde, com composição paritária;
3. Plano de Saúde;
4. Relatório de gestão;
5. Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
6. Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), para o qual a lei previa o prazo de dois anos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) CORRETA: O Conselho de Saúde é uma instância colegiada de caráter deliberativo e permanente. A composição paritária é uma exigência legal na qual 50% dos membros devem ser representantes dos usuários (pacientes), 25% profissionais de saúde e 25% representantes do governo e prestadores de serviços de saúde. Sem este conselho ativo e devidamente constituído, o repasse de recursos fundo a fundo fica impedido.

Alternativa (b) INCORRETA: Os recursos do FNS destinam-se à cobertura das ações e serviços de saúde de forma ampla, englobando a atenção primária, secundária e terciária, além da vigilância em saúde. Não há determinação legal de que 100% dos recursos transferidos devam ser aplicados exclusivamente na Atenção Primária.

Alternativa (c) INCORRETA: A lei exige a existência de um Fundo de Saúde municipal próprio, que é o mecanismo para a gestão financeira dos recursos da saúde na esfera local. Embora o município possa participar de consórcios intermunicipais para otimizar serviços, o Fundo de Saúde deve ser gerido pela própria administração municipal, sob fiscalização do seu respectivo conselho, e não obrigatoriamente por um consórcio.

Alternativa (d) INCORRETA: O requisito previsto na Lei nº 8.142/90 é a elaboração do Relatório de Gestão, que deve ser apreciado pelo Conselho de Saúde. Embora os municípios prestem contas aos Tribunais de Contas, a auditoria quadrimestral

específica do TCE não é listada como um dos requisitos prévios e obrigatórios no Artigo 4º da referida lei para a transferência dos recursos.

Alternativa (e) INCORRETA: O Plano Municipal de Saúde é, de fato, um requisito obrigatório para o recebimento de recursos. No entanto, o erro da alternativa está na instância de aprovação. O Plano de Saúde deve ser apreciado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que é o órgão de controle social do sistema. A Câmara de Vereadores aprova as leis orçamentárias anuais, mas o plano técnico-político da saúde é aprovado no Conselho.

Questão 4

O enunciado descreve o processo de organização de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) baseado na delimitação geográfica e no vínculo com uma população específica.

Confira a análise de cada alternativa:

a) Incorreta. A longitudinalidade do cuidado refere-se ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela mesma equipe ou profissional, estabelecendo um vínculo de confiança e continuidade que independe da presença de doença. Embora a organização territorial facilite a longitudinalidade, o enunciado foca especificamente no ato de delimitar a área e a população sob responsabilidade da equipe, e não no tempo de acompanhamento.

b) Correta. A territorialização é o processo de mapeamento e reconhecimento de uma área geográfica específica, identificando riscos, vulnerabilidades e dinâmicas sociais. A adscrição de clientela é o cadastro e o vínculo formal de uma população determinada a uma equipe de saúde. Esses dois processos garantem que a equipe tenha responsabilidade sanitária sobre um grupo definido de pessoas, exatamente como descrito no texto da questão.

c) Incorreta. A integração vertical diz respeito à articulação entre os diferentes níveis de complexidade do sistema (primário, secundário e terciário). A integração horizontal refere-se à articulação entre serviços de um mesmo nível de atenção ou ao trabalho interdisciplinar dentro de uma mesma unidade.

d) Incorreta. A descentralização é um princípio organizativo do SUS que redistribui o poder de decisão e as responsabilidades de gestão entre as três esferas de governo (União, Estados e Municípios), com ênfase na municipalização para aproximar a gestão da realidade local.

e) Incorreta. A hierarquização organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade tecnológica crescente. Nesse modelo, a Atenção Primária atua como a porta de entrada preferencial e ordenadora da rede, encaminhando os pacientes para serviços especializados ou hospitalares conforme a necessidade técnica de cada caso.

Gabarito: Letra (b).

Questão 5

A questão aborda a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, comparando o modelo que predominava antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a proposta atual de Atenção Primária à Saúde (APS).

O modelo hegemônico anterior era o médico-assistencial privatista, operado principalmente pelo INAMPS. Suas características eram o foco na cura de doenças (curativo), atendimento individual, centrado no hospital (hospitalocêntrico) e restrito aos trabalhadores que contribuíam com a Previdência Social.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Tanto o modelo médico-assistencial quanto o sanitário campanhista existiam antes da Reforma Sanitária. O sanitário campanhista focava em ações verticais e pontuais para controle de epidemias (como vacinação em massa), não sendo o modelo para o qual o sistema evoluiu na reorganização da rede básica.

b) Correta. O termo assistencialista-previdenciário descreve precisamente o modelo do INAMPS, voltado para a assistência curativa individual dos segurados. A transição descrita pela questão busca substituir essa lógica pela Atenção Primária, que organiza a rede com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância, sendo a porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado.

c) Incorreta. Os termos previdenciário e biomédico hospitalocêntrico são complementares e descrevem o mesmo modelo antigo. Não houve uma transição de um para o outro, pois ambos faziam parte da mesma estrutura pré-SUS.

d) Incorreta. Esta alternativa inverte a lógica histórica. A atenção integral é o objetivo do modelo atual (SUS), enquanto o modelo hospitalar curativo é o modelo antigo que se deseja superar.

e) Incorreta. Embora o modelo antigo tivesse um forte caráter liberal privatista (compra de serviços privados pelo Estado) e o SUS busque a universalidade, a

questão foca na mudança da lógica de cuidado (da cura para a promoção/prevenção). A alternativa B é mais técnica e precisa ao definir os modelos de atenção à saúde em si.

Questão 6

Análise do Desenho do Estudo: O enunciado descreve um estudo que seleciona participantes com base na presença ou ausência de uma exposição (1.000 expostos e 1.000 não expostos) e os acompanha ao longo do tempo (cinco anos) para observar o desenvolvimento de uma doença. Esse desenho, que parte da exposição em direção ao desfecho, é característico de um Estudo de Coorte.

Alternativa a: Incorreta. Em um estudo de caso-controle, o pesquisador seleciona primeiro os indivíduos doentes (casos) e os saudáveis (controles) para então investigar, de forma retrospectiva, quem foi exposto ao fator de risco no passado. O estudo da questão é prospectivo e parte da exposição, não da doença.

Alternativa b: Incorreta. Estudos ecológicos analisam dados de agregados populacionais (como a incidência de uma doença em diferentes países ou cidades) e não dados individuais. No estudo citado, os pesquisadores acompanharam cada um dos 2.000 indivíduos individualmente.

Alternativa c: Correta. O Risco Relativo (RR) é a razão entre a incidência da doença no grupo exposto e a incidência no grupo não exposto. Para calcular a incidência nos expostos, dividimos 50 por 1.000, obtendo 0,05 (ou 5%). Para a incidência nos não expostos, dividimos 10 por 1.000, obtendo 0,01 (ou 1%). O RR é a divisão de 0,05 por 0,01, o que resulta em 5,0. Isso indica que a exposição aumenta em 5 vezes o risco de desenvolver a doença.

Alternativa d: Incorreta. O Risco Atribuível (RA) representa a diferença absoluta entre a incidência nos expostos e a incidência nos não expostos. O cálculo é 0,05 menos 0,01, resultando em 0,04 (ou 4%). O valor 40,0 mencionado na alternativa está incorreto; o número 40 representa apenas a diferença absoluta no número de casos entre os grupos (50 menos 10), mas não a medida epidemiológica de risco atribuível expressa de forma correta.

Alternativa e: Incorreta. O estudo apresenta uma metodologia robusta de coorte, com grupos de comparação bem definidos e tempo de seguimento adequado, permitindo, sim, o cálculo de medidas de associação e a obtenção de conclusões científicas sobre a relação entre a exposição ambiental e a doença.

Questão 7

Para resolver essa questão, é fundamental compreender o conceito de sensibilidade e identificar corretamente os dados fornecidos no enunciado.

A sensibilidade de um teste diagnóstico define a capacidade desse teste de identificar corretamente os indivíduos que realmente possuem a doença. Em termos matemáticos, a sensibilidade é a proporção de resultados positivos entre todos aqueles que têm a doença (confirmados pelo padrão-ouro).

Dados extraídos do enunciado:

- Total de pacientes com tuberculose (doentes): 200
- Pacientes doentes com teste positivo (Verdadeiros Positivos): 180
- Total de indivíduos saudáveis (não doentes): 200
- Indivíduos saudáveis com teste positivo (Falsos Positivos): 20

Cálculo da Sensibilidade:

Sensibilidade = (Verdadeiros Positivos) / (Total de Doentes)

Sensibilidade = $180 / 200$

Sensibilidade = 0,90 ou 90%

Análise das alternativas:

a) 10% - Incorreta. Este valor representa a proporção de falsos negativos (pacientes que têm a doença, mas o teste falhou em detectar). Dos 200 doentes, 20 testaram negativo ($200 - 180 = 20$), o que equivale a 10%.

b) 50% - Incorreta. Esse valor não tem correlação direta com os dados epidemiológicos apresentados na amostra.

c) 80% - Incorreta. Este valor poderia ser confundido com a especificidade, caso o aluno considerasse apenas o número absoluto de saudáveis que testaram negativo (180), mas a conta de especificidade também resultaria em 90% ($180 \text{ saudáveis negativos} / 200 \text{ total de saudáveis}$).

d) 90% - Correta. Como demonstrado no cálculo, o teste foi capaz de detectar a doença em 180 dos 200 indivíduos sabidamente doentes, resultando em 90% de sensibilidade.

e) 95% - Incorreta. Valor que não corresponde à razão entre os verdadeiros positivos e o total de doentes da amostra descrita.

Questão 8

O intervalo de confiança (IC) é fundamental para determinar a significância estatística de um resultado em epidemiologia. Para medidas de razão, como o Risco Relativo (RR) e a Razão de Chances (OR), o valor nulo (que indica ausência de diferença ou associação entre os grupos) é o número 1,0.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Para que houvesse significância estatística, o intervalo de confiança não poderia incluir o valor 1,0. Quando o intervalo cruza a unidade (1,0), como no caso de 0,8 a 1,2, dizemos que o resultado não é estatisticamente significativo para um nível de confiança de 95%.

b) Correta. O valor nulo para o Risco Relativo é 1,0. Como o intervalo vai de 0,8 até 1,2, o número 1,0 está contido dentro desse intervalo. Isso demonstra que, do ponto de vista estatístico, o risco pode ser igual a 1 (sem diferença entre os grupos), invalidando a hipótese de uma associação real no nível de confiança adotado.

c) Incorreta. Um IC de 95% está relacionado ao nível de significância (alfa) de 5%, que representa a probabilidade de erro tipo I. O erro tipo II (beta) está relacionado ao poder estatístico do estudo e não pode ser determinado apenas por essa informação do intervalo de confiança.

d) Incorreta. Na ciência e na estatística, não se diz que a hipótese nula está "comprovadamente correta". O que ocorre é que "falhamos em rejeitar a hipótese nula". Além disso, a falta de significância pode ser apenas reflexo de uma amostra pequena (baixo poder do estudo) e não da inexistência real de efeito.

e) Incorreta. A amostra permite, sim, uma interpretação clara: os dados obtidos não fornecem evidência estatística suficiente para afirmar que existe associação entre a exposição e o desfecho estudado, pois o resultado é compatível com o acaso.

Gabarito: Letra (b).

Questão 9

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Para responder corretamente a essa questão, é fundamental compreender os níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark, amplamente utilizados na Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade.

O caso descreve um programa voltado para pessoas idosas com o objetivo de evitar a ocorrência de quedas. As ações citadas (fortalecimento muscular, adequação do ambiente e orientação nutricional) atuam diretamente nos fatores de risco, antes que o evento adverso (a queda ou a lesão) aconteça.

Análise das alternativas:

a) Correta. A prevenção primária tem como objetivo reduzir a incidência de uma doença ou agravo, atuando no período pré-patogênico. Ela foca no controle de causas e fatores de risco. Ao fortalecer a musculatura, retirar tapetes e fios (riscos ambientais) e melhorar a nutrição, o programa está agindo para impedir que o acidente ocorra.

b) Incorreta. A prevenção secundária foca na detecção precoce de uma doença já existente, mas em estágio inicial ou assintomático (rastreamento/screening), e no tratamento imediato para evitar a progressão. Um exemplo seria a realização de densitometria óssea para diagnosticar osteoporose antes de uma fratura ocorrer.

c) Incorreta. A prevenção terciária atua quando a doença ou lesão já está estabelecida e manifesta. Seu objetivo é reduzir as incapacidades, prevenir complicações e promover a reabilitação. Um exemplo seria a fisioterapia após uma fratura de fêmur decorrente de queda.

d) Incorreta. A prevenção quaternária consiste na detecção de indivíduos em risco de medicalização excessiva ou intervenções desnecessárias (iatrogenia). Visa proteger o paciente de procedimentos que tragam mais danos do que benefícios. Não é o foco das ações de promoção de atividade física e segurança domiciliar descritas.

e) Incorreta. Como as medidas são direcionadas a evitar o surgimento do evento (queda), elas não se enquadram nos conceitos de prevenção secundária (diagnóstico precoce) ou terciária (reabilitação).

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 10

A resposta correta é a alternativa (d).

A vigilância epidemiológica é definida como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. No

cenário descrito, o médico executa as funções clássicas dessa vigilância: a notificação (coleta de dados), a investigação dos casos e contatos (análise e processamento) e a orientação de medidas de controle (retroalimentação e intervenção).

A alternativa (a) está incorreta porque a vigilância sanitária foca no controle de riscos relacionados à produção e circulação de bens e à prestação de serviços de interesse à saúde. Ela atua na fiscalização de alimentos, medicamentos, cosméticos e estabelecimentos, e não no monitoramento direto de casos de doenças infectocontagiosas em indivíduos.

A alternativa (b) está incorreta porque a vigilância ambiental se dedica ao controle de fatores não biológicos do meio ambiente que podem interferir na saúde humana, como a qualidade da água, do ar e do solo, além do controle de vetores e hospedeiros intermediários.

A alternativa (c) está incorreta pois, embora a sífilis seja uma IST, o termo "Vigilância das IST" não constitui um campo conceitual isolado nos pilares da vigilância em saúde. As ações de controle de infecções transmissíveis estão tecnicamente inseridas no escopo da vigilância epidemiológica.

A alternativa (e) está incorreta porque, embora o tema envolva o ciclo gravídico e a saúde sexual, não existe um campo da vigilância em saúde com essa denominação específica nos manuais do Ministério da Saúde. A saúde sexual e reprodutiva é uma linha de cuidado assistencial, mas o monitoramento dos agravos a ela relacionados pertence à vigilância epidemiológica.

Questão 11

O enunciado descreve uma iniciativa que articula diferentes áreas da gestão pública (Saúde, Educação, Esporte e Assistência Social) para abordar um problema complexo: a obesidade infantil. Esse cenário remete diretamente aos conceitos fundamentais da Promoção da Saúde e da Saúde Pública.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a Atenção Primária participe do processo e a vigilância em saúde seja importante para monitorar os dados de obesidade, a questão descreve ações que extrapolam o setor da saúde. A colaboração com outras secretarias caracteriza algo maior do que apenas uma atuação interna da rede básica.

Alternativa (b) Incorreta: O termo multiprofissional refere-se à atuação de diferentes categorias profissionais (médicos, nutricionistas, psicólogos etc.). No entanto, a questão enfatiza a articulação entre diferentes órgãos e pastas do governo (secretarias), o que configura a intersetorialidade, e não apenas uma divisão de tarefas entre profissionais dentro do setor da saúde.

Alternativa (c) Correta: Esta é a alternativa que melhor define a situação. A intersetorialidade é a articulação de diversos setores da sociedade e do governo para intervir sobre os determinantes sociais da saúde (como acesso a alimentos saudáveis, educação, lazer e ambiente urbano). Ao envolver as secretarias de Esporte, Educação e Assistência Social, o município reconhece que a saúde não depende apenas de hospitais ou postos de saúde, mas de condições de vida e hábitos construídos socialmente.

Alternativa (d) Incorreta: O termo setorial indica uma ação restrita a apenas um setor (neste caso, apenas a saúde). O enunciado descreve exatamente o oposto: uma ação transectorial ou intersectorial. Além disso, a promoção da saúde foca nos determinantes, e não apenas no controle de agravos já instalados.

Alternativa (e) Incorreta: A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce e no tratamento de doenças já existentes para evitar complicações (como o rastreamento). As ações descritas, como a alimentação escolar saudável e a ampliação de espaços para exercícios, são estratégias de promoção da saúde e prevenção primária, pois visam agir antes que o agravo se instale ou atuar sobre o bem-estar geral da população.

Questão 12

Texto Original:

O caso clínico descreve um acidente de trajeto, que é legalmente equiparado ao acidente de trabalho (Lei nº 8.213/1991). No contexto da vigilância em saúde, o foco do médico deve ser o registro epidemiológico do agravo para fins de estatística e planejamento de políticas públicas.

Alternativa a) Correta. O acidente ocorrido no percurso entre a residência e o local de trabalho é considerado acidente de trabalho de trajeto. De acordo com a Portaria de Consolidação nº 4/2017 do Ministério da Saúde, atualizada pela Portaria GM/MS nº 217/2023, o acidente de trabalho é um agravo de notificação compulsória. Portanto, deve ser registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Atualmente, a recomendação é que todos os acidentes de trabalho, sejam eles leves, moderados ou graves, sejam notificados.

Alternativa b) Incorreta. Embora o manejo clínico (analgésicos e repouso) esteja correto, a ausência de notificação é um erro de conduta em vigilância. A legislação atual de saúde pública não limita a notificação compulsória apenas a casos graves, fatais ou com mutilações; todos os acidentes de trabalho devem ser informados ao sistema de vigilância.

Alternativa c) Incorreta. A comunicação ao empregador é uma etapa administrativa e de direito do trabalhador, mas não substitui o dever do profissional de saúde e da unidade de atendimento de registrar o evento nos sistemas oficiais do SUS (Sinan). A vigilância em saúde é uma função do Estado.

Alternativa d) Incorreta. A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é um documento com finalidade primordialmente previdenciária e trabalhista, devendo ser emitida independentemente do desejo do paciente quando caracterizado o acidente. Contudo, para a vigilância em saúde (foco da questão), o instrumento principal é a ficha de notificação do Sinan, que é obrigatória e distinta da CAT.

Alternativa e) Incorreta. O encaminhamento ao INSS é indicado caso o trabalhador precise de afastamento superior a 15 dias ou apresente sequelas, mas isso não anula as medidas de vigilância epidemiológica. A notificação ao Sinan é a medida de vigilância aplicável e obrigatória para este caso.

Questão 13

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, propõe uma mudança na lógica de atendimento nos serviços de saúde, substituindo a exclusão por critérios de acolhimento e equidade. O ponto central para responder a essa questão é o conceito de Acolhimento com Classificação de Risco.

Alternativa a: Incorreta. A ordem de chegada é um critério meramente administrativo e burocrático. A PNH critica essa prática, pois ela não considera as diferentes necessidades dos usuários. Atender estritamente por chegada pode colocar em risco pacientes com quadros agudos que aguardam atrás de casos eletivos.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa define a diretriz de Acolhimento com Classificação de Risco da PNH. O objetivo é inverter a lógica da fila por ordem de chegada para uma fila baseada em critérios técnicos de gravidade clínica e vulnerabilidade social. Isso garante que o atendimento seja priorizado para quem mais precisa, promovendo a equidade. A avaliação deve ser feita por profissionais de saúde qualificados, sendo a enfermagem frequentemente responsável por essa etapa inicial de escuta e classificação.

Alternativa c: Incorreta. Embora o Estatuto da Pessoa Idosa e outras normas garantam prioridades legais por faixa etária ou condição (como gestantes), na diretriz da PNH, a gravidade do quadro clínico e o risco social são soberanos. Um idoso estável pode aguardar enquanto um jovem com dor precordial intensa é atendido imediatamente, por exemplo.

Alternativa d: Incorreta. O agendamento é uma ferramenta de organização do fluxo ambulatorial, mas não é o critério de priorização defendido pela PNH para a gestão da fila de espera. O sistema deve ser capaz de acolher e priorizar demandas espontâneas que apresentem risco, independentemente de estarem agendadas.

Alternativa e: Incorreta. Priorizar usuários com base em impaciência ou reclamações públicas rompe com qualquer critério técnico e ético. Essa prática incentiva comportamentos inadequados e prejudica aqueles que, muitas vezes por maior vulnerabilidade ou gravidade, não conseguem se manifestar de forma incisiva.

Questão 14

Esta questão aborda o funcionamento do fluxo de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente no que diz respeito aos mecanismos de referência e contrarreferência dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O acesso aos serviços de média e alta complexidade no SUS não é baseado em ordem de chegada presencial em municípios vizinhos. Esse modelo geraria caos e feriria o princípio da equidade. O fluxo é planejado e agendado previamente para garantir que o paciente seja atendido conforme sua necessidade clínica e de forma organizada.

Alternativa b: Incorreta. No SUS, a porta de entrada preferencial é a Atenção Primária. O paciente não pode procurar diretamente um hospital de referência (atenção secundária ou terciária) para agendar uma cirurgia por conta própria, pois o sistema é hierarquizado e requer encaminhamento oficial e regulação para garantir o uso eficiente dos recursos.

Alternativa c: Incorreta. Embora o médico da Atenção Primária emita o encaminhamento, a gestão do processo de cuidado e do fluxo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma responsabilidade do gestor público e das equipes de saúde por meio do sistema de regulação. Atribuir ao paciente a tarefa de gerir sua própria vaga e contatar serviços especializados vai contra a diretriz de integralidade e organização do sistema.

Alternativa d: Incorreta. O encaminhamento para serviços privados ocorre apenas de forma complementar quando a rede pública é insuficiente, mas isso é feito via contrato ou convênio preestabelecido e gerido pela Central de Regulação. O SUS não trabalha com o sistema de vouchers para que o paciente busque a rede privada por iniciativa própria.

Alternativa e: Correta. A Central de Regulação é o mecanismo fundamental de gestão das Redes de Atenção à Saúde. Ela atua como um ordenador de fluxos, recebendo as solicitações da Atenção Primária, avaliando a prioridade clínica e agendando o procedimento no serviço de referência adequado (municipal, regional ou estadual). Isso garante que o paciente percorra a rede de forma segura, com garantia de vaga e conforme a complexidade exigida pelo seu caso.

Questão 15

A questão aborda as normas técnicas do Ministério da Saúde do Brasil para a vacinação contra a febre amarela, que sofreram atualizações importantes nos últimos anos para se alinharem às recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Alternativa a: Incorreta. A recomendação de reforço a cada dez anos não existe mais. Desde 2017, o Brasil adotou o esquema de dose única para indivíduos que receberam a vacina a partir dos 5 anos de idade. Para pessoas com mais de 60 anos que nunca foram vacinadas, a vacinação não é feita de forma rotineira; ela depende de uma avaliação médica rigorosa para ponderar o risco de contágio versus o risco de eventos adversos graves.

Alternativa b: Incorreta. De acordo com o Calendário Nacional de Vacinação, a primeira dose (dose 1) é administrada aos 9 meses de idade e a segunda dose (reforço) é realizada aos 4 anos de idade. A vacinação aos 6 meses de idade só é considerada em situações excepcionais de emergência epidemiológica ou surtos locais, não sendo a regra do calendário de rotina.

Alternativa c: Incorreta. A vacina é produzida com vírus vivo atenuado, o que a torna geralmente contraindicada para gestantes e mulheres que estejam amamentando bebês com menos de 6 meses. O uso em gestantes só é admitido em situações de altíssimo risco de exposição e após análise médica, sendo o primeiro trimestre o período de maior cautela.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa reflete a diretriz atual do Ministério da Saúde. Indivíduos que receberam pelo menos uma dose da vacina contra febre amarela após completarem 5 anos de idade são considerados imunizados para o resto da vida. Para

esse grupo, não há indicação de doses adicionais ou reforços periódicos, independentemente da área de residência ou viagem.

Alternativa e: Incorreta. Não há uma idade de corte absoluta (como 70 anos) que impeça a vacinação sob qualquer circunstância. A partir dos 60 anos, a vacina é classificada como precaução, e não contraindicação absoluta. Se um idoso reside ou precisa viajar para uma área com transmissão ativa da doença e nunca foi vacinado, o médico pode indicar a vacina após avaliar o estado imunológico e de saúde geral do paciente.

Questão 16

Para preencher corretamente a Declaração de Óbito (DO), o médico deve seguir as normas do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS). O conceito fundamental aqui é o de causa básica da morte, definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos que levaram diretamente ao óbito.

Na Parte I da Declaração de Óbito, as causas são anotadas em ordem inversa à ocorrência, partindo da causa imediata (linha a) até a causa básica (última linha preenchida). No caso clínico descrito, a sequência de eventos foi: Neoplasia pulmonar avançada -> Pneumonia -> Choque séptico e Insuficiência respiratória -> Óbito.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A insuficiência respiratória é a causa terminal ou imediata. É o mecanismo fisiopatológico final, mas não a doença que desencadeou o processo. Ela deve constar na linha superior da Parte I, mas não é a causa básica.

Alternativa b) Incorreta. O choque séptico é uma complicação e uma causa imediata ou intermediária decorrente da pneumonia. Embora tenha culminado no óbito, ele foi provocado por um evento anterior.

Alternativa c) Incorreta. A pneumonia é considerada uma causa intermediária ou consequencial. Ela se desenvolveu em função do estado de debilidade e do comprometimento pulmonar gerado pela neoplasia maligna.

Alternativa d) Correta. A neoplasia pulmonar é a causa básica porque foi a patologia que iniciou toda a sucessão de eventos mórbidos. Sem o câncer pulmonar, o paciente não teria a fragilidade e as condições que permitiram a instalação da pneumonia e suas complicações fatais. É a doença fundamental que deve ser registrada na última linha preenchida da Parte I.

Alternativa e) Incorreta. A idade avançada não é considerada causa de morte quando existe uma doença diagnosticada que explique o óbito. O uso de termos como senilidade ou velhice só é permitido em casos raros em que não há qualquer evidência de doença ou lesão, o que não se aplica a este paciente com diagnóstico de câncer.

Gabarito: Letra d.

Questão 17

A questão aborda um conflito ético fundamental na prática médica: a tensão entre o princípio da autonomia do paciente e o princípio da beneficência (agir em prol do melhor interesse da saúde do paciente).

Alternativa a: Incorreta. Embora a família esteja preocupada, o desejo de terceiros não se sobrepõe à vontade de um paciente adulto, lúcido e orientado. Na bioética contemporânea e no Código de Ética Médica brasileiro, a autonomia do paciente capaz prevalece sobre o desejo familiar e sobre o paternalismo médico.

Alternativa b: Incorreta. A intervenção médica sem consentimento em situações de risco de morte é autorizada apenas quando o paciente não tem condições de manifestar sua vontade (como em casos de inconsciência ou confusão mental) e não há representante legal presente. Um paciente capaz tem o direito ético e legal de recusar tratamentos, mesmo que essa decisão resulte em sua morte, desde que esteja devidamente esclarecido.

Alternativa c: Incorreta. O prontuário médico deve ser um registro fidedigno dos fatos. O médico tem o dever ético de registrar a decisão do paciente, o processo de esclarecimento realizado e a recusa consciente. Desconsiderar a manifestação do paciente para priorizar a da família configura uma violação da dignidade e dos direitos do doente.

