



Grupo VIV

GABARITO | 2026 | DF | 100 Questões



Gabarito: Grupo VIV

2026 | DF

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do Escore CURB-65:

O CURB-65 é uma ferramenta de estratificação de gravidade utilizada para determinar o local de tratamento de pacientes com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Cada critério clínico abaixo soma 1 ponto:

C - Confusão mental: O paciente apresenta este sinal (1 ponto).

U - Ureia maior ou igual a 43 mg/dL: O paciente apresenta 65 mg/dL (1 ponto).

R - Frequência Respiratória maior ou igual a 30 irpm: O paciente apresenta 32 irpm (1 ponto).

B - Pressão Arterial (Sistólica menor que 90 mmHg ou Diastólica menor ou igual a 60 mmHg): O paciente apresenta 85/55 mmHg (1 ponto).

65 - Idade maior ou igual a 65 anos: O paciente tem 75 anos (1 ponto).

Neste caso, o paciente soma 5 pontos, que é a pontuação máxima do escore.

Interpretação da pontuação e conduta:

0 a 1 ponto: Baixo risco de mortalidade. O tratamento geralmente é ambulatorial.

2 pontos: Risco moderado. A internação hospitalar deve ser considerada ou o paciente deve ser mantido em observação rigorosa.

3 a 5 pontos: Alto risco de mortalidade. A internação hospitalar é mandatória. Pontuações de 4 ou 5 indicam que o paciente está em estado crítico, com risco de morte superior a 27%, devendo ser avaliada a internação imediata em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O tratamento ambulatorial é indicado apenas para pacientes com pontuação 0 ou 1. Com 5 pontos, o paciente apresenta sinais de choque e insuficiência respiratória, o que contraindica totalmente o tratamento em casa.

b) Incorreta. A observação em pronto-socorro é uma conduta para casos de risco moderado (CURB 2). O quadro de instabilidade hemodinâmica (PA 85/55 mmHg) e a gravidade clínica exigem suporte intensivo imediato, não apenas observação.

c) Incorreta. Embora a internação seja necessária, a enfermaria comum não possui os recursos de monitorização contínua e suporte avançado que um paciente com pontuação máxima no CURB-65 exige. A presença de hipotensão e confusão mental

sugere um quadro de sepse grave ou choque séptico.

d) Correta. Pacientes com CURB-65 de 4 ou 5 são classificados como portadores de pneumonia grave. A presença de hipotensão arterial (critério B) e taquipneia acentuada (critério R) são critérios que frequentemente exigem suporte ventilatório e/ou uso de drogas vasoativas, procedimentos realizados com segurança apenas na Unidade de Terapia Intensiva.

Questão 2

A alternativa correta é a (a).

Mecanismo de ação do iSGLT2 (Dapagliflozina):

Os Inibidores do Cotransportador Sódio-glicose 2 (iSGLT2) atuam no segmento S1 do túbulo contorcido proximal do néfron. Em condições normais, quase toda a glicose filtrada pelos glomérulos é reabsorvida nesta região para retornar à circulação sanguínea, sendo o transportador SGLT2 responsável por cerca de 90% desse processo. Ao inibir essa proteína, o medicamento bloqueia a reabsorção de glicose, resultando em sua eliminação direta pela urina (glicosúria terapêutica). Esse mecanismo é independente da ação ou secreção de insulina, o que confere baixo risco de hipoglicemia a essa classe medicamentosa e auxilia na redução ponderal e da pressão arterial devido à diurese osmótica.

Analise das alternativas incorretas:

b) Incorreta. Este é o mecanismo de ação das terapias incretinomiméticas, que incluem os Agonistas do Receptor de GLP-1 (como a liraglutida e semaglutida) e os Inibidores da enzima DPP-4 (como a sitagliptina e vildagliptina). Essas drogas potencializam o efeito incretina, estimulando o pâncreas a secretar insulina apenas quando os níveis de glicose estão elevados.

c) Incorreta. A inibição da gliconeogênese hepática é o principal mecanismo de ação das Biguanidas, sendo a Metformina o principal representante. A metformina reduz a produção de glicose pelo fígado e melhora a ação da insulina, sem causar glicosúria.

d) Incorreta. O aumento da sensibilidade periférica à insulina no músculo e no tecido adiposo é a ação primária das Tiazolidinedionas (Glitazonas), como a Pioglitazona. Elas atuam como ligantes do receptor nuclear PPAR-gama, modulando a expressão de genes envolvidos no metabolismo lipídico e glicídico. A metformina também possui efeito secundário na sensibilidade periférica, mas não é a característica dos iSGLT2.

Questão 3

Análise das Proposições:

Proposição I: Correta. Os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e os betabloqueadores compõem os pilares clássicos do tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER). Ambas as classes de drogas demonstraram, em grandes ensaios clínicos, capacidade de reduzir significativamente a mortalidade e o número de internações hospitalares. Devem ser iniciados para todos os pacientes com FEVE reduzida, desde que estejam hemodinamicamente estáveis e sem contraindicações.

Proposição II: Correta. A espironolactona, um antagonista do receptor mineralocorticoide, é indicada para pacientes com ICFER que permanecem sintomáticos (NYHA II-IV) apesar do tratamento inicial otimizado. Os critérios clássicos das diretrizes para sua introdução incluem a Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) igual ou inferior a 35%. O uso dessa medicação visa reduzir a progressão da fibrose miocárdica e diminuir a mortalidade.

Proposição III: Incorreta. A digoxina não reduz a mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca e ritmo sinusal. O grande estudo DIG mostrou que ela é eficaz na redução de hospitalizações por descompensação da IC e na melhora dos sintomas, mas o impacto na sobrevida foi neutro. Portanto, não é droga de primeira escolha, sendo reservada para pacientes refratários ao tratamento padrão ou para controle de frequência na fibrilação atrial.

Explicação das Alternativas:

- a) Incorreta. A proposição II também está correta, não apenas a I.
- b) Incorreta. A proposição I também está correta, não apenas a II.
- c) Correta. Conforme analisado, as proposições I e II estão de acordo com as evidências científicas e diretrizes de cardiologia atuais (como as da Sociedade Brasileira de Cardiologia), enquanto a III apresenta um erro conceitual sobre a redução de mortalidade.
- d) Incorreta. A proposição III está errada, invalidando esta alternativa.

Questão 4

Esta questão aborda o manejo diagnóstico do Tromboembolismo Pulmonar (TEP). A paciente apresenta alta probabilidade clínica segundo o Escore de Wells, o que direciona o raciocínio clínico diretamente para a necessidade de um exame confirmatório de imagem.

Alternativa a: Incorreta. A arteriografia pulmonar convencional já foi considerada o padrão-ouro histórico para o diagnóstico de TEP por ser o método mais preciso. No entanto, por ser um procedimento invasivo, com maiores riscos de complicações e maior custo, ela foi substituída na prática clínica atual por métodos não invasivos. Hoje, sua indicação é restrita a casos em que os exames de imagem iniciais são inconclusivos ou quando se planeja uma intervenção terapêutica endovascular simultânea.

Alternativa b: Incorreta. O D-dímero é um produto de degradação da fibrina com alto valor preditivo negativo. Isso significa que ele é excelente para excluir TEP em pacientes com probabilidade clínica baixa ou intermediária. Contudo, em pacientes com alta probabilidade clínica (como no caso descrito), o D-dímero não deve ser solicitado, pois mesmo um resultado negativo não seria suficiente para descartar o diagnóstico com segurança, sendo obrigatória a realização de um exame de imagem.

Alternativa c: Incorreta. O ecocardiograma transtorácico é uma ferramenta importante na avaliação de pacientes com instabilidade hemodinâmica, pois pode mostrar sinais indiretos de TEP, como a disfunção do ventrículo direito. Entretanto, ele não é o exame de escolha para o diagnóstico definitivo em pacientes estáveis, pois não visualiza diretamente os trombos na maioria das vezes e possui sensibilidade limitada para esse fim.

Alternativa d: Correta. A angiotomografia computadorizada (Angio-TC) de artérias pulmonares é atualmente o exame de escolha e o método de primeira linha para o diagnóstico de TEP. É um exame amplamente disponível, não invasivo, com alta sensibilidade e especificidade, permitindo a visualização direta de falhas de enchimento que caracterizam os trombos na circulação pulmonar. Em pacientes com alta probabilidade clínica pelo Escore de Wells, a Angio-TC é o próximo passo recomendado para confirmar a doença.

Questão 5

A anemia megaloblástica é uma condição caracterizada por um defeito na síntese de DNA, resultando em uma maturação assíncrona entre o núcleo (que se desenvolve lentamente) e o citoplasma (que se desenvolve normalmente). A causa mais comum é a deficiência de vitamina B12 ou de folato.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta: A anemia megaloblástica é classicamente macrocítica (VCM elevado), e não normocítica. Além disso, como há um defeito na produção das células na medula óssea (eritropoese ineficaz), os reticulócitos estão baixos ou normais,

caracterizando uma anemia hipoproliferativa. Reticulocitose elevada sugeriria uma anemia regenerativa, como em casos de hemólise ou sangramento agudo.

Alternativa B - Correta: O aumento do Volume Corpuscular Médio (VCM) define a macrocitose, que é o principal parâmetro laboratorial desta anemia. Somado a isso, a hipersegmentação do núcleo dos neutrófilos (presença de neutrófilos com 5 ou mais lobos) é um achado hematoscópico altamente específico e precoce da anemia megaloblástica, refletindo o distúrbio de maturação que afeta não apenas as hemácias, mas todas as linhagens celulares.

Alternativa C - Incorreta: Microcitose (VCM baixo) e ferritina baixa são achados típicos da anemia ferropriva, que é causada pela carência de ferro. Na deficiência de vitamina B12, o ferro e a ferritina tendem a estar normais ou até elevados, pois há um acúmulo desses estoques já que a medula não consegue utilizar o ferro para formar novas hemácias adequadamente.

Alternativa D - Incorreta: Embora a deficiência severa de B12 possa cursar com pancitopenia (queda nas três linhagens celulares: hemácias, leucócitos e plaquetas) devido à destruição celular intramedular, a presença de blastos circulantes é uma característica de leucemias agudas. Na anemia megaloblástica, observamos precursores grandes na medula óssea chamados megaloblastos, mas estes não devem ser confundidos com blastos neoplásicos.

Gabarito: Letra B.

Questão 6

O quadro clínico descrito apresenta a tríade clássica de Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE): febre, dor abdominal e encefalopatia (confusão mental) em um paciente cirrótico com ascite. O critério diagnóstico padrão-ouro para PBE é a presença de mais de 250 polimorfonucleares (PMN) por mm^3 no líquido ascítico, independentemente do resultado da cultura. No caso em questão, o paciente apresenta 600 PMN/ mm^3 , confirmando o diagnóstico e exigindo intervenção imediata.

Alternativa (a) Incorreta: A paracentese de alívio com reposição de albumina é uma medida para controle de sintomas em ascites volumosas ou tensas que causam desconforto respiratório ou dor. Embora o paciente tenha ascite volumosa, a prioridade absoluta diante de uma infecção aguda (PBE) é o início da antibioticoterapia para reduzir a mortalidade e prevenir complicações como a síndrome hepatorenal.

Alternativa (b) Incorreta: Jamais se deve aguardar o resultado da cultura para iniciar

o tratamento da PBE. A cultura do líquido ascítico é frequentemente negativa (em até 40% dos casos) e o resultado demora de 48 a 72 horas. Como a PBE tem alta taxa de mortalidade se não tratada precocemente, o diagnóstico é baseado exclusivamente na contagem de neutrófilos ($PMN > 250/mm^3$).

Alternativa (c) Correta: A conduta imediata e correta é o início de antibioticoterapia empírica com cefalosporinas de terceira geração (cefotaxima ou ceftriaxona). Esses fármacos cobrem os agentes etiológicos mais comuns da PBE, que são as bactérias Gram-negativas de origem entérica, como a *Escherichia coli* e a *Klebsiella pneumoniae*. Além do antibiótico, as diretrizes também recomendam o uso de albumina intravenosa (1,5 g/kg no 1º dia e 1,0 g/kg no 3º dia) para prevenir a insuficiência renal, que é a principal causa de morte nesses pacientes.

Alternativa (d) Incorreta: Diuréticos devem ser suspensos em pacientes com PBE, especialmente naqueles com sinais de confusão mental ou risco de insuficiência renal. O uso de diuréticos em altas doses pode agravar a desidratação, piorar a função renal e exacerbar a encefalopatia hepática durante um quadro infeccioso agudo. O manejo da ascite volumosa torna-se secundário ao tratamento da infecção.

Questão 7

Análise da Sentença 1: Verdadeira. De acordo com as diretrizes internacionais (KDIGO), a Doença Renal Crônica (DRC) é definida por anormalidades na estrutura ou função renal persistentes por mais de três meses, com implicações para a saúde. A albuminúria persistente, definida como uma taxa de excreção de albumina igual ou superior a 30 mg em 24 horas, é o marcador mais precoce e sensível de lesão renal parenquimatosa. Portanto, um paciente pode ter uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) normal (acima de $90 \text{ mL/min/1,73m}^2$) e ainda assim ser diagnosticado com DRC caso apresente albuminúria.

Análise da Sentença 2: Verdadeira. A anemia associada à DRC é classicamente do tipo normocítica e normocrômica (com índices hematimétricos de tamanho e cor das hemácias dentro da normalidade). Sua causa primordial é a deficiência de eritropoetina, um hormônio glicoproteico produzido pelas células intersticiais peritubulares renais. Com a perda da massa renal funcional, a produção de eritropoetina diminui, resultando em menor estímulo à eritropoese na medula óssea.

Análise da Sentença 3: Verdadeira. A hiperfosfatemia é uma complicação comum nos estágios avançados da DRC devido à incapacidade do rim em excretar adequadamente a carga diária de fósforo. O manejo terapêutico baseia-se em dois pilares principais: a restrição dietética (limitando alimentos ricos em fosfatos e aditivos químicos) e o uso de quelantes de fósforo. Os quelantes, como o carbonato

de cálcio, acetato de cálcio ou sevelamer, devem ser ingeridos junto com as refeições para que se liguem ao fósforo presente no bolo alimentar, impedindo sua absorção pelo trato gastrointestinal.

Conclusão: Visto que todas as sentenças estão corretas e refletem os conhecimentos fundamentais sobre a fisiopatologia e o diagnóstico da DRC, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 8

A questão descreve um quadro clássico de Cetoacidose Diabética (CAD), caracterizado clinicamente pelo rebaixamento do nível de consciência, respiração de Kussmaul (uma hiperpneia profunda e rápida para compensar a acidose metabólica) e o hálito cetônico. Diante de uma emergência metabólica como esta, a estabilização hemodinâmica é a primeira prioridade.

Alternativa (a) Incorreta: A intubação orotraqueal deve ser evitada sempre que possível na CAD. A respiração de Kussmaul é uma compensação respiratória necessária para tentar elevar o pH sanguíneo. Ao intubar e sedar o paciente, muitas vezes o ventilador mecânico não consegue mimetizar a alta ventilação-minuto que o paciente estava realizando espontaneamente, o que pode causar uma queda abrupta do pH e parada cardiorrespiratória. A via aérea deve ser protegida apenas em casos de falência respiratória franca ou coma profundo sem reflexos.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de bicarbonato de sódio é altamente controverso e não é uma medida inicial. Ele é reservado apenas para pacientes com acidose extrema (pH venoso menor que 6,9) que não melhora com a hidratação inicial. O uso indiscriminado aumenta o risco de edema cerebral, hipocalcemia severa e acidose paradoxal do sistema nervoso central.

Alternativa (c) Incorreta: Embora seja obrigatório checar o potássio e corrigi-lo se estiver abaixo de 3,3 mEq/L antes de iniciar a insulina, esta não é a primeira ação no manejo global. O potássio será corrigido simultaneamente ou logo após o início da hidratação, mas a expansão volêmica é o passo que precede todas as outras terapias.

Alternativa (d) Correta: A expansão volêmica vigorosa com solução salina isotônica (soro fisiológico 0,9%) é a conduta inicial prioritária. O paciente com CAD apresenta um déficit de fluidos significativo (geralmente entre 5 a 10 litros) devido à diurese osmótica provocada pela hiperglicemia. A hidratação imediata restaura o volume intravascular, melhora a perfusão renal (facilitando a excreção de glicose e cetonas) e reduz os níveis de hormônios contrarreguladores (como glucagon e cortisol),

ajudando a baixar a glicemia mesmo antes do início da insulina. Conforme os protocolos da ADA e do Ministério da Saúde, a reposição de volume deve ser iniciada imediatamente assim que o diagnóstico é suspeitado.

Questão 9

O diagnóstico diferencial das cefaleias é uma habilidade fundamental na prática médica, especialmente na distinção entre cefaleias primárias (benignas) e secundárias (potencialmente graves). Para isso, utilizamos os sinais de alarme, conhecidos pela mnemônica SNOOP.

A alternativa (b) é a correta porque descreve a cefaleia em trovoada (*thunderclap headache*). Esta é caracterizada por uma dor que atinge sua intensidade máxima em menos de um minuto, sendo frequentemente descrita pelo paciente como "a pior dor da vida". Esse padrão é um sinal de alerta clássico para condições vasculares agudas, principalmente a Hemorragia Subaracnoidea (HSA), mas também para a Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível, trombose venosa cerebral ou dissecação arterial. Diante de uma cefaleia com esse início súbito, a investigação imediata com neuroimagem (preferencialmente Tomografia de Crânio sem contraste) é mandatória.

Análise das alternativas incorretas:

a) Incorreta. Esta descrição corresponde ao quadro clínico clássico da Migrânea (Enxaqueca), que é uma cefaleia primária. Se os episódios seguem o padrão habitual do paciente e não há sinais neurológicos focais associados, não há indicação de neuroimagem.

c) Incorreta. Esta é a descrição típica da Cefaleia do Tipo Tensional. Assim como a migrânea, é uma cefaleia primária e, na ausência de mudanças no padrão ou outros sinais de alarme, não exige investigação radiológica.

d) Incorreta. A estabilidade temporal é um fator de tranquilidade. Uma cefaleia que se mantém com as mesmas características por muitos anos sugere fortemente uma etiologia primária. O sinal de alarme seria, ao contrário, uma mudança recente no padrão de uma cefaleia crônica ou o início de uma nova dor em pacientes idosos.

Questão 10

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta o quadro clássico de pancreatite aguda, preenchendo os critérios diagnósticos: dor abdominal típica (epigástrica com irradiação para o dorso) e critérios laboratoriais (amilase e lipase acima de três vezes o valor normal). Definido o diagnóstico, o manejo inicial foca na estabilização hemodinâmica e prevenção de complicações.

Alternativa (a) Correta: A reposição volêmica agressiva e precoce é o pilar principal do tratamento nas primeiras 24 a 48 horas. A pancreatite aguda causa uma resposta inflamatória sistêmica intensa, levando ao aumento da permeabilidade vascular e sequestro de líquidos para o terceiro espaço. A hidratação vigorosa com cristaloides (preferencialmente Ringer Lactato) é fundamental para manter a perfusão pancreática, evitar a necrose do órgão e prevenir a insuficiência renal aguda.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de antibioticoterapia profilática não está indicado na pancreatite aguda, mesmo em casos graves ou com presença de necrose estéril. O uso de antibióticos (como os carbapenêmicos, que possuem boa penetração tecidual no pâncreas) deve ser reservado exclusivamente para casos de necrose infectada ou outras infecções extrapancreáticas documentadas.

Alternativa (c) Incorreta: A nutrição parenteral total deve ser a última opção. As diretrizes atuais recomendam a nutrição enteral precoce (por via oral, se tolerada, ou por sonda nasoentérica/nasojejunal). A via enteral é superior pois mantém a integridade da barreira mucosa intestinal, reduzindo a translocação bacteriana e o risco de infecção da necrose pancreática.

Alternativa (d) Incorreta: A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) não é um exame de rotina para todos os casos. Ela está indicada de urgência apenas em pacientes com pancreatite de etiologia biliar que apresentam colangite aguda associada ou obstrução biliar persistente (icterícia progressiva). No caso em questão, a etiologia sugerida é a etílica, o que contraindica o procedimento de rotina.

Questão 11

Texto Original:

O quadro clínico descrito — início súbito de déficit neurológico focal (hemiparesia e afasia) em um paciente com fatores de risco cardiovascular — é altamente sugestivo de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). A conduta deve ser guiada pelo tempo de início dos sintomas e pelos achados da imagem inicial.

Análise da alternativa correta:

Alternativa (d): O paciente encontra-se dentro da janela terapêutica para trombólise endovenosa, que é de até 4,5 horas do início dos sintomas (o paciente tem 3 horas de evolução). A tomografia de crânio sem contraste é o exame de escolha inicial não para visualizar o infarto (que pode demorar até 24-48 horas para aparecer nitidamente), mas sim para excluir hemorragia intracraniana. Uma vez excluído o sangramento e estando dentro do tempo hábil, a terapia de reperfusão com alteplase (rt-PA) é a conduta padrão-ouro para tentar reverter o déficit e reduzir sequelas.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a): A ressonância magnética (RM) é mais sensível que a tomografia para detectar isquemia precoce, porém o tempo necessário para sua realização atrasaria o tratamento definitivo. No manejo do AVCI agudo, adota-se o princípio de que tempo é cérebro. Se a tomografia já descartou hemorragia, não há necessidade de confirmar a isquemia por RM antes de iniciar a trombólise.

Alternativa (b): O AAS e outros antiagregantes plaquetários são fundamentais na prevenção secundária do AVCI, mas não devem ser administrados imediatamente se o paciente for candidato à trombólise. Caso o trombolítico seja utilizado, o AAS deve ser evitado nas primeiras 24 horas pelo risco de transformação hemorrágica. Além disso, o tratamento de escolha para reperfusão é o trombolítico, e não a antiagregação isolada.

Alternativa (c): O uso de heparina em dose plena (anticoagulação) na fase aguda do AVCI não demonstrou benefício em reduzir a mortalidade ou recorrência precoce e está associado a um risco aumentado de sangramento intracraniano grave. Portanto, não é uma conduta recomendada para o manejo inicial do déficit agudo.

Resumo da conduta:

Diante de um déficit neurológico súbito com menos de 4,5 horas e tomografia de crânio normal (sem sangue), a prioridade absoluta é a trombólise química para restaurar o fluxo sanguíneo cerebral.

Questão 12

A questão aborda a classificação diagnóstica das hiponatremias baseada no estado volêmico do paciente, um tema frequente em provas de residência. Para responder corretamente, é necessário identificar a causa que se enquadra no perfil de euvolemia e que possua as associações clínicas mencionadas.

Alternativa (b) - CORRETA: A Síndrome da Secreção Inapropriada do Hormônio

Antidiurético (SIADH) é a principal causa de hiponatremia euvolêmica. Nela, ocorre uma secreção excessiva de ADH, independentemente da osmolaridade plasmática, levando à reabsorção excessiva de água livre nos túbulos coletores. O leve aumento do volume extracelular ativa mecanismos natriuréticos (como o peptídeo natriurético atrial), o que mantém o paciente clinicamente euvolêmico (sem edemas ou sinais de desidratação). Suas principais causas incluem neoplasias (especialmente o câncer de pulmão de pequenas células), doenças do sistema nervoso central (AVC, meningite, traumatismos) e pneumopatias.

Alternativa (a) - INCORRETA: A insuficiência adrenal primária (doença de Addison) causa hiponatremia; porém, ela é tipicamente classificada como hipovolêmica. Isso ocorre porque a deficiência de mineralocorticoides (aldosterona) leva à perda urinária de sódio e água, resultando em depleção do volume extracelular.

Alternativa (c) - INCORRETA: O uso de diuréticos tiazídicos é uma causa comum de hiponatremia, mas geralmente está associado a um estado de hipovolemia (ou hipovolemia leve/subclínica). Diferentemente dos diuréticos de alça, os tiazídicos agem no túbulo distal e não interferem no gradiente medular, permitindo que o ADH continue agindo e retendo água enquanto o sódio é espoliado.

Alternativa (d) - INCORRETA: A polidipsia psicogênica é, de fato, uma causa de hiponatremia euvolêmica. Ela ocorre quando a ingestão de água excede a capacidade máxima de excreção renal (geralmente acima de 12 a 15 litros por dia). No entanto, não é a causa mais comum na prática clínica e não possui a associação clássica com neoplasias ou doenças do sistema nervoso central como a que ocorre na SIADH.

Em resumo, a combinação de euvolemia clínica com histórico de neoplasia ou lesão neurológica deve sempre direcionar o raciocínio médico para a SIADH.