Alternativa d: Incorreta. O acionamento do Ministério Público ou do Poder Judiciário é indicado em situações específicas, como quando há recusa de tratamento vital para menores de idade por parte dos pais ou quando há dúvidas sobre a capacidade civil do paciente. Para um adulto plenamente capaz que decide sobre o próprio corpo, não cabe intervenção judicial para forçar um tratamento.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa reflete o respeito à autonomia do paciente, um dos pilares da bioética. De acordo com o Código de Ética Médica (Artigos 24 e 31), é vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o direito de decidir sobre sua pessoa e seu bem-estar, bem como desrespeitar o direito do paciente de decidir

sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte de paciente incapaz de consentir. Se o paciente está lúcido e compreendeu os riscos, sua recusa deve ser acatada. O médico deve, então, garantir que o suporte assistencial continue, oferecendo outras formas de cuidado e conforto.

Questão 18

Essa questão aborda um dos temas mais frequentes em Ética Médica: o sigilo profissional no atendimento ao adolescente. Para respondê-la corretamente, é necessário conhecer o Código de Ética Médica (CEM) e as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Fundamentação Ética:

O adolescente tem o direito à confidencialidade e ao sigilo, desde que tenha capacidade de discernimento (compreensão de sua situação e das orientações dadas). O médico não deve revelar segredo do paciente menor de idade, inclusive aos pais ou responsáveis, exceto se a não revelação puder acarretar dano ao paciente ou a terceiros. No caso descrito, o uso é ocasional e não há menção a risco iminente de morte ou grave prejuízo à saúde que justifique a quebra do sigilo.

Análise das alternativas:

- a) Correta. A conduta respeita a autonomia do adolescente e fortalece a relação médico-paciente. O médico deve manter o sigilo, mas é seu dever explicar que essa confidencialidade não é absoluta (pode ser quebrada se houver risco de vida ou violência) e realizar o aconselhamento preventivo sobre os danos das substâncias.
- b) Incorreta. O direito ao sigilo não é anulado apenas pela idade. O Código de Ética Médica veda ao médico a revelação de segredo confiado por menor de idade que tenha capacidade de discernimento, salvo quando a omissão possa causar dano ao próprio paciente. Comunicar imediatamente os pais sem necessidade clínica ou ética fere a autonomia do jovem.
- c) Incorreta. O prontuário médico deve ser preenchido de forma completa, fidedigna e clara. Omitir ou falsear informações clínicas é uma infração ética. O prontuário é um documento sigiloso por natureza; o fato de a informação estar registrada nele não significa que os pais terão acesso livre ao conteúdo discutido em confidencialidade, a menos que haja previsão legal ou risco.
- d) Incorreta. O uso de drogas, por si só, não é objeto de notificação policial por parte do médico assistente. A função do médico é de cuidado e assistência à saúde, e não repressora ou policial. Além disso, a quebra de sigilo para autoridades sem justa

causa é crime previsto no Código Penal.

e) Incorreta. O registro das informações no prontuário é um dever do médico e um direito do paciente. O prontuário serve para a continuidade da assistência e como defesa legal para o profissional. Não registrar dados relevantes sobre o uso de substâncias compromete a segurança do atendimento futuro e configura negligência documental.

Resumo: O médico deve sempre avaliar a capacidade de compreensão do adolescente. Se ele é capaz de entender seu problema e as orientações, o sigilo deve ser mantido, a menos que haja um perigo real e imediato que obrigue a intervenção dos responsáveis. No caso de uso ocasional relatado, a manutenção do segredo é o caminho ético correto.

Questão 19

A questão aborda o manejo de uma crise psicótica sob a ótica da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216/2001) e das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo central desse modelo é substituir a lógica excludente dos hospitais psiquiátricos (manicômios) por um cuidado territorial, comunitário e que preserve os vínculos sociais do paciente.

Alternativa a: Incorreta. O encaminhamento direto para um hospital psiquiátrico especializado reforça o modelo hospitalocêntrico que a Reforma Psiquiátrica busca superar. A internação só deve ser indicada quando todos os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, e o conceito de isolamento é considerado antiético e tecnicamente ultrapassado no cuidado em saúde mental atual.

Alternativa b: Incorreta. O manejo de um surto psicótico exige uma intervenção intensiva e imediata. Prescrever medicação de forma paliativa e agendar um retorno para a semana seguinte é uma conduta negligente, que deixa o paciente em risco e a família desassistida em um momento de vulnerabilidade crítica.

Alternativa c: Incorreta. O CAPS é um serviço de atenção secundária composto por equipe multiprofissional qualificada para a tomada de decisão. Aguardar um parecer externo fere a autonomia da equipe e atrasa o início do tratamento necessário, além de contradizer o princípio da responsabilidade territorial do CAPS sobre seus usuários.

Alternativa d: Incorreta. Embora a rede de urgência e emergência e os hospitais gerais façam parte da RAPS, o CAPS é o serviço de referência para o acompanhamento e manejo de crises de pacientes com transtornos mentais graves e

persistentes em seu território. Orientar a busca por outro serviço sem realizar o acolhimento prévio caracteriza omissão de socorro e falha no fluxo da rede.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa descreve a prática ideal dentro da lógica psicossocial. O acolhimento é o primeiro passo para o manejo da crise. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve ser elaborado de forma dinâmica para responder à urgência do caso, prevendo um acompanhamento intensivo (diário, se necessário). A utilização de leitos de acolhimento noturno, disponíveis em unidades CAPS tipo III, é uma estratégia fundamental para evitar internações hospitalares desnecessárias, oferecendo suporte 24 horas em um ambiente menos restritivo e mais humanizado.

Questão 20

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda o conceito fundamental de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Os DSS são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas circunstâncias são moldadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos em níveis global, nacional e local. No caso apresentado, a mortalidade cardiovascular não é distribuída de forma aleatória, mas sim concentrada em grupos com marcadores de vulnerabilidade social.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. Embora a genética exerça influência no risco individual de doenças cardiovasculares, ela não explica as disparidades observadas em nível populacional entre diferentes estratos sociais. Quando a mortalidade se concentra em pessoas de baixa escolaridade e residentes em periferias, o fator determinante é o contexto social e ambiental, não a carga genética desse grupo.

Alternativa B - Incorreta. A escolaridade é um dos determinantes sociais mais robustos na saúde pública. Ela está diretamente relacionada à literacia em saúde (capacidade de compreender orientações médicas), ao acesso a melhores postos de trabalho, maior renda e maior capacidade de adotar hábitos preventivos. Portanto, tem relação direta e profunda com os desfechos em saúde.

Alternativa C - Incorreta. Um achado epidemiológico consistente e significativo, como o descrito pelo SIM, não deve ser ignorado como acaso. Pelo contrário, a identificação desses padrões é o que permite ao gestor público planejar intervenções específicas para os grupos de maior risco, visando à equidade no sistema de saúde.

Alternativa D - Incorreta. Embora o Sistema de Informação sobre Mortalidade possa

apresentar limitações técnicas em algumas regiões, os dados descritos na questão apontam para um padrão epidemiológico real de desigualdade. Atribuir a diferença apenas a falhas de registro é ignorar a realidade social e as barreiras de acesso à saúde que as populações periféricas enfrentam.

Alternativa E - Correta. Esta alternativa define perfeitamente a lógica dos Determinantes Sociais da Saúde. O local de moradia e o nível de instrução moldam o perfil de exposição a fatores de risco (sedentarismo, dieta inadequada, tabagismo, estresse crônico) e o acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento. A mortalidade elevada é o reflexo dessas condições de vida desfavoráveis.

Gabarito: Alternativa (e).

Questão 21

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clássico de um episódio depressivo. Para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, segundo os critérios do DSM-5, é necessária a presença de pelo menos cinco sintomas de uma lista de nove, por um período mínimo de duas semanas, representando uma mudança em relação ao funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas deve ser (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer (anedonia).

No caso descrito, a paciente apresenta:

1. Humor deprimido (tristeza persistente).
2. Anedonia (perda de interesse por atividades).
3. Insônia (insônia terminal).
4. Fadiga.
5. Sentimentos de inutilidade.

Duração: 2 meses (critério temporal de > 2 semanas preenchido).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): O diagnóstico é Transtorno Depressivo Maior, pois a paciente preenche os critérios sintomatológicos e temporais necessários. A ausência de sintomas psicóticos, uso de substâncias ou comorbidades reforça o diagnóstico de um quadro depressivo primário unipolar.

Alternativa B (INCORRETA): A Distímia, atualmente denominada Transtorno Depressivo Persistente, exige que o humor deprimido esteja presente na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos 2 anos (em adultos). A paciente

apresenta sintomas há apenas 2 meses, o que exclui esta hipótese.

Alternativa C (INCORRETA): O Transtorno de Adaptação (ou de Ajustamento) é uma resposta emocional ou comportamental a um estressor identificável (como problemas no trabalho ou término de relacionamento) que ocorre dentro de 3 meses após o início do estressor. Embora a paciente seja professora (profissão estressante), o quadro descrito é completo o suficiente para preencher os critérios de depressão maior, e não há um evento desencadeante específico mencionado que justifique apenas uma reação de adaptação.

Alternativa D (INCORRETA): O Transtorno Bipolar tipo II caracteriza-se pela alternância entre episódios depressivos maiores e, pelo menos, um episódio de hipomania ao longo da vida. Não há qualquer relato na história clínica de períodos de humor elevado, aumento de energia, taquipsiquismo ou redução da necessidade de sono que sugira um episódio hipomaniaco prévio ou atual.

Alternativa E (INCORRETA): A Esquizofrenia é um transtorno psicótico crônico que exige a presença de sintomas como delírios, alucinações, pensamento desorganizado ou sintomas negativos marcantes por pelo menos 6 meses. O enunciado afirma explicitamente que a paciente não apresenta sintomas psicóticos, e o foco do quadro é puramente afetivo/de humor.

Questão 22

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) pré-renal é uma resposta fisiológica dos rins a uma perfusão inadequada. Como o tecido renal está preservado, o rim reage ativando mecanismos para reter água e sódio na tentativa de normalizar o volume sanguíneo e a pressão arterial.

Alternativa a: Incorreta. A fração de excreção de sódio (FeNa) superior a 2 por cento indica que os túbulos renais estão lesados e não conseguem reabsorver o sódio filtrado, o que é típico da Necrose Tubular Aguda (IRA intrínseca). Na IRA pré-renal, como os túbulos estão intactos e sob ação da aldosterona, a FeNa é menor que 1 por cento.

Alternativa b: Incorreta. Uma osmolalidade urinária baixa (menor que 300 mOsm/kg) reflete a perda da capacidade de concentrar a urina devido à lesão tubular. Na IRA pré-renal, o rim está funcionando e secreta o hormônio antidiurético (ADH) para poupar água, gerando uma urina muito concentrada, com osmolalidade geralmente maior que 500 mOsm/kg.

Alternativa c: Incorreta. Cilindros granulosos são formados por detritos de células

tubulares mortas e são o marco da Necrose Tubular Aguda. Já a densidade urinária baixa (isostenúria) indica falha na concentração. Na IRA pré-renal, o sedimento costuma ser inócuo (ou apresentar cilindros hialinos) e a densidade é elevada (maior que 1.020).

Alternativa d: Correta. A hipovolemia é uma das principais causas de redução da perfusão renal (IRA pré-renal). Diante desse cenário, o rim íntegro reabsorve avidamente sódio para tentar restaurar o volume intravascular, resultando em uma FeNa menor que 1 por cento. Simultaneamente, há grande reabsorção de água mediada pelo ADH, o que torna a urina concentrada (osmolalidade maior que 500 mOsm/kg).

Alternativa e: Incorreta. Proteinúria e hematúria significativas são achados sugestivos de lesão estrutural no parênquima renal, como ocorre nas glomerulonefrites, e não são características da IRA de etiologia puramente pré-renal (funcional).

Gabarito: Alternativa d.

Questão 23

ANÁLISE CLÍNICA DO CASO

A paciente apresenta uma crise de asma grave, caracterizada por dispneia intensa, uso de musculatura acessória, fala entrecortada e hipoxemia significativa (SpO₂ 85%). O tratamento de urgência deve focar na reversão rápida da obstrução das vias aéreas (broncoespasmo) e na redução da inflamação.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): Administrar broncodilatador inalatório de curta ação associado a corticoide sistêmico.

Esta é a conduta preconizada pelos consensos nacionais e internacionais (como o GINA). O beta-2 agonista de curta ação (ex: salbutamol) promove a broncodilatação rápida, sendo a primeira linha no alívio dos sintomas. O corticoide sistêmico (oral ou intravenoso) é fundamental em crises graves para reduzir a inflamação da árvore brônquica e prevenir recidivas, levando algumas horas para iniciar seu efeito pleno. Em casos graves, também costuma-se associar o brometo de ipratrópio (antimuscarínico).

Alternativa B (INCORRETA): Iniciar antibiótico de amplo espectro imediatamente.

A maioria das crises de asma é desencadeada por infecções virais, exposição a alérgenos ou poluentes. O uso de antibióticos não está indicado de rotina, devendo

ser reservado apenas se houver forte suspeita de infecção bacteriana secundária, como pneumonia (presença de febre persistente e infiltrado radiológico) ou sinusite bacteriana.

Alternativa C (INCORRETA): Administrar apenas oxigênio suplementar e observar resposta clínica.

Embora a paciente precise de oxigênio para corrigir a hipoxemia (alvo de SpO₂ entre 93-95%), o oxigênio isolado não trata a causa da crise (broncoespasmo e inflamação). Apenas observar uma paciente com sinais de gravidade sem instituir a terapia medicamentosa adequada coloca a vida da paciente em risco por insuficiência respiratória iminente.

Alternativa D (INCORRETA): Realizar intubação orotraqueal de imediato em todos os casos de crise asmática.

A intubação na asma é uma medida de exceção, reservada para casos de parada cardiorrespiratória, rebaixamento do nível de consciência ou falha total do tratamento medicamentoso agressivo com sinais de exaustão respiratória (como o "tórax silencioso"). A paciente do caso, apesar de grave, ainda apresenta murmúrio vesicular e sibilos, o que indica que ainda há passagem de ar e tempo para resposta ao tratamento clínico inicial.

Alternativa E (INCORRETA): Indicar betabloqueador para controle da taquicardia.

O uso de betabloqueadores é contraindicado na crise de asma, pois esses medicamentos podem agravar o broncoespasmo. A taquicardia da paciente (118 bpm) é uma resposta fisiológica à hipóxia, ao esforço respiratório e possivelmente ao uso prévio de broncodilatadores, devendo melhorar conforme a crise for revertida com o tratamento correto.

Questão 24

O quadro clínico apresenta um paciente de 48 anos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) recém-diagnosticado, manifestando sintomas clássicos de hiperglicemia e catabolismo, como poliúria, polidipsia e perda de peso. Os exames confirmam uma descompensação grave, com hemoglobina glicada (HbA_{1c}) de 10,2% e glicemia de jejum de 288 mg/dL. O índice HOMA-IR de 4,9 indica uma elevada resistência à insulina, comum na obesidade grau 3.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da Associação Americana de Diabetes (ADA), a escolha terapêutica baseia-se no nível da HbA_{1c} e na presença de sintomas. Em pacientes com HbA_{1c} superior a 10% ou glicemia de jejum acima de 300 mg/dL, especialmente se houver sintomas de perda de peso e catabolismo (sugerindo falência ou exaustão pancreática temporária por

glicotoxicidade), a conduta inicial recomendada é a insulinização.

Alternativa a: Incorreta. A monoterapia com metformina é a primeira escolha para pacientes com HbA1c próxima ao alvo ou até 7,5%. Para um paciente com HbA1c de 10,2% e sintomas acentuados, a metformina isolada não possui potência suficiente para atingir o controle glicêmico necessário e não reverte prontamente o estado catabólico.

Alternativa b: Incorreta. As sulfonilureias agem estimulando a secreção de insulina. Elas não são a primeira linha para pacientes com obesidade grau 3, pois um de seus principais efeitos colaterais é o ganho de peso. Além disso, em quadros de glicotoxicidade grave (HbA1c acima de 10%), o pâncreas muitas vezes não responde adequadamente aos secretagogos, sendo necessária a reposição direta de insulina. Observação: Embora o gabarito indicado nesta questão seja a letra b, esta resposta contraria as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Diabetes para pacientes com sintomas catabólicos e HbA1c acima de 10%.

Alternativa c: Incorreta. Mudanças no estilo de vida são essenciais em qualquer estágio do tratamento, mas, em um paciente com sintomas de perda de peso e glicemia tão elevada, o atraso no início da terapia farmacológica coloca o paciente em risco de complicações agudas e maior progressão da doença.

Alternativa d: Incorreta. O objetivo principal do tratamento do diabetes é prevenir o surgimento de complicações micro e macrovasculares por meio do controle glicêmico precoce e intensivo (legado metabólico). Aguardar complicações para intervir é uma conduta tecnicamente inadequada e antiética.

Alternativa e: Correta. Esta é a conduta preconizada pela Sociedade Brasileira de Diabetes para pacientes com HbA1c maior que 10% e presença de sintomas catabólicos (perda de peso). O uso de insulina basal ajuda a reduzir a glicotoxicidade rapidamente, permitindo que a função das células beta pancreáticas seja preservada ou recuperada. Após a estabilização do quadro, o esquema terapêutico pode ser reavaliado e possivelmente simplificado para drogas orais.

Questão 25

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) em janela terapêutica, com 120 minutos (2 horas) de evolução. Os critérios para intervenção imediata estão preenchidos: tempo de início inferior a 4,5 horas, ausência de hemorragia na tomografia inicial, pressão arterial em níveis aceitáveis

para intervenção (abaixo de 185/110 mmHg) e glicemia capilar normal. A angiotomografia revela oclusão do segmento M1 da artéria cerebral média esquerda, o que caracteriza uma oclusão de grande vaso, condizente com o NIHSS elevado (18) e os déficits neurológicos graves.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A aspirina é um antiagregante plaquetário indicado para prevenção secundária ou para pacientes que não possuem indicação de terapias de reperfusão. Em um caso de oclusão de grande vaso dentro da janela de 4,5 horas, a prioridade absoluta é a recanalização arterial.

Alternativa b: Incorreta. O uso de heparina em dose plena na fase aguda do AVCI não demonstrou benefício clínico e está associado a um risco aumentado de transformação hemorrágica sintomática.

Alternativa c: Incorreta. No tratamento do AVC, tempo é cérebro. Postergar a conduta por 6 horas causaria a perda irreversível do tecido cerebral que ainda poderia ser salvo (penumbra isquêmica), resultando em sequelas permanentes.

Alternativa d: Incorreta. Embora a trombólise endovenosa com alteplase esteja indicada pelo tempo de evolução, ela apresenta baixa taxa de sucesso na recanalização de grandes vasos proximais como o segmento M1. Para esses casos, a trombectomia mecânica deve ser associada para otimizar o desfecho funcional.

Alternativa e: Correta. Esta é a conduta padrão-ouro, conhecida como terapia em ponte. Como a paciente está dentro do intervalo de 4,5 horas, deve iniciar a trombólise química endovenosa com alteplase imediatamente. Simultaneamente, devido à comprovação de oclusão de grande vaso proximal (M1) e ao fato de ser previamente independente, ela tem indicação formal de trombectomia mecânica para desobstrução mecânica do vaso.

Associação com a imagem: A tomografia computadorizada de crânio sem contraste é o primeiro passo para excluir o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico. Na imagem fornecida, não há áreas de hiperdensidade (sangue), o que autoriza o uso de trombolíticos. É possível observar sinais precoces de isquemia no hemisfério cerebral esquerdo, como o apagamento de sulcos e a perda da diferenciação entre substância branca e cinzenta, o que explica a hemiparesia direita e a afasia motora apresentadas pela paciente.

Questão 26

Análise do caso clínico:

A paciente de 73 anos apresenta um quadro de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) agudo, evidenciado pelo início súbito de déficit neurológico focal (afasia e hemiparesia) e Tomografia de Crânio sem sinais de hemorragia. O NIHSS de 18 e a oclusão do segmento M1 da artéria cerebral média indicam um evento grave e de grande vaso.

O eletrocardiograma (ECG) apresentado é a peça-chave para definir a profilaxia secundária. Nele, observa-se um ritmo irregularmente irregular, com ausência de ondas P visíveis, que são substituídas por pequenas oscilações da linha de base (ondas f de fibrilação). Este achado confirma o diagnóstico de Fibrilação Atrial (FA). No contexto de um AVC, a FA classifica a etiologia como cardioembólica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A aspirina é um antiagregante plaquetário. Embora seja útil em AVCs de etiologia aterosclerótica (grandes artérias) ou lacunares, a antiagregação é significativamente menos eficaz que a anticoagulação para prevenir novos fenômenos tromboembólicos em pacientes com fibrilação atrial.

b) Correta. Para pacientes com fibrilação atrial não valvular e AVCI prévio, a anticoagulação oral é a estratégia de escolha para profilaxia secundária. Os Anticoagulantes Orais Diretos (DOACs), como a apixabana, rivaroxabana, dabigatrana ou edoxabana, são preferenciais em relação aos antagonistas da vitamina K (varfarina) por apresentarem menor risco de hemorragia intracraniana e maior facilidade de manejo. A decisão de iniciar deve ser feita após a exclusão de transformação hemorrágica por exame de imagem, geralmente seguindo a regra dos dias (1-3-6-12) conforme a gravidade do AVC.

c) Incorreta. A dupla antiagregação plaquetária (DAPT), geralmente aspirina combinada ao clopidogrel, é indicada apenas por curto período (21 a 90 dias) em casos de AVCI menor (NIHSS até 3 ou 5) ou AIT de alto risco, ambos de origem não cardioembólica. Na FA, a DAPT aumenta o risco de sangramento sem oferecer a proteção necessária contra a formação de trombos no átrio esquerdo.

d) Incorreta. O clopidogrel em monoterapia é uma alternativa para profilaxia secundária em AVCs de origem aterotrombótica, especialmente se o paciente tiver contraindicação ou intolerância à aspirina. Não possui papel na prevenção de eventos cardioembólicos por fibrilação atrial.

e) Incorreta. A heparina de baixo peso molecular (HBPM) em dose profilática subcutânea é utilizada no ambiente hospitalar para prevenção de trombose venosa profunda (TVP). O uso de heparina plena por tempo indeterminado não é a conduta preconizada para profilaxia secundária ambulatorial de AVC, sendo substituída pela anticoagulação oral por ser mais segura e prática.

Conclusão: O achado de fibrilação atrial no ECG de um paciente com AVC isquêmico direciona a conduta para a anticoagulação oral definitiva, visando reduzir o alto risco de recorrência embólica.

Questão 27

Para compreender as questões sobre hepatite B, é fundamental dominar o significado de cada marcador sorológico. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A vacina da hepatite B é composta apenas pela proteína de superfície do vírus (HBsAg). Portanto, um indivíduo vacinado desenvolve apenas o anticorpo contra essa proteína (anti-HBs). O anti-HBc total indica que houve contato com o nucleocapsídeo (core) do vírus real. Se o anti-HBc é positivo, o paciente teve contato com o vírus selvagem (infecção natural), e não apenas com a vacina.

Alternativa b) Correta. Este é o padrão clássico de imunidade vacinal. Como a vacina contém apenas o antígeno HBsAg recombinante, o corpo produz exclusivamente o anti-HBs. A ausência de anti-HBc (anti-HBc total negativo) confirma que o paciente nunca teve contato com o vírus completo, apenas com o componente vacinal.

Alternativa c) Incorreta. O HBeAg é um marcador de replicação viral e alta infectividade. Sua presença indica que o vírus está se multiplicando ativamente no organismo. A infecção resolvida é caracterizada pelo desaparecimento do HBsAg e do HBeAg, com o surgimento do anti-HBs e do anti-HBe.

Alternativa d) Incorreta. A janela imunológica na hepatite B ocorre no período em que o HBsAg já desapareceu, mas o anti-HBs ainda não surgiu (ou ainda não atingiu níveis detectáveis). Nesse intervalo, o único marcador de infecção aguda que pode estar presente é o anti-HBc IgM. A presença simultânea de HBsAg e anti-HBs é rara e pode ocorrer em casos específicos de escape mutante ou soroconversão em andamento, mas não define a janela imunológica.

Alternativa e) Incorreta. O anti-HBc IgM é o marcador de infecção aguda, indicando contato recente (geralmente nos últimos 6 meses) com o vírus. Como mencionado anteriormente, a vacina não gera a produção de anti-HBc de nenhum tipo (nem IgM, nem IgG), apenas de anti-HBs. A imunidade duradoura pós-vacinal é representada

pelo anti-HBs positivo isolado.

Questão 28

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro de Sangramento Uterino Anormal (SUA) agudo, com repercussão hemodinâmica (taquicardia de 110 bpm) e anemia sintomática (hemoglobina de 8,4 g/dL). A presença de miomas intramurais e a negatividade do Beta-hCG direcionam o diagnóstico etiológico para leiomiomatose uterina (o "L" da classificação PALM-COEIN).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A histerectomia é um tratamento definitivo para a miomatose, mas não deve ser indicada de forma imediata em uma paciente com instabilidade hemodinâmica e anemia aguda. O primeiro passo é sempre a estabilização clínica e o controle do sangramento agudo por meios clínicos. Operar uma paciente anêmica e descompensada aumenta significativamente os riscos cirúrgicos.

b) Incorreta. Não há qualquer indício de processo infeccioso (paciente afebril, sem dor abdominal aguda ou secreção purulenta). O uso de antibióticos não tem papel no manejo do sangramento uterino por miomas.

c) Correta. Esta é a conduta preconizada para o manejo inicial do SUA agudo. O ácido tranexâmico atua na estabilização do coágulo (antifibrinolítico) e os anticoncepcionais hormonais (especialmente em doses mais altas no esquema de ataque) auxiliam no controle do fluxo. Paralelamente, é fundamental estabilizar a paciente com reposição volêmica, se necessário, e tratar a anemia ferropriva instalada.

d) Incorreta. Embora a irregularidade menstrual seja comum na transição menopausal, um sangramento que leva à anemia grave e instabilidade hemodinâmica nunca deve ser considerado normal ou apenas "esperado". Trata-se de uma urgência médica que requer intervenção.

e) Incorreta. O uso de estrogênio isolado, especialmente em gel transdérmico, não é o tratamento para sangramento agudo por miomatose. O estrogênio isolado pode, inclusive, estimular o crescimento endometrial e agravar o sangramento se não houver oposição de progestagênio. A terapia de reposição hormonal tem indicações específicas para sintomas climatéricos, o que não é o foco desta emergência.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 29

A Doença de Addison, ou insuficiência adrenal primária, decorre da destruição do córtex da glândula adrenal, levando à deficiência de glicocorticoides (cortisol), mineralocorticoides (aldosterona) e androgênios.

Alternativa (a): Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o quadro clínico-laboratorial da doença. A deficiência de aldosterona impede a reabsorção de sódio e a secreção de potássio nos túbulos renais, resultando em hiponatremia e hipercalemia. A perda de sódio e água, somada à falta do efeito permissivo do cortisol nas catecolaminas, causa hipotensão arterial. Além disso, a queda do cortisol retira o feedback negativo sobre a hipófise, gerando um aumento compensatório do ACTH. Como o ACTH e o hormônio estimulador de melanócitos (MSH) derivam da mesma molécula precursora (POMC), níveis elevados de ACTH estimulam os melanócitos, causando a hiperpigmentação cutânea característica.

Alternativa (b): Incorreta. A hipernatremia, a alcalose metabólica e a hipertensão arterial são achados típicos do hiperaldosteronismo (como a Síndrome de Conn), que é o oposto funcional da Doença de Addison no que diz respeito aos mineralocorticoides.

Alternativa (c): Incorreta. Ganho ponderal, obesidade centrípeta e estrias violáceas são sinais clássicos da Síndrome de Cushing (hipercortisolismo). Na Doença de Addison, ocorre justamente o contrário: perda ponderal acentuada e anorexia.

Alternativa (d): Incorreta. A hiperglicemia e a pele fina (atrofia cutânea) são características do excesso de cortisol (Síndrome de Cushing). Pacientes com Addison têm tendência à hipoglicemia devido à falta do cortisol, que é um hormônio contrarregulador da insulina. Embora a fraqueza muscular possa ocorrer em ambas, o conjunto da alternativa aponta para o hipercortisolismo.

Alternativa (e): Incorreta. A alternativa descreve uma contradição. A Doença de Addison caracteriza-se pela deficiência (e não excesso) de cortisol sérico. Por ser uma patologia primária da glândula, o ACTH estará elevado por falta de retroalimentação negativa, e não suprimido. A supressão de ACTH com baixo cortisol ocorreria na insuficiência adrenal secundária (hipofisária).

Questão 30

Para definir a conduta em um quadro de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), o escore CURB-65 é uma das ferramentas mais utilizadas para estratificar a gravidade e o risco de mortalidade. Vamos analisar cada critério para este paciente:

C (Confusão mental): O paciente apresenta Glasgow 13, o que caracteriza alteração do nível de consciência/confusão. (+1 ponto)

U (Ureia): A ureia sérica de 56 mg/dL está acima do limite de 50 mg/dL. (+1 ponto)

R (Frequência Respiratória): O paciente apresenta 34 irpm, o que é maior ou igual a 30 irpm. (+1 ponto)

B (Pressão Arterial - Blood pressure): A PA de 86 x 54 mmHg atende ao critério de PAS menor que 90 mmHg ou PAD menor ou igual a 60 mmHg. (+1 ponto)

65 (Idade): O paciente tem 72 anos, sendo maior ou igual a 65 anos. (+1 ponto)

Pontuação Total: 5 pontos.

A interpretação do CURB-65 indica que pacientes com 0 ou 1 ponto podem ser tratados ambulatorialmente. Com 2 pontos, deve-se considerar a internação hospitalar (enfermaria). Com 3 ou mais pontos, a internação é obrigatória, e pontuações de 4 ou 5 indicam pneumonia grave com alto risco de morte, exigindo consideração imediata de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Associação com a imagem: O raio X de tórax demonstra uma opacidade homogênea (consolidação) no terço médio e na base do pulmão direito, com presença de broncogramas aéreos, o que confirma o diagnóstico clínico de pneumonia lobar.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A internação em enfermaria com antibiótico via oral é insuficiente para um paciente com pontuação máxima no escore de gravidade e instabilidade hemodinâmica/respiratória.

b) Incorreta. Embora a internação e o antibiótico endovenoso sejam necessários, o nível de cuidado de uma enfermaria é inadequado para o risco de morte deste paciente (CURB-65 = 5).

c) Incorreta. A alta hospitalar é contraindicada. O paciente apresenta sinais de choque (hipotensão), insuficiência respiratória (taquipneia e SatO₂ 86%) e confusão

mental.

d) Correta. Com uma pontuação de 5 no escore CURB-65, o paciente apresenta indicação formal de suporte intensivo em UTI devido à gravidade do quadro e ao alto risco de complicações e óbito.

e) Incorreta. A observação em pronto-socorro retarda o início do suporte intensivo e da monitorização contínua necessária para um quadro de sepse de foco pulmonar grave.

Questão 31

O quadro clínico descreve um paciente de 72 anos com pneumonia adquirida na comunidade (PAC) grave. Para definir a conduta e o local de tratamento, utilizamos rotineiramente o escore CURB-65. Vamos calcular a pontuação deste paciente:

C (Confusão mental): Presente (Glasgow 13). (1 ponto)

U (Ureia maior ou igual a 50 mg/dL): Presente (56 mg/dL). (1 ponto)

R (Frequência respiratória maior ou igual a 30 irpm): Presente (34 irpm). (1 ponto)

B (Blood pressure/Pressão arterial): Baixa, PAS menor que 90 ou PAD menor ou igual a 60 mmHg: Presente (86 x 54 mmHg). (1 ponto)

65 (Idade maior ou igual a 65 anos): Presente (72 anos). (1 ponto)

O paciente soma 5 pontos no escore CURB-65, o que indica uma mortalidade muito elevada e necessidade mandatória de internação hospitalar, preferencialmente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dado o choque relativo (hipotensão) e a insuficiência respiratória (SatO₂ 86%).

O raio X de tórax confirma o diagnóstico ao demonstrar uma opacidade homogênea (consolidação) com limites imprecisos ocupando o terço médio e inferior do pulmão direito, achado clássico de pneumonia lobar.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A amoxicilina por via oral (VO) é indicada apenas para tratamento ambulatorial de pacientes hígidos e sem sinais de gravidade (CURB-65 entre 0 e 1). O paciente em questão apresenta instabilidade hemodinâmica e respiratória.

b) Correta. Para casos de PAC grave com necessidade de internação, a diretriz brasileira recomenda a terapia combinada para ampliar o espectro de cobertura. A associação de um betalactâmico de amplo espectro (como a ceftriaxona) com um macrolídeo (como a azitromicina) por via endovenosa (EV) é o padrão-ouro. Essa

combinação garante cobertura contra o **Streptococcus pneumoniae** (principal agente) e contra germes atípicos (como **Legionella* spp.* e **Mycoplasma pneumoniae**), além de possuir efeito imunomodulador benéfico.

c) Incorreta. O ciprofloxacino não é considerado uma quinolona respiratória, pois possui baixa atividade contra o **Streptococcus pneumoniae**. Além disso, a via oral e a monoterapia são inadequadas para a gravidade do caso.

d) Incorreta. A penicilina cristalina isolada não oferece cobertura para germes atípicos e não é a escolha inicial empírica para pneumonias graves em pacientes idosos e com múltiplas comorbidades na prática clínica atual, sendo preferível o uso de cefalosporinas de terceira geração.

e) Incorreta. A vancomicina é reservada para casos em que há forte suspeita de **Staphylococcus aureus** resistente à meticilina (MRSA), como em pacientes com pneumonia necrotizante, pós-influenza ou com fatores de risco específicos para colonização por MRSA. Não é a primeira escolha para o tratamento empírico geral da PAC.

Questão 32

A vacina recombinante contra o herpes-zóster (conhecida comercialmente como Shingrix) é uma vacina inativada composta por uma glicoproteína do vírus, o que a diferencia da vacina de vírus vivo atenuado anteriormente disponível.

Alternativa a: Incorreta. A indicação rotineira para a população geral ocorre a partir dos 50 anos de idade. Embora a vacina possa ser utilizada a partir dos 18 anos, isso se restringe a indivíduos com risco aumentado para a doença, como os imunossuprimidos.

Alternativa b: Incorreta. Por ser uma vacina inativada (recombinante), ela não tem potencial de replicação viral. Por esse motivo, é segura e especificamente indicada para indivíduos imunossuprimidos, que possuem maior risco de desenvolver herpes-zóster e suas complicações, como a neuralgia pós-herpética.

Alternativa c: Correta. Esta é a recomendação oficial das principais sociedades de imunização. Adultos com 50 anos ou mais devem ser vacinados independentemente de terem tido episódios prévios de herpes-zóster, pois o risco de recorrência existe e a vacina ajuda a prevenir novos episódios e complicações graves.

Alternativa d: Incorreta. O esquema vacinal da vacina recombinante é composto por apenas duas doses, com um intervalo de 2 a 6 meses entre elas. Não há indicação de

revacinação anual.

Alternativa e: Incorreta. Se um adulto é suscetível à varicela (nunca teve a doença e nunca foi vacinado), ele deve receber a vacina específica contra a varicela para prevenir a infecção primária. A vacina contra o herpes-zóster tem uma concentração de antígenos e adjuvantes específica para estimular a imunidade celular em adultos que já tiveram contato prévio com o vírus, visando evitar sua reativação.

Questão 33

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta um paciente de 8 anos com a tríade clássica da mononucleose infecciosa: febre prolongada (5 dias), faringite intensa e linfonodopatia cervical. A presença de fadiga e hepatosplenomegalia reforça o caráter sistêmico da infecção, enquanto o hemograma com linfócitos atípicos é o achado laboratorial patognomônico para essa condição, refletindo a resposta das células T citotóxicas às células B infectadas pelo vírus Epstein-Barr (EBV).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) mononucleose infecciosa. CORRETA. Esta é a alternativa que melhor se ajusta ao quadro. A mononucleose infecciosa, causada principalmente pelo vírus Epstein-Barr, acomete frequentemente crianças e adultos jovens. O quadro clínico típico inclui febre, faringite (muitas vezes com exsudato), linfonodomegalia (especialmente em cadeia cervical posterior) e esplenomegalia em cerca de 50% dos casos. A presença de linfócitos atípicos (geralmente acima de 10% do total de leucócitos) é fundamental para o diagnóstico.

Alternativa b) amigdalite estreptocócica. INCORRETA. Embora a faringite estreptocócica cause febre, dor de garganta e adenite cervical, ela não costuma cursar com hepatosplenomegalia ou linfocitose atípica. O quadro de prostração e fadiga também é menos proeminente do que na mononucleose. Além disso, a presença de linfócitos atípicos aponta para uma etiologia viral, e não bacteriana.

Alternativa c) citomegalovirose congênita. INCORRETA. A citomegalovirose congênita é uma infecção adquirida no útero e se manifesta logo ao nascimento com microcefalia, calcificações intracranianas, petéquias e icterícia. O paciente da questão tem 8 anos e apresenta um quadro agudo de 5 dias, o que descarta uma condição congênita. Vale notar que o CMV pode causar uma síndrome mononucleose-like em pacientes mais velhos, mas o termo congênita torna a opção errada.

Alternativa d) escarlatina. INCORRETA. A escarlatina é uma toxidermia causada pela toxina eritrogênica do *Streptococcus pyogenes*. Ela se manifesta com faringite e febre, porém é marcada por um exantema micropapular (aspecto de lixa), sinal de Pastia (acentuação nas dobras), sinal de Filatov (palidez perioral) e língua em morango. Não há relato de tais sinais cutâneos na questão, nem a escarlatina justifica a hepatosplenomegalia ou a linfocitose atípica.

Alternativa e) leucemia linfocítica aguda (LLA). INCORRETA. A LLA é o câncer mais comum na infância e pode apresentar febre, linfonodomegalia e hepatosplenomegalia. No entanto, o hemograma tipicamente revelaria alterações mais graves nas outras linhagens (anemia, plaquetopenia) e a presença de blastos (células imaturas), e não apenas linfócitos atípicos, que são células reativas maduras comuns em viroses. O quadro de faringite aguda é típico de processos infecciosos.

Questão 34

Alternativa (a) Incorreta: No atendimento ao trauma, a prioridade máxima é a estabilização das vias aéreas com controle da coluna cervical (etapa A). Exames de imagem, como radiografias de tórax e pelve, são considerados exames subsidiários (adjuntos) e devem ser realizados somente após ou simultaneamente à estabilização das funções vitais, nunca antes.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa define o protocolo padrão do ATLS (Advanced Trauma Life Support). A avaliação primária deve ser sistemática e sequencial: A (Vias aéreas e proteção da coluna cervical), B (Respiração e ventilação), C (Circulação com controle de hemorragia), D (Incapacidade ou estado neurológico) e E (Exposição e controle do ambiente/prevenção de hipotermia). Essa ordem prioriza o tratamento das lesões que matam mais rapidamente.

Alternativa (c) Incorreta: A reposição volêmica inicial no trauma é realizada com soluções cristaloides isotônicas aquecidas, sendo o Ringer Lactato a solução de escolha na atualização mais recente do ATLS. O uso de solução glicosada é contraindicado na fase inicial, pois não permanece no espaço intravascular de forma eficaz para expansão volêmica e pode agravar lesões neurológicas.

Alternativa (d) Incorreta: A estabilização hemodinâmica (etapa C) tem prioridade sobre a avaliação neurológica (etapa D). Além disso, durante a avaliação primária, realiza-se apenas uma avaliação neurológica rápida (Escala de Coma de Glasgow e reatividade pupilar). O exame neurológico detalhado é reservado para a avaliação secundária, após o paciente estar estabilizado.

Alternativa (e) Incorreta: A exposição completa do paciente é fundamental para identificar todas as lesões potenciais. O protocolo orienta que o paciente seja totalmente despido (cortando as roupas, se necessário), mas que, logo após o exame, medidas de aquecimento sejam implementadas. A exposição não deve ser evitada, mas sim realizada de forma controlada para permitir o exame completo e prevenir a hipotermia simultaneamente.

Questão 35

Para compreender a resposta correta sobre o diagnóstico de hipertensão arterial (HA) segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), vamos analisar cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: Em regra, o diagnóstico de hipertensão não deve ser baseado em uma única aferição. As diretrizes recomendam pelo menos duas aferições em momentos distintos para confirmação. A exceção ocorre apenas em casos de hipertensão estágio 3 (valores maiores ou iguais a 180/110 mmHg) ou quando o paciente já apresenta lesão de órgão-alvo ou doença cardiovascular estabelecida na primeira avaliação.

Alternativa (b) Correta: Esta é a alternativa que melhor reflete as diretrizes atuais. A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) são fundamentais para o diagnóstico preciso, pois permitem identificar fenótipos que a medida de consultório não alcança. Esses fenótipos incluem a Hipertensão de Avental Branco (pressão alta apenas no médico) e a Hipertensão Mascarada (pressão normal no médico, mas alta na rotina do paciente).

Alternativa (c) Incorreta: A presença de lesão de órgão-alvo (como hipertrofia ventricular esquerda ou alteração na função renal) ajuda a confirmar o diagnóstico em casos limítrofes e a estratificar o risco, mas não é obrigatória. O diagnóstico é definido primariamente pelos níveis de pressão arterial.

Alternativa (d) Incorreta: O diagnóstico de hipertensão arterial é essencialmente clínico e baseado em medidas hemodinâmicas. Os exames laboratoriais complementares são indicados após ou durante o diagnóstico para avaliar o risco cardiovascular global, investigar lesões de órgãos e pesquisar possíveis causas secundárias, mas não são eles que definem se o paciente é hipertenso ou não.

Alternativa (e) Incorreta: A pressão de consultório está sujeita a interferências como o estresse do ambiente médico (efeito do avental branco). Por isso, as diretrizes modernas preconizam que, sempre que possível, o diagnóstico seja corroborado por

medidas fora do consultório (MAPA ou MRPA), mostrando que a medida isolada de consultório nem sempre é suficiente para o diagnóstico definitivo.

Questão 36

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente de 36 anos com cefaleia recorrente há 2 anos, apresentando características típicas de uma cefaleia primária. Para o diagnóstico preciso, devemos observar os critérios da Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3). A paciente apresenta dor unilateral, caráter pulsátil, duração entre 4 e 72 horas (no caso, 12-24h), agravamento por atividade física e sintomas associados, como náuseas, fotofobia e fonofobia.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a): Correta. O diagnóstico de migrânea (enxaqueca) sem aura baseia-se em critérios clínicos específicos preenchidos pela paciente: crises que duram de 4 a 72 horas, dor com pelo menos duas características (unilateral, pulsátil, intensidade moderada/grave, piora com atividade física) e presença de pelo menos um sintoma associado (náuseas/vômitos ou fotofobia/fonofobia). O histórico de 2 anos reforça o caráter crônico e recorrente da patologia.

Alternativa (b): Incorreta. A cefaleia em salvas caracteriza-se por dor estritamente unilateral, extremamente forte, geralmente na região orbital ou temporal, com crises mais curtas (15 a 180 minutos). Além disso, obrigatoriamente apresenta sintomas autonômicos ipsilaterais, como lacrimejamento, congestão nasal, rinorreia ou miose/ptose, o que não foi relatado no caso. É mais prevalente no sexo masculino.

Alternativa (c): Incorreta. A cefaleia do tipo tensional é tipicamente bilateral, com caráter compressivo ou em aperto (não pulsátil), de intensidade leve a moderada e não piora com atividades físicas rotineiras. Além disso, a ausência de náuseas é um critério importante para diferenciá-la da migrânea.

Alternativa (d): Incorreta. A arterite de células gigantes é uma vasculite que acomete quase exclusivamente indivíduos acima de 50 anos (média de 70 anos). O quadro clínico costuma incluir claudicação de mandíbula, hipersensibilidade do couro cabeludo, perda visual súbita e marcadores inflamatórios (VHS e PCR) muito elevados, o que foge completamente ao perfil da paciente de 36 anos.

Alternativa (e): Incorreta. Uma cefaleia secundária à hipertensão intracraniana aguda apresentaria um perfil evolutivo diferente, geralmente agudo ou subagudo

progressivo, muitas vezes acompanhado de papiledema, vômitos em jato ou déficits neurológicos. Um histórico estável de 2 anos com crises episódicas é incompatível com hipertensão intracraniana aguda.

Questão 37

ANÁLISE DA QUESTÃO:

O caso descreve um acidente com animal agressor (cão) não passível de observação (desconhecido), com lesão em extremidade (mão). De acordo com as normas do Ministério da Saúde do Brasil, mordeduras em mãos, pés, face e pescoço são classificadas como acidentes graves devido à rica inervação local e proximidade com o sistema nervoso central, o que acelera a migração do vírus da raiva.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A primeira medida em qualquer atendimento de mordedura é a limpeza exaustiva com água e sabão, que reduz a carga viral no local. Como o animal é desconhecido (não pode ser observado por 10 dias) e o ferimento localiza-se na mão, o protocolo define o caso como acidente grave. A conduta obrigatória é o início imediato do esquema vacinal (geralmente 4 doses) e a indicação de soro antirrábico ou imunoglobulina para fornecer anticorpos imediatos, já que a vacina demora alguns dias para gerar resposta imune ativa.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A raiva é uma doença com letalidade de praticamente 100%. Ignorar o risco de transmissão em uma mordida de animal desconhecido é um erro fatal. A profilaxia do tétano deve ser feita conforme o histórico vacinal do paciente, mas nunca isoladamente.

Alternativa (b): O uso de antibióticos é indicado em muitos casos de mordedura (especialmente em mãos) para prevenir infecções por bactérias da flora bucal do animal, mas essa medida é secundária e não substitui a profilaxia da raiva.

Alternativa (c): A estratégia de observar o animal por 10 dias só é válida para cães e gatos conhecidos, domiciliados e que permitam o monitoramento. Se o animal é de rua e desapareceu, o paciente deve ser tratado imediatamente como se o animal estivesse raivoso.

Alternativa (e): A imunoglobulina (imunização passiva) nunca deve ser utilizada sozinha. Ela serve para cobrir a "janela imunológica" até que a vacina (imunização ativa) faça efeito. Sem a vacina, o paciente ficará desprotegido assim que os anticorpos do soro forem metabolizados.

Questão 38

A questão aborda os critérios legais e técnicos para o diagnóstico de morte encefálica (ME) no Brasil, fundamentados na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) número 2.173 de 2017. O caso clínico demonstra um paciente com todos os pré-requisitos preenchidos: lesão encefálica conhecida e irreversível, ausência de sedativos e distúrbios metabólicos (washout de 5 meias-vidas), estabilidade hemodinâmica (PAS 110 mmHg) e temperatura central acima de 35 graus Celsius.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. No Brasil, é obrigatória a realização de dois exames clínicos por médicos diferentes. O exame complementar é uma exigência legal para todos os casos, independentemente da idade. Além disso, o alvo de PaCO₂ no teste de apneia deve ser igual ou superior a 55 mmHg para validar a ausência de estímulo respiratório.

Alternativa b: Incorreta. A presença de qualquer reflexo de tronco encefálico (como o fotomotor, corneano ou de tosse) impede o diagnóstico de morte encefálica. O exame complementar é obrigatório por lei no Brasil, não sendo uma opção do examinador.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve com precisão o protocolo brasileiro. O processo exige: 1) Dois exames clínicos independentes realizados por médicos especificamente capacitados e que não participem da equipe de transplante; 2) Um teste de apneia que confirme a ausência de movimentos respiratórios com PaCO₂ final igual ou superior a 55 mmHg; 3) Um exame complementar (como arteriografia, eletroencefalograma ou doppler transcraniano) que demonstre ausência de atividade ou perfusão cerebral. Tudo isso deve ocorrer após a exclusão de fatores confundidores.

Alternativa d: Incorreta. Não existe a possibilidade de firmar o diagnóstico apenas por achados de imagem ou aguardando o tempo de 24 horas sem seguir as etapas rígidas do protocolo. O teste de apneia é obrigatório e não pode ser dispensado por presença de hérnia na tomografia.

Alternativa e: Incorreta. O teste farmacológico com atropina (utilizado antigamente para avaliar a resposta do nervo vago) não faz mais parte do protocolo obrigatório definido pelo CFM para o diagnóstico de morte encefálica. A realização do exame complementar é indispensável para a conclusão do laudo no Brasil.

Questão 39

Esta questão aborda o processo legal, clínico e ético que sucede o diagnóstico de morte encefálica no Brasil, focando na atuação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

Alternativa a: Incorreta. A alocação de rins no Brasil não segue apenas a ordem cronológica. O critério primordial é a compatibilidade HLA (sistema de histocompatibilidade), além da compatibilidade sanguínea (ABO). O tempo de espera funciona como critério de desempate. Existem também prioridades específicas, como para pacientes que perderam todos os acessos vasculares para diálise ou receptores pediátricos.

Alternativa b: Incorreta. O critério de alocação de fígado no Brasil é o MELD (Model for End-Stage Liver Disease), que avalia a gravidade e o risco de mortalidade do receptor em lista, e não o Child-Pugh. Além disso, pacientes com hepatocarcinoma dentro dos Critérios de Milão recebem uma pontuação extra (chamada de situação especial) para garantir que sejam transplantados antes que o tumor progrida, ao contrário do que afirma a alternativa.

Alternativa c: Incorreta. O transplante de coração é um dos que mais utiliza critérios de gravidade para a alocação. Pacientes com prioridade clínica (em choque cardiogênico, dependentes de suporte circulatório mecânico, como ECMO ou balão intra-aórtico, ou dependentes de inotrópicos) passam à frente de pacientes estáveis na fila, independentemente do tempo de espera.

Alternativa d: Correta. Conforme a legislação brasileira (Lei 9.434/97 e Decreto 9.175/2017), a notificação de morte encefálica é compulsória e obrigatória a todos os estabelecimentos de saúde, independentemente de serem ou não centros transplantadores. Após a notificação, a manutenção hemodinâmica e metabólica do doador é essencial para a viabilidade dos órgãos. A alocação é gerida pelo SNT seguindo critérios técnicos específicos para cada órgão: Rim prioriza compatibilidade HLA; Fígado utiliza o MELD-Na (que incorpora o sódio sérico para melhor predição de mortalidade); Coração e Pulmão priorizam a urgência/gravidade clínica do receptor.

Alternativa e: Incorreta. A alocação de pulmão também segue critérios de gravidade. O sistema brasileiro utiliza critérios de priorização para pacientes com falência respiratória aguda grave ou dependentes de suporte ventilatório/oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), não se limitando apenas ao tempo na fila.

Questão 40

Análise da Imagem:

O traçado eletrocardiográfico exibido na questão mostra uma atividade elétrica totalmente desorganizada, com ondas de formas e amplitudes variadas, sem a presença de complexos QRS, ondas P ou ondas T identificáveis. Esse padrão é característico da fibrilação ventricular (FV).

Fundamentação:

A fibrilação ventricular é um ritmo de parada cardiorrespiratória (PCR) classificado como chocável. De acordo com os protocolos internacionais de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS), a intervenção com maior impacto na sobrevivência do paciente em FV é a desfibrilação elétrica precoce. O choque interrompe a atividade caótica e permite que o nó sinusal ou outro marcapasso natural retome o comando do ritmo cardíaco.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A massagem cardíaca é fundamental em qualquer PCR, porém a atropina não possui indicação nos protocolos atuais para o tratamento de parada cardíaca, tendo sido removida das diretrizes há mais de uma década. A conduta prioritária na FV é o choque.
- b) Correta. Diante de um ritmo de fibrilação ventricular, a conduta imediata e definitiva é realizar a desfibrilação elétrica. Cada minuto de atraso na desfibrilação reduz significativamente as chances de sucesso na ressuscitação.
- c) Incorreta. A lidocaína é um fármaco antiarrítmico indicado apenas em casos de FV ou taquicardia ventricular sem pulso que persistem após choques iniciais e administração de adrenalina (geralmente após o segundo ou terceiro choque). Medicamentos nunca substituem ou precedem a desfibrilação nesses ritmos.
- d) Incorreta. No algoritmo de ritmos chocáveis, a adrenalina é administrada somente após o segundo choque. Além disso, nunca se deve observar o paciente ou aguardar tempo adicional antes de desfibrilar um ritmo chocável, se o equipamento estiver disponível.
- e) Incorreta. A ventilação com bolsa-válvula-máscara (Ambu) é parte do suporte básico e avançado, mas não é capaz de reverter a fibrilação. Aguardar o retorno espontâneo da circulação sem realizar manobras de reanimação e desfibrilação é uma conduta tecnicamente errada e fatal para o paciente.

Questão 41

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de Rotura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO), definida como a ruptura das membranas antes do início das contrações de trabalho de parto. Como a idade gestacional é de 33 semanas, trata-se especificamente de uma RPMO pré-termo.

Alternativa A: Incorreta. O conceito de rotura prematura de membranas refere-se ao momento da ruptura em relação ao início do trabalho de parto (ocorre antes das contrações) e não à idade gestacional. Uma gestante com 40 semanas pode apresentar RPMO. O fato de ela ter 33 semanas classifica a rotura como pré-termo, mas a definição de prematuridade da membrana não depende da idade gestacional isoladamente.

Alternativa B: Incorreta. A apresentação pélvica em feto prematuro não é uma indicação absoluta de cesariana imediata, especialmente em um cenário onde não há trabalho de parto e a estabilidade materno-fetal é mantida. Antes das 34 semanas, a prioridade é a conduta conservadora para reduzir complicações da prematuridade, a menos que haja sinais de infecção ou sofrimento fetal.

Alternativa C: Incorreta. O toque vaginal é formalmente contraindicado em casos de rotura de membranas fora do trabalho de parto, pois cada exame realizado aumenta significativamente o risco de infecção ascendente (corioamnionite). O diagnóstico e a avaliação devem ser feitos preferencialmente pelo exame especular.

Alternativa D: Correta. De acordo com os principais protocolos obstétricos (como FEBRASGO e ACOG), para gestantes com RPMO entre 24 e 34 semanas sem sinais de infecção ou comprometimento da vitalidade fetal, a conduta é a expectante armada. Isso envolve internação, monitoramento rigoroso de sinais vitais maternos e fetais, exames laboratoriais seriados para detectar infecção precocemente, antibioticoterapia (para aumentar o período de latência e profilaxia de GBS) e corticoterapia para maturação pulmonar fetal.

Alternativa E: Incorreta. A indução do parto às 33 semanas não é a conduta de primeira escolha na ausência de complicações. A interrupção da gestação (seja por indução ou cesárea) na RPMO geralmente é indicada após as 34 semanas de gestação. Antes disso, os riscos da prematuridade superam os riscos da conduta expectante vigiada.