Questão 13

Análise das Proposições:

Proposição I: Correta. O diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é essencialmente clínico-funcional. A espirometria é indispensável para confirmar a presença de obstrução ao fluxo aéreo. O critério definido pelas diretrizes internacionais (GOLD) e nacionais é a relação entre o Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo e a Capacidade Vital Forçada (VEF1/CVF) inferior a 0,70 após a administração de broncodilatador. Esse valor indica que a obstrução não é totalmente reversível, diferenciando-a, em muitos casos, da asma brônquica.

Proposição II: Correta. A interrupção do tabagismo é a intervenção de maior impacto na história natural da DPOC. É a única medida que comprovadamente reduz a velocidade de queda anual do VEF1 (função pulmonar), aproximando a curva de declínio do paciente à de um indivíduo não fumante. Embora outras terapias melhorem os sintomas e reduzam a mortalidade em grupos específicos (como a oxigenoterapia e a cirurgia de redução de volume), elas não alteram a taxa de perda progressiva da função pulmonar como o faz a cessação do tabagismo.

Proposição III: Incorreta. Os corticosteroides inalatórios (CI) não devem ser utilizados como monoterapia na DPOC. Diferentemente da asma, em que o CI é a base do tratamento, na DPOC o pilar terapêutico é o uso de broncodilatadores de longa ação, sejam eles antimuscarínicos (LAMA) ou beta-2-agonistas (LABA). O uso de corticosteroide inalatório é reservado apenas como terapia adjuvante (associada a broncodilatadores) para pacientes com histórico de exacerbações frequentes e/ou contagem elevada de eosinófilos no sangue periférico. O uso isolado de corticosteroide na DPOC não é eficaz e aumenta o risco de pneumonia.

Análise das Alternativas:

- a) Incorreta. A proposição II também está correta.
- b) Incorreta. A proposição I também está correta.
- c) CORRETA. As afirmações I e II seguem as evidências científicas e diretrizes de manejo da doença, enquanto a III apresenta uma conduta terapêutica errônea.
- d) Incorreta. A afirmação III está clinicamente incorreta.

Questão 14

O caso clínico descreve uma emergência médica clássica: hipercalemia grave (potássio de 8,5 mEq/L) em um paciente com insuficiência renal crônica, culminando em parada cardiorrespiratória (PCR). Em situações de hipercalemia com repercussão eletrocardiográfica ou instabilidade, o objetivo imediato não é reduzir os níveis de potássio, mas sim proteger o coração.

A alternativa (a) está correta. O gluconato de cálcio (ou o cloreto de cálcio) é a medida prioritária porque atua diretamente na estabilização da membrana dos cardiomiócitos. O cálcio antagoniza os efeitos tóxicos do potássio no potencial de membrana, reduzindo a excitabilidade celular e prevenindo arritmias fatais ou tratando a parada já instalada. Seu início de ação é imediato (1 a 3 minutos). É importante lembrar que o cálcio não altera a concentração plasmática de potássio; ele apenas "blinda" o coração temporariamente.

A alternativa (b) está incorreta. O bicarbonato de sódio promove o deslocamento do

potássio do meio extracelular para o intracelular (*shift* celular). Embora possa ser utilizado no manejo da hipercalemia, especialmente se houver acidose metabólica associada, ele não estabiliza a membrana cardíaca e tem eficácia lenta e variável na redução aguda do potássio, não sendo a prioridade imediata na PCR.

A alternativa (c) está incorreta. A solução glicoinsulínada (insulina regular com glicose) é uma das medidas mais eficazes para reduzir os níveis séricos de potássio, promovendo a entrada do íon para dentro das células. No entanto, o início de ação ocorre em cerca de 15 a 30 minutos. Na vigência de uma parada cardiorrespiratória por hipercalemia, a estabilização da membrana com cálcio deve preceder ou ser concomitante a essa medida, pois o paciente precisa de proteção miocárdica imediata.

A alternativa (d) está incorreta. O poliestireno sulfonato de cálcio (Sorcal) é uma resina de troca que atua no trato gastrointestinal para eliminar o potássio pelas fezes. Seu início de ação é muito lento (horas) e não tem qualquer papel no manejo agudo de uma parada cardiorrespiratória ou de uma hipercalemia com toxicidade cardíaca grave. Além disso, em pacientes em PCR, a via oral ou retal não é apropriada para o tratamento de emergência.

Questão 15

Para compreender a questão, é fundamental diferenciar os conceitos de sensibilidade e especificidade no contexto dos autoanticorpos do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES).

Alternativa a) Incorreta. O anticorpo anti-histona está presente em cerca de 50% a 70% dos casos de LES idiopático, mas sua principal importância clínica reside no lúpus induzido por drogas (causado por fármacos como hidralazina, procainamida e isoniazida), onde aparece em mais de 95% dos pacientes. Portanto, ele não é o marcador mais específico para o diagnóstico da doença sistêmica clássica.

Alternativa b) Incorreta. O Fator Antinuclear (FAN) é o teste de triagem inicial para o LES por apresentar uma sensibilidade altíssima (de 95% a 99%). No entanto, sua especificidade é muito baixa, pois o FAN pode ser positivo em diversas outras doenças reumatológicas, infecções, neoplasias e até em uma parcela considerável da população saudável.

Alternativa c) Correta. O anticorpo anti-Sm (Smith) é considerado o marcador mais específico para o Lúpus Eritematoso Sistêmico. Embora possua baixa sensibilidade (presente em apenas 20% a 30% dos pacientes), sua presença é um forte indicativo da doença, sendo raramente encontrado em outras condições. Devido a essa alta

especificidade, ele faz parte dos critérios de classificação do lúpus (ACR/EULAR).

Alternativa d) Incorreta. O anticorpo anti-Ro/SSA está associado a fenótipos específicos, como o lúpus eritematoso cutâneo subagudo, o lúpus neonatal (relacionado ao bloqueio cardíaco congênito) e a Síndrome de Sjögren. Embora seja frequentemente encontrado em pacientes com LES, ele não detém a maior especificidade para o diagnóstico da patologia.

Resumo: Enquanto o FAN é o teste mais sensível (excelente para excluir o diagnóstico se negativo), o anti-Sm é o mais específico (excelente para confirmar o diagnóstico se positivo). Vale lembrar que o anti-DNA de dupla hélice (anti-dsDNA) também é altamente específico e correlaciona-se com a atividade da doença e com a nefrite lúpica, mas o anti-Sm permanece como o de maior especificidade diagnóstica na literatura médica.

Questão 16

Análise do caso: O quadro clínico apresenta a tríade clássica da mononucleose infecciosa: febre, faringite exsudativa e linfadenopatia. Alguns detalhes no exame físico e na história clínica são fundamentais para o diagnóstico diferencial: a presença de esplenomegalia e o acometimento de cadeias linfonodais cervicais posteriores sugerem fortemente uma etiologia viral sistêmica, especificamente pelo vírus Epstein-Barr (EBV).

O ponto crucial da questão é a ocorrência de exantema maculopapular ("rash") após o uso de ampicilina. Esse fenômeno é uma reação imunomediada característica que ocorre em grande parte dos pacientes com mononucleose infecciosa quando expostos a aminopenicilinas (como ampicilina ou amoxicilina). Não se trata de uma alergia permanente à penicilina, mas sim de uma reação típica da fase aguda dessa infecção viral.

Alternativa (a) Incorreta: A amigdalite estreptocócica (causada pelo *Streptococcus pyogenes*) cursa com febre e faringite exsudativa, mas a linfadenopatia costuma ser cervical anterior e não há esplenomegalia. Além disso, o uso de ampicilina seria o tratamento adequado para essa condição e não causaria o exantema descrito, exceto em casos de alergia verdadeira, o que não é o padrão esperado para essa correlação clínica em provas.

Alternativa (b) Incorreta: A leucemia linfoblástica aguda (LLA) pode causar febre, linfadenopatia e esplenomegalia devido à proliferação de blastos. Entretanto, o quadro de faringite exsudativa aguda associado especificamente ao surgimento de rash após antibiótico é uma apresentação clássica de doença infecciosa benigna e

autolimitada, e não de uma neoplasia hematológica.

Alternativa (c) Incorreta: A infecção aguda pelo HIV (síndrome retroviral aguda) pode ser muito semelhante à mononucleose, apresentando febre, faringite e linfadenopatia. No entanto, o exantema na infecção pelo HIV costuma ser espontâneo (surge sem a necessidade de gatilho medicamentoso) e a esplenomegalia é menos comum do que na infecção pelo EBV. O gatilho "ampicilina" é o diferencial para o vírus Epstein-Barr.

Alternativa (d) Correta: O paciente apresenta todos os sinais cardinais da mononucleose infecciosa. A idade (adulto jovem), a faringite que mimetiza uma infecção bacteriana, a linfadenopatia posterior, a esplenomegalia e, principalmente, o rash cutâneo induzido por aminopenicilina formam o conjunto diagnóstico clássico para o vírus Epstein-Barr.

Questão 17

Análise das sentenças:

Sentença 1 (Verdadeira): A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) é um dos exames de escolha para o diagnóstico de Hipertensão do Avental Branco. Esse fenômeno ocorre quando o paciente apresenta níveis pressóricos elevados apenas no ambiente médico, mas mantém níveis normais em suas atividades habituais. A MAPA, ao registrar as pressões durante 24 horas, permite descartar esse efeito e confirmar o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Sentença 2 (Verdadeira): As mudanças no estilo de vida são a base do tratamento anti-hipertensivo. A redução da ingestão de sódio (sal de cozinha) e o controle do excesso de peso corporal (especialmente a gordura visceral) são medidas com alto grau de evidência científica para a redução significativa da pressão arterial, podendo inclusive adiar a necessidade de medicação em casos de pré-hipertensão ou hipertensão estágio 1 de baixo risco.

Sentença 3 (Falsa): Os betabloqueadores não são mais considerados fármacos de primeira linha para o tratamento inicial da hipertensão arterial em pacientes idosos sem comorbidades específicas (como insuficiência cardíaca, angina ou pós-infarto). Estudos mostram que, nesta população, os betabloqueadores são menos eficazes na prevenção de AVC e eventos cardiovasculares quando comparados a outras classes, como os diuréticos tiazídicos, os bloqueadores dos canais de cálcio, os IECA ou os BRA.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A sentença 1 é verdadeira, pois a MAPA é indicada para esclarecer discrepâncias entre a pressão de consultório e a de fora dele. A sentença 3 é falsa.

b) Correta. As sentenças 1 e 2 estão corretas de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais de hipertensão. A sentença 3 está corretamente classificada como falsa, pois o uso de betabloqueadores em idosos sem indicações específicas não é a conduta de primeira linha para proteção cerebrovascular.

c) Incorreta. A sentença 2 é verdadeira, já que a restrição de sódio e a perda de peso são pilares terapêuticos. A sentença 3 é falsa.

d) Incorreta. A sentença 3 está errada, o que invalida a alternativa. O tratamento inicial de primeira linha para o idoso hipertenso sem outras doenças costuma envolver tiazídicos ou bloqueadores de canais de cálcio.

Gabarito: Letra (b).

Questão 18

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico descreve um paciente de 55 anos, diabético, com quadro de sepse de foco urinário (dor lombar, febre, disúria e piúria). O achado patognomônico trazido pela tomografia computadorizada é a presença de gás no parênquima renal. Essa combinação de diabetes mellitus e presença de gás no trato urinário superior define a Pielonefrite Enfisematosa.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A Pielonefrite Enfisematosa é uma infecção necrotizante grave do rim, caracterizada pela produção de gás por bactérias fermentadoras (principalmente *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae*). Ocorre quase exclusivamente em pacientes diabéticos (cerca de 90 a 95 por cento dos casos) devido à alta concentração de glicose nos tecidos, que serve de substrato para a fermentação bacteriana em um ambiente de hipóxia tecidual. Por ser uma condição com alta mortalidade, o tratamento deve ser agressivo, envolvendo estabilização hemodinâmica, antibioticoterapia venosa de amplo espectro e descompressão/controle da fonte infecciosa, que pode ser feita via drenagem percutânea ou, em casos graves e extensos, nefrectomia de urgência.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O abscesso renal é uma coleção purulenta localizada no parênquima, geralmente sem a presença de gás disseminado. Embora o tratamento envolva antibióticos e drenagem, o achado de gás no parênquima em paciente diabético direciona especificamente para o diagnóstico de Pielonefrite Enfisematosa, que é uma entidade clínica distinta e mais grave que um abscesso simples.