Questão 42

Alternativa a) Incorreta. Para calcular a Data Provável do Parto (DPP) pela Regra de Naegele, somamos 7 dias ao primeiro dia da última menstruação (DUM) e subtraímos 3 meses do mês da DUM (ou somamos 9 meses, se a DUM ocorreu entre janeiro e março). Com DUM em 26/06/2025: somando 7 dias ao dia 26, chegamos ao dia 33. Como o mês de junho tem 30 dias, a contagem passa para o dia 03 do mês seguinte (julho). Subtraindo 3 meses de julho (mês 07), chegamos ao mês 04 (abril). Portanto, a DPP correta seria 03/04/2026.

Alternativa b) Incorreta. O cálculo da idade gestacional em 10/08/2025 está correto: são 4 dias restantes de junho, 31 dias de julho e 10 dias de agosto, totalizando 45 dias, o que equivale a 6 semanas e 3 dias. Entretanto, o termo "atraso menstrual" refere-se ao tempo decorrido desde a data em que a menstruação deveria ter ocorrido. Se a paciente tem ciclos de 28 dias, a menstruação era esperada para cerca de 24/07. Assim, o atraso seria de aproximadamente 17 dias (2 semanas e 3 dias), e não 6 semanas.

Alternativa c) Correta. Na ultrassonografia transvaginal, o saco gestacional pode ser visto a partir de 4 a 5 semanas, a vesícula vitelina com 5 semanas e o embrião com batimentos cardíacos fetais (BCF) a partir de 6 semanas de gestação. Como a paciente está com 6 semanas e 3 dias, já é perfeitamente possível a visualização da atividade cardíaca embrionária.

Alternativa d) Incorreta. A Regra de Naegele estima a DPP como 40 semanas (280 dias) a partir da data da última menstruação (DUM), e não a partir da concepção. A concepção ocorre, em média, cerca de 2 semanas após a DUM em ciclos regulares; portanto, 40 semanas após a concepção corresponderiam a 42 semanas de idade gestacional.

Alternativa e) Incorreta. A ultrassonografia realizada antes de 8 a 10 semanas é extremamente valiosa. Ela é o método mais preciso para datar a gestação (através da medida do comprimento cabeça-nádega), além de confirmar se a gravidez é tópica (dentro do útero), se é única ou múltipla e se o embrião possui sinais de viabilidade.

Questão 43

Alternativa a: Está correta. A medida da altura uterina (AU), realizada da borda superior da sínfise púbica até o fundo do útero, é o principal método clínico para acompanhar o crescimento fetal e o volume de líquido amniótico. A partir da 20ª semana de gravidez, existe uma correlação direta entre a idade gestacional em semanas e a medida da AU em centímetros. Como o mês obstétrico é composto por 4

semanas e o útero cresce cerca de 1 cm por semana, a média de crescimento de 4 cm por mês é aceita na prática clínica.

Alternativa b: Está incorreta. O organismo materno passa por diversas adaptações hemodinâmicas, incluindo um aumento na frequência cardíaca. No entanto, esse incremento costuma ser de apenas 10 a 15 batimentos por minuto em relação aos valores pré-gravídicos. Uma frequência cardíaca de 110 bpm em repouso é considerada taquicardia e deve ser investigada para causas patológicas, como anemia ou hipertireoidismo.

Alternativa c: Está incorreta. A pressão arterial sofre uma redução fisiológica no primeiro e, principalmente, no segundo trimestre da gestação, devido à queda da resistência vascular periférica causada pela progesterona e pela presença da placenta (sistema de baixa resistência). No terceiro trimestre, a pressão tende a retornar aos níveis basais que a mulher apresentava antes de engravidar, e não a manter-se mais elevada.

Alternativa d: Está incorreta. O edema de membros inferiores (pés e tornozelos) ao final do dia é comum e considerado fisiológico na gestação devido a alterações na pressão hidrostática e compressão da veia cava. Contudo, o edema que atinge a parede abdominal, as mãos e a face é considerado um sinal de alerta e pode estar associado a quadros patológicos, como a pré-eclâmpsia, não sendo classificado como fisiológico.

Alternativa e: Está incorreta. A epistaxe (sangramento nasal) é uma queixa comum na gestação decorrente da hiperemia e congestão da mucosa nasal, estimuladas pelos níveis elevados de estrogênio, que tornam os capilares mais frágeis. Embora a hipertensão possa coexistir, a epistaxe isolada não é um marcador ou critério diagnóstico para a elevação da pressão arterial na gestante.

Questão 44

Para resolver esta questão, é necessário aplicar os critérios diagnósticos para diabetes na gestação preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). A paciente em questão apresenta múltiplos fatores de risco (idade acima de 35 anos, obesidade com IMC de 35 e antecedente de macrossomia fetal), o que reforça a necessidade de rastreamento imediato no início do pré-natal.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A presença de fatores de risco indica que a paciente tem

uma alta probabilidade de desenvolver a doença e exige a realização de exames laboratoriais o mais cedo possível. No entanto, o diagnóstico de diabetes é estritamente bioquímico, ou seja, depende do resultado dos exames de sangue e não apenas da história clínica ou física da paciente.

Alternativa b: Incorreta. Se a glicemia de jejum for igual ou superior a 126 mg/dL no início da gestação, o diagnóstico é de Diabetes Mellitus pré-existente (também chamado de Overt Diabetes ou diabetes manifesto), e não de Diabetes Gestacional. O Diabetes Gestacional é caracterizado por níveis glicêmicos alterados, porém abaixo dos critérios para diabetes fora da gestação.

Alternativa c: Incorreta. Se a glicemia de jejum for menor que 92 mg/dL no início da gravidez (primeiro trimestre), a paciente é considerada momentaneamente normal. O protocolo padrão indica que ela deve aguardar e realizar o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) de 75g entre a 24ª e a 28ª semana de gestação. Não se colhe o TOTG de 2 horas imediatamente após um resultado de jejum normal no primeiro trimestre.

Alternativa d: Correta. Conforme os critérios atuais, se a gestante apresentar uma glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL em qualquer fase da gestação (mesmo na primeira consulta, com 8 semanas), o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) está confirmado.

Alternativa e: Incorreta. De acordo com as diretrizes de rastreamento, um único valor alterado (igual ou superior a 92 mg/dL) já é suficiente para fechar o diagnóstico de Diabetes Gestacional. Não existe a recomendação de repetir o exame para confirmação ou para "afastar" o diagnóstico nesses casos, devendo-se iniciar o acompanhamento e o tratamento adequado (dieta, exercícios e monitorização).

Questão 45

Alternativa a) Incorreta. Gestações dicoriônicas e diamnióticas podem ser tanto dizigóticas quanto monozigóticas. Quando a divisão do ovo em uma gestação monozigótica ocorre de forma muito precoce, entre o primeiro e o terceiro dia após a fecundação (fase de mórula), cada feto desenvolverá seu próprio córion e seu próprio âmnio, resultando em uma configuração dicoriônica e diamniótica. Já as gestações dizigóticas são sempre dicoriônicas e diamnióticas.

Alternativa b) Incorreta. A cronologia da divisão embrionária determina a corionicidade e a amnionidade. A divisão que ocorre até o terceiro ou quarto dia após a fecundação resulta em gestações dicoriônicas e diamnióticas. Para que a gestação seja monocoriônica e diamniótica, a divisão deve ocorrer entre o quarto e o oitavo dia

após a fecundação, durante a fase de blastocisto.

Alternativa c) Correta. A incidência de gestações monozigóticas (gêmeos idênticos) é universalmente constante, ocorrendo em aproximadamente 3,5 a 4 por 1.000 nascimentos. Diferentemente das gestações dizigóticas, que sofrem influência da etnia, idade materna, paridade e histórico familiar, a gemelaridade monozigótica é considerada um evento biológico aleatório, não sendo afetada por esses fatores ou pelo uso de medicamentos.

Alternativa d) Incorreta. A Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF) é uma complicação exclusiva de gestações monocoriônicas. Ela ocorre devido à presença de anastomoses vasculares na placenta compartilhada, que permitem a passagem desequilibrada de sangue de um feto (doador) para o outro (receptor). Em gestações dicoriônicas, as placentas são funcionalmente independentes, o que impede a ocorrência dessa síndrome.

Alternativa e) Incorreta. O uso de indutores de ovulação e técnicas de reprodução assistida aumenta a probabilidade de gestações múltiplas, porém esse aumento se dá majoritariamente à custa de gestações dizigóticas (gêmeos fraternos), devido à maturação e liberação de múltiplos folículos ovarianos no mesmo ciclo. A taxa de monozigóticos permanece estável e independente desses indutores conforme o padrão biológico clássico.

Questão 46

Diagnóstico: O quadro clínico descrito é clássico de descolamento prematuro da placenta (DPP). Os sinais presentes são: sangramento vaginal escuro, hipertonia uterina (tônus aumentado), instabilidade hemodinâmica materna (hipotensão e taquicardia) e óbito fetal (FCF não audível). O DPP é uma emergência obstétrica na qual o diagnóstico é eminentemente clínico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O toque vaginal é contraindicado na suspeita de placenta prévia antes da realização de uma ultrassonografia, para evitar o agravamento do sangramento. No entanto, no DPP, o toque é fundamental para avaliar a dilatação cervical e realizar a amniotomia, que faz parte do tratamento.

b) Incorreta. A placenta prévia costuma apresentar sangramento vermelho-vivo, indolor, de início súbito e, principalmente, com útero relaxado (tônus normal). No caso, a paciente apresenta hipertonia e instabilidade, sugerindo fortemente DPP. Além disso, o DPP é um diagnóstico clínico; retardar o atendimento para realizar

ultrassonografia em uma paciente instável aumenta a morbimortalidade.

c) Incorreta. O misoprostol é utilizado para indução do parto, mas seu efeito não é imediato. Diante de uma paciente com sinais de choque hipovolêmico (PA 90 x 70 mmHg e FC 116 bpm), a prioridade é a estabilização hemodinâmica e o esvaziamento uterino rápido. A indução medicamentosa seria muito lenta para este cenário de urgência.

d) Correta. No DPP com feto morto, a via de parto preferencial é a vaginal, desde que o parto ocorra em curto prazo e a mãe esteja estável. Contudo, esta paciente está em choque e tem apenas 1,5 cm de dilatação (previsão de parto prolongado). Nessas condições, a conduta correta é a amniotomia (que diminui a pressão intrauterina, melhora a hipertonia e reduz a infiltração de tromboplastina na circulação materna) seguida de parto pela via mais rápida, que, neste caso, é a cesárea, visando salvar a vida da mãe.

e) Incorreta. Embora o feto esteja morto, a via vaginal só é indicada se a paciente estiver hemodinamicamente estável ou se o parto for iminente (dilatação avançada). A indução do parto em uma paciente instável com colo de 1,5 cm é perigosa e contraindicada, pois o tempo de espera pode levar ao agravamento do choque e a distúrbios de coagulação (coagulação intravascular disseminada).

Questão 47

Alternativa A: INCORRETA. A insinuação (ou encravamento) é definida como a passagem do maior diâmetro transverso da apresentação (no caso da cefálica fletida, o diâmetro biparietal) pelo estreito superior da bacia. Clinicamente, isso ocorre quando a parte mais baixa da apresentação atinge o nível das espinhas isquiáticas (plano 0 de De Lee). O erro da alternativa reside na afirmação de que o diâmetro é "paralelo" à linha de orientação; o diâmetro biparietal é perpendicular à sutura sagital (linha de orientação).

Alternativa B: INCORRETA. A finalidade da descida e da rotação interna é levar o ponto de referência (o occipital ou lambda, no caso da cefálica fletida) para a sínfise púbica (anterior), e não para o sacro (posterior), na grande maioria dos partos. Isso coloca o feto em posição occipitopúbica (OP), facilitando o movimento de deflexão sob a sínfise.

Alternativa C: INCORRETA. A rotação interna visa levar o lambda para a sínfise púbica (direção anterior). Levar o lambda para o cóccix (direção posterior) resultaria em uma variedade de posição occipitossacra (OS), que é menos comum e geralmente torna o período expulsivo mais prolongado e difícil. O cóccix é retropulsado pela

própria cabeça fetal durante a passagem pelo estreito inferior, mas esse não é o objetivo da rotação interna.

Alternativa D: INCORRETA. A posição ODT (Occipito-Direita-Transversa) significa que o occipital está voltado para a lateral da bacia materna. Para atingir a posição OP (Occipito-Púbica), o polo cefálico precisa realizar uma rotação de 90 graus. Uma rotação de 45 graus ocorreria se o feto estivesse em uma posição oblíqua, como a OEA (Occipito-Esquerda-Anterior) ou ODA (Occipito-Direita-Anterior).

Alternativa E: CORRETA. Após o desprendimento da cabeça, ocorre a rotação externa (restituição). Esse movimento é simultâneo à rotação interna das espáduas (ombros) dentro do canal de parto. O diâmetro bisacromial (distância entre os ombros), que entrou no estreito superior pelo diâmetro transversal ou oblíquo, deve girar para o diâmetro ântero-posterior da saída da bacia para facilitar o desprendimento dos ombros (primeiro o anterior sob a sínfise e depois o posterior).

Questão 48

Alternativa A (Correta): De acordo com as diretrizes atuais da FEBRASGO, da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, a analgesia de parto deve ser disponibilizada a partir do momento em que a gestante solicita o alívio da dor, desde que o trabalho de parto esteja estabelecido. Não existe mais a recomendação de aguardar uma dilatação cervical mínima (como 4 ou 5 cm) para iniciar o procedimento. A percepção de dor da parturiente é o critério soberano.

Alternativa B (Incorreta): Durante a fase ativa do trabalho de parto, espera-se que ocorram de 2 a 5 contrações em um intervalo de 10 minutos. O termo taquissístolia é reservado para a presença de mais de 5 contrações em 10 minutos. A afirmação é vaga e não reflete um parâmetro de conduta isolado na assistência ao parto, pois a qualidade e a duração das contrações também devem ser avaliadas.

Alternativa C (Incorreta): No segundo período do parto (período expulsivo), a recomendação para gestantes de baixo risco é que a ausculta dos batimentos cardíacos fetais seja realizada de forma intermitente a cada 5 minutos ou após cada contração. A frequência de 15 em 15 minutos é recomendada para o primeiro período (dilatação) em gestantes de baixo risco.

Alternativa D (Incorreta): O terceiro período ativo (ou manejo ativo do terceiro estágio) consiste na administração de 10 UI de oxitocina por via intramuscular imediatamente após o nascimento (preferencialmente após a saída do ombro anterior ou nascimento completo do feto), seguida de tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina, se necessário. O objetivo é reduzir o risco de

hemorragia pós-parto, não havendo a regra de aguardar 10 minutos para a extração placentária.

Alternativa E (Incorreta): Atualmente, a recomendação é que a episiotomia não seja realizada de forma rotineira, mas sim de forma seletiva. Embora seja comum em partos instrumentalizados (como no uso de fórceps), ela não é exclusiva desses casos. Pode ser indicada em situações específicas de risco de laceração perineal grave ou sofrimento fetal agudo, nas quais o benefício de abreviar o parto supera os riscos do procedimento, independentemente de ser um parto espontâneo ou instrumental. O erro da alternativa está na palavra "somente".

Questão 49

Alternativa a) Incorreta. De acordo com os principais protocolos (CDC e Febrasgo), o rastreio universal para o Estreptococo do Grupo B (EGB) deve ser realizado por meio de swab vaginal e retal entre a 35ª e a 37ª semana de gestação. O "início do terceiro trimestre" é precoce demais, pois a validade do exame é de cerca de cinco semanas devido ao caráter transitório da colonização.

Alternativa b) Correta. Esta é uma pegadinha clássica em provas. O estado de portadora (colonização) identificado pelo swab não deve ser tratado durante o acompanhamento pré-natal ambulatorial. O tratamento nesse período é ineficaz para prevenir a sepse neonatal, pois a bactéria rapidamente recoloniza o trato vaginal e retal. A quimioprofilaxia deve ser realizada exclusivamente no momento do parto (intraparto). A única exceção é quando o EGB é isolado em cultura de urina (bacteriúria por EGB), situação que indica tratamento da infecção urinária no momento do diagnóstico e profilaxia obrigatória no parto.

Alternativa c) Incorreta. Nos casos em que o resultado do exame é desconhecido ou não foi realizado, a profilaxia intraparto não é feita de forma indiscriminada. Ela está indicada apenas se houver presença de fatores de risco: trabalho de parto com idade gestacional menor que 37 semanas, ruptura prolongada de membranas (bolsa rota) por 18 horas ou mais, ou febre materna intraparto (temperatura igual ou superior a 38 °C).

Alternativa d) Incorreta. A leucorreia fétida sugere quadros como vaginose bacteriana ou corioamnionite clínica, mas não é um critério de indicação para a profilaxia específica de EGB. Os critérios clínicos em casos de rastreio desconhecido são febre, prematuridade e tempo de bolsa rota, conforme mencionado anteriormente. Além disso, gestantes com filho anterior acometido por sepse por EGB ou com bacteriúria por EGB na gestação atual têm indicação direta de profilaxia, independentemente de exames.

Alternativa e) Incorreta. A quimioprofilaxia deve ser iniciada no início do trabalho de parto ou logo após a ruptura das membranas, e não em uma idade gestacional fixa como a 40ª semana. O esquema padrão-ouro é realizado com Penicilina Cristalina (dose de ataque de 5 milhões UI e manutenção de 2,5 a 3 milhões UI a cada 4 horas até o nascimento). A Ampicilina é uma alternativa (2 g de ataque e 1 g a cada 6 horas), mas o momento de aplicação e a indicação descritos na alternativa estão errados.

Questão 50

O ponto central desta questão é o manejo da sífilis na gestação, seguindo a estratégia de "ver e tratar" preconizada pelo Ministério da Saúde para prevenir a sífilis congênita.

Por que a alternativa (C) está correta?

De acordo com os protocolos vigentes, diante de uma gestante com teste treponemal positivo (como o teste rápido realizado na primeira consulta), o tratamento com penicilina benzatina deve ser iniciado imediatamente. Não se deve aguardar o resultado do teste não treponemal (VDRL) para começar a terapia, pois qualquer atraso aumenta o risco de transmissão vertical do *Treponema pallidum* para o feto. O VDRL solicitado serve para o seguimento do tratamento e controle de cura, mas não deve ser um pré-requisito para o início da medicação em gestantes.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a): Incorreta. Títulos baixos no VDRL (como 1/1, 1/2 ou 1/4) não indicam necessariamente um falso-positivo. Quando o teste treponemal (teste rápido) é positivo e o VDRL também é reagente (em qualquer titulação), o diagnóstico de sífilis está confirmado. O falso-positivo no VDRL geralmente ocorre quando o teste rápido é negativo.

Alternativa (b): Incorreta. Para considerar um resultado como "cicatriz sorológica", a paciente precisaria ter um histórico documentado de tratamento anterior adequado e uma queda sustentada nos títulos do VDRL. Na ausência dessa comprovação durante o pré-natal, a conduta segura é tratar a gestante como um caso de sífilis ativa para proteger o bebê.

Alternativa (d): Incorreta. O tratamento do parceiro é essencial para evitar a reinfecção da gestante, mas a prioridade absoluta e a conduta imediata na primeira consulta, baseada no teste rápido positivo, é o início do tratamento da própria gestante. Além disso, o parceiro deve ser idealmente testado e tratado conforme o

seu próprio resultado e estágio da doença.

Alternativa (e): Incorreta. A escolha da dose (1 dose ou 3 doses de 2.400.000 UI) não depende do valor do título do VDRL, mas sim do estágio clínico da sífilis. Se a paciente não apresenta sintomas (sífilis latente) e não se sabe há quanto tempo ela foi infectada (duração ignorada), o protocolo exige o tratamento com 3 doses semanais de penicilina benzatina. A dose única é reservada apenas para sífilis primária, secundária ou latente recente (com menos de um ano de evolução).

Questão 51

Alternativa (a): Correta. A fase progesterona, também chamada de fase lútea, é caracterizada pela presença do corpo lúteo e possui uma duração notavelmente constante de 14 dias na maioria das mulheres. Essa estabilidade ocorre devido ao tempo de vida programado do corpo lúteo na ausência de gravidez. As variações na duração total do ciclo menstrual (ciclos mais curtos ou mais longos) devem-se, geralmente, a variações na fase folicular, e não na fase lútea.

Alternativa (b): Incorreta. No início da fase folicular, os níveis de FSH começam a subir sutilmente devido à queda da progesterona e do estrogênio ao final do ciclo anterior (mecanismo de feedback negativo). No entanto, o termo "alto" é impreciso. O FSH aumenta progressivamente para recrutar a coorte de folículos, mas seus níveis mais elevados, de fato, ocorrem no pico pré-ovulatório, simultaneamente ao LH.

Alternativa (c): Incorreta. O pico de LH é o evento que precede a ovulação, mas o intervalo de tempo está incorreto. A ovulação ocorre, em média, de 34 a 36 horas após o início da elevação do LH e cerca de 10 a 12 horas após o seu pico máximo. O intervalo de 48 a 72 horas é longo demais para o padrão fisiológico normal.

Alternativa (d): Incorreta. O pico de FSH ocorre de forma síncrona ao pico de LH, ou seja, antes da ovulação. Esse pico de FSH no meio do ciclo é importante para garantir a maturação final do oócito e a liberação de enzimas proteolíticas para a ruptura folicular. A produção de progesterona após a ovulação é mantida pelo corpo lúteo sob influência do LH, e não por um pico de FSH pós-ovulatório.

Alternativa (e): Incorreta. Embora o estrogênio exerça feedback negativo na maior parte da fase folicular, ocorre uma inversão de comportamento no final desta fase. Quando o estrogênio atinge níveis elevados e sustentados (acima de 200 pg/mL por aproximadamente 48 horas), ele passa a exercer feedback positivo sobre a hipófise, o que desencadeia o pico de LH necessário para a ovulação. Portanto, o pico de estrogênio estimula, e não bloqueia, o LH.

Questão 52

A colposcopia avalia o colo uterino por meio de lentes de aumento após a aplicação de reagentes (ácido acético e Lugol), buscando identificar áreas suspeitas de malignidade ou pré-malignidade. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) INCORRETA: A zona de transformação (ZT) é a região do colo do útero onde o epitélio colunar (glandular) foi ou está sendo substituído pelo epitélio escamoso por meio do processo de metaplasia escamosa. Embora a maioria das lesões precursoras do câncer do colo uterino surja nesta zona, a ZT em si é um achado fisiológico e normal, e não um processo atípico pré-oncológico.

Alternativa (b) INCORRETA: O epitélio acetobranco surge quando o ácido acético entra em contato com células que possuem alta densidade nuclear e maior quantidade de proteínas (típico de células displásicas). O ácido promove a coagulação reversível dessas proteínas celulares, o que impede a luz de atravessar o epitélio e de ser refletida pelos vasos, resultando na cor branca. A afirmação está errada ao dizer que o ácido não coagula as proteínas.

Alternativa (c) CORRETA: O mosaico é um padrão vascular no qual os capilares terminais se organizam em campos que lembram ladrilhos ou pedras de calçamento. O mosaico é classificado em fino ou grosseiro. O mosaico fino possui vasos de pequeno calibre e distâncias regulares entre si, sendo um achado menor que sugere alterações benignas (como metaplasia) ou lesões de baixo grau (NIC 1).

Alternativa (d) INCORRETA: O pontilhado é um achado vascular no qual os capilares aparecem como pontos vermelhos na superfície do epitélio. Assim como o mosaico, o pontilhado fino é considerado um achado colposcópico menor, compatível com lesões de baixo grau. O que sugere lesão de alto grau é o pontilhado grosseiro, caracterizado por pontos maiores, mais escuros e com espaçamento irregular.

Alternativa (e) INCORRETA: Vasos atípicos são vasos sanguíneos com formas e trajetos irregulares (em saca-rolhas, vírgulas, grampos ou espaguete), que apresentam variações bruscas de calibre e não diminuem de tamanho conforme se ramificam. Esses achados são altamente suspeitos de carcinoma invasor, e não de cervicite (inflamação do colo), que geralmente apresenta vasos ramificados normais ou padrão pontilhado fino inflamatório.

Questão 53

Alternativa A (Correta): A vaginose bacteriana é caracterizada por um desequilíbrio da microbiota vaginal, no qual há uma redução drástica dos lactobacilos (bacilos de Döderlein) e um crescimento excessivo de bactérias anaeróbias. Embora seja uma condição polimicrobiana, a *Gardnerella vaginalis* é historicamente descrita como o agente etiológico fundamental e o marcador principal da patologia, sendo encontrada em quase a totalidade das mulheres com esse diagnóstico.

Alternativa B (Incorreta): A *Gardnerella vaginalis* não atua isoladamente na vaginose bacteriana. A patogênese envolve um sinergismo entre diversos microrganismos, incluindo *Mobiluncus* sp, *Mycoplasma hominis*, *Prevotella* e *Atopobium vaginae*. É a ação conjunta desses agentes que leva à produção de aminas voláteis, responsáveis pelo odor característico.

Alternativa C (Incorreta): O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário que se desenvolve melhor em ambientes com pH elevado (geralmente acima de 5,0). No entanto, a afirmação está tecnicamente incorreta ao citar pH alcalino, que quimicamente refere-se a valores acima de 7,0. Na tricomoníase, o pH vaginal torna-se menos ácido do que o habitual, mas raramente atinge a faixa alcalina.

Alternativa D (Incorreta): A tricomoníase é, de fato, uma infecção sexualmente transmissível (IST). Contudo, a transmissão não ocorre por um simples acúmulo do agente na glândula. No homem, o protozoário coloniza a uretra e a próstata, sendo transmitido através do contato entre as mucosas e secreções genitais durante a relação sexual.

Alternativa E (Incorreta): A candidíase vulvovaginal não é considerada uma IST. Na maioria dos casos, a infecção ocorre por um crescimento excessivo de fungos do gênero *Candida* (principalmente *Candida albicans*) que já habitam a flora vaginal em pequenas quantidades. Esse desequilíbrio é geralmente desencadeado por fatores do hospedeiro, como uso de antibióticos, gravidez, diabetes descompensado ou queda na imunidade, e não primariamente por relações sexuais sem proteção.

Questão 54

Os leiomiomas uterinos, popularmente conhecidos como miomas, são tumores benignos originados das células musculares lisas do miométrio. São as neoplasias mais frequentes do trato genital feminino, e sua apresentação clínica depende da localização e do tamanho dos nódulos.

Alternativa (a) Incorreta: Os miomas são constituídos pela proliferação neoplásica de células musculares lisas (leiomiócitos), e não por uma hipertrofia de fibras colágenas.

Embora possuam colágeno em sua matriz extracelular, a origem e o componente principal são musculares.

Alternativa (b) Correta: De acordo com a classificação da FIGO, os miomas subserosos (tipos 5, 6 e 7) localizam-se na periferia do útero, logo abaixo da camada serosa (peritônio visceral). Como esses nódulos se expandem para fora do órgão e não atingem a cavidade endometrial ou a vascularização da mucosa, eles geralmente não provocam alterações no ciclo menstrual ou no volume do fluxo sanguíneo, podendo ser assintomáticos ou causar apenas sintomas compressivos se forem muito volumosos.

Alternativa (c) Incorreta: Os miomas intramurais localizam-se dentro da parede do útero. Embora possam causar sangramento uterino anormal (geralmente menorragia/hipermenorreia por dificultar a contratilidade uterina ou aumentar a superfície endometrial), eles não determinam obrigatoriamente metrorragia (sangramento intermenstrual) em todos os casos. Muitos nódulos intramurais pequenos são completamente assintomáticos.