Alternativa (b): A pielonefrite não complicada ocorre em pacientes saudáveis, sem fatores de risco para gravidade e sem alterações estruturais ou funcionais no trato urinário. A presença de diabetes, sintomas sistêmicos e gás na tomografia classifica o caso como uma pielonefrite complicada e grave, exigindo obrigatoriamente internação hospitalar e medicação venosa.

Alternativa (d): A cólica nefrética infectada é uma emergência urológica causada pela obstrução por cálculo associada à infecção. O quadro clínico de dor seria tipicamente em cólica e a tomografia mostraria hidronefrose e o cálculo obstrutivo, não necessariamente gás no parênquima. Além disso, a conduta de observação é proscrita em qualquer quadro de infecção renal grave.

Questão 19

O tratamento da Tuberculose (TB) no Brasil é padronizado pelo Ministério da Saúde e segue diretrizes específicas para garantir a adesão e evitar a resistência bacteriana. Para adultos e adolescentes (acima de 10 anos), o esquema terapêutico básico para novos casos é dividido em duas fases distintas: a fase intensiva (ou de ataque) e a fase de manutenção.

Fase Intensiva: Tem como objetivo a redução rápida da carga bacilar no paciente. Dura 2 meses e utiliza a combinação de quatro fármacos em doses fixas combinadas: Rifampicina (R), Isoniazida (I), Pirazinamida (P) e Etambutol (E), formando a sigla RIPE.

Fase de Manutenção: Tem como objetivo eliminar os bacilos latentes ou persistentes. Dura 4 meses e utiliza apenas dois fármacos: Rifampicina (R) e Isoniazida (I).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. Esta alternativa descreve precisamente a fase intensiva do esquema de primeira linha adotado no Brasil desde 2009. A introdução do Etambutol como quarto fármaco foi fundamental para prevenir a seleção de bacilos resistentes, especialmente à Isoniazida. O tempo de 2 meses é o padrão para esta etapa inicial.

Alternativa b: Incorreta. Rifampicina e Isoniazida são utilizadas juntas na fase de

manutenção, que dura 4 meses. Embora o tratamento completo da tuberculose sensível dure 6 meses no total, a fase intensiva (mencionada no enunciado) exige os quatro fármacos (RIPE).

Alternativa c: Incorreta. O esquema RIE (Rifampicina, Isoniazida e Etambutol) está incompleto para a fase intensiva padrão, pois não inclui a Pirazinamida. A Pirazinamida é essencial nos primeiros dois meses por sua ação em bacilos de localização intracelular (macrófagos) e em ambiente ácido.

Alternativa d: Incorreta. A Estreptomina é um aminoglicosídeo que já foi muito utilizado no passado, mas atualmente não compõe o esquema básico de primeira linha para casos novos no Brasil. Ela é reservada para esquemas especiais, casos de multirresistência ou situações clínicas específicas onde os fármacos de primeira linha não podem ser utilizados. O tempo de 3 meses também não corresponde ao protocolo de ataque brasileiro.

Questão 20

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A questão descreve um cenário clássico de Isquemia Mesentérica Aguda. O paciente apresenta Fibrilação Atrial (FA), que é o principal fator de risco para eventos cardioembólicos. Na FA, a estase sanguínea no átrio esquerdo favorece a formação de trombos que, ao se desprenderem, podem ocluir a artéria mesentérica superior. A descrição "dor desproporcional ao exame físico" é o sinal semiológico mais característico desta patologia: o paciente queixa-se de dor excruciante, mas o abdome permanece precocemente flácido e sem sinais de irritação peritoneal à palpação. O aumento do lactato e a presença de acidose metabólica são indicadores de hipoperfusão tecidual e sugerem sofrimento ou necrose das alças intestinais, o que reforça a gravidade do quadro vascular.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

Alternativa a) Diverticulite Aguda Complicada: Geralmente apresenta dor localizada (comumente em fossa ilíaca esquerda) e sinais claros de inflamação ou irritação peritoneal ao exame físico. O início costuma ser menos súbito do que um evento embólico e não guarda relação direta com a fibrilação atrial.

Alternativa b) Pancreatite Aguda Necrosante: A dor da pancreatite costuma ser em faixa no andar superior do abdome com irradiação para as costas. Embora seja uma condição grave com elevação de lactato, não apresenta a dissociação entre a intensidade da dor e o exame físico abdominal inicial, além de ter outras etiologias

principais (biliar ou alcoólica).

Alternativa c) Apendicite Aguda Perfurada: Uma apendicite que evoluiu para perfuração apresentará sinais evidentes de peritonite ao exame físico, como defesa abdominal e descompressão dolorosa (sinal de Blumberg). Isso contraria a descrição de "dor maior que o exame", onde o exame físico é inicialmente inocente.

Alternativa d) Isquemia Mesentérica Aguda (Embolia): Alternativa Correta. Reúne o fator de risco (FA), a instalação súbita, a dor intensa com exame físico pobre (característica de isquemia visceral antes da necrose transmural) e os marcadores laboratoriais de sofrimento isquêmico. O diagnóstico precoce é fundamental para tentar salvar a alça intestinal antes da necrose completa.

Questão 21

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome Mão-Pé, também conhecida como dactilite falciforme. Esta é frequentemente a primeira manifestação clínica de uma crise vaso-oclusiva em crianças pequenas com anemia falciforme (HbSS), ocorrendo geralmente entre os 6 meses e 2 anos de idade. Nessa faixa etária, a medula óssea hematopoiética ainda está presente nos pequenos ossos das mãos e pés (metacarpos, metatarsos e falanges). A oclusão vascular por hemácias em foices nesses locais provoca infartos ósseos, isquemia e um processo inflamatório agudo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora pacientes com anemia falciforme possuam uma predisposição maior à osteomielite (sendo a *Salmonella* um agente etiológico importante nesses casos), essa condição costuma acometer ossos longos (como fêmur e tíbia) e raramente se apresenta de forma bilateral e simétrica em mãos e pés simultaneamente. Além disso, a dactilite é estatisticamente muito mais comum nessa faixa etária.

b) Incorreta. A artrite séptica manifesta-se tipicamente como uma monoartrite (acometimento de apenas uma articulação), acompanhada de febre alta, sinais inflamatórios locais intensos e restrição severa ao movimento da articulação afetada. O edema difuso no dorso de ambas as mãos e pés não é o padrão esperado para um processo infeccioso articular.

c) Correta. A hipótese de Síndrome Mão-Pé é a mais adequada para um lactente com anemia falciforme e edema doloroso em extremidades. O tratamento é essencialmente de suporte, visando ao controle dos sintomas e à prevenção de novas oclusões. A conduta imediata envolve hidratação (para melhorar a reologia

sanguínea) e analgesia escalonada conforme a intensidade da dor, que pode variar de analgésicos comuns a opioides.

d) Incorreta. A crise de sequestro esplênico é uma complicação grave em que ocorre o represamento agudo de sangue no baço. Clinicamente, o paciente apresenta palidez acentuada, sinais de choque hipovolêmico e aumento súbito do volume abdominal por esplenomegalia. Não há relação direta entre o sequestro esplênico e o edema doloroso em mãos e pés.

Questão 22

Texto Original:

As hemofilias são distúrbios hemorrágicos hereditários decorrentes da deficiência de proteínas plasmáticas específicas da cascata de coagulação. Ambas possuem herança recessiva ligada ao cromossomo X, o que significa que a doença se manifesta quase exclusivamente em indivíduos do sexo masculino, enquanto as mulheres são tipicamente portadoras assintomáticas.

Alternativa A (CORRETA): A diferença fundamental entre os dois tipos de hemofilia reside exclusivamente em qual fator da via intrínseca da coagulação está ausente ou diminuído. A Hemofilia A, que é o tipo mais comum (cerca de 80% dos casos), é causada pela deficiência do Fator VIII. A Hemofilia B, também conhecida como Doença de Christmas, é causada pela deficiência do Fator IX. Do ponto de vista clínico, as duas são indistinguíveis, apresentando sangramentos em tecidos profundos, como hemartroses (sangramento nas articulações) e hematomas musculares.

Alternativa B (INCORRETA): Esta alternativa inverte os conceitos. O Fator IX está em falta na Hemofilia B, e o Fator VIII está em falta na Hemofilia A. Uma forma simples de memorizar é associar a ordem alfabética e numérica: a Hemofilia A (primeira letra) envolve o Fator VIII, enquanto a Hemofilia B (segunda letra) envolve o Fator IX.

Alternativa C (INCORRETA): A deficiência ou disfunção do Fator de Von Willebrand caracteriza a Doença de Von Willebrand (DVW), que é a coagulopatia hereditária mais prevalente na população geral. Embora o Fator de Von Willebrand atue como uma proteína carregadora para o Fator VIII, protegendo-o da degradação prematura, a DVW é uma entidade clínica e genética distinta das hemofilias.

Alternativa D (INCORRETA): As hemofilias são distúrbios da hemostasia secundária, ou seja, problemas nas proteínas da cascata de coagulação que formam a fibrina. As disfunções plaquetárias (como a Trombastenia de Glanzmann ou a Síndrome de Bernard-Soulier) são distúrbios da hemostasia primária. Enquanto as hemofilias

causam sangramentos profundos, as disfunções plaquetárias costumam causar sangramentos mucocutâneos, como petéquias e epistaxe. Ambas as hemofilias (A e B) possuem o mesmo mecanismo fisiopatológico de base: a falta de um fator de coagulação.

Questão 23

ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES:

Proposição I: Correta. A Comunicação Interventricular (CIV) é a cardiopatia congênita mais frequente na infância, representando aproximadamente 20% a 30% de todos os casos de malformações cardíacas. Ela é classificada como acianótica porque, em condições habituais, o gradiente de pressão faz com que o sangue oxigenado passe do ventrículo esquerdo para o ventrículo direito (shunt esquerda-direita), não gerando cianose inicial.

Proposição II: Correta. O sopro típico da CIV é holossistólico (ou pansistólico), iniciando-se na primeira bulha e estendendo-se até a segunda bulha. Ele apresenta um timbre rude ou áspero e é mais audível no foco tricúspide (borda esternal esquerda baixa), local que corresponde à projeção do defeito no septo interventricular onde ocorre a turbulência do fluxo.

Proposição III: Correta. Grandes defeitos septais permitem um hiperfluxo pulmonar persistente e de alta pressão. Com o tempo, esse volume excessivo causa lesões nas camadas íntima e média das artérias pulmonares, levando à hipertensão pulmonar fixa por aumento da resistência vascular. Quando a pressão pulmonar excede a pressão sistêmica, o shunt se inverte (passando a ser direita-esquerda), caracterizando a Síndrome de Eisenmenger, momento em que o paciente desenvolve cianose e o tratamento cirúrgico definitivo torna-se contraindicado.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a: Incorreta. A proposição I está correta, mas não é a única. As afirmações II e III também são verdadeiras.

Alternativa b: Incorreta. A proposição III está correta, porém ignora a veracidade das afirmações I e II.

Alternativa c: Incorreta. Embora as proposições I e II estejam corretas, esta alternativa exclui a proposição III, que também descreve corretamente a evolução clínica da patologia.

Alternativa d: Correta. Todas as três afirmações abordam aspectos clássicos da epidemiologia, semiologia e fisiopatologia da Comunicação Interventricular, estando tecnicamente impecáveis.

Questão 24

O caso clínico apresenta um lactente de 5 meses com febre sem foco aparente e exame de urina (EAS) sugestivo de infecção do trato urinário (ITU), apresentando leucocitúria e nitrito positivo. A coleta foi realizada por cateterismo vesical, que é um método estéril e confiável para pacientes sem controle esfinteriano.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Em lactentes jovens com febre, a demora no início do tratamento para a ITU está associada a um maior risco de lesão no parênquima renal (cicatrizes renais) e a uma possível evolução para sepse. Como a urocultura demora de 48 a 72 horas para apresentar resultados, o tratamento deve ser iniciado de forma empírica assim que a suspeita é fundamentada pelo EAS.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão. Diante de um quadro clínico compatível (febre sem foco) e um exame de triagem urinária alterado (presença de nitrito e leucócitos), deve-se colher a urocultura (padrão-ouro para o diagnóstico) e iniciar imediatamente a antibioticoterapia empírica. O tratamento poderá ser ajustado posteriormente conforme o resultado do antibiograma da urocultura.