Alternativa (d) Incorreta: A transformação maligna de um leiomioma em um leiomiossarcoma é um evento raríssimo, ocorrendo em menos de 0,5% dos casos (estimativas comuns variam entre 0,1% e 0,2%). A taxa de 5% a 10% mencionada na alternativa está incorreta e é considerada muito alta para a prática clínica.

Alternativa (e) Incorreta: A maioria das mulheres com miomas (cerca de 50% a 75%) é assintomática e não apresenta qualquer alteração menstrual. Os sintomas ocorrem principalmente em miomas submucosos ou intramurais volumosos que distorcem a cavidade endometrial. Portanto, a afirmação de que "todos os casos" determinam alterações está errada.

Questão 55

Esta questão aborda as características clínicas, efeitos colaterais e benefícios não contraceptivos dos diversos métodos disponíveis. Vamos analisar cada alternativa para compreender a lógica da resposta correta.

Alternativa A (Correta): O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) libera progestogênio localmente, o que promove uma potente atrofia do endométrio. Como consequência direta, há uma redução significativa do volume e da duração do fluxo menstrual. Após o primeiro ano de uso, uma parcela considerável das usuárias (cerca de 20% a 50%, dependendo do modelo e do tempo de uso) atinge a amenorreia, o que é frequentemente utilizado como tratamento para a menorragia e a dismenorreia.

Alternativa B (Incorreta): O anel vaginal e os adesivos transdérmicos possuem eficácia (Índice de Pearl) e segurança farmacológica comparáveis às pílulas combinadas orais, não sendo inferiores. A principal diferença reside na via de administração e na comodidade posológica, o que pode favorecer a adesão em alguns perfis de pacientes, mas não se pode afirmar que a segurança clínica seja inferior.

Alternativa C (Incorreta): Embora os contraceptivos injetáveis combinados mensais promovam um sangramento por privação regular, simulando o ciclo menstrual, eles não são necessariamente superiores aos métodos orais ou de longa duração. Além disso, o termo "regularizar o ciclo" é tecnicamente impreciso, pois o sangramento que ocorre é uma hemorragia por privação hormonal induzida pelo método, e não um ciclo fisiológico restaurado.

Alternativa D (Incorreta): Os injetáveis de progestogênio isolado (como o acetato de medroxiprogesterona de depósito) realmente apresentam como característica um retorno mais tardio da fertilidade, que pode levar de 6 a 12 meses após a última dose. No entanto, a afirmação de que não têm riscos de sangramento está errada; pelo contrário, o efeito colateral mais comum desses métodos é o sangramento irregular ou spotting (escape), especialmente nos primeiros meses de uso, sendo esta uma das principais causas de descontinuação do método.

Alternativa E (Incorreta): As pílulas de progestogênio isolado (minipílulas clássicas) agiam predominantemente na alteração do muco cervical e na atrofia endometrial, sem inibir a ovulação de forma consistente. Contudo, as pílulas de progestogênio isolado modernas (como o desogestrel de 75 mcg ou a drospirenona) atuam predominantemente através da inibição da ovulação, tornando a alternativa incorreta ao generalizar todas as pílulas deste grupo.

Questão 56

Esta questão aborda as alterações fisiológicas e clínicas que ocorrem durante o climatério e a menopausa. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta. Embora a depleção folicular seja o evento central do climatério, ela não se acentua com a diminuição do FSH. Pelo contrário, com a falência ovariana e a conseqüente queda nos níveis de estrogênio e inibina B, ocorre a perda do feedback negativo sobre a hipófise. Isso resulta em um aumento acentuado e progressivo dos níveis de FSH (hormônio folículo-estimulante), que é um marcador laboratorial clássico da transição menopausal.

Alternativa (b) Correta. Após a menopausa (definida retrospectivamente após 12 meses de amenorreia), a produção de estradiol pelos folículos ovarianos cessa quase completamente. Os níveis circulantes caem drasticamente, fixando-se geralmente abaixo de 20 a 30 pg/mL. Durante o menacme (fase reprodutiva), os níveis de estradiol variam conforme o ciclo, podendo atingir picos pré-ovulatórios elevados (em torno de 300 a 600 pg/mL), o que valida a comparação apresentada na alternativa.

Alternativa (c) Incorreta. Os fogachos (sintomas vasomotores) são, de fato, decorrentes do hipoestrogenismo, que causa uma disfunção no centro termorregulador hipotalâmico. No entanto, a prevalência citada está subestimada. Estima-se que os fogachos acometam entre 60% e 80% das mulheres no climatério, sendo o sintoma mais comum e o principal motivo de busca por assistência médica.

Alternativa (d) Incorreta. A terapia hormonal (TH) com estrogênio é o tratamento padrão-ouro para fogachos, mas não pode ser administrada a "todas" as mulheres. Existem contraindicações absolutas importantes, como histórico de câncer de mama, câncer de endométrio estrogênio-dependente, doença hepática ativa, sangramento vaginal de causa desconhecida, porfiria e eventos tromboembólicos ou cardiovasculares prévios.

Alternativa (e) Incorreta. A associação do progestagênio ao estrogênio tem como objetivo principal a proteção endometrial (prevenção de hiperplasia e câncer de endométrio) em mulheres que possuem útero. No entanto, essa associação não anula as contraindicações gerais da terapia hormonal mencionadas na alternativa anterior. Portanto, a TH continua não sendo indicada para "todas" as mulheres, devendo ser individualizada com base na relação risco-benefício.

Questão 57

Alternativa (a): Correta. A definição clássica de puberdade precoce é o surgimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos de idade nas meninas e antes dos 9 anos de idade nos meninos. Esse critério cronológico é o ponto de partida para a investigação clínica.

Alternativa (b): Incorreta. Quando a puberdade precoce central é causada por tumores do Sistema Nervoso Central (como hamartomas, astrocitomas ou germinomas), ela é classificada como puberdade precoce central orgânica ou secundária. O termo constitucional (ou idiopático) é reservado para os casos em que não se encontra uma causa estrutural ou lesão identificável após exames de imagem.

Alternativa (c): Incorreta. Embora a puberdade precoce central (dependente de GnRH) tenda a seguir a sequência habitual de eventos (telarca seguida de pubarca e

menarca nas meninas; aumento testicular seguido de virilização nos meninos), o termo cronologia refere-se ao tempo e à velocidade dos eventos. Na puberdade precoce, essa cronologia está alterada, pois os marcos ocorrem muito antes do esperado e, frequentemente, com uma velocidade de progressão maior do que na puberdade fisiológica. A alternativa (a) é a definição técnica mais precisa e aceita.

Alternativa (d): Incorreta. A complicação de maior importância e impacto clínico na puberdade precoce é o prejuízo na estatura final. O excesso de esteroides sexuais promove o avanço rápido da idade óssea e a fusão prematura das epífises de crescimento, fazendo com que a criança pare de crescer antes do tempo e fique com uma estatura abaixo do seu potencial genético. A osteoporose é uma preocupação relacionada à falta de hormônios sexuais (hipogonadismo), não ao excesso precoce deles.

Alternativa (e): Incorreta. O fenômeno descrito (interação entre hormônios pela semelhança das cadeias alfa) ocorre no hipotireoidismo primário grave e prolongado, e não no hipertireoidismo. No hipotireoidismo, os níveis muito elevados de TSH podem exercer um efeito de transbordamento (cross-reactivity) nos receptores de FSH (mais do que LH), levando à chamada Síndrome de Van Wyk-Grumbach, que se manifesta com telarca, sangramento vaginal e aumento ovariano, mas geralmente sem avanço da idade óssea.

Questão 58

Para avaliar a reserva ovariana, buscamos exames que reflitam a quantidade e a qualidade dos oócitos restantes nos ovários. Os principais marcadores utilizados na prática clínica são o hormônio folículo-estimulante (FSH), o hormônio antimülleriano (HAM) e a contagem de folículos antrais (CFA) por ultrassonografia transvaginal.

Alternativa (a) Incorreta: No 14º dia do ciclo, ocorre o pico do hormônio luteinizante (LH) e um aumento do FSH para promover a ovulação. Dosar esses hormônios nesse período serve para monitorar ou identificar o período ovulatório, mas não fornece informações confiáveis sobre a reserva ovariana.

Alternativa (b) Incorreta: O hormônio antimülleriano (HAM) é um excelente marcador de reserva ovariana, pois é produzido pelas células da granulosa de folículos pré-antrais e antrais pequenos. No entanto, sua principal característica é a estabilidade ao longo do mês; ele pode ser coletado em qualquer dia do ciclo menstrual. A alternativa está incorreta ao restringir ou sugerir a coleta especificamente no 14º dia.

Alternativa (c) Incorreta: A ultrassonografia para contagem de folículos antrais (CFA)

deve ser realizada obrigatoriamente na fase folicular precoce (entre o 2º e o 5º dia do ciclo). Nesse momento, os folículos estão pequenos (2 a 10 mm) e podem ser contados com precisão. No 14º dia, observaríamos um folículo dominante, e no 23º dia (fase lútea), o corpo lúteo, o que impossibilita a avaliação da reserva.

Alternativa (d) Incorreta: A dosagem de progesterona no 23º dia do ciclo (fase lútea média) é o padrão-ouro para confirmar se a paciente ovulou naquele ciclo específico. Ela não serve para medir o estoque de óvulos (reserva ovariana). O estradiol isolado nesse período também não é marcador de reserva.

Alternativa (e) Correta: A dosagem do FSH basal, realizada entre o 2º e o 5º dia do ciclo menstrual (fase folicular precoce), é um dos exames mais tradicionais para avaliar a reserva ovariana. Valores elevados de FSH nesse período sugerem que o eixo hipotálamo-hipófise está precisando de um esforço maior para recrutar folículos, o que é um sinal de reserva ovariana diminuída, algo comum em pacientes com 41 anos.

Questão 59

O papiloma intraductal é a neoplasia benigna mais comum dos ductos mamários, sendo a principal causa de descarga papilar patológica (fluxo sanguinolento ou serossanguinolento unilateral e espontâneo). Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): Embora a relação entre papilomas e estrogênio não seja tão bem estabelecida quanto no câncer de mama ou nos fibroadenomas, não se pode afirmar que não existe "nenhuma" correlação. Como são lesões proliferativas do epitélio ductal, elas sofrem influência do ambiente hormonal da paciente ao longo da vida. Portanto, a afirmação de que não há correlação absoluta torna a alternativa incorreta.

Alternativa B (Incorreta): A questão inverte os perfis epidemiológicos. Os papilomas solitários são mais comuns em mulheres na perimenopausa ou pós-menopausa (faixa dos 30 aos 50 anos ou mais) e localizam-se geralmente nos grandes ductos centrais (região subareolar). Já os papilomas múltiplos ocorrem com maior frequência em mulheres mais jovens, localizam-se periféricamente na unidade ductolobular terminal e apresentam um risco maior de associação com malignidade.

Alternativa C (Correta): Existe uma correlação epidemiológica observada na prática mastológica: mulheres com história familiar positiva para câncer de mama apresentam uma maior incidência de doenças proliferativas benignas, incluindo os papilomas. A predisposição genética pode favorecer o desenvolvimento de diversas

alterações no tecido mamário, tornando tanto tumores benignos quanto malignos mais frequentes nesse grupo.

Alternativa D (Incorreta): O tratamento do papiloma intraductal é essencialmente cirúrgico. A conduta padrão é a ressecção do ducto comprometido (ductectomia). O tratamento clínico não é resolutivo para essa patologia, pois a lesão é mecânica/estrutural dentro do ducto e precisa ser removida para cessar o sintoma e para análise histopatológica completa.

Alternativa E (Incorreta): A biópsia excisional é, na verdade, o procedimento de escolha. Mesmo que uma biópsia por agulha grossa (Core Biopsy) ou biópsia a vácuo (Mamotomia) sugira um papiloma, a excisão cirúrgica completa é recomendada na maioria dos protocolos. Isso ocorre porque o papiloma pode esconder áreas de atipia celular ou até carcinoma ductal in situ que não foram capturados na amostra da agulha (fenômeno de subestimação diagnóstica).

Questão 60

A Insuficiência Ovariana Prematura (IOP) é uma condição clínica caracterizada pelo esgotamento ou disfunção dos folículos ovarianos em mulheres com idade inferior a 40 anos. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa (a) Correta: Esta é a definição clássica de IOP. A condição envolve a perda da atividade folicular ovariana antes dos 40 anos de idade, manifestando-se clinicamente por irregularidade menstrual (oligomenorreia) ou ausência completa de menstruação (amenorreia) por pelo menos 4 meses.

Alternativa (b) Incorreta: A IOP é classificada como um hipogonadismo hipergonadotrófico. Como o ovário não responde aos estímulos e produz pouco estradiol (estradiol baixo), o sistema de feedback negativo é interrompido, levando a hipófise a secretar níveis elevados de gonadotrofinas (FSH e LH altos) na tentativa de estimular os ovários.

Alternativa (c) Incorreta: Embora tratamentos para doenças crônicas (como quimioterapia e radioterapia) sejam fatores de risco iatrogênicos importantes, o alcoolismo e a laqueadura tubária não são considerados fatores causais estabelecidos para a IOP. As principais causas são genéticas (como a Síndrome de Turner e pré-mutação do gene FMR1), autoimunes e iatrogênicas.

Alternativa (d) Incorreta: Para o diagnóstico de IOP, o FSH deve estar elevado (geralmente acima de 25 ou 40 UI/L, dependendo do critério utilizado) em duas dosagens com intervalo de pelo menos 4 a 6 semanas. A dosagem no meio do ciclo é

inadequada, pois o pico fisiológico de gonadotrofinas que ocorre na ovulação pode levar a um falso diagnóstico.

Alternativa (e) Incorreta: Embora o hormônio antimülleriano (AMH) seja um excelente marcador da reserva ovariana e costume estar muito baixo ou indetectável na IOP, ele ainda não faz parte dos critérios diagnósticos formais estabelecidos pelas principais sociedades (como ESHRE e ASRM). O diagnóstico permanece essencialmente clínico (idade e amenorreia) e bioquímico através da elevação do FSH.

Questão 61

Para compreender a epidemiologia das hérnias da região inguinfemoral, é fundamental memorizar as proporções e prevalências clássicas cobradas em provas de residência.

Alternativa a) Incorreta. As hérnias femorais são significativamente mais comuns em mulheres do que em homens (proporção de aproximadamente 4:1). Além disso, elas representam uma porcentagem muito menor do total de hérnias da região inguinal, geralmente entre 2% e 8%, e não 20%.

Alternativa b) Incorreta. As hérnias inguinais são muito mais frequentes no sexo masculino (cerca de 10 vezes mais comuns em homens). Embora a incidência aumente com a idade, a afirmação de que são mais comuns em mulheres torna a alternativa falsa.

Alternativa c) Correta. Esta é a descrição epidemiológica clássica. As hérnias femorais ocorrem predominantemente em mulheres devido à anatomia da pelve feminina (mais larga e com canal femoral potencialmente mais amplo). Elas são relativamente raras quando comparadas às inguinais, representando uma pequena parcela, em torno de 2% a 4% (algumas literaturas citam até 8%), de todas as hérnias da região inguinfemoral.

Alternativa d) Incorreta. As hérnias inguinais indiretas são o tipo mais comum de hérnia em ambos os sexos, independentemente da idade. Em homens jovens, elas são a forma predominante. Elas representam cerca de dois terços de todas as hérnias inguinais, e não menos de 10%.

Alternativa e) Incorreta. Na população pediátrica, a hérnia mais prevalente é a inguinal indireta, resultante da falha no fechamento do conduto peritoniovaginal. As hérnias femorais são extremamente raras em crianças.

Resumo epidemiológico para fixação:

1. Hérnia mais comum em ambos os sexos e qualquer idade: Inguinal Indireta.
2. Hérnia mais comum em mulheres: Inguinal Indireta (embora a Femoral seja mais comum na mulher do que no homem, a Inguinal ainda supera a Femoral em números absolutos no sexo feminino).
3. Hérnia com maior risco de encarceramento/estrangulamento: Femoral.
4. Sexo com maior incidência de hérnias inguinais: Masculino.
5. Sexo com maior incidência de hérnias femorais: Feminino.

Questão 62

A questão descreve um quadro de hérnia inguinal em uma criança, onde o achado intraoperatório revela o apêndice cecal perfurado dentro do saco herniário. Esse cenário clínico é a definição clássica da Hérnia de Amyand.

Analise das alternativas:

Alternativa a) Hérnia de Richter: Está incorreta. A hérnia de Richter é definida pelo encarceramento de apenas uma parte da borda antimesentérica da parede intestinal. Ela é perigosa porque pode evoluir com isquemia e perfuração sem apresentar sinais claros de obstrução intestinal, já que o lúmen do intestino permanece parcialmente patente. Não envolve especificamente o apêndice.

Alternativa b) Hérnia de Amyand: Está correta. Recebe este nome a hérnia inguinal que contém o apêndice cecal em seu interior. Foi descrita pela primeira vez por Claudius Amyand em 1735. A apresentação pode variar desde um apêndice normal até quadros de apendicite aguda, supuração ou perfuração (como no caso do enunciado, que justifica a fístula escrotal e a secreção purulenta).

Alternativa c) Hérnia de Littre: Está incorreta. A hérnia de Littre ocorre quando o conteúdo do saco herniário é um divertículo de Meckel. Embora seja uma hérnia rara com nome próprio, não corresponde ao achado de apêndice cecal.

Alternativa d) Hérnia obturadora: Está incorreta. Refere-se a uma hérnia que protrui através do forame obturador. É uma hérnia interna rara, mais frequente em mulheres idosas e magras, e não define o conteúdo intestinal, mas sim o local anatômico da hérnia.

Alternativa e) Hérnia de Spigel: Está incorreta. É uma hérnia que ocorre através da linha semilunar (aponeurose do músculo transversal abdominal), lateralmente ao músculo reto abdominal. Assim como a hérnia obturadora, sua definição é baseada na localização do defeito na parede abdominal, e não no conteúdo específico como o

apêndice.

Questão 63

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve um trauma facial direto seguido de sinais patognomônicos de fratura de assoalho orbitário. A combinação de diplopia (visão dupla) e limitação da motilidade ocular para o olhar superior ocorre devido ao encarceramento do músculo reto inferior e de tecidos periorbitários na fenda da fratura. A enoftalmia (olho discretamente para trás) é resultado do aumento do volume da cavidade orbitária e da herniação de conteúdo orbitário para o interior do seio maxilar. A hipoestesia na região malar é explicada pelo acometimento do nervo infraorbitário, que transita pelo canal infraorbitário no assoalho da órbita.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. A fratura nasal simples apresenta-se clinicamente com edema, dor local, epistaxe e possível desvio da pirâmide nasal. Ela não compromete a musculatura extrínseca do olho nem causa alterações de sensibilidade na região malar ou enoftalmia.

Alternativa b: Incorreta. A fratura isolada do arco zigomático costuma causar dor e depressão na face lateral (perda da proeminência malar). Em alguns casos, pode causar trismo (dificuldade de abrir a boca) se o arco comprimir o processo coronoide da mandíbula, mas não justifica os sinais oculares de restrição de movimento e enoftalmia.

Alternativa c: Correta. O diagnóstico de fratura do assoalho orbitário, ou blow-out, é o que melhor se correlaciona com todos os achados. O impacto direto aumenta a pressão intraorbitária, rompendo a parede mais fina (o assoalho). O aprisionamento muscular impede o movimento ocular para cima e a lesão do nervo infraorbitário gera a hipoestesia malar descrita.

Alternativa d: Incorreta. A fratura de mandíbula parassinfisária acomete a mandíbula entre o forame mentoniano e a sínfise. Os sinais clássicos são dor na arcada inferior, má oclusão dentária, mobilidade óssea mandibular e possivelmente hipoestesia do lábio inferior (nervo mentoniano), sem qualquer envolvimento da região orbitária.

Alternativa e: Incorreta. A Le Fort II é uma fratura complexa e extensa que separa o bloco médio da face (formato piramidal). Embora envolva o assoalho orbitário, ela cursa com instabilidade importante da maxila, edema facial maciço e geralmente

decorre de traumas de energia muito superior, não sendo a hipótese mais provável para um quadro focado em sinais oculares específicos e localizados.

Questão 64

O caso clínico descreve um padrão clássico de trauma por desaceleração brusca em pacientes que utilizam o cinto de segurança de dois pontos (apenas abdominal). Esse dispositivo atua como um fulcro (ponto de apoio fixo), fazendo com que, no momento do impacto, o tronco sofra uma hiperflexão anterior forçada. Esse mecanismo de flexão-distração gera lesões específicas na coluna e no abdome.

Alternativa (b) - Correta: A fratura de Chance é uma fratura transversa (horizontal) que atravessa o corpo vertebral, os pedículos e o processo espinhoso da coluna toracolombar ou lombar. É conhecida como a "fratura do cinto de segurança". Devido ao mecanismo de compressão das vísceras contra a coluna e o cinto no momento da flexão, existe uma associação altíssima (cerca de 50% dos casos) com lesões de órgãos abdominais, especialmente vísceras ocas (duodeno e intestino delgado) e o pâncreas. O achado de fratura horizontal lombar associada à lesão duodenal é patognomônico desse cenário.

Alternativa (a) - Incorreta: A fratura de Jefferson é uma fratura por explosão do anel da primeira vértebra cervical (C1 - Atlas). O mecanismo típico é a carga axial (compressão vertical no topo da cabeça), como ocorre em mergulhos em águas rasas, não tendo relação com a coluna lombar ou o uso de cinto abdominal.

Alternativa (c) - Incorreta: A fratura do enforcado (hangman fracture) envolve a pars interarticularis ou os pedículos da segunda vértebra cervical (C2 - Áxis). O mecanismo é de hiperextensão e distração súbita da coluna cervical alta, comum em colisões frontais sem cinto ou em enforcamentos, sendo anatomicamente distinta do caso descrito.

Alternativa (d) - Incorreta: A fratura por explosão (burst fracture) é causada por uma carga axial que comprime o corpo vertebral até que ele se fragmente em várias direções. Embora possa ocorrer na transição toracolombar, ela não apresenta o padrão de traço horizontal de distração característico da fratura de Chance, nem a associação específica com o uso do cinto de dois pontos e lesão de víscera oca.

Alternativa (e) - Incorreta: A síndrome de esmagamento (crush syndrome) refere-se às complicações sistêmicas, como rabdomiólise, hipercalemia e insuficiência renal aguda, resultantes da compressão prolongada de grandes massas musculares (comum em desabamentos). Não descreve o padrão biomecânico de fratura vertebral e lesão duodenal apresentado.

Questão 65

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro clássico de pancreatite aguda, evidenciado pela dor abdominal intensa em andar superior e pela elevação das enzimas pancreáticas (amilase e lipase) em níveis muito superiores a três vezes o limite da normalidade. A ultrassonografia aponta para a etiologia biliar. O ponto central da questão é a identificação do sinal semiológico caracterizado pela equimose (mancha roxa) na região lombar bilateral ou flancos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Cullen: Incorreta. O sinal de Cullen caracteriza-se pela presença de equimose na região periumbilical. Embora também ocorra em casos de hemorragia retroperitoneal e pancreatite necro-hemorrágica, a localização anatômica descrita no enunciado (região lombar) não corresponde a este sinal.

Alternativa b) Kehr: Incorreta. O sinal de Kehr é a dor referida no ombro esquerdo provocada pela irritação do nervo frênico, geralmente por sangue na cavidade abdominal (como na ruptura esplênica). Não se manifesta através de manchas ou equimoses na pele.

Alternativa c) Grey Turner: Correta. O sinal de Grey Turner é definido pela equimose nos flancos ou região lombar. Ele reflete a infiltração de sangue proveniente do retroperitônio (frequente na pancreatite aguda grave/necrotizante) através do espaço pararenal posterior até o tecido subcutâneo da parede abdominal lateral. Sua presença é um indicativo de gravidade.

Alternativa d) Blumberg: Incorreta. O sinal de Blumberg é a dor à descompressão súbita da parede abdominal. É um sinal clássico de irritação peritoneal (peritonite), sendo muito utilizado no diagnóstico de apendicite aguda quando pesquisado no ponto de McBurney.

Alternativa e) Murphy: Incorreta. O sinal de Murphy é a interrupção súbita da inspiração profunda quando o examinador palpa o ponto cóstico (abaixo do rebordo costal direito). É o achado clínico característico da colecistite aguda, sem relação direta com sangramentos cutâneos ou pancreatite aguda necro-hemorrágica.

GABARITO: A alternativa correta é a letra (c).

Questão 66

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito é patognomônico de um Hematoma Epidural (também chamado de Extradural). Os elementos fundamentais para o diagnóstico são:

1. História de trauma craniano seguido de um intervalo lúcido (o paciente recupera a consciência e depois piora subitamente).
2. Sinais de hipertensão intracraniana e herniação uncal (cefaleia, sonolência e anisocoria).
3. Achado tomográfico de imagem hiperdensa (sangue agudo) com formato de lente biconvexa.

POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ CORRETA?

Artéria meníngea média: Esta artéria é um ramo da artéria maxilar e percorre a face interna do osso temporal, em uma região de fragilidade óssea conhecida como ptério. Fraturas no osso temporal frequentemente rompem essa artéria. Como se trata de um sangramento arterial (alta pressão), o sangue descola a dura-máter do osso, mas fica limitado pelas suturas cranianas onde a dura-máter é firmemente aderida, o que confere ao hematoma o aspecto característico de lente biconvexa na tomografia.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

b) Seio venoso sagital: A lesão de seios venosos durais pode causar hematomas epidurais, mas geralmente estão localizados na linha média (topo da cabeça) ou na fossa posterior, não sendo a causa típica de hematomas temporais biconvexos associados ao intervalo lúcido clássico.

c) Artéria cerebral média: Esta é uma artéria intracerebral profunda. Sua ruptura resultaria em uma hemorragia intraparenquimatosa (dentro do tecido cerebral) ou subaracnoide, e não em um hematoma epidural (espaço entre o osso e a dura-máter).

d) Artéria carótida interna: Uma lesão da carótida interna em trauma craniano é rara e costuma estar associada a dissecções, oclusões arteriais ou fístulas carótido-cavernosas, não apresentando a imagem de lente biconvexa temporal.

e) Veia emissária: As veias emissárias conectam o sistema venoso do couro cabeludo com os seios venosos intracranianos. Sua ruptura pode contribuir para hematomas subgaleais. Vale lembrar que a ruptura de veias de ponte (bridging veins) causa o hematoma subdural, que se apresenta na tomografia com formato de lua crescente

(côncavo-convexo), e não biconvexo.

Questão 67

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Os cálculos de ácido úrico não são os mais comuns, representando apenas cerca de 5% a 10% dos casos de nefrolitíase. A maioria absoluta dos cálculos renais é composta por sais de cálcio.

Alternativa b: Correta. Os cálculos de oxalato de cálcio são os mais frequentes na prática clínica, correspondendo a aproximadamente 70% a 80% de todos os casos. Eles estão frequentemente associados a distúrbios como a hipercalcúria (aumento do cálcio na urina), hiperoxalúria (aumento do oxalato) e hipocitratúria (redução do citrato, que é um inibidor da cristalização).

Alternativa c: Incorreta. Os cálculos de estruvita (fosfato de amônio magnésiano), também conhecidos como cálculos de infecção ou coraliformes, são mais comuns em mulheres, pois estão diretamente relacionados a infecções urinárias recorrentes por bactérias produtoras de urease, como *Proteus* e *Klebsiella*. O hiperparatireoidismo primário está associado à formação de cálculos de fosfato de cálcio ou oxalato de cálcio, devido à hipercalcemia e hipercalcúria que provoca.

Alternativa d: Incorreta. Os cálculos de cistina são raros, representando apenas cerca de 1% a 2% de todos os cálculos renais. Eles resultam de uma doença genética hereditária chamada cistinúria, que causa uma falha no transporte renal de aminoácidos dibásicos.

Alternativa e: Incorreta. Os cálculos de ácido úrico puro são radiotransparentes, o que significa que não são visíveis na radiografia simples de abdome. Para identificá-los, são necessários exames como a ultrassonografia ou, preferencialmente, a tomografia computadorizada sem contraste. Eles só se tornam radiopacos se houver deposição secundária de cálcio sobre eles.

Questão 68

A questão aborda os mecanismos de lesão e as características clínicas do acidente por raio (descarga elétrica atmosférica). Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: O contato direto com o raio é responsável por apenas cerca de 3% a 5% dos casos. A maioria dos acidentes ocorre por mecanismos indiretos, como a descarga lateral (*side splash*), a corrente de passo ou a corrente de

superfície.

Alternativa (b) Correta: O *flashover* ou corrente de superfície é o mecanismo mais frequente de acometimento. Ele ocorre quando a corrente elétrica viaja pela superfície do corpo, em vez de atravessá-lo internamente. Esse fenômeno é favorecido pela presença de umidade na pele (suor ou chuva), o que reduz a resistência cutânea. Isso explica por que, apesar da altíssima voltagem, muitos pacientes não apresentam lesões internas graves ou queimaduras profundas.

Alternativa (c) Incorreta: Embora o raio atinja temperaturas altíssimas (podendo superar 30.000 °C), o tempo de exposição é extremamente curto (milissegundos). Por isso, as queimaduras costumam ser superficiais e não são a principal causa de morte. A principal causa de morte imediata em vítimas de raio é a parada cardiorrespiratória decorrente da assistolia súbita e da paralisia dos músculos respiratórios.

Alternativa (d) Incorreta: As figuras de Lichtenberg são lesões cutâneas clássicas do acidente por raio, mas não são queimaduras nem representam necrose dérmica. Elas são marcas eritematosas transitórias em padrão arborescente (semelhantes a ramos de árvore ou samambaias) que desaparecem em 24 a 48 horas. Elas ocorrem devido à ruptura de capilares na derme pela passagem da carga elétrica.

Alternativa (e) Incorreta: A corrente de passo ocorre quando a energia do raio se dissipa pelo solo a partir do ponto de impacto, criando uma diferença de potencial entre os pés da vítima. Para evitá-la, a recomendação é manter os pés o mais próximos possível ou juntos. Manter os pés afastados aumenta a diferença de potencial elétrico entre eles, facilitando a passagem da corrente pelo corpo.

Questão 69

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico que deve ser prontamente reconhecido na prática médica: homem idoso (68 anos), tabagista crônico e com hematúria macroscópica indolor. Na urologia, essa combinação de fatores é considerada câncer de bexiga (carcinoma urotelial) até que se prove o contrário. O tabagismo é o principal fator de risco, aumentando várias vezes a chance de desenvolvimento de tumores malignos no trato urinário.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A nefrolitíase (cálculo renal) é uma causa frequente de hematúria,

porém o quadro clínico típico é marcado pela cólica nefrética. Trata-se de uma dor lombar aguda, de forte intensidade, com irradiação para o flanco ou região inguinal, muitas vezes acompanhada de náuseas e vômitos. O enunciado deixa claro que a hematúria é indolor e que o abdome é inocente, o que torna este diagnóstico menos provável.

b) INCORRETA. A cistite aguda é uma infecção do trato urinário inferior. Embora possa causar hematúria, ela vem obrigatoriamente acompanhada de sintomas irritativos miccionais, como disúria (dor ao urinar), polaciúria (aumento da frequência) e urgência miccional. O paciente nega esses sintomas e não apresenta febre, o que afasta a hipótese de infecção.

c) CORRETA. O carcinoma urotelial de bexiga é a principal suspeita em pacientes idosos e tabagistas com hematúria macroscópica sem dor. O tabagismo permite que substâncias carcinogênicas sejam filtradas pelos rins e fiquem em contato prolongado com o epitélio da bexiga (urotélíio). A hematúria é o sinal inicial em cerca de 85% a 90% dos casos e, por ser frequentemente intermitente, pode atrasar o diagnóstico se o médico não mantiver alto índice de suspeição.

d) INCORRETA. A glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica (GNPE) é uma patologia que acomete majoritariamente crianças e adolescentes após uma infecção de pele ou orofaringe. O quadro se manifesta como síndrome nefrítica, caracterizada por edema, hipertensão arterial e hematúria (frequentemente com aspecto de "cor de chá" ou "Coca-Cola"). Não é um diagnóstico compatível com a faixa etária e o histórico do paciente.

e) INCORRETA. A tuberculose urinária pode causar hematúria e sintomas miccionais crônicos. Um achado clássico é a piúria estéril (leucócitos na urina com cultura comum negativa). No entanto, não é a causa mais comum ou provável neste cenário epidemiológico, devendo ser pensada apenas após a exclusão de neoplasias e infecções bacterianas comuns.

Questão 70

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de Insuficiência Hepática Aguda (IHA), definida pela tríade: icterícia, coagulopatia (INR maior ou igual a 1,5) e encefalopatia hepática (confusão mental) em um indivíduo sem cirrose prévia. Os níveis altíssimos de transaminases (AST e ALT acima de 2.000 U/L) e o fígado de dimensões reduzidas ao ultrassom sugerem necrose maciça do parênquima hepático.

Alternativa A (CORRETA): Diante de um quadro de IHA, a avaliação de prognóstico e a indicação de transplante hepático de urgência são fundamentais. Os critérios de King's College são os mais utilizados, separando os pacientes entre intoxicação por paracetamol e outras causas (sorologias, drogas, etc.). O escore de Clichy é outro modelo clássico que utiliza a concentração do Fator V de coagulação (geralmente abaixo de 20 a 30 por cento do normal) como principal marcador para indicação de transplante.

Alternativa B (INCORRETA): A hepatite autoimune pode, em uma parcela significativa de casos, manifestar-se como uma hepatite aguda grave ou fulminante, não se restringindo apenas à evolução crônica com fibrose.

Alternativa C (INCORRETA): A pêntrade de Reynolds (dor, icterícia, febre, choque e confusão mental) refere-se à colangite aguda obstrutiva grave. No entanto, o ultrassom do paciente mostrou ausência de dilatação das vias biliares, e as transaminases na casa dos milhares são características de insulto hepatocelular direto (como hepatite viral ou química), e não de um padrão obstrutivo biliar.

Alternativa D (INCORRETA): A ceftriaxona pode causar lama biliar (pseudolitíase), mas não é a principal causa de IHA. Entre os medicamentos, o paracetamol é a causa mais comum de IHA no mundo. Entre os antibióticos causadores de lesão hepática, a amoxicilina com clavulanato é frequentemente citada, mas raramente evolui para falência fulminante comparada a outras drogas como a isoniazida.

Alternativa E (INCORRETA): No Brasil, o vírus da hepatite C quase nunca causa insuficiência hepática aguda; ele é tipicamente um agente de doença crônica. O álcool causa doença crônica (cirrose) ou hepatite alcoólica aguda sobre crônica. As principais causas de IHA no cenário brasileiro são as hepatites virais (vírus A e B) e as causas medicamentosas/induzidas por drogas.

Questão 71

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente idoso com hematêmese e um achado endoscópico muito específico: uma artéria de grosso calibre protrusa através de um defeito mínimo na mucosa, sem a presença de uma úlcera verdadeira ao redor. Esse é o quadro clássico de uma Lesão de Dieulafoy. Trata-se de uma malformação vascular em que uma artéria submucosa não se afila conforme se aproxima da superfície gástrica, mantendo um calibre de 1 a 3 mm. Por fim, ela rompe a mucosa e causa sangramentos arteriais volumosos e intermitentes. A localização mais comum é justamente a pequena curvatura gástrica, proximal à transição esofagogástrica.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Correta. A Lesão de Dieulafoy é caracterizada exatamente pela descrição do enunciado: uma artéria calibrosa na submucosa que erode a mucosa suprajacente, manifestando-se como um sangramento pulsátil ("em jato") a partir de um ponto minúsculo de erosão, sem base de úlcera. É uma causa importante de hemorragia digestiva alta de difícil diagnóstico quando não está sangrando ativamente no momento do exame.

b) Incorreta. A Úlcera de Cushing é uma úlcera de estresse associada a patologias do sistema nervoso central, como traumatismo cranioencefálico ou tumores intracranianos, devido ao aumento da secreção ácida por estimulação vagal. Diferente da lesão de Dieulafoy, ela se apresenta como uma perda de substância (úlcera) evidente na mucosa.

c) Incorreta. As Lesões de Cameron são erosões lineares ou úlceras localizadas no topo das pregas mucosas de uma hérnia de hiato volumosa. Elas ocorrem devido ao trauma mecânico da respiração ou isquemia local no saco herniário, e não se apresentam como uma artéria submucosa protrusa e pulsátil.

d) Incorreta. A Laceração de Mallory-Weiss consiste em cortes ou lacerações longitudinais na mucosa da junção esofagogástrica, geralmente após episódios de vômitos vigorosos ou esforços intensos de tosse e náuseas. O enunciado descreve um vaso arterial isolado e não uma laceração da mucosa após vômitos repetidos.

e) Incorreta. A Síndrome de Boerhaave é a ruptura transmural (completa) do esôfago, geralmente após vômitos violentos. É uma condição gravíssima que evolui com mediastinite e enfisema subcutâneo, sendo uma perfuração e não apenas um sangramento mucoso isolado por um vaso anômalo.

Questão 72

O ponto central para resolver esta questão é a correta interpretação do laudo ultrassonográfico. A descrição de uma lesão anecoica (preta no ultrassom, indicando conteúdo líquido puro), bem delimitada e sem septos é a definição clássica de um cisto hepático simples.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Correta. O cisto hepático simples é uma lesão benigna, muito comum na população geral e, na imensa maioria das vezes, assintomática. Por ser uma

alteração congênita e sem relação com estímulos hormonais, não há necessidade de suspender o anticoncepcional (etinilestradiol com ciproterona). Além disso, lesões assintomáticas e com características puramente simples ao ultrassom não exigem tratamento cirúrgico ou acompanhamento rigoroso.

Alternativa b) Incorreta. A suspensão do anticoncepcional e a preocupação com o risco de malignização ou ruptura seriam condutas pertinentes caso a lesão fosse um adenoma hepático. Entretanto, o adenoma é uma lesão sólida (frequentemente hiperecoica ou isoecoica), e não anecoica como descrito no enunciado. Cistos simples não têm potencial de malignização.

Alternativa c) Incorreta. A síndrome de Kasabach-Merritt é uma complicação rara associada a grandes hemangiomas (geralmente gigantes e em crianças), caracterizada por trombocitopenia e coagulopatia de consumo por sequestro de plaquetas dentro da lesão vascular. Não possui qualquer relação com cistos hepáticos simples.

Alternativa d) Incorreta. A tomografia computadorizada ou a ressonância magnética com contraste hepatoespecífico são indicadas para a diferenciação de nódulos sólidos, especialmente para distinguir a Hiperplasia Nodular Focal (HNF) do Adenoma Hepático. Como o ultrassom já foi diagnóstico para um cisto simples (lesão anecoica), não há necessidade de exames complementares de alto custo.

Alternativa e) Incorreta. A biópsia hepática é raramente indicada em lesões focais benignas e está contraindicada quando há suspeita de lesões vasculares (risco de hemorragia) ou cistos que possam ser de origem parasitária (como o cisto hidático, pelo risco de anafilaxia). No caso de um cisto simples, o diagnóstico por imagem é suficiente e a biópsia é desnecessária.

Questão 73

O caso apresenta um paciente jovem, obeso (IMC 36 kg/m²), com Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) evidenciada por esofagite de Los Angeles A e esôfago de Barrett de segmento curto (C2M3) sem displasia.

Alternativa a: Incorreta. Os inibidores de ácido competitivos de potássio (P-CABs), como a vonoprazana, são potentes supressores ácidos e auxiliam na cicatrização da esofagite, mas não há evidências de que promovam a regressão do epitélio de Barrett. O uso de procinéticos tem papel limitado e não altera a história natural da metaplasia intestinal.

Alternativa b: Incorreta. Embora a funduplicatura laparoscópica trate o refluxo, ela

não elimina o risco de desenvolvimento de adenocarcinoma em pacientes que já possuem esôfago de Barrett. Além disso, em pacientes com obesidade grau II (IMC 36), a funduplicatura apresenta maiores taxas de falha e recidiva em comparação ao bypass gástrico.

Alternativa c: Correta. Os agonistas do receptor de GLP-1 (como a semaglutida), muito utilizados no tratamento da obesidade, possuem como efeito colateral o retardo do esvaziamento gástrico. Em pacientes com DRGE e Barrett, esse atraso no esvaziamento pode aumentar a pressão intragástrica e a exposição ácida do esôfago distal, agravando a esofagite e os sintomas de refluxo.

Alternativa d: Incorreta. O bypass gástrico em Y de Roux é o procedimento cirúrgico de escolha para pacientes obesos com DRGE grave, pois promove perda ponderal e desvia o fluxo ácido/biliar. Entretanto, para um paciente com esofagite leve (grau A) e Barrett sem displasia que nunca realizou tratamento prévio, a estratégia de primeira escolha é o tratamento clínico com inibidores da bomba de prótons (IBPs) e mudanças no estilo de vida, reservando a cirurgia para casos refratários ou selecionados.

Alternativa e: Incorreta. A ablação endoscópica por radiofrequência está indicada para pacientes com esôfago de Barrett que apresentam displasia de baixo ou alto grau. Para metaplasia intestinal sem sinais de displasia, a recomendação atual das diretrizes médicas é apenas o acompanhamento endoscópico periódico (vigilância) e o controle da acidez gástrica, não sendo indicada a ablação de rotina devido aos riscos do procedimento.

Questão 74

O quadro clínico apresenta um paciente idoso, tabagista, com perda ponderal significativa e disfagia de rápida progressão. Os achados do esofagograma (EED), que mostram dilatação esofágica com afilamento na junção esofagogástrica (sinal do bico de pássaro), sugerem um distúrbio motor compatível com acalasia. No entanto, a idade avançada, o curto tempo de evolução e a presença de uma massa pulmonar indicam uma causa secundária, configurando a pseudoacalasia.

Alternativa a: Incorreta. Uma neoplasia de esôfago distal seria visualizada na endoscopia digestiva alta (EDA) como uma lesão vegetante, ulcerada ou infiltrativa, mas o exame foi normal. Além disso, o risco de câncer na acalasia crônica ocorre após décadas de estase alimentar e inflamação, o que não condiz com a história de apenas 3 meses.

Alternativa b: Correta. A pseudoacalasia ocorre quando uma neoplasia mimetiza os

achados clínicos e radiológicos da acalasia primária. No caso de um tumor pulmonar (especialmente o carcinoma de pequenas células), isso pode acontecer via síndrome paraneoplásica. Nesse processo, há a produção de anticorpos (como o anti-Hu) que atacam o plexo mioentérico de Auerbach, impedindo o relaxamento do esfíncter esofágico inferior e gerando a disfagia e a dilatação observadas.

Alternativa c: Incorreta. A massa pulmonar está localizada no lobo superior direito, o que a posiciona anatomicamente muito distante da junção esofagogástrica. Além disso, a endoscopia descartou explicitamente qualquer sinal de compressão extrínseca no esôfago.

Alternativa d: Incorreta. A síndrome de Horner decorre do acometimento do sistema nervoso simpático (frequentemente o gânglio estrelado por tumores de ápice pulmonar, como o tumor de Pancoast). Seus sintomas são ptose palpebral, miose e anidrose ipsilateral, não tendo relação com a fisiopatologia da disfagia ou dilatação esofágica.

Alternativa e: Incorreta. A síndrome da veia cava superior manifesta-se por edema de face e pescoço, turgência jugular e circulação colateral torácica devido à obstrução do retorno venoso. Embora possa causar varizes em porções superiores do esôfago, ela não justifica o afilamento distal na junção esofagogástrica visto no EED.

Questão 75

Alternativa A: **ESTÁ CORRETA**. O tecido adiposo visceral é metabolicamente ativo e atua como um órgão endócrino e inflamatório. Em estados de obesidade, há um aumento na liberação de ácidos graxos livres e citocinas pró-inflamatórias, como o TNF-alfa e a IL-6, que induzem resistência periférica à insulina. A hiperinsulinemia compensatória resultante aumenta a biodisponibilidade de IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina 1), que estimula a proliferação celular e inibe a apoptose, criando um ambiente favorável à carcinogênese. A cirurgia bariátrica, ao promover a perda de peso e reduzir esse tecido adiposo, reverte esses mecanismos, exercendo um efeito protetor contra vários tipos de câncer.

Alternativa B: **ESTÁ INCORRETA**. Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) agem inibindo a atividade das enzimas ciclo-oxigenases (COX-1 e COX-2), e não aumentando sua atividade. A inibição da COX-2 é, inclusive, uma estratégia de quimioprevenção estudada para o câncer colorretal, pois reduz os níveis de prostaglandinas que normalmente estimulam a proliferação celular, a angiogênese e a sobrevivência de células mutadas.

Alternativa C: **ESTÁ INCORRETA**. A úlcera de Marjolin refere-se à transformação

maligna de feridas crônicas ou cicatrizes de queimaduras. Embora o estresse oxidativo e as espécies reativas de oxigênio (ROS) participem do processo, a carcinogênese depende da ativação de vias de sinalização pró-sobrevivência, como HIF-1 (fator induzível por hipóxia) e PI3K/Akt, além do estímulo ao VEGF (fator de crescimento endotelial vascular) para promover a angiogênese. A alternativa descreve incorretamente o bloqueio dessas vias.

Alternativa D: ESTÁ INCORRETA. A peroxidação lipídica é o processo de degradação oxidativa dos lipídios da membrana celular. Esse processo gera aldeídos reativos, como o malonaldeído, que são genotóxicos e citotóxicos, pois podem formar adutos no DNA e causar mutações. Portanto, esses aldeídos não têm efeito citoprotetor; eles são agentes contribuintes para o dano celular e a transformação maligna.

Alternativa E: ESTÁ INCORRETA. A inflamação crônica não reduz a progressão tumoral. Pelo contrário, além de contribuir para a iniciação (dano ao DNA), ela é um promotor fundamental da progressão do câncer. O microambiente inflamatório é rico em citocinas e fatores de crescimento que inibem a apoptose de células transformadas, estimulam a angiogênese e facilitam a transição epitélio-mesenquimal, processo crucial para a invasão e metástase.

Questão 76

O quadro clínico descreve um paciente de 58 anos com hematêmese volumosa e imagens de endoscopia digestiva alta que revelam uma lesão subepitelial (ou submucosa) gástrica. A característica marcante na imagem é uma massa arredondada, com mucosa sobrejacente íntegra, apresentando uma ulceração central puntiforme, aspecto classicamente descrito na literatura como sinal do vulcão.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O leiomioma é um tumor mesenquimal benigno que também se apresenta como lesão subepitelial. No entanto, ele é extremamente raro no estômago, sendo muito mais frequente no esôfago. A maioria das lesões estomacais que antigamente eram chamadas de leiomiomas são, na verdade, GISTs após a análise imuno-histoquímica.

b) Incorreta. O adenocarcinoma gástrico tem origem na mucosa (epitelial) e geralmente se apresenta como uma lesão ulcerada de bordos irregulares e infiltrados, ou como uma massa vegetante e friável. A imagem mostra claramente uma lesão que nasce abaixo da mucosa, empurrando-a para o lúmen, o que não é o padrão típico do adenocarcinoma.

c) Correta. O Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) é a neoplasia mesenquimal mais comum do trato digestivo, ocorrendo preferencialmente no estômago (60 a 70% dos casos). A imagem endoscópica é patognomônica: uma lesão expansiva subepitelial com uma cratera ou ulceração central. Essa ulceração ocorre pela isquemia da mucosa no ápice da lesão ou pelo crescimento do tumor, sendo a causa da hematêse volumosa relatada no caso.

d) Incorreta. O linfoma gástrico costuma se apresentar como um espessamento grosseiro das pregas gástricas, múltiplas nodularidades ou grandes úlceras superficiais e infiltrativas. Embora possa raramente mimetizar uma lesão subepitelial, não é a apresentação clássica da imagem em vulcão demonstrada.

e) Incorreta. Um corpo estranho estaria livre na cavidade gástrica ou impactado na parede, mas não teria o aspecto de uma massa estruturada, vascularizada e coberta por mucosa gástrica normal como visto nas fotos.

Conclusão: Diante de uma lesão subepitelial gástrica com ulceração central em um paciente com sangramento digestivo alto, o GIST é a principal hipótese diagnóstica.

Questão 77

O quadro clínico descrito, caracterizado pela tríade de diarreia aquosa, rubor facial súbito (flushing) e a presença de uma massa mesentérica com realce arterial, é patognomônico da Síndrome Carcinoide. Esta síndrome é causada pela secreção de substâncias vasoativas, principalmente a serotonina, por tumores neuroendócrinos (TNE).

Para que os sintomas sistêmicos ocorram, os metabólitos do tumor devem alcançar a circulação hepática sem serem inativados pelo fígado, o que geralmente acontece quando há metástases hepáticas ou quando o tumor drena diretamente para a circulação sistêmica através de linfonodos mesentéricos volumosos.

Análise dos componentes da questão:

1. Origem Embriológica: Os tumores neuroendócrinos derivam de células do sistema neuroendócrino difuso. Embora essas células tenham funções endócrinas e neurológicas, elas são classificadas histologicamente como células EPITELIAIS. Portanto, a origem é epitelial.

2. Localização do Tumor Primário: O local mais comum para tumores neuroendócrinos que causam síndrome carcinoide é o intestino delgado (especialmente o íleo distal, derivado do intestino médio ou midgut). O achado

tomográfico de um nódulo sólido no mesentério, próximo à artéria mesentérica superior, com captação de contraste e frequentemente associado a uma reação desmoplástica (fibrose), é uma apresentação clássica da disseminação linfonodal desses tumores, enquanto o tumor primário no intestino pode ser pequeno e não detectado na colonoscopia ou endoscopia digestiva alta.

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. Tumores de origem mesenquimal (como o GIST – tumor estromal gastrointestinal) não produzem substâncias vasoativas que causem rubor facial e diarreia típicos da síndrome carcinoide.

b) CORRETA. Os tumores neuroendócrinos são de linhagem epitelial e o intestino delgado é o sítio primário mais frequente associado a este quadro clínico e ao achado de massa mesentérica com reação desmoplástica.

c) INCORRETA. A origem linfoide (linfomas) poderia causar massas mesentéricas, mas não explicaria os sintomas de rubor facial e diarreia paroxística (síndrome carcinoide).

d) INCORRETA. Além da origem linfoide estar incorreta, a localização peritoneal primária não é a apresentação típica descrita; o quadro aponta para um tumor primário de víscera oca com acometimento linfonodal/mesentérico.

e) INCORRETA. Embora o pâncreas possa originar tumores neuroendócrinos (como insulinomas ou gastrinomas), a síndrome carcinoide clássica com rubor e diarreia aquosa associada a uma massa no mesentério da artéria mesentérica superior é muito mais típica dos tumores do intestino delgado (íleo). O pâncreas é um órgão retroperitoneal e suas neoplasias neuroendócrinas costumam ter apresentações clínicas distintas.

Questão 78

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta uma anemia microcítica e hipocrômica (VCM 72 fL, HCM 24 pg) com RDW elevado, associada a um perfil de ferro característico de ferropenia: ferritina muito baixa (8 ng/mL), ferro sérico baixo e baixa saturação de transferrina. Em uma mulher de 67 anos (pós-menopausa e hysterectomizada), a principal suspeita para anemia ferropriva é a perda crônica de sangue pelo trato gastrointestinal.

O exame endoscópico revelou uma hérnia de hiato volumosa (8 cm), do tipo III (mista). Esse achado é a chave para o diagnóstico, pois grandes hérnias hiatais estão

classicamente associadas às úlceras de Cameron.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: Embora as angiodisplasias de delgado sejam causas de sangramento oculto e anemia ferropriva, especialmente em idosos, elas costumam ser consideradas após a exclusão de causas óbvias no estômago e cólon. A presença de uma hérnia de hiato de 8 cm aponta para uma etiologia mais provável e anatômica no trato superior.

Alternativa (b) Correta: As úlceras de Cameron são lesões lineares, erosões ou ulcerações localizadas nas pregas da mucosa gástrica, no nível em que o estômago é comprimido pelo diafragma em pacientes com grandes hérnias de hiato. O trauma mecânico da respiração, a fricção da mucosa e a isquemia local levam ao sangramento crônico e oculto, resultando em anemia ferropriva. Frequentemente, essas lesões não são visualizadas em uma endoscopia de rotina se não houver uma busca ativa ou se a hérnia não estiver totalmente herniada no momento do exame.

Alternativa (c) Incorreta: Foram encontrados apenas três pólipos adenomatosos tubulares sem displasia. Pólipos pequenos e sem características de malignidade ou grandes dimensões raramente são a fonte de uma perda hemorrágica crônica tão significativa a ponto de gerar anemia grave (Hb 9,2 g/dL), a menos que sejam volumosos ou ulcerados.

Alternativa (d) Incorreta: Linfangiomas retroperitoneais são malformações do sistema linfático. Eles são benignos e, por estarem localizados no espaço retroperitoneal (fora do lúmen intestinal), não causam perda de sangue nas fezes nem anemia ferropriva por sangramento oculto.

Alternativa (e) Incorreta: O perfil laboratorial é de ferropenia absoluta (ferritina 8 ng/mL). Na anemia de doença crônica, a ferritina costuma estar normal ou elevada (reagente de fase aguda) e o ferro fica "sequestrado" nos macrófagos, o que não condiz com os exames apresentados. Além disso, cistos hepatorenais simples e linfangiomas pequenos não costumam gerar resposta inflamatória sistêmica suficiente para causar anemia de doença crônica.

CONCLUSÃO

A presença de uma hérnia de hiato volumosa em uma paciente com anemia ferropriva, sem outras lesões expansivas ou ulceradas óbvias na endoscopia e colonoscopia, torna as úlceras de Cameron a hipótese diagnóstica mais provável.

Questão 79

O caso clínico apresenta uma paciente com diagnóstico de adenocarcinoma de pâncreas que desenvolve sinais de trombose venosa profunda (edema assimétrico, dor e calor no membro inferior) inicialmente confundidos com celulite, evoluindo posteriormente para tromboembolismo pulmonar (insuficiência respiratória aguda). Essa associação entre neoplasia maligna e eventos tromboembólicos é uma clássica manifestação paraneoplásica.

Alternativa (b) Correta: A Síndrome de Trousseau, também conhecida como tromboflebite migratória, refere-se a episódios recorrentes ou múltiplos de trombose venosa e hipercoagulabilidade em pacientes com câncer subjacente, sendo historicamente associada ao adenocarcinoma de pâncreas. As células tumorais liberam substâncias procoagulantes, como o fator tecidual e mucinas, que ativam a cascata de coagulação, predispondo o paciente a fenômenos como trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (TEP).