Alternativa c) Incorreta. A nitrofurantoína não é indicada para o tratamento de ITU febril em lactentes, pois possui baixa penetração no tecido renal, sendo reservada para casos de cistite ou profilaxia. Em lactentes com febre, a suspeita é sempre de pielonefrite. Além disso, o ultrassom é um exame complementar importante na investigação de malformações, mas não faz parte do tratamento inicial da infecção aguda.

Alternativa d) Incorreta. O cateterismo vesical é um método de coleta superior ao saco coletor. O saco coletor possui uma taxa de contaminação muito alta (falsos-positivos), não sendo recomendado para confirmar diagnósticos. Se o exame colhido por um método estéril já é positivo, não há sentido em repetir a coleta por um método menos confiável.

Questão 25

A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica primária, de pequenos e médios vasos, que acomete predominantemente crianças menores de 5 anos de idade. Para o diagnóstico da forma clássica da doença, o critério clínico obrigatório e fundamental é a presença de febre alta e persistente por, no mínimo, 5 dias. Além da febre, o paciente deve apresentar pelo menos 4 dos 5 critérios diagnósticos principais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O exantema na doença de Kawasaki é polimorfo, podendo ser maculopapular, escarlatiniforme ou eritema multiforme. No entanto, uma característica importante para o diagnóstico diferencial é que ele não deve ser vesicular ou bolhoso. A presença de vesículas sugere outras etiologias, como varicela.

Alternativa b) Incorreta. A conjuntivite da doença de Kawasaki é tipicamente bilateral e não purulenta (sem exsudato). Ela envolve a conjuntiva bulbar e costuma poupar a região limbar (ao redor da íris). A presença de secreção purulenta geralmente indica uma conjuntivite infecciosa bacteriana ou viral comum.

Alternativa c) Correta. A febre é o sinal universal da doença de Kawasaki. Para o diagnóstico clássico, ela deve ser obrigatoriamente persistente por 5 dias ou mais. Frequentemente é uma febre alta (acima de 39-40 graus), que responde pouco aos antitérmicos comuns. Vale ressaltar que, em casos com presença clara dos outros critérios, especialistas podem fechar o diagnóstico no quarto dia de febre.

Alternativa d) Incorreta. A linfadenopatia na doença de Kawasaki é tipicamente cervical, geralmente unilateral e frequentemente envolve um único linfonodo maior que 1,5 cm de diâmetro. Uma linfadenopatia generalizada não é característica dessa patologia e deve levar o médico a considerar outros diagnósticos, como mononucleose infecciosa ou neoplasias hematológicas.

Resumo dos critérios diagnósticos (além da febre):

1. Alterações nas extremidades (eritema/edema de mãos e pés ou descamação periungueal).
2. Exantema polimorfo.
3. Injeção conjuntival bilateral não purulenta.
4. Alterações em lábios e cavidade oral (língua em morango, fissuras labiais, eritema orofaríngeo).
5. Linfadenopatia cervical (geralmente > 1,5 cm e unilateral).

Questão 26

Análise do caso clínico:

O paciente de 1 ano apresenta criptorquidia (testículo não palpável). A laparoscopia confirmou que o testículo está localizado no interior do abdome. Nessa idade, a conduta deve ser a intervenção cirúrgica definitiva.

Alternativa (a) Correta: A orquidopexia é a conduta indicada para testículos criptorquídicos após os 6 meses de idade. O objetivo é levar o testículo para a bolsa escrotal para preservar a função das células germinativas (fertilidade), permitir a palpação para rastreamento de tumores e evitar complicações como a torção testicular. No caso de testículos intra-abdominais identificados por laparoscopia, a cirurgia pode ser realizada por via laparoscópica em um tempo único ou em dois tempos (técnica de Stephens-Fowler), dependendo da extensão dos vasos espermáticos.

Alternativa (b) Incorreta: O tratamento hormonal com hCG (gonadotrofina coriônica humana) apresenta eficácia muito baixa, geralmente inferior a 20%, e é ainda menos resolutivo em casos de testículos comprovadamente intra-abdominais. As diretrizes urológicas atuais não recomendam o uso de hormônios como terapia primária devido à baixa taxa de sucesso e aos potenciais efeitos colaterais.

Alternativa (c) Incorreta: A descida testicular espontânea é rara após os 6 meses de vida. Manter a observação até a puberdade é um erro grave, pois a permanência do testículo em ambiente intra-abdominal (com temperatura mais elevada que a bolsa escrotal) causa danos histológicos irreversíveis a partir do primeiro ano de vida, prejudicando a fertilidade e aumentando o risco de desenvolvimento de câncer testicular (seminoma).

Alternativa (d) Incorreta: A orquiectomia (remoção do testículo) é reservada para situações específicas, como testículos atroficos, inviáveis ou quando a criptorquidia unilateral é diagnosticada em pacientes já pós-púberes. Em uma criança de 1 ano, o esforço deve ser voltado para a preservação do órgão e sua fixação na bolsa escrotal para garantir a função hormonal e o potencial reprodutivo.

Questão 27

Análise da Questão: Síndrome Torácica Aguda (STA) na Doença Falciforme

Sentença 1: É definida pelo surgimento de um novo infiltrado pulmonar na radiografia de tórax, associado à febre e a sintomas respiratórios.

Esta afirmativa é verdadeira. A Síndrome Torácica Aguda é um diagnóstico clínico-radiológico. Os critérios diagnósticos clássicos exigem a presença de um novo infiltrado pulmonar (envolvendo pelo menos um segmento pulmonar completo) na

radiografia de tórax, somado a pelo menos um dos seguintes achados: febre, dor torácica, taquipneia, tosse ou hipoxemia. É importante lembrar que, no início do quadro, a radiografia pode ser normal, devendo ser repetida se a suspeita persistir.

Sentença 2: É a principal causa de mortalidade em adolescentes e adultos com anemia falciforme.

Esta afirmativa é verdadeira. Embora as infecções sejam a principal causa de morte em crianças pequenas com anemia falciforme (devido ao asplenismo funcional precoce), a STA assume o posto de principal causa de óbito e a segunda causa mais comum de hospitalização à medida que os pacientes atingem a adolescência e a vida adulta. A gravidade da STA e sua evolução rápida para insuficiência respiratória justificam esse dado epidemiológico.

Sentença 3: O tratamento inclui suporte ventilatório, analgesia, antibióticos e transfusão sanguínea se houver hipóxia grave.

Esta afirmativa é verdadeira. O manejo da STA baseia-se em quatro pilares fundamentais: 1. Suporte respiratório: oxigênio suplementar para manter a saturação adequada e ventilação mecânica, se necessário. 2. Analgesia: controle rigoroso da dor (geralmente com opioides) para evitar a hipoventilação por dor, o que agravaria as atelectasias. 3. Antibioticoterapia: deve ser de amplo espectro, cobrindo germes comuns e atípicos (geralmente uma cefalosporina de terceira geração associada a um macrolídeo). 4. Hemoterapia: a transfusão de sangue (simples ou exsanguinotransfusão) está indicada em casos de hipóxia persistente, queda importante da hemoglobina ou sinais de gravidade clínica, visando reduzir a porcentagem de hemoglobina S e melhorar a oferta de oxigênio aos tecidos.

Conclusão:

Como as três sentenças são corretas e verdadeiras, a alternativa que reflete essa análise é a letra (d).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A sentença 2 é verdadeira.
- b) Incorreta. A sentença 3 é verdadeira.
- c) Incorreta. A sentença 1 é verdadeira.
- d) Correta. Todas as sentenças (1, 2 e 3) são verdadeiras conforme a literatura médica atual sobre hemoglobinopatias.

Questão 28

Esta questão aborda o manejo de urgência em pacientes com hemofilia A, uma coagulopatia hereditária causada pela deficiência do fator VIII de coagulação. O quadro clínico descrito (dor, aumento de volume e calor no joelho após trauma) é típico de uma hemartrose, que é a manifestação hemorrágica mais comum em pacientes com a forma grave da doença.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A imobilização gessada prolongada por 4 semanas é contraindicada. Embora o repouso inicial e a proteção da articulação façam parte do manejo (protocolo PRICE), a imobilização prolongada leva à atrofia muscular e rigidez articular, o que predispõe a novos sangramentos e piora a função da articulação a longo prazo.

b) Correta. A conduta prioritária e imediata em qualquer suspeita de sangramento em um paciente hemofílico é a reposição do fator de coagulação deficiente (neste caso, fator VIII). O tratamento deve ser instituído o mais rápido possível, idealmente dentro das primeiras 2 horas, mesmo antes de exames de imagem, para interromper a hemorragia, aliviar a dor e prevenir a artropatia hemofílica (sequela crônica por destruição da cartilagem).

c) Incorreta. A artrocentese (punção articular) deve ser evitada em pacientes hemofílicos pelo risco de agravar o sangramento ou introduzir infecção. Ela só é considerada em situações muito específicas, como na suspeita de artrite séptica ou em hemartroses extremamente tensas que não respondem ao tratamento clínico, e sempre deve ser realizada somente após a infusão de fator de coagulação para garantir a hemostasia.

d) Incorreta. O gelo (crioterapia) é uma medida adjuvante útil para promover vasoconstrição e analgesia, mas jamais deve substituir a terapia de reposição. A observação por 24 horas é uma conduta perigosa, pois o atraso no tratamento do sangramento agudo aumenta significativamente o risco de danos articulares permanentes. Na hemofilia, a regra de ouro é: na dúvida, trate (infunda o fator).

Questão 29

A Tetralogia de Fallot é a cardiopatia congênita cianótica mais comum após o primeiro ano de vida. Ela é composta por quatro elementos anatômicos: comunicação interventricular (CIV), dextroposição da aorta (aorta em cavaleiro), obstrução da via de saída do ventrículo direito (estenose pulmonar) e hipertrofia do ventrículo direito. A compreensão da fisiopatologia dessa doença é fundamental para entender o que

define a gravidade do quadro.

Analise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A hipertrofia ventricular direita é uma consequência e não a causa da gravidade. Ela ocorre de forma secundária à sobrecarga de pressão imposta ao ventrículo direito, que precisa vencer a resistência da estenose pulmonar e a pressão sistêmica (uma vez que as pressões dos dois ventrículos se equalizam devido à CIV).

Alternativa (b) Incorreta: Na Tetralogia de Fallot, a comunicação interventricular é tipicamente grande e não restritiva. Isso significa que ela permite o livre fluxo de sangue entre os ventrículos, equalizando as pressões. Por ser quase sempre grande, o tamanho da CIV não é o fator variável que determina se o paciente será mais ou menos cianótico.

Alternativa (c) Correta: O grau de obstrução da via de saída do ventrículo direito (estenose pulmonar) é o principal determinante da direção do fluxo sanguíneo através da CIV e, conseqüentemente, da gravidade clínica. Se a estenose for leve, a resistência para o sangue ir aos pulmões é menor que a resistência sistêmica, gerando um shunt esquerda-direita (Fallot acianótico ou "rosa"). Se a estenose for grave, o sangue encontra muita dificuldade para chegar aos pulmões e acaba desviado para a aorta através da CIV (shunt direita-esquerda), resultando em hipofluxo pulmonar e cianose acentuada.

Alternativa (d) Incorreta: A dextroposição da aorta é um componente anatômico clássico (a aorta "cavalga" o septo interventricular), mas o grau de desalinhamento da aorta não dita a dinâmica do fluxo tanto quanto a resistência imposta pela estenose pulmonar.

Em resumo, é a variação na gravidade da estenose pulmonar (que pode ser infundibular, valvar ou ambas) que define o prognóstico e as manifestações clínicas imediatas da criança com Tetralogia de Fallot.

Questão 30

Esta questão aborda o manejo da Febre Reumática (FR), uma complicação tardia de caráter autoimune decorrente de uma infecção de orofaringe pelo estreptococo do grupo A (*Streptococcus pyogenes*). O quadro clínico descrito (cardite, poliartrite e coreia) preenche os critérios de Jones para o diagnóstico da doença.

O objetivo da profilaxia secundária é evitar novas faringoamigdalites estreptocócicas,

impedindo novos surtos de Febre Reumática que poderiam agravar as lesões cardíacas do paciente.