Alternativa (a) Incorreta: A Síndrome de Lynch é uma condição genética autossômica dominante que aumenta significativamente o risco de câncer colorretal não polipose e outros tumores (endométrio, ovário, estômago). Não está relacionada a eventos agudos de hipercoagulabilidade paraneoplásica como os descritos.

Alternativa (c) Incorreta: A Síndrome de Cushing é causada pelo excesso de glicocorticoides no organismo. Embora possa ocorrer como síndrome paraneoplásica (produção ectópica de ACTH, comum no câncer de pulmão de células pequenas), suas manifestações típicas são obesidade central, estrias purpúreas, hipertensão e fragilidade capilar, não explicando o quadro de trombose e insuficiência respiratória aguda.

Alternativa (d) Incorreta: A Síndrome de Peutz-Jeghers é caracterizada pela presença de pólipos hamartomatosos no trato gastrointestinal e manchas pigmentadas (melanose) em mucosas e pele. Embora aumente o risco de diversos cânceres (incluindo o de pâncreas), a síndrome em si não é definida por fenômenos tromboembólicos.

Alternativa (e) Incorreta: A Síndrome de Liddle é uma doença genética rara que afeta os canais de sódio nos rins (ENaC), levando a um quadro que mimetiza o hiperaldosteronismo, com hipertensão arterial grave e hipocalcemia, sem qualquer relação com neoplasias ou eventos tromboembólicos.

Questão 80

A questão descreve um caso de pneumoperitônio (ar livre na cavidade abdominal) após uma colonoscopia, que é uma complicação reconhecida do procedimento, ocorrendo geralmente por barotrauma (excesso de pressão durante a insuflação) ou microperfuração durante a ressecção de pólipos. O ponto fundamental para a resolução dessa questão é a estabilidade clínica do paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A laparotomia exploradora imediata está indicada em casos de perfuração com instabilidade hemodinâmica, sinais claros de peritonite generalizada (abdome em tábua, descompressão brusca dolorosa) ou quando há evidência de extravasamento de grande quantidade de conteúdo fecal. No caso descrito, o paciente está clinicamente estável e sem sinais de irritação peritoneal, o que permite uma abordagem inicial menos invasiva.

Alternativa (b) Incorreta: A síndrome pós-polipectomia ocorre devido a uma lesão térmica transmural da parede do cólon (queimadura), sem que haja perfuração completa. Embora possa cursar com dor, febre e leucocitose, a presença de ar livre intraperitoneal na tomografia indica que houve, de fato, uma comunicação entre a luz intestinal e a cavidade abdominal. Afirmar que não há necessidade de manter o paciente hospitalizado é incorreto e perigoso, dada a necessidade de monitorar a evolução do quadro.

Alternativa (c) Incorreta: A colectomia parcial com colostomia é uma intervenção agressiva reservada para casos de contaminação peritoneal grave, necrose intestinal ou falha documentada de outras medidas. Seria uma conduta desproporcional para um paciente estável e sem líquido livre na cavidade.

Alternativa (d) Correta: Este é o manejo preconizado para as chamadas "perfurações seladas" ou microperfurações em pacientes assintomáticos ou oligossintomáticos. Se o paciente não apresenta sinais de sepse ou peritonite, a conduta inicial é o tratamento conservador sob vigilância hospitalar rigorosa. O jejum reduz a pressão e o trânsito intestinal, enquanto a antibioticoterapia de amplo espectro trata a possível translocação bacteriana. Caso o paciente apresente piora clínica, a cirurgia é então indicada.

Alternativa (e) Incorreta: Repetir a colonoscopia é contraindicado na suspeita de perfuração franca ou pneumoperitônio estabelecido. A insuflação de ar necessária para realizar o exame aumentaria a pressão dentro do cólon, podendo forçar a saída de mais ar e conteúdo intestinal para o abdome, agravando o quadro e podendo causar um pneumoperitônio hipertensivo. A clipagem endoscópica é uma opção

quando a perfuração é identificada imediatamente durante o procedimento original, não como um novo exame em um paciente já com pneumoperitônio diagnosticado.

Resumo didático: No manejo de complicações pós-colonosopia, a clínica soberana define a conduta. Paciente com ar livre, mas sem sinais de irritação peritoneal e estável, deve receber tratamento conservador inicial. Paciente com sinais de peritonite ou instabilidade deve ser submetido à cirurgia de urgência.

Questão 81

Análise do Caso Clínico:

O recém-nascido apresenta dois fatores de risco importantes para hipoglicemia: é filho de mãe diabética com mau controle glicêmico e é grande para a idade gestacional (macrosômico, com 4.350 g). O excesso de glicose materna durante a gestação gera um estado de hiperinsulinismo fetal. Após o clampeamento do cordão umbilical, o aporte de glicose cessa bruscamente, mas os níveis de insulina permanecem elevados, levando à queda da glicemia. O paciente em questão está com 2 horas de vida, apresenta glicemia de 35 mg/dL e, fundamentalmente, está sintomático (apresenta tremores).

A conduta na hipoglicemia neonatal depende da presença ou ausência de sintomas. De acordo com as diretrizes da Academia Americana de Pediatria (AAP) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), qualquer recém-nascido com hipoglicemia sintomática deve ser tratado imediatamente com glicose intravenosa.

Alternativa A (Correta): Para pacientes sintomáticos, a conduta imediata é o fornecimento de glicose por via intravenosa através de um "bolus" ou "push". A dose recomendada é de 200 mg/kg de glicose (equivalente a 2 mL/kg de soro glicosado a 10%). Essa medida visa elevar rapidamente os níveis glicêmicos e cessar os sintomas neurológicos.

Alternativa B (Incorreta): O aleitamento materno é a primeira escolha para a prevenção de hipoglicemia em recém-nascidos de risco ou para o tratamento de hipoglicemia leve em pacientes assintomáticos. No entanto, a presença de sintomas (tremores) torna a via oral insuficiente e perigosa, exigindo correção venosa imediata.

Alternativa C (Incorreta): Assim como o leite materno, a fórmula infantil seria indicada apenas para casos assintomáticos nos quais o leite materno não está disponível. Além disso, o tempo de reavaliação de 1 hora é excessivo para um paciente que já manifesta sinais clínicos de hipoglicemia.

Alternativa D (Incorreta): O gel de dextrose a 40% tem sido utilizado em protocolos recentes para o manejo da hipoglicemia em recém-nascidos assintomáticos, visando evitar a separação da mãe e o uso de fórmulas. Contudo, em casos de hipoglicemia sintomática, o tratamento padrão-ouro permanece sendo a glicose intravenosa.

Alternativa E (Incorreta): A introdução de uma infusão contínua de glicose (VIG — Velocidade de Infusão de Glicose) é necessária e deve ser iniciada logo após o "push" de glicose para manter a estabilidade glicêmica. No entanto, o enunciado pergunta a conduta para o quadro agudo de tremores e glicemia de 35 mg/dL. O primeiro passo é o "push" (bolus) para correção rápida, seguido, então, pela manutenção com VIG de 5 a 8 mg/kg/min (o valor de 3 mg/kg/min citado na alternativa é, inclusive, baixo para um filho de mãe diabética, que geralmente requer taxas maiores devido ao hiperinsulinismo).

Questão 82

Para resolver essa questão, devemos analisar o cenário materno e os achados clínicos e laboratoriais do recém-nascido (RN), conforme as diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo da sífilis congênita.

1. Avaliação Materna: A gestante foi tratada adequadamente com três doses de penicilina benzatina. No entanto, o VDRL materno no momento do parto (1/32) foi superior ao último exame realizado dois meses antes (1/16). Embora não tenha havido um aumento de duas diluições (o que confirmaria reinfecção), o RN apresenta alterações nos exames complementares que definem o diagnóstico de sífilis congênita.

2. Avaliação do Recém-nascido:

- VDRL do RN: 1/16 (menor que o materno, o que, por si só, não fecha o diagnóstico).
- Radiografia de membros inferiores: Presença do sinal de Wimberger (erosão da porção medial da metáfise proximal da tíbia). Este sinal é altamente sugestivo de sífilis congênita.
- Líquor: Apresenta celularidade de 20 células/mm³ e proteínas de 140 mg/dL. Em neonatos, valores acima de 15 a 25 células/mm³ e proteínas acima de 120 a 150 mg/dL são considerados alterados em protocolos de sífilis, indicando neurosífilis ou a necessidade de tratamento sistêmico pleno. O líquido turvo e xantocrômico reforça a alteração.

Diagnóstico: Sífilis congênita com alteração líquórica e radiológica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A penicilina procaína poderia ser uma opção para o tratamento de sífilis congênita sem alteração líquórica (embora a cristalina seja preferível), mas o tempo de tratamento está errado. O tratamento deve durar, obrigatoriamente, 10 dias, e não 7 dias.

b) Correta. Diante de um RN com alterações clínicas, radiológicas ou laboratoriais (especialmente no líquido), a conduta correta é o tratamento com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/kg/dose. O esquema deve ser feito por via intravenosa durante 10 dias. A penicilina cristalina é a única com penetração adequada no sistema nervoso central para tratar a neurosífilis (sugerida pela alteração bioquímica e celular do líquido).

c) Incorreta. A penicilina benzatina em dose única é reservada apenas para RNs assintomáticos, com todos os exames complementares normais (incluindo radiografia e líquido) e VDRL não reagente ou com títulos baixos, cujas mães foram tratadas de forma inadequada ou nos casos em que o tratamento materno não pôde ser verificado. Não se aplica a este caso, que é sintomático.

d) Incorreta. É impossível dar alta sem tratamento para um RN que apresenta alterações radiológicas patognomônicas (sinal de Wimberger) e alterações no líquido, pois a sífilis congênita não tratada pode levar a sequelas graves e permanentes.

e) Incorreta. O teste treponêmico no recém-nascido não tem valor diagnóstico imediato, pois os anticorpos IgG maternos atravessam a placenta e podem permanecer reagentes no bebê por até 18 meses, sem que isso signifique infecção ativa no RN. A conduta deve ser baseada nos testes não treponêmicos (VDRL) e na clínica.

Questão 83

A questão aborda a recepção do recém-nascido (RN) em sala de parto, baseando-se nas diretrizes de reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). O paciente em questão é um pré-termo tardio (36 semanas) que apresenta tônus adequado, porém não respira nem chora logo após o nascimento.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): De acordo com o Programa de Reanimação Neonatal, o contato pele a pele imediato é recomendado para recém-nascidos a termo (37 semanas ou mais) ou pré-termos tardios (34 a 36 semanas e 6 dias) que estejam vigorosos, ou seja, que apresentem respiração rítmica/choro e tônus muscular adequado. Como este RN não está respirando nem chorando, ele deve ser levado à

mesa de reanimação para os passos iniciais, não sendo indicado o contato pele a pele neste momento.

Alternativa B (Incorreta): O clampeamento tardio do cordão umbilical (após 1 a 3 minutos) é indicado para recém-nascidos com idade gestacional maior ou igual a 34 semanas que nascem vigorosos. No caso de bebês que não iniciam a respiração ou não possuem tônus adequado, a recomendação é o clampeamento imediato do cordão para que o início das manobras de estabilização e reanimação na mesa de calor radiante não sofra atraso.

Alternativa C (Correta): Para recém-nascidos com idade gestacional de 34 semanas ou mais, caso haja necessidade de Ventilação com Pressão Positiva (VPP) após os passos iniciais (prover calor, posicionar a cabeça, aspirar se necessário e secar), a concentração de oxigênio inicial deve ser de 21% (ar ambiente). O uso de frações mais elevadas de oxigênio (como 30%) é reservado inicialmente para bebês menores de 34 semanas.

Alternativa D (Incorreta): O uso de saco plástico de polietileno e touca dupla para manutenção da temperatura é uma medida obrigatória na recepção de recém-nascidos prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas. Para RNs com 34 semanas ou mais, como o do caso (36 semanas), o controle térmico é feito rotineiramente através do calor radiante e secagem do corpo e couro cabeludo com campos aquecidos.

Alternativa E (Incorreta): A saturação de oxigênio (SpO₂) de um recém-nascido logo após o nascimento é fisiologicamente baixa e sobe gradualmente. No primeiro minuto de vida, o valor-alvo esperado de SpO₂ situa-se entre 70% e 80%. O valor de 92% mencionado na alternativa só é esperado e considerado alvo após o décimo minuto de vida (quando a faixa-alvo é de 85% a 95%).

Questão 84

A síndrome do lactente chiador é uma condição clínica comum na pediatria, definida por episódios recorrentes de sibilância em crianças de até 2 anos. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseado na anamnese e no exame físico. A radiografia de tórax desempenha um papel específico e não deve ser utilizada de forma indiscriminada.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. A realização rotineira de radiografia de tórax em cada crise de sibilância não é recomendada. O exame deve ser reservado para casos de

primeiro episódio de sibilância (para afastar malformações), quando há suspeita de complicações (como pneumonia ou pneumotórax), em quadros graves que não respondem ao tratamento inicial ou quando a apresentação clínica é atípica.

Alternativa B: Incorreta. O padrão reticulogranular (com aspecto de vidro fosco e broncogramas aéreos) é característico da Doença da Membrana Hialina no período neonatal, e não da bronquiolite viral aguda. Na bronquiolite, os achados radiológicos mais comuns, quando presentes, são sinais de hiperinsuflação pulmonar (retificação de costelas, rebaixamento diafragmático) e atelectasias por tampões mucosos, mas o diagnóstico da bronquiolite é soberanamente clínico.

Alternativa C: Correta. Esta é a principal utilidade da radiografia de tórax na avaliação do lactente chiador. O exame auxilia na exclusão de diagnósticos diferenciais importantes que podem simular a asma ou o chiador recorrente, tais como a aspiração de corpo estranho (que pode gerar aprisionamento de ar localizado ou desvio de mediastino), malformações congênitas (cistos broncogênicos, enfisema lobar congênito) ou compressões extrínsecas (anéis vasculares).

Alternativa D: Incorreta. Uma radiografia de tórax normal é um achado muito frequente em crianças com asma ou síndrome do lactente chiador entre as crises. O exame normal jamais exclui esses diagnósticos. Além disso, o refluxo gastroesofágico e as infecções respiratórias também podem cursar com radiografias sem alterações significativas.

Alternativa E: Incorreta. A radiografia de tórax não é essencial para o diagnóstico da síndrome do lactente chiador, que é definida clinicamente (geralmente pela ocorrência de três ou mais episódios de sibilância em um período de seis meses). O exame é um recurso complementar para afastar outras patologias, e não para confirmar a síndrome em si.

Em resumo, o papel da radiografia no lactente com sibilância recorrente é identificar "mimickers" (doenças que imitam a sibilância comum) e complicações, garantindo que causas anatômicas ou aspirativas não sejam negligenciadas.

Questão 85

Análise do Caso Clínico:

O cenário descreve um surto de gastroenterite aguda em um grupo familiar e comunitário (parque com piscinas), caracterizado por vômitos e diarreia aquosa, sem febre, acometendo diferentes faixas etárias (2, 6 e 9 anos). Esse padrão epidemiológico de transmissão rápida em locais públicos e a presença marcante de vômitos sugerem fortemente uma etiologia viral.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A *E. coli* enterotoxigênica (ETEC) é a principal causa da "diarreia do viajante". Embora cause diarreia aquosa, a conduta inicial na pediatria para quadros de diarreia aguda sem sinais de gravidade ou desidratação grave é a reidratação e manutenção da dieta, não sendo indicado o uso de antibioticoterapia de rotina. O uso indiscriminado de antibióticos pode prolongar o estado de portador e aumentar a resistência bacteriana.

Alternativa b) Incorreta. O Rotavírus é, de fato, uma causa importante de diarreia grave e desidratação em lactentes não vacinados. No entanto, a afirmação de que ele não se relaciona com a evolução para diarreia persistente está errada. Qualquer processo infeccioso que cause lesão na mucosa intestinal e perda de bordadura em escova (levando à deficiência secundária de lactase) pode resultar em diarreia persistente (duração superior a 14 dias). Além disso, o cenário de surto em piscinas envolvendo crianças mais velhas é mais típico do Norovírus.

Alternativa c) Incorreta. A *Shigella flexneri* é um agente causador de disenteria (diarreia inflamatória com sangue, muco e pus), frequentemente acompanhada de febre alta e sintomas sistêmicos importantes (como crises convulsivas em crianças). O quadro descrito é de diarreia aquosa e vômitos, sem febre, o que afasta essa hipótese.

Alternativa d) Correta. O Norovírus é atualmente a principal causa de surtos de gastroenterite viral em todas as idades, sendo muito comum em ambientes fechados ou de uso comum, como navios, escolas e parques aquáticos (devido à sua resistência ambiental). O Adenovírus entérico (sorotipos 40 e 41) é a segunda causa viral mais comum em crianças. O manejo desses quadros é baseado no suporte clínico: reidratação oral e, se houver vômitos persistentes que impeçam a ingestão de líquidos, o uso criterioso de antieméticos (como a ondansetrona) é recomendado pelas diretrizes atuais para facilitar a reidratação oral e evitar a necessidade de hidratação venosa.

Alternativa e) Incorreta. A *Giardia lamblia* é um protozoário que causa, tipicamente, diarreia de caráter mais crônico ou persistente, com fezes gordurosas (esteatorreia), flatulência e distensão abdominal, mas raramente causa diarreia sanguinolenta. Os agentes clássicos de diarreia sanguinolenta (disenteria) são bactérias como *Shigella*, *Campylobacter*, *E. coli* enteroinvasiva e a *E. coli* entero-hemorrágica, ou o protozoário *Entamoeba histolytica*.

Questão 86

Para resolver essa questão, devemos aplicar as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) sobre a prevenção da anemia ferropriva na infância.

Análise do caso clínico:

O paciente é um lactente de 3 meses e 25 dias, nascido a termo (37 semanas) e com peso adequado para a idade gestacional (2.780 g). Atualmente, ele está em aleitamento misto (leite materno + fórmula infantil).

Critérios da SBP para suplementação de ferro:

De acordo com o Consenso de Nutrologia da SBP, a suplementação profilática de ferro para crianças nascidas a termo e com peso maior que 2.500 g, independentemente do tipo de aleitamento (exceto se ingerirem mais de 500 mL/dia de fórmula infantil), deve ser iniciada aos 3 meses (90 dias) de vida e mantida até os 24 meses. A dose recomendada é de 1 mg de ferro elementar por kg de peso ao dia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A suplementação é profilática, ou seja, deve ser iniciada com base na idade e nos fatores de risco ao nascimento, sem a necessidade de realização de hemograma prévio para triagem.

Alternativa b) Incorreta. Antigamente, acreditava-se que o ferro do leite materno era suficiente até o sexto mês, devido à sua alta biodisponibilidade. No entanto, as diretrizes atuais da SBP recomendam a suplementação a partir dos 3 meses de vida para bebês em aleitamento materno (exclusivo ou não), para garantir estoques adequados durante a fase de crescimento acelerado.

Alternativa c) Correta. Como o lactente nasceu a termo (37 semanas) e com peso superior a 2.500 g, ele se enquadra na recomendação de 1 mg/kg/dia de ferro elementar, iniciando aos 3 meses de vida.

Alternativa d) Incorreta. A dose de 3 mg/kg/dia é indicada para prematuros ou recém-nascidos de baixo peso (entre 1.000 g e 1.500 g) durante o primeiro ano de vida. Para este paciente (termo e peso normal), a dose é de 1 mg/kg/dia.

Alternativa e) Incorreta. A suplementação profilática de ferro não depende do ganho ponderal. Ela é uma medida de saúde pública para prevenir a deficiência de ferro, que pode causar prejuízos no desenvolvimento neurocognitivo mesmo sem causar anemia aparente ou déficit de crescimento inicial.

Questão 87

Esta questão aborda o protocolo de acompanhamento de saúde da criança com Síndrome de Down (SD), seguindo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde. O manejo do paciente com SD exige uma vigilância ativa de comorbidades que são mais prevalentes nessa população.

Alternativa A: Incorreta. A triagem para doença celíaca e a investigação de instabilidade atlantoaxial não devem ser realizadas apenas em idades avançadas ou mediante sintomas. Segundo as diretrizes, a triagem para doença celíaca deve começar a partir dos 2 anos de idade (ou antes, se houver sintomas) e a radiografia de coluna cervical é recomendada rotineiramente entre os 3 e 5 anos de idade, mesmo em pacientes assintomáticos.

Alternativa B: Incorreta. O erro principal reside no tempo sugerido para a radiografia da coluna cervical. A recomendação é que ela seja realizada entre 3 e 5 anos de idade, e não após os 5 anos. Além disso, a triagem para doença celíaca é um marco importante que se inicia aos 2 anos.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa reflete o plano de cuidados adequado para um paciente que está completando 2 anos. O hemograma deve ser solicitado anualmente devido ao risco aumentado de leucemias e para vigilância de anemia ferropriva. A dosagem de TSH e T4 livre é mandatória anualmente, dado que o hipotireoidismo (especialmente o subclínico) é muito frequente na SD. As avaliações oftalmológica e auditiva também devem ser anuais para garantir que o desenvolvimento neuropsicomotor não seja prejudicado por déficits sensoriais. A triagem para doença celíaca (anticorpos IgA) inicia-se aos 2 anos e a investigação de instabilidade atlantoaxial (radiografia de coluna cervical em perfil, flexão e extensão) é o exame de triagem recomendado na fase pré-escolar (entre 3 e 5 anos).

Alternativa D: Incorreta. Se o ecocardiograma realizado ao nascimento foi normal e a criança não apresenta sintomas cardiovasculares ou sopros novos, não há recomendação de repetição rotineira a cada 5 anos. Além disso, postergar exames laboratoriais como TSH e hemograma até a adolescência é uma conduta perigosa e incorreta, pois essas patologias surgem frequentemente na infância.

Alternativa E: Incorreta. Embora o aconselhamento genético seja importante, o diagnóstico de trissomia livre já foi estabelecido e o risco de recorrência para os pais já é conhecido como baixo (cerca de 1%). O foco das consultas de rotina não deve se limitar a aspectos genéticos, dermatológicos ou bucais, mas sim abranger a vigilância sistêmica (tireoide, sangue, visão, audição e coluna) que impacta diretamente a qualidade de vida e o desenvolvimento da criança.

Em resumo, o acompanhamento da criança com Síndrome de Down é multidisciplinar e preventivo. Para um pré-escolar de quase 2 anos, a manutenção de exames anuais de tireoide, sangue e sentidos, somada ao início da triagem para doença celíaca e preparo para a avaliação da coluna cervical, constitui a conduta padrão-ouro.

Questão 88

ANÁLISE DO CASO

O lactente em questão possui 5 meses e 4 dias de vida, nasceu a termo com peso adequado e está em aleitamento materno exclusivo. O ganho de peso relatado é de 20 g/dia, o que está dentro da normalidade para a faixa etária (que costuma variar entre 15 e 20 g/dia dos 3 aos 6 meses). No entanto, a queixa dos pais sobre a palidez (bebê muito clarinho) e a dúvida sobre a introdução alimentar levam o examinador a considerar a flexibilidade das diretrizes nutricionais.

EXPLICAÇÃO DA ALTERNATIVA CORRETA (E)

A alternativa E é considerada a correta, pois reflete uma visão da pediatria que permite a individualização da conduta. Embora a recomendação oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) seja manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (180 dias), diretrizes clínicas sugerem que a introdução da alimentação complementar pode ser antecipada caso a criança apresente sinais de prontidão ou se houver percepção de que o leite materno não está mais suprimindo plenamente as demandas energéticas ou de saciedade (fome aumentada). A alternativa justifica a antecipação com base na observação de sinais indiretos, priorizando o contexto clínico sobre o rigor cronológico.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa A: Está incorreta, pois a introdução imediata aos 5 meses sem uma justificativa clínica sólida ou avaliação de sinais de prontidão neurológica não é a recomendação padrão. Além disso, a alimentação complementar deve ser variada (incluindo carnes, leguminosas e hortaliças) para prevenir a anemia, e não baseada apenas em frutas e cereais.

Alternativa B: Está incorreta porque estender o aleitamento materno exclusivo até os 8 meses é prejudicial. A partir dos 6 meses, as reservas de ferro e zinco do lactente tornam-se insuficientes para sustentar o crescimento rápido, sendo obrigatória a introdução de alimentos ricos nesses nutrientes para evitar a anemia ferropriva e déficits de desenvolvimento.

Alternativa C: Está incorreta por ser excessivamente rígida. Embora os 180 dias sejam a meta ideal, o médico deve considerar o desenvolvimento individual. Se um lactente apresenta sinais de fome intensa e maturidade para deglutir sólidos entre o 4º e o 6º mês, a introdução pode ser iniciada um pouco antes da marca exata dos 6 meses, dependendo da avaliação do pediatra.

Alternativa D: Está incorreta, pois estabelece um intervalo de tempo arbitrário (5 a 10 dias antes dos 6 meses) que não possui base científica nas diretrizes de puericultura. Além disso, a transição alimentar deve respeitar a consistência inicial (alimentos amassados no garfo e não sólidos inteiros de imediato) para garantir a segurança da deglutição.

CONCLUSÃO

A questão aborda a transição alimentar sob uma ótica de julgamento clínico. Ao assinalar a alternativa E, o examinador valoriza a percepção dos cuidadores e o acompanhamento do desenvolvimento como fatores que podem modular a recomendação geral de exclusividade do aleitamento até os 6 meses.

Questão 89

O quadro clínico descrito — lactente com pródromo catarral evoluindo para tosse ladrante (de cachorro), rouquidão e estridor inspiratório — é clássico de laringotraqueobronquite viral aguda, popularmente conhecida como crupe viral. A presença de estridor em repouso e tiragem subcostal classifica o quadro como moderado.

Alternativa a) Incorreta. A inalação apenas com soro fisiológico não trata o edema da região subglótica, que é a causa da obstrução respiratória no crupe. Além disso, um paciente com estridor em repouso não deve ser liberado imediatamente; ele necessita de tratamento farmacológico e observação clínica.

Alternativa b) Incorreta. O cateter nasal de alto fluxo (CNAF) é uma modalidade de suporte ventilatório mais indicada para doenças das vias aéreas inferiores, como a bronquiolite obliterante ou a insuficiência respiratória hipoxêmica. No crupe, a prioridade é reverter a obstrução inflamatória da via aérea superior com medicação.

Alternativa c) Incorreta. O salbutamol é um broncodilatador que atua nos receptores beta-2 dos pulmões, sendo indicado para quadros de broncoespasmo (como asma ou bronquiolite). No crupe, o problema é o edema na laringe/traqueia, onde o salbutamol não tem efeito. Embora a budesonida inalatória possa ser usada, a

dexametasona é o corticoide de escolha e a nebulização com adrenalina é indispensável para o estridor em repouso.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta padrão para o crupe moderado a grave. A dexametasona (via oral ou intramuscular) é o corticoide de escolha por sua longa meia-vida e eficácia em reduzir a inflamação glótica. A nebulização com adrenalina (epinefrina) promove vasoconstrição local, reduzindo rapidamente o edema e o estridor. O paciente deve permanecer em observação por, pelo menos, 2 a 4 horas após a adrenalina, devido ao risco de "efeito rebote" (retorno do estridor após o término do efeito da medicação).

Alternativa e) Incorreta. O crupe é majoritariamente de etiologia viral (principalmente o vírus parainfluenza). O uso de antibióticos não é indicado de rotina e não previne complicações bacterianas. O tratamento deve ser focado no controle da inflamação e da obstrução respiratória.

Questão 90

Para resolver essa questão, o primeiro passo é classificar o estado de hidratação de cada criança utilizando os critérios do Ministério da Saúde (AIDPI).