Alternativa (a) Correta: A Penicilina G Benzatina, por via intramuscular, é o padrão-ouro e a droga de escolha para a profilaxia secundária da Febre Reumática. O intervalo de 21 dias é o mais recomendado no Brasil e por diversas diretrizes internacionais, pois garante níveis séricos terapêuticos mais estáveis e maior proteção contra o estreptococo em comparação ao intervalo de 28 dias, além de garantir a adesão ao tratamento por ser administrada em dose única mensal no serviço de saúde.

Alternativa (b) Incorreta: A Amoxicilina não é a droga de escolha para profilaxia secundária. Ela é comumente utilizada na profilaxia primária (tratamento da amigdalite aguda para evitar o primeiro surto de FR). Para profilaxia secundária por via oral, a opção seria a Penicilina V, porém sua eficácia é inferior à forma injetável devido à necessidade de administração diária e dependência da adesão do paciente.

Alternativa (c) Incorreta: A Azitromicina não faz parte do protocolo padrão de escolha para profilaxia secundária da Febre Reumática. Seu uso não apresenta evidências superiores aos esquemas tradicionais e não existe recomendação para uso semanal neste contexto.

Alternativa (d) Incorreta: A Eritromicina oral é considerada uma alternativa de segunda linha, indicada apenas para pacientes comprovadamente alérgicos à penicilina. Como a questão solicita a droga "de escolha" (primeira linha), a Penicilina G Benzatina prevalece.

Resumo sobre o tempo de profilaxia para este paciente: Como a criança apresenta cardite (mesmo que sem sequela valvar residual no momento), a profilaxia deve ser mantida até os 25 anos de idade ou até 10 anos após o último surto, valendo o que cobrir o maior período. Se houver sequela valvar moderada a grave, o tempo pode se estender até os 40 anos ou por toda a vida.

Questão 31

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve um recém-nascido prematuro com a tríade clássica da persistência do canal arterial (PCA) com repercussão hemodinâmica:

1. Sopros contínuos na região infraclavicular esquerda: Também conhecido como sopros em maquinaria ou de Gibson, ocorre porque há passagem de sangue da aorta para a

artéria pulmonar tanto na sístole quanto na diástole (devido à menor resistência vascular pulmonar em relação à sistêmica).

2. Pulsos amplos (céleres): Ocorrem pelo "roubo" de fluxo da aorta para a artéria pulmonar durante a diástole, o que reduz a pressão diastólica sistêmica e aumenta a pressão de pulso (diferença entre sístole e diástole).

3. Precórdio hiperdinâmico: Reflete a sobrecarga de volume nas câmaras cardíacas esquerdas (átrio e ventrículo esquerdos), que recebem o hiperfluxo proveniente dos pulmões.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A comunicação interatrial (CIA) raramente manifesta sintomas ou sopros importantes no período neonatal imediato. Quando apresenta sopro, este é sistólico (por hiperfluxo na válvula pulmonar) e acompanhado de desdobramento fixo da segunda bulha, não sendo um sopro contínuo. A furosemina pode ser usada para tratar a congestão, mas não atua na causa anatômica.

Alternativa b) Correta. A persistência do canal arterial é a cardiopatia mais comum na prematuridade. O fechamento farmacológico é indicado quando há repercussão clínica e consiste no uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), especificamente o ibuprofeno ou a indometacina. Essas drogas inibem a síntese de prostaglandinas, que são as substâncias responsáveis por manter o canal arterial aberto durante a vida fetal.

Alternativa c) Incorreta. A estenose pulmonar caracteriza-se por um sopro sistólico de ejeção em foco pulmonar, e não um sopro contínuo. A prostaglandina E1 (alprostadil) é utilizada para manter o canal arterial aberto em cardiopatias ducto-dependentes, o que é o oposto do objetivo terapêutico neste caso de PCA isolada.

Alternativa d) Incorreta. Na coarctação da aorta, os pulsos nos membros inferiores estariam diminuídos ou ausentes, contrastando com os pulsos nos membros superiores (diferentemente dos pulsos amplos generalizados da PCA). Embora a prostaglandina E1 seja usada na coarctação crítica para manter o fluxo sistêmico via canal arterial, o quadro clínico descrito (sopro contínuo e pulsos amplos) aponta diretamente para a PCA.

Questão 32

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O ponto central desta questão é o reconhecimento da asplenia funcional decorrente da anemia falciforme. Devido a microinfartos esplênicos repetidos causados pela falcização das hemácias, o baço deixa de funcionar precocemente (muitas vezes antes do primeiro ano de vida). Como o baço é o principal órgão responsável pela filtração de bactérias encapsuladas, essas crianças tornam-se extremamente vulneráveis a infecções graves, sendo o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) o agente mais comum e letal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): A antibioticoprofilaxia com Penicilina V oral é a medida de maior impacto na redução da mortalidade por sepse pneumocócica em crianças com anemia falciforme. As diretrizes brasileiras e internacionais recomendam que o uso da penicilina comece preferencialmente até os 2 meses de vida (assim que o diagnóstico é confirmado pela triagem neonatal) e seja mantido, no mínimo, até os 5 anos de idade. Essa medida, associada ao esquema vacinal completo, é o pilar da prevenção infecciosa nessa população.

Alternativa B (INCORRETA): O regime de transfusões sanguíneas mensais (hipertransfusão) é indicado para situações específicas, como a prevenção de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em crianças com alterações no Doppler transcraniano ou para o manejo de complicações graves e recorrentes. Não é a medida de escolha para a profilaxia de sepse.

Alternativa C (INCORRETA): A hidroxiureia é um medicamento que aumenta os níveis de hemoglobina fetal, reduzindo a frequência de crises dolorosas e da síndrome torácica aguda. Apesar de melhorar a qualidade de vida e a sobrevida global, ela não substitui a necessidade de proteção contra bactérias encapsuladas oferecida pela penicilina.

Alternativa D (INCORRETA): A esplenectomia cirúrgica é uma medida terapêutica indicada apenas em casos selecionados, como no sequestro esplênico recorrente. Retirar o baço não previne a sepse; pelo contrário, a ausência da função esplênica (seja por cirurgia ou por autoesplenectomia natural da doença) é justamente o que gera a necessidade da profilaxia com antibiótico.

RESUMO DIDÁTICO

O paciente com anemia falciforme é funcionalmente asplênico. Sem o baço, ele não

consegue combater o pneumococo. Por isso, até os 5 anos de idade, período de maior imaturidade imunológica, a administração diária de penicilina é obrigatória para evitar a sepse e reduzir a mortalidade.

Questão 33

A questão aborda o Refluxo Vesicoureteral (RVU) primário, uma das condições urológicas mais frequentes na prática pediátrica. Abaixo, analiso cada proposição para fundamentar o gabarito.

Análise da Proposição I: A afirmação está correta. O RVU primário é causado por uma deficiência congênita na junção ureterovesical. Em condições normais, o ureter atravessa a parede da bexiga de forma oblíqua, criando um túnel intramural que age como uma válvula unidirecional (mecanismo de flap-valve). No refluxo primário, esse trajeto é curto ou a inserção é lateralizada, falhando em comprimir o ureter durante a contração vesical, o que permite o retorno da urina para o trato superior.

Análise da Proposição II: A afirmação está correta. A Uretrocistografia Miccional (UCM) é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico do RVU. O exame consiste na introdução de contraste na bexiga via cateterismo e observação por radioscopia durante o enchimento e a micção. A UCM confirma a presença do refluxo, avalia a anatomia da uretra e permite a classificação da gravidade em graus de I a V, conforme o nível de preenchimento e dilatação do ureter e da pelve renal.

Análise da Proposição III: A afirmação está correta. A história natural do RVU primário mostra que a maioria dos casos de baixo grau (especialmente I e II) apresenta resolução espontânea com o tempo. Isso ocorre porque, conforme a criança cresce, a porção intramural do ureter tende a se alongar e a musculatura da junção ureterovesical se fortalece, tornando o mecanismo valvular competente.

Análise das Alternativas:

- a) Incorreta. A proposição I é verdadeira, mas não é a única correta. As afirmações II e III também estão certas.
- b) Incorreta. A proposição III é verdadeira, mas não é a única correta. As afirmações I e II também estão certas.
- c) Incorreta. Embora as proposições I e II estejam corretas, esta alternativa exclui a proposição III, que também é uma verdade clínica estabelecida.
- d) Correta. Todas as afirmações (I, II e III) descrevem corretamente a fisiopatologia, o

método diagnóstico padrão e o prognóstico típico do Refluxo Vesicoureteral primário em crianças.

Questão 34

O ponto central desta questão é a identificação de uma causa de hipertensão arterial secundária em um paciente jovem por meio de um achado clássico do exame físico.

A alternativa correta é a (c) Coarctação da Aorta.

A coarctação da aorta consiste em um estreitamento congênito da luz aórtica, geralmente localizado logo após a origem da artéria subclávia esquerda (na região do istmo aórtico, próximo ao ligamento arterioso). Essa obstrução mecânica gera um regime de alta pressão nos membros superiores e um hipofluxo nos membros inferiores. Clinicamente, isso se manifesta como hipertensão arterial sistêmica e, de forma patognomônica, pelo atraso e pela diminuição da amplitude dos pulsos femorais quando comparados aos pulsos radiais ou braquiais (dissociação de pulsos e pressão entre membros superiores e inferiores).

Análise das alternativas:

a) Feocromocitoma: É um tumor produtor de catecolaminas que causa hipertensão secundária, muitas vezes paroxística, acompanhada da tríade clássica de cefaleia, sudorese e palpitações. No entanto, não justifica a diferença de amplitude de pulsos entre os membros.

b) Estenose Aórtica: É uma valvulopatia que dificulta a ejeção de sangue do ventrículo esquerdo para a aorta. O achado típico de pulso na estenose aórtica grave é o "pulsus parvus et tardus" (baixa amplitude e ascensão lenta), mas ele é percebido de forma global ou predominantemente nas carótidas, sem apresentar a discrepância característica entre membros superiores e inferiores vista na coarctação.

c) Coarctação da Aorta: Alternativa correta. O quadro de adolescente com hipertensão e pulsos femorais reduzidos/atrasados é a descrição clássica desta patologia. Além da palpação de pulsos, o diagnóstico é reforçado pela medida da pressão arterial nos quatro membros, evidenciando valores significativamente menores nas pernas.

d) Hipertensão Renovascular: É uma causa importante de hipertensão secundária em jovens (frequentemente por displasia fibromuscular), decorrente da estenose da artéria renal. Embora cause hipertensão de difícil controle, não altera a simetria ou a

sincronia dos pulsos periféricos entre os membros superiores e inferiores.

Questão 35

Para diferenciar a Doença de Von Willebrand (DVW) da Hemofilia A leve, é fundamental compreender as funções do Fator de Von Willebrand (FVW). O FVW atua em duas frentes: na hemostasia primária, permitindo a adesão das plaquetas ao subendotélio lesado, e na hemostasia secundária, servindo como proteína transportadora e estabilizadora para o Fator VIII, protegendo-o da degradação prematura no plasma.

Alternativa A (Correta): O teste de atividade do Fator de Von Willebrand por meio do cofator de ristocetina avalia a capacidade funcional do FVW em promover a adesão plaquetária. Na Doença de Von Willebrand, essa atividade estará reduzida. Na Hemofilia A, o defeito é exclusivo do Fator VIII, enquanto o FVW permanece quantitativa e funcionalmente normal. Portanto, a atividade da ristocetina estará normal na Hemofilia A, sendo este o exame que define a diferenciação.

Alternativa B (Incorreta): O Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPa) avalia a via intrínseca da cascata de coagulação, da qual o Fator VIII faz parte. Como o FVW é o carreador do Fator VIII, uma deficiência de FVW (como na DVW) frequentemente leva a uma queda secundária nos níveis de Fator VIII. Assim, tanto a Hemofilia A quanto a DVW podem apresentar um TTPa prolongado, o que impede a diferenciação entre as duas patologias por este método.

Alternativa C (Incorreta): O Tempo de Sangramento (TS) avalia a hemostasia primária (interação plaqueta-parede vascular). Embora o TS tenda a estar normal na Hemofilia e prolongado na DVW, ele é um teste com baixa sensibilidade e reprodutibilidade. Em casos leves de DVW, o TS pode estar normal. Por ser um teste in vivo e influenciado por diversas variáveis, não possui a precisão laboratorial do teste de ristocetina para o diagnóstico diferencial.

Alternativa D (Incorreta): A contagem de plaquetas costuma ser normal em ambas as condições. Na Hemofilia A, o problema é um fator de coagulação plasmático. Na DVW, o problema reside na funcionalidade ou quantidade do FVW, e não no número de plaquetas (com exceção do raro tipo 2B da DVW, onde pode ocorrer trombocitopenia, mas isso não é a regra para a diferenciação geral com a Hemofilia).

Questão 36

Análise da Questão:

O quadro clínico descrito - meato uretral em posição ventral (na face inferior do pênis), curvatura peniana para baixo (chordee) e prepúcio redundante na região dorsal (conhecido como capuz dorsal) - compõe a tríade clássica da hipospadia. Esta é uma das malformações congênitas genitais mais comuns no sexo masculino.

Alternativa A: Incorreta. Na epispadia, o meato uretral abre-se na face dorsal (superior) do pênis, e não na ventral. Esta condição é menos comum que a hipospadia e geralmente está associada ao complexo extrofia vesical-epispadia. Não há contra-indicação absoluta à cateterização vesical, embora ela possa ser tecnicamente difícil.

Alternativa B: Correta. O diagnóstico é hipospadia. A principal orientação e contra-indicação formal em recém-nascidos com esta condição é a não realização da circuncisão (postectomia) ou qualquer procedimento que remova o prepúcio. Isso ocorre porque a pele do prepúcio dorsal é ricamente vascularizada e essencial para ser utilizada como retalho ou enxerto nas cirurgias de reconstrução da uretra (uretroplastia) e correção da curvatura, realizadas geralmente após os 6 meses de vida.

Alternativa C: Incorreta. A fimose fisiológica é a aderência natural do prepúcio à glândula, presente na grande maioria dos recém-nascidos. Ela não apresenta alteração na posição do meato uretral nem curvatura peniana. Embora a retração prepucial forçada deva ser evitada para não causar traumas, o quadro clínico descrito é de uma malformação mais complexa.

Alternativa D: Incorreta. A válvula de uretra posterior é uma membrana obstrutiva na uretra prostática (interna) que causa obstrução ao fluxo urinário infravesical. Não apresenta sinais anatômicos externos como meato ventral ou capuz dorsal. Além disso, a uretrocistografia miccional é o exame padrão-ouro para o diagnóstico desta patologia, não sendo, portanto, contra-indicada.

Questão 37

Análise das sentenças:

1. Verdadeira: Os sopros inocentes, também chamados de funcionais ou fisiológicos, representam o fluxo sanguíneo normal dentro de um coração estruturalmente sadio. Eles possuem características semiológicas bem definidas: são sempre sistólicos (sopros diastólicos ou contínuos são quase invariavelmente patológicos), possuem

curta duração (ejetivos), baixa intensidade (geralmente graus I ou II em VI) e são variáveis, podendo mudar de timbre ou intensidade conforme a posição do paciente (sentado vs. deitado) ou na vigência de febre e esforço físico.

2. Verdadeira: O Sopro de Still é o tipo mais clássico de sopro inocente na pediatria, comum entre os 2 e 7 anos de idade. Ele possui um timbre vibratório ou musical característico, muitas vezes comparado ao som de uma corda de violão dedilhada. Sua localização preferencial de ausculta é na borda esternal esquerda média para inferior, podendo ser ouvido também no ápice cardíaco.

3. Falsa: O diagnóstico de sopro inocente exige, obrigatoriamente, que a criança seja assintomática e apresente exame físico cardiovascular normal (além do sopro). A presença de sinais de alerta (red flags) como cianose, dificuldade de ganho de peso, dispneia, síncope ou intolerância aos esforços indica a presença de uma cardiopatia estrutural, tornando o sopro patológico e não mais inocente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A sentença 3 é falsa, pois sintomas cardíacos excluem a classificação de sopro inocente.

b) Incorreta. A sentença 2 é verdadeira, descrevendo corretamente as características do Sopro de Still, e a sentença 3 é falsa.

c) Incorreta. A sentença 1 é verdadeira, pois descreve as características clássicas dos sopros funcionais.

d) Correta. Esta alternativa aponta corretamente que as características clínicas e o exemplo do Sopro de Still estão corretos (1 e 2), enquanto a afirmação sobre a presença de sintomas (3) está errada.

Gabarito: Alternativa d.

Questão 38

O quadro clínico descrito — palidez súbita, letargia, queda acentuada da hemoglobina (de 8 para 4 g/dL) e aumento agudo do baço palpável em uma criança de 2 anos com anemia falciforme — é patognomônico de Crise de Sequestro Esplênico. Esta é uma emergência hematológica grave em que uma grande quantidade de sangue fica subitamente retida no baço, levando ao choque hipovolêmico e anêmico.

Alternativa a) Incorreta. A esplenectomia é a conduta definitiva indicada para prevenir novos episódios, que têm alta taxa de recorrência em crianças. No entanto, ela deve ser realizada de forma eletiva após a estabilização do quadro agudo.

Realizar uma cirurgia de grande porte em um paciente com hemoglobina de 4 g/dL e instabilidade clínica aumentaria drasticamente a mortalidade.

Alternativa b) Correta. A conduta imediata e salvadora de vida é a transfusão de concentrado de hemácias. O objetivo é restaurar a volemia e a capacidade de transporte de oxigênio. É importante notar que a transfusão deve ser feita com cautela (geralmente volumes menores, como 5 a 10 mL/kg), pois, à medida que o quadro se resolve, o sangue represado no baço retorna à circulação, o que pode causar hiperviscosidade sanguínea se o paciente for excessivamente transfundido.

Alternativa c) Incorreta. Embora a hidratação e a analgesia façam parte do manejo geral da anemia falciforme, especialmente nas crises vaso-oclusivas dolorosas, elas são insuficientes para tratar o sequestro esplênico. Uma queda de 50% no nível de hemoglobina basal associada a sinais de hipofluxo (letargia) exige reposição imediata de hemácias, e não apenas suporte hídrico.

Alternativa d) Incorreta. Crianças com anemia falciforme são funcionalmente asplênicas e apresentam alto risco de sepse por germes encapsulados (como o pneumococo). Contudo, o aumento súbito do tamanho do baço associado à queda drástica de hemoglobina aponta diretamente para o sequestro hemático no órgão, e não para um foco infeccioso primário. O tratamento da anemia grave é a prioridade absoluta neste cenário.

Questão 39

A questão descreve a fisiopatologia clássica da Transposição das Grandes Artérias (TGA). Nesta cardiopatia congênita, ocorre uma discordância ventrículo-arterial: a aorta nasce do ventrículo direito e a artéria pulmonar nasce do ventrículo esquerdo.

Isso resulta em duas circulações que funcionam em paralelo, em vez de em série. O sangue pobre em oxigênio retorna ao corpo sem passar pelos pulmões, enquanto o sangue rico em oxigênio circula apenas entre o coração e os pulmões. Por essa razão, a vida só é possível se houver um local de mistura entre essas circulações (shunts), como uma comunicação interatrial (CIA), comunicação interventricular (CIV) ou a persistência do canal arterial (PCA).

Análise das alternativas:

a) Atresia Tricúspide: Nesta condição, há ausência da valva tricúspide, o que impede o fluxo do átrio direito para o ventrículo direito. O sangue precisa passar do átrio direito para o átrio esquerdo através de uma comunicação interatrial para sobreviver. Embora seja uma cardiopatia cianótica, a anatomia dos grandes vasos não é a

descrita no enunciado.

b) Tetralogia de Fallot: É caracterizada por quatro componentes: estenose pulmonar (obstrução de via de saída do VD), comunicação interventricular (CIV), aorta "cavalgando" o septo interventricular e hipertrofia do ventrículo direito. Embora a aorta esteja deslocada para a direita, ela não se origina exclusivamente do ventrículo direito com a artéria pulmonar saindo do ventrículo esquerdo.

c) Transposição das Grandes Artérias (TGA): Alternativa correta. É a principal causa de cianose neonatal progressiva nas primeiras horas de vida e se encaixa perfeitamente na definição de vasos trocados, gerando circulações paralelas e necessidade de shunts para a oxigenação sistêmica.

d) Truncus Arteriosus: Nesta patologia, um único grande tronco arterial nasce da base do coração e fornece sangue para as circulações sistêmica, pulmonar e coronariana simultaneamente. Não há a presença de dois vasos independentes saindo de ventrículos invertidos.

Gabarito: Letra (c).

Questão 40

Comentário do Especialista:

A profilaxia para endocardite infecciosa (EI) é recomendada apenas para pacientes com condições cardíacas de alto risco que serão submetidos a procedimentos odontológicos que envolvam a manipulação de tecido gengival, região periapical dos dentes ou perfuração da mucosa oral.

Alternativa (a): CORRETA. Segundo as diretrizes da American Heart Association (AHA) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), o esquema preferencial para crianças é a amoxicilina na dose de 50 mg/kg, por via oral, administrada de 30 a 60 minutos antes do procedimento. A amoxicilina é a droga de escolha devido à sua excelente absorção gastrointestinal e aos níveis séricos elevados e sustentados que proporciona.

Alternativa (b): INCORRETA. Pacientes com próteses valvares cardíacas (sejam mecânicas ou biológicas) pertencem ao grupo de maior risco para complicações graves da endocardite. Portanto, a profilaxia é formalmente indicada quando há manipulação gengival. Outros grupos de risco incluem pacientes com endocardite prévia, certas cardiopatias congênitas cianóticas e transplantados cardíacos com valvulopatia.

Alternativa (c): INCORRETA. Embora a clindamicina (na dose de 20 mg/kg) tenha sido utilizada por muito tempo como alternativa para pacientes alérgicos à penicilina, diretrizes internacionais recentes têm evitado sua recomendação devido ao risco de infecção por *Clostridioides difficile*. Além disso, a alternativa está errada ao sugerir a administração APÓS o procedimento; a profilaxia deve garantir o pico do antibiótico no sangue DURANTE a manipulação, devendo ser feita obrigatoriamente antes.

Alternativa (d): INCORRETA. A penicilina benzatina é utilizada na profilaxia secundária da febre reumática para prevenir novas faringites por estreptococo do grupo A. Ela não possui o perfil farmacocinético adequado para a profilaxia de endocardite, pois sua absorção é muito lenta e não atinge a concentração inibitória necessária para bloquear a bacteremia transitória causada por um procedimento dentário.

Questão 41

O caso clínico apresenta uma paciente com quadro clássico de colecistite aguda litiásica, caracterizado pela tríade de dor em hipocôndrio direito, febre e sinal de Murphy positivo, com confirmação ultrassonográfica.

Alternativa (a) Incorreta: A colecistostomia percutânea é um procedimento de exceção. Ela é indicada apenas para pacientes criticamente enfermos, instáveis ou com múltiplas comorbidades que apresentam contra-indicação absoluta para a anestesia geral ou para o ato cirúrgico definitivo no momento. Serve como uma medida de drenagem temporária para controle do foco infeccioso.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a cirurgia de urgência seja necessária, a via aberta (laparotômica) não é mais o padrão-ouro. A via aberta é reservada para casos de impossibilidade técnica da laparoscopia ou em situações de conversão intraoperatória devido a dificuldades anatômicas ou complicações.

Alternativa (c) Correta: A colecistectomia videolaparoscópica precoce é o tratamento de escolha e o padrão-ouro para a colecistite aguda. As diretrizes atuais (como o Tokyo Guidelines 2018) recomendam que a cirurgia seja realizada preferencialmente nas primeiras 72 horas após o início dos sintomas (podendo estender-se por até 7 dias). Essa conduta reduz o tempo de internação hospitalar, diminui os custos e evita complicações decorrentes de novas crises biliares, apresentando taxas de morbimortalidade similares ou menores que as da cirurgia tardia.

Alternativa (d) Incorreta: O tratamento conservador com antibioticoterapia isolada para posterior cirurgia eletiva (intervalada) era uma prática comum no passado. No entanto, evidências atuais demonstram que essa abordagem aumenta o risco de

recorrência da colecistite durante o período de espera e não reduz as taxas de complicações cirúrgicas em comparação com a abordagem precoce. Portanto, não é mais considerada a conduta padrão para pacientes com condições cirúrgicas.

Questão 42

A compreensão das fases da cicatrização é fundamental para a prática médica. O processo é dividido didaticamente em fases: inflamatória (precoce e tardia), proliferativa (ou de fibroplasia) e de maturação (ou remodelamento).