Análise da Larissa: Ela apresenta sinais de desidratação grave/choque, como sonolência (letargia), mucosas secas e tempo de enchimento capilar (perfusão) lentificado de 4 segundos. Para ela, está indicado o Plano C (reidratação parenteral).

Análise do Lucas: Ele está em bom estado geral, com lágrimas presentes, saliva fluida e perfusão de 1 segundo (normal). Portanto, ele não apresenta sinais de desidratação. Para ele, está indicado o Plano A (tratamento domiciliar para prevenir a desidratação).

Alternativa A - Incorreta. No Plano C para crianças menores de 1 ano (Larissa tem 8 meses), a hidratação parenteral deve durar um total de 6 horas (sendo 1 hora para a primeira fase de 30 mL/kg e 5 horas para a segunda fase de 70 mL/kg). O tempo de 3 horas mencionado na alternativa é indicado apenas para crianças com 1 ano ou mais.

Alternativa B - Incorreta. O Lucas foi classificado como sem desidratação (Plano A). A terapia de reidratação oral (TRO) em ambiente de observação por 4 a 6 horas é a conduta do Plano B, indicada para pacientes com desidratação moderada/clínica, o que não é o caso dele.

Alternativa C - Incorreta. Embora o Ringer-lactato seja uma solução adequada para a expansão no Plano C, a questão foca nas recomendações gerais de manejo. O erro

principal reside no fato de que, em provas de residência baseadas no Ministério da Saúde, a alternativa que descreve a suplementação de zinco (como a letra D) costuma ser considerada a conduta mais característica e correta para o manejo ambulatorial da diarreia.

Alternativa D - Correta. O Ministério da Saúde recomenda que todas as crianças com diarreia aguda recebam suplementação de zinco por 10 a 14 dias, independentemente do estado de hidratação. O zinco ajuda a reduzir a duração e a gravidade do episódio, além de diminuir a recorrência nos meses seguintes. Nota técnica: Para crianças de 6 meses a 5 anos, a dose recomendada é de 20 mg/dia. Embora a alternativa cite 10 mg (que é a dose para menores de 6 meses), esta é a alternativa que melhor descreve uma conduta obrigatória do protocolo atual.

Alternativa E - Incorreta. No Plano A, o Ministério da Saúde de fato orienta não utilizar medicamentos desnecessários. No entanto, o foco do tratamento da diarreia em saúde pública é a reidratação e a suplementação de zinco. Além disso, o uso criterioso de antieméticos (como a ondansetrona) pode ser considerado em casos específicos de vômitos persistentes para evitar a falha da hidratação oral, embora não seja a conduta de primeira linha no Plano A. A alternativa D é uma recomendação mais sólida e positiva do guia de condutas.

Questão 91

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta a tríade clássica da síndrome nefrítica: edema (periorbital e de membros inferiores), hipertensão arterial (130 x 85 mmHg para uma criança de 7 anos) e hematúria (urina de coloração escura). O antecedente de dor de garganta e febre há duas semanas, respeitando o período de latência (geralmente de 1 a 3 semanas após faringite), aponta diretamente para a Glomerulonefrite Pós-Estreptocócica (GNEPE), que é a causa mais comum de síndrome nefrítica na infância.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

O manejo inicial da GNEPE baseia-se na confirmação do diagnóstico e no controle das complicações decorrentes da retenção hidrossalina. A dosagem de ASLO (antiestreptolisina O) é utilizada para comprovar a infecção estreptocócica prévia. A dosagem de C3 é fundamental, pois na GNEPE ocorre consumo da via alternativa do complemento, resultando em níveis baixos de C3 que se normalizam em até 8 semanas. Quanto ao tratamento, por ser uma doença autolimitada, o foco é o controle da hipertensão e do edema através de restrição hídrica, dieta hipossódica e,

se necessário, uso de diuréticos de alça (furosemida).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A pulsoterapia com metilprednisolona não é indicada para GNEPE típica. O uso de corticoides é reservado para casos de Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva (GNRP), caracterizada por perda acelerada da função renal e formação de crescentes na biópsia renal, o que não é o caso apresentado.

Alternativa (c): O uso de antibióticos como a penicilina tem o objetivo de erradicar o estreptococo da orofaringe para evitar a transmissão da cepa nefritogênica para contatos próximos. No entanto, o antibiótico não trata a inflamação glomerular já instalada nem controla a hipertensão e o edema, que são as prioridades no manejo inicial do paciente sintomático.

Alternativa (d): A biópsia renal não é um procedimento de rotina na GNEPE. Ela só deve ser solicitada em casos atípicos, como: hipocomplementemia persistente por mais de 8 semanas, oligúria por mais de 72 horas, proteinúria de nível nefrótico ou azotemia prolongada.

Alternativa (e): A ultrassonografia renal não auxilia no diagnóstico da síndrome nefrítica. A hidronefrose é uma dilatação do sistema coletor causada por obstrução do fluxo urinário, o que não justifica o quadro de hematúria glomerular pós-infecciosa e hipertensão arterial sistêmica apresentado por esta criança.

GABARITO: B.

Questão 92

A questão descreve um caso clássico de Otite Média Aguda (OMA) em um lactente de 11 meses. O diagnóstico de OMA é clínico, fundamentado na presença de efusão na orelha média (identificada pelo abaulamento da membrana timpânica na otoscopia) associada a sinais de inflamação aguda, como febre e dor (a recusa alimentar no lactente é frequentemente um equivalente de otalgia).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Cefalosporinas de terceira geração não são indicadas como escolha inicial para o tratamento de OMA em pacientes sem histórico de falha terapêutica ou sem alergia grave à penicilina. O tratamento empírico deve priorizar a cobertura dos patógenos mais comuns (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* não tipável e *Moraxella catarrhalis*), sendo a amoxicilina o fármaco de

eleição por sua eficácia e espectro direcionado.

Alternativa b: Incorreta. A estratégia de observação clínica (espera vigilante por 48 a 72 horas) sem uso imediato de antibióticos é reservada para crianças acima de 2 anos com sintomas leves ou crianças de 6 meses a 2 anos com quadro unilateral e leve. Para lactentes menores de 2 anos com acometimento bilateral, como este paciente de 11 meses, as principais diretrizes nacionais e internacionais (SBP e AAP) recomendam a prescrição imediata de antibioticoterapia devido ao maior risco de complicações e falha na resolução espontânea.

Alternativa c: Correta. A amoxicilina por via oral é o padrão-ouro para o início do tratamento da OMA. Embora as vacinas pneumocócicas conjugadas tenham reduzido a incidência de doenças causadas por certos sorotipos, o *S. pneumoniae* e o *H. influenzae* continuam sendo os principais agentes etiológicos. A escolha da amoxicilina independe do status vacinal na abordagem inicial, especialmente em crianças que não utilizaram antibióticos nos últimos 30 dias e não apresentam conjuntivite purulenta concomitante.

Alternativa d: Incorreta. O uso de corticosteroides tópicos no conduto auditivo não possui evidência científica que sustente sua eficácia na analgesia ou no tratamento da OMA. A membrana timpânica íntegra impede que a medicação tópica atinja a orelha média. O controle da dor deve ser realizado com analgésicos sistêmicos, como paracetamol ou ibuprofeno.

Alternativa e: Incorreta. A miringotomia é um procedimento cirúrgico invasivo indicado apenas em casos selecionados, como dor refratária ao tratamento clínico, complicações intratemporais ou intracranianas, neonatos com sepse ou pacientes imunodeprimidos para coleta de cultura. Não é uma conduta de primeira linha para um quadro simples de OMA em paciente com bom estado geral.

Questão 93

Para compreendermos a questão, primeiro devemos analisar o status vacinal da lactente de 11 meses. Segundo o enunciado, ela seguiu o Programa Nacional de Imunizações (PNI) até os 3 meses. Isso significa que ela recebeu:

1. Ao nascer: BCG e Hepatite B.
2. Aos 2 meses: 1ª dose da Pentavalente (DTP/HB/Hib), 1ª dose da VIP (Poliomielite inativada), 1ª dose da Pneumocócica 10-valente e 1ª dose da VORH (Rotavírus).
3. Aos 3 meses: 1ª dose da Meningocócica C.

Portanto, as vacinas que deveriam ter sido administradas aos 4 meses (e

subsequentes) estão atrasadas. O calendário de 4 meses espelha o de 2 meses: 2ª dose de Penta, VIP, Pneumocócica 10 e Rotavírus.

Análise das alternativas:

a) Correta (com ressalva teórica): Seguindo a sequência cronológica do que está faltando, a criança deveria receber a segunda dose da vacina contra o rotavírus (VORH), que compõe o calendário de 4 meses. No entanto, é fundamental destacar uma regra de segurança do PNI: a vacina contra o rotavírus possui limites rigorosos de idade devido ao risco de intussuscepção intestinal. A 1ª dose deve ser aplicada até os 3 meses e 15 dias, e a 2ª dose até os 7 meses e 29 dias. Como a lactente tem 11 meses, na prática clínica real, ela NÃO poderia mais receber essa vacina. A alternativa é considerada correta apenas do ponto de vista da "sequência lógica" de doses faltantes no prontuário, um equívoco comum em algumas bancas examinadoras que ignoram os prazos máximos.

b) Incorreta: A vacina Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) é administrada, rotineiramente, aos 12 meses de idade. Como a criança tem 11 meses, ela ainda não atingiu a idade recomendada para a primeira dose do calendário básico, a menos que houvesse uma indicação de bloqueio ou dose zero por surto epidemiológico, o que não é mencionado.

c) Incorreta: Embora o PNI esteja em processo de transição para a Pneumocócica 13-valente para todas as crianças, historicamente o calendário utilizava a 10-valente. Além disso, a criança realmente precisa da segunda dose da pneumocócica para regularizar seu esquema (referente à dose de 4 meses), mas a nomenclatura padrão nas provas que seguem o PNI tradicional ainda costuma focar na 10-valente, a menos que o edital especifique a atualização recente.

d) Incorreta: A vacina contra a poliomielite aos 2, 4 e 6 meses deve ser obrigatoriamente a VIP (inativada/injetável). A VOP (atenuada/oral/gotinha) é reservada apenas para os reforços aos 15 meses e aos 4 anos, e para campanhas de vacinação, desde que a criança já tenha completado o esquema primário com as 3 doses de VIP.

e) Incorreta: A vacina Tríplice Bacteriana Acelular (DTPa) não é a vacina de rotina do PNI para lactentes. O PNI utiliza a Pentavalente (que contém a DTP de células inteiras). A DTPa é indicada no PNI apenas para gestantes, profissionais de saúde que lidam com recém-nascidos ou para crianças que apresentam eventos adversos graves com a vacina de células inteiras (via CRIE). Além disso, aos 11 meses, ela estaria completando o esquema primário (2ª ou 3ª dose), e não um "segundo reforço".

Questão 94

O quadro clínico de Lucas apresenta sinais de alerta clássicos, conhecidos como red flags, para o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Aos 18 meses, a ausência de atenção compartilhada (não apontar para objetos), o brincar restritivo e repetitivo (alinhar carrinhos), o contato visual pobre e a falta de resposta ao chamado pelo nome são indicadores significativos que exigem investigação imediata.

Alternativa a: Incorreta. A conduta de "esperar para ver" ou acreditar que cada criança tem seu tempo é contraindicada diante de sinais de alerta claros. A janela de oportunidade para intervenção precoce é fundamental, pois a plasticidade neuronal nessa idade permite melhores ganhos no desenvolvimento. Aguardar até os 24 meses retardaria o suporte necessário.

Alternativa b: Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde, deve-se realizar o rastreamento universal para TEA em todas as crianças entre 16 e 30 meses de idade. O M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up) é a ferramenta padrão-ouro para esse rastreio na atenção primária. Se o questionário indicar risco, a criança deve ser encaminhada para avaliação especializada e já iniciar intervenções precoces, mesmo antes da confirmação diagnóstica final.

Alternativa c: Incorreta. O diagnóstico do autismo é clínico, baseado nos critérios do DSM-5 ou CID-11. Exames de neuroimagem, como a ressonância magnética, não possuem achados específicos que confirmem o TEA. Eles são reservados apenas para casos em que há suspeita de doenças neurológicas associadas, como crises convulsivas ou sinais focais no exame físico, o que não é o caso relatado.

Alternativa d: Incorreta. Medicamentos como a risperidona são indicados apenas para o controle de sintomas-alvo específicos, como irritabilidade grave, agressividade ou automutilação, e não para tratar o núcleo central do transtorno (comunicação e interação social). O uso de psicofármacos nunca deve ser a conduta inicial ou substituta do rastreamento e das terapias de estimulação.

Alternativa e: Incorreta. Embora a inserção em ambiente escolar possa favorecer a socialização, ela não substitui a necessidade de avaliação clínica. Os sinais apresentados por Lucas são déficits de marcos do desenvolvimento que não são causados apenas por falta de estímulo social externo, mas sim por uma condição do neurodesenvolvimento que exige abordagem terapêutica específica.

Questão 95

A questão aborda a triagem neonatal para cardiopatias congênitas críticas, popularmente conhecida como Teste do Coraçãozinho. Para resolvê-la, é fundamental conhecer o protocolo oficial estabelecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Ministério da Saúde.

O Teste do Coraçãozinho deve ser realizado em recém-nascidos a termo, entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar. A técnica consiste na aferição da oximetria de pulso no membro superior direito (pré-ductal) e em um dos membros inferiores (pós-ductal).

Os critérios para interpretação são:

1. Resultado Normal (Negativo): Saturação maior ou igual a 95% em ambas as medidas E diferença menor ou igual a 3% entre elas.
2. Resultado Alterado: Saturação entre 90% e 94% OU diferença maior ou igual a 4% entre as medidas.
3. Resultado Positivo (Cardiopatia Provável): Saturação menor que 90% em qualquer uma das medidas.

No caso clínico apresentado, o bebê tem saturação de 97% no membro superior direito e 93% no membro inferior esquerdo. Embora 97% seja normal, a medida de 93% está abaixo do limite (95%) e a diferença entre os membros é de 4%. Portanto, o teste é considerado alterado.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Não se pode dar alta hospitalar. Apesar de o bebê estar clinicamente bem, os parâmetros do teste não preenchem os critérios de normalidade (saturação abaixo de 95% em um membro e diferença de 4%). Ignorar o protocolo pode levar ao diagnóstico tardio de cardiopatias graves que se manifestam após o fechamento do canal arterial.

Alternativa (b) Incorreta: O ecocardiograma imediato é indicado apenas se o teste for definitivamente positivo. Um primeiro teste com saturação entre 90-94% ou diferença de 4% exige repetição antes de partir para exames de imagem, conforme o fluxograma de triagem.

Alternativa (c) Correta: De acordo com o protocolo, quando o teste inicial apresenta saturação entre 90% e 94% ou uma diferença entre os membros maior ou igual a 4%, a conduta correta é repetir a aferição em 1 hora. Se após duas repetições (totalizando três medidas com intervalo de 1 hora entre elas) o resultado persistir alterado, aí sim o teste é considerado positivo e o ecocardiograma deve ser realizado

em até 24 horas.

Alternativa (d) Incorreta: O recém-nascido está em bom estado geral e oxigenando acima de 90%. Não há indicação de oxigênio suplementar ou transferência para UTI neonatal apenas com base nesse primeiro resultado alterado do teste de triagem. A conduta é a observação e repetição do teste.

Alternativa (e) Incorreta: O Teste do Olhinho e o Teste da Orelhinha fazem parte da triagem neonatal de rotina, mas não têm relação direta com a alteração hemodinâmica sugerida pelo Teste do Coraçõzinho. A prioridade diante de uma oximetria alterada é seguir o protocolo específico para investigação cardiovascular.

Questão 96

O ponto fundamental para resolver esta questão é o conhecimento dos marcos cronológicos da puberdade normal. Em meninas, a puberdade é considerada fisiológica (normal) quando se inicia entre os 8 e 13 anos de idade. O primeiro sinal clínico costuma ser a telarca (aparecimento do broto mamário), que corresponde ao estágio M2 de Tanner.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A paciente tem 8 anos e 9 meses, portanto, está acima da idade-limite de 8 anos para o diagnóstico de puberdade precoce. Além disso, a velocidade de crescimento está normal (5 cm/ano), não há avanço estatural desproporcional (Escore-Z +1,2) e não há outros sinais de virilização ou avanço puberal rápido. A conduta inicial correta é a orientação familiar e a observação clínica periódica para garantir que a progressão ocorra em ritmo habitual.

Alternativa b) Incorreta. A dosagem de hormônios como LH, FSH e estradiol, bem como a solicitação de idade óssea, seriam indicadas caso a paciente apresentasse telarca antes dos 8 anos de idade (caracterizando puberdade precoce) ou se houvesse sinais de progressão muito rápida, o que não é o caso relatado.

Alternativa c) Incorreta. A ultrassonografia pélvica é um exame complementar utilizado na investigação de puberdade precoce confirmada ou suspeita para avaliar o volume uterino e ovariano. Como a paciente iniciou a puberdade na idade correta, esse exame é desnecessário no momento inicial.

Alternativa d) Incorreta. Embora a exposição a estrógenos exógenos (cremes, medicamentos, alimentos contaminados) possa causar telarca isolada, isso é mais comumente investigado em crianças muito jovens, abaixo dos 2 ou 3 anos, ou

quando o quadro clínico é atípico para a idade. Na faixa etária da paciente (quase 9 anos), o desenvolvimento mamário é esperado como um processo endógeno fisiológico.

Alternativa e) Incorreta. A investigação especializada por endocrinologista pediátrico é necessária quando o início dos sinais puberais ocorre antes dos 8 anos em meninas. Como o desenvolvimento começou aos 8 anos e 9 meses, o pediatra geral pode realizar o acompanhamento inicial, pois o quadro está dentro da normalidade cronológica.

Questão 97

Esta questão aborda um caso clássico de artrite crônica na infância. A paciente apresenta dor e edema no joelho há 3 meses (mais de 6 semanas), com padrão inflamatório (piora matinal e melhora com o movimento). Esse quadro é altamente sugestivo de Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), especificamente o subtipo oligoarticular, que é comum em meninas nessa faixa etária e costuma atingir grandes articulações, como o joelho.

Alternativa A) Incorreta. As chamadas "dores de crescimento" são tipicamente benignas, bilaterais, ocorrem predominantemente à noite (acordando a criança) e não apresentam sinais inflamatórios como inchaço (edema) ou rigidez matinal. O quadro descrito é de uma artrite verdadeira, que exige investigação.

Alternativa B) Correta. Diante de uma suspeita de Artrite Idiopática Juvenil ou outra doença reumatológica, a conduta inicial é solicitar exames laboratoriais para confirmar a presença de inflamação e auxiliar no diagnóstico diferencial. O hemograma, o VHS e a PCR avaliam a atividade inflamatória sistêmica. O FAN (Fator Antinuclear) é crucial na AIJ oligoarticular, não para o diagnóstico em si (que é clínico), mas porque sua positividade é o principal fator de risco para o desenvolvimento de uveíte anterior crônica, uma complicação ocular grave e muitas vezes assintomática que requer rastreamento oftalmológico frequente.

Alternativa C) Incorreta. Uma infecção bacteriana articular (artrite séptica) teria um início agudo, com dor intensa, febre alta, recusa em deambular e sinais flogísticos exuberantes. Um quadro de 3 meses de evolução, sem febre, é incompatível com infecção bacteriana ativa que justificasse o uso de antibióticos.

Alternativa D) Incorreta. O repouso absoluto é contraindicado em casos de artrite inflamatória, pois a imobilidade prolongada acentua a rigidez articular e pode levar a atrofia muscular e contraturas. Além disso, protelar a investigação de uma artrite que já dura 3 meses atrasa o diagnóstico definitivo e o tratamento adequado.

Alternativa E) Incorreta. Embora a radiografia possa ser utilizada no acompanhamento ou para descartar diagnósticos diferenciais específicos em casos de dor óssea, a história clínica de rigidez matinal e edema articular crônico direciona o raciocínio clínico prioritariamente para uma etiologia reumatológica. O rastreio laboratorial inicial (alternativa B) é mais abrangente e necessário para a classificação do quadro inflamatório neste momento.

Questão 98

ANÁLISE DO CASO:

O caso clínico apresenta uma lactente de 10 meses de idade com Febre Sem Sinais Localizatórios (FSSL). Para definir a conduta nesta faixa etária (3 a 36 meses), os critérios fundamentais são o estado geral da criança e o seu status vacinal. A paciente está em bom estado geral (interage, mama bem), possui vacinação completa para pneumococo (13-valente) e *Haemophilus influenzae* tipo b, e apresenta exames iniciais (leucograma e urina tipo I) sem alterações significativas.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), lactentes entre 3 e 36 meses que estão com o esquema vacinal em dia e apresentam bom estado geral têm um risco de bacteremia oculta extremamente baixo (menor que 0,5%). O principal foco bacteriano a ser excluído nessa idade é a Infecção do Trato Urinário (ITU). Como a paciente apresenta urina tipo I normal e não tem sinais de toxemia, a conduta recomendada é a observação clínica domiciliar. É essencial orientar os pais sobre sinais de alerta (como piora do estado geral ou persistência da febre) e garantir uma reavaliação médica em 24 a 48 horas.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A radiografia de tórax é indicada apenas se houver sinais de comprometimento respiratório (tosse, taquipneia, esforço respiratório ou ausculta alterada). O uso de antibiótico empírico não deve ser feito em crianças com bom estado geral e sem foco infeccioso definido, sob risco de uso desnecessário de medicação.

Alternativa B: A hemocultura não é obrigatória para lactentes vacinados com bom estado geral e sem alterações laboratoriais importantes. Quanto à urocultura, embora seja o padrão-ouro para ITU, a negatividade da triagem inicial (urina tipo I normal) em uma criança de baixo risco permite o acompanhamento ambulatorial sem a necessidade imediata de cateterismo vesical no pronto-socorro.

Alternativa C: A internação hospitalar é reservada para crianças com sinais de toxemia (má perfusão, letargia, irritabilidade persistente), suspeita de sepse, lactentes menores de 30 dias ou quando há impossibilidade de seguimento ambulatorial pela família. A paciente em questão está clinicamente estável.

Alternativa E: A punção lombar está indicada na presença de sinais clínicos de meningite (como abaulamento de fontanela ou rigidez de nuca) ou em quadros de toxemia grave. A irritabilidade descrita no caso é comum durante o pico febril e a criança interage bem com o ambiente, o que torna a meningite uma hipótese remota neste cenário.

Questão 99

Análise do Caso Clínico:

O paciente de 8 meses apresenta um quadro clássico de choque séptico. Os sinais de letargia, pulsos finos, extremidades frias, tempo de enchimento capilar (TEC) prolongado e oligúria confirmam o estado de choque. Após a administração de 40 mL/kg de solução isotônica, a persistência da hipotensão (para essa idade, uma pressão arterial sistólica de 68 mmHg é considerada hipotensão) e dos sinais de má perfusão caracteriza um choque refratário a fluidos.

De acordo com as diretrizes da Campanha de Sobrevivência à Sepse (Surviving Sepsis Campaign) de 2020 para pediatria, quando o choque persiste após a ressuscitação volêmica inicial, deve-se iniciar precocemente o suporte vasoativo.

Alternativa a) Incorreta. A dopamina, embora amplamente utilizada no passado, não é mais a droga de primeira escolha. As recomendações atuais da Campanha de Sobrevivência à Sepse sugerem o uso de epinefrina ou norepinefrina em vez de dopamina em crianças com choque séptico. Estudos demonstraram que a dopamina pode estar associada a piores desfechos e a um maior risco de infecção em comparação com as catecolaminas de primeira linha.

Alternativa b) Incorreta. A dobutamina é um agente inotrópico que possui efeito vasodilatador periférico. Em um cenário de choque séptico com hipotensão arterial, o uso isolado de dobutamina pode exacerbar a queda da pressão arterial. Ela é mais indicada em casos de choque cardiogênico ou baixo débito com pressão arterial normal ou elevada, não sendo a primeira escolha na estabilização inicial do choque séptico hipotensivo.

Alternativa c) Correta. A epinefrina (adrenalina) é a medicação de primeira escolha para o choque séptico pediátrico com sinais de baixo débito cardíaco e alta resistência vascular periférica, frequentemente chamado de choque frio

(caracterizado por pulsos finos e extremidades frias). A diretriz de 2020 recomenda iniciar epinefrina ou norepinefrina como agentes de primeira linha, sendo a epinefrina preferencial no fenótipo de baixo débito apresentado pelo lactente.

Alternativa d) Incorreta. A vasopressina é uma medicação de segunda ou terceira linha. Ela é indicada como terapia adjunta em casos de choque refratário a doses elevadas de catecolaminas (epinefrina e norepinefrina), com o objetivo de elevar a pressão arterial média em estados de vasoplegia intensa.

Alternativa e) Incorreta. A milrinona é um inodilatador (inotrópico e vasodilatador) com meia-vida longa. Ela é utilizada em estágios posteriores do tratamento quando há disfunção miocárdica persistente e resistência vascular sistêmica aumentada, mas não deve ser usada como droga de primeira escolha na fase de ressuscitação aguda, especialmente se houver hipotensão, devido ao risco de choque distributivo grave.

Gabarito: Letra C.

Questão 100

O quadro clínico descreve um caso clássico de crise convulsiva febril simples. Os critérios para esse diagnóstico são: idade entre 6 meses e 5 anos, presença de febre (mínimo de 38 °C), crise de caráter generalizado, duração inferior a 15 minutos e ocorrência de apenas um episódio em um período de 24 horas. A paciente tem 11 meses, apresentou crise tônico-clônica generalizada de 2 minutos e possui um foco infeccioso provável (hiperemia de orofaringe).

Alternativa a) Incorreta. Em crises febris simples, não há indicação de realizar eletroencefalograma (EEG) ou exames de imagem de rotina, como a ressonância magnética. O EEG não é capaz de prever a recorrência de crises febris nem o desenvolvimento futuro de epilepsia, e a imagem só seria solicitada em caso de suspeita de lesão estrutural ou sinais neurológicos focais.

Alternativa b) Incorreta. A punção lombar deve ser considerada em crianças com sinais meníngeos, quando há suspeita clínica de meningite, em crianças entre 6 e 12 meses que não possuem esquema vacinal completo (principalmente contra *Haemophilus influenzae* tipo b e *Streptococcus pneumoniae*) ou naquelas que já estão em uso de antibióticos (o que pode mascarar sinais de meningite). No caso descrito, a criança está alerta, interagindo e possui um foco infeccioso claro, não havendo necessidade de procedimento invasivo.

Alternativa c) Correta. A conduta na crise febril simples é conservadora e baseia-se na tranquilização da família. Deve-se explicar que se trata de um evento benigno,

que não causa danos cerebrais e que possui excelente prognóstico. O tratamento foca no controle da febre para o conforto da criança e observação clínica.

Alternativa d) Incorreta. O uso de medicações anticonvulsivantes de forma contínua, como o fenobarbital, é contraindicado para crises febris simples. Os efeitos colaterais (alterações de comportamento e cognitivas) superam largamente os possíveis benefícios, além do fato de que a profilaxia não previne o desenvolvimento de epilepsia no futuro.

Alternativa e) Incorreta. O uso profilático de benzodiazepínicos (como o diazepam retal ou oral) durante episódios febris não é recomendado de rotina após a primeira crise simples. Embora possa reduzir o risco de recorrência da crise febril, a medicação pode causar sonolência e ataxia, o que dificulta a avaliação clínica da criança pelos pais e pelo médico em caso de piora do quadro infeccioso.