A questão foca na fase inflamatória tardia e nas funções específicas de desbridamento e sinalização.

Alternativa (a) Incorreta. Os neutrófilos são as primeiras células a chegar ao ferimento, predominando na fase inflamatória precoce (primeiras 24 a 48 horas). Sua principal função é o combate a microrganismos através da fagocitose e liberação de enzimas proteolíticas. Embora importantes, sua ausência não impede a cicatrização em feridas limpas, e eles não são os principais responsáveis pela transição para a fase de fibroplasia.

Alternativa (b) Correta. O macrófago é considerado a célula-chave ou a "maestrina" da cicatrização. Ele surge na fase inflamatória tardia (atingindo o pico entre 48 e 72 horas) após a quimiotaxia dos monócitos sanguíneos. Suas funções são cruciais: realiza o desbridamento (limpeza de tecidos desvitalizados e restos de neutrófilos) e secreta diversos fatores de crescimento (como TGF-beta, PDGF e VEGF). Esses fatores são os sinais biológicos necessários para atrair fibroblastos e iniciar a produção de colágeno, caracterizando a transição para a fase proliferativa.

Alternativa (c) Incorreta. O fibroblasto é a célula predominante da fase proliferativa (ou de fibroplasia), e não da fase inflamatória. Sua função principal é a síntese de colágeno e componentes da matriz extracelular para dar resistência estrutural à ferida. Ele responde aos estímulos enviados pelos macrófagos.

Alternativa (d) Incorreta. Os linfócitos chegam tardiamente à ferida (por volta do 5º ao 7º dia). Embora desempenhem um papel na modulação do ambiente imunológico e na organização final da cicatriz, eles não são as células predominantes da fase inflamatória tardia, nem os principais responsáveis pelo desbridamento massivo ou pelo início da fibroplasia.

Em resumo, o macrófago é a alternativa correta por ser a célula indispensável para a limpeza da ferida e para a emissão dos sinais químicos que permitem o início da fase de reconstrução tecidual.

Questão 43

ANÁLISE DA PROPOSIÇÃO I:

A hérnia inguinal direta é uma condição adquirida decorrente do enfraquecimento da parede posterior do canal inguinal (fáscia transversalis). O local de ocorrência é o Triângulo de Hesselbach, que possui como limites a borda lateral do músculo reto abdominal (medial), os vasos epigástricos inferiores (lateral) e o ligamento inguinal (inferior). Como a hérnia se projeta dentro deste triângulo, ela está, obrigatoriamente, medial aos vasos epigástricos inferiores. A afirmação está correta.

ANÁLISE DA PROPOSIÇÃO II:

A hérnia inguinal indireta é a forma mais comum de hérnia inguinal e tem origem congênita, relacionada à persistência do conduto peritoneovaginal. O conteúdo abdominal sai da cavidade através do anel inguinal profundo para entrar no canal inguinal. Anatomicamente, o anel inguinal profundo localiza-se lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. Esta é a principal referência anatômica utilizada pelos cirurgiões para diferenciar as hérnias diretas das indiretas durante um procedimento. A afirmação está correta.

ANÁLISE DA PROPOSIÇÃO III:

A hérnia femoral ocorre através do canal femoral, posicionado abaixo do ligamento inguinal (no espaço infrapúbico de Fruchaud). Embora a hérnia inguinal seja a mais comum globalmente em ambos os sexos, a hérnia femoral é significativamente mais frequente no sexo feminino do que no masculino. Devido à rigidez e ao pequeno diâmetro do canal femoral, o risco de encarceramento e estrangulamento (isquemia do conteúdo herniado) é muito mais elevado do que nas hérnias inguiniais, sendo frequentemente uma emergência cirúrgica. A afirmação está correta.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) É A CORRETA:

A questão exige a análise de veracidade de três afirmações fundamentais sobre a anatomia e a clínica das hérnias da região da virilha.

- A alternativa (a) está incorreta porque as proposições II e III também são verdadeiras.
- A alternativa (b) está incorreta porque as proposições I e II também são verdadeiras.
- A alternativa (c) está incorreta porque exclui a proposição III, que descreve corretamente a epidemiologia e o risco da hérnia femoral.
- A alternativa (d) é o gabarito, pois todas as três proposições (I, II e III) estão tecnicamente corretas e seguem a literatura médica padrão.

Questão 44

A apendicite aguda é a emergência cirúrgica não obstétrica mais comum durante a gestação. O tratamento definitivo é cirúrgico e deve ser realizado o mais precocemente possível, uma vez que o risco de perfuração apendicular aumenta ao longo do tempo, elevando significativamente as taxas de perda fetal e morbidade materna.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Atualmente, as principais diretrizes médicas (como as da SAGES e do ACOG) recomendam a apendicectomia videolaparoscópica como a abordagem de escolha para gestantes em qualquer trimestre. A técnica é segura e oferece benefícios como menor dor pós-operatória, retorno mais rápido das funções intestinais, menor tempo de internação e menor risco de infecções da ferida cirúrgica em comparação à via aberta. Durante o procedimento, deve-se apenas atentar para cuidados específicos, como o posicionamento da paciente em decúbito lateral esquerdo para evitar a compressão da veia cava e o controle rigoroso da pressão do pneumoperitônio.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o tratamento conservador com antibióticos tenha ganhado espaço em casos selecionados de apendicite não complicada na população geral, ele não é a conduta padrão na gestante. O risco de falha do tratamento e a potencial evolução para peritonite e sepse trazem riscos elevados de óbito fetal, tornando a cirurgia obrigatória após a confirmação diagnóstica.

Alternativa (c) Incorreta: A apendicite aguda não é uma indicação para a interrupção da gravidez ou indução do parto. Com 24 semanas, o feto está no limite da viabilidade. A conduta correta é tratar a patologia cirúrgica materna para permitir que a gestação prossiga com segurança, evitando a prematuridade extrema.

Alternativa (d) Incorreta: A via aberta (laparotomia) pode ser utilizada caso a videolaparoscopia não esteja disponível ou seja contraindicada. No entanto, a incisão mediana infraumbilical não é a técnica de escolha para apendicectomia simples. Em casos de cirurgia aberta na gestante, costuma-se utilizar incisões transversas ou oblíquas (como McBurney ou Davis-Rockey) posicionadas de forma mais alta (cranial) do que o habitual, acompanhando o deslocamento do apêndice pelo útero gravídico. De qualquer forma, a via laparoscópica é preferível por permitir uma melhor visualização da cavidade abdominal.

Questão 45

Para entender o choque cardiogênico, é fundamental pensar na falência da bomba cardíaca. O coração não consegue ejetar sangue de forma eficaz, o que gera uma cascata de alterações hemodinâmicas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o débito cardíaco esteja baixo e a resistência vascular sistêmica esteja elevada, a pressão venosa central (PVC) baixa é característica do choque hipovolêmico. No choque hipovolêmico, falta volume dentro dos vasos, por isso a pressão de enchimento cai.

b) Incorreta. Este perfil (débito alto e resistência baixa) é típico do choque distributivo, como o choque séptico em sua fase inicial (hiperdinâmica). No choque cardiogênico, o débito nunca está alto, pois o problema primário é justamente a incapacidade do coração de bombear o sangue.

c) Correta. No choque cardiogênico, o evento primário é a queda do Débito Cardíaco (DC baixo). Como o coração não consegue bombear o sangue para frente, ocorre um acúmulo retrógrado de sangue nas câmaras cardíacas e no sistema venoso, o que aumenta a Pressão Venosa Central (PVC elevada) e a pressão de oclusão da artéria pulmonar (congestão). Para tentar manter a pressão arterial diante de um débito baixo, o organismo utiliza mecanismos compensatórios, como o sistema nervoso simpático, promovendo vasoconstrição periférica, o que eleva a Resistência Vascular Sistêmica (RVS elevada).

d) Incorreta. No estado de choque, por definição, há uma falha na perfusão tecidual que geralmente envolve alteração no débito cardíaco ou na resistência vascular. Um débito e PVC normais com resistência baixa não definem o choque cardiogênico.

Resumo do Perfil Hemodinâmico no Choque Cardiogênico:

1. Débito Cardíaco: Baixo (falência da bomba).
 2. Pressões de Enchimento (PVC / POAP): Elevadas (congestão por falha no esvaziamento).
 3. Resistência Vascular Sistêmica: Elevada (compensação reflexa para manter a pressão arterial).
-

Questão 46

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descreve uma obstrução intestinal mecânica de delgado, evidenciada pela tríade de distensão abdominal, vômitos e parada de eliminação de flatos. O antecedente de cirurgia abdominal prévia sugere que a causa mais provável sejam bridas ou aderências. A tomografia confirma a obstrução (dilatação com zona de transição) e, fundamentalmente, afasta complicações imediatas ao relatar a ausência de sinais de isquemia (estragulamento).

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta): Em casos de obstrução intestinal por bridas sem sinais de sofrimento de alça (isquemia, necrose ou perfuração), a conduta inicial deve ser conservadora. Isso inclui o repouso intestinal (jejum), a decompressão gástrica com sonda nasogástrica para aliviar os sintomas e prevenir a aspiração, a hidratação venosa vigorosa com correção de distúrbios hidroeletrólíticos e a reavaliação clínica seriada. Cerca de 70 a 80 por cento dos casos de obstrução por brida resolvem-se apenas com essas medidas nas primeiras 48 a 72 horas.

Alternativa B (Incorreta): A laparotomia imediata estaria indicada se houvesse sinais de peritonite, instabilidade hemodinâmica ou evidências tomográficas de isquemia (como pneumatose intestinal ou ausência de realce da parede da alça). Como o paciente está estável e a tomografia é favorável, tenta-se primeiro o tratamento clínico para evitar novas aderências decorrentes de um novo procedimento cirúrgico.

Alternativa C (Incorreta): O contraste baritado (bário) é contraindicado em suspeitas de obstrução intestinal, pois pode empedrar e agravar o quadro obstrutivo, além de causar peritonite química grave em caso de perfuração. O contraste utilizado em protocolos de auxílio ao tratamento conservador é o hidrossolúvel (como o Gastrografin), que tem efeito osmótico e pode ajudar na resolução do quadro, mas o enunciado especifica "baritado".

Alternativa D (Incorreta): A colonoscopia descompressiva é indicada para patologias do intestino grosso, como o volvo de sigmoide ou a pseudo-obstrução colônica aguda (Síndrome de Ogilvie). No caso em questão, a dilatação é de intestino delgado, local onde a colonoscopia não alcança para realizar decompressão efetiva.

Questão 47

O Sistema Bethesda é a padronização internacional utilizada para descrever os resultados citopatológicos obtidos através da Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) de nódulos tireoidianos. Ele correlaciona o achado microscópico com o risco de malignidade e sugere a conduta clínica mais adequada.

Análise das sentenças:

1. Bethesda I indica amostra insatisfatória e requer repetição da PAAF: Verdadeira. Esta classificação é utilizada quando o material coletado não possui critérios de qualidade ou quantidade suficientes para uma análise segura (como falta de células foliculares ou excesso de sangue). A conduta padrão é a repetição da PAAF, geralmente após algumas semanas, preferencialmente guiada por ultrassonografia para aumentar a precisão.

2. Bethesda II indica nódulo benigno e a conduta é o seguimento clínico: Verdadeira. Esta categoria engloba nódulos coloides, cistos e tireoidites. O risco de malignidade é extremamente baixo (0% a 3%), permitindo que o paciente seja apenas monitorado com exames clínicos e ultrassonográficos periódicos, sem necessidade de cirurgia imediata, salvo em casos de sintomas compressivos ou crescimento significativo.

3. Bethesda VI indica malignidade comprovada e requer tireoidectomia: Verdadeira. Nesta categoria, as células apresentam características citológicas clássicas de câncer, mais comumente o carcinoma papilífero. O valor preditivo positivo para malignidade é de 97% a 99%. Portanto, o diagnóstico é considerado definitivo de câncer, e o tratamento de escolha é a intervenção cirúrgica (tireoidectomia total ou parcial).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Afirma que a sentença 2 é falsa, mas Bethesda II é de fato a categoria benigna com seguimento clínico.

b) Correta. Como demonstrado na análise acima, todas as três afirmações estão tecnicamente corretas e seguem as diretrizes vigentes do Sistema Bethesda.

c) Incorreta. Afirma que a sentença 1 é falsa, porém Bethesda I define justamente a amostra não diagnóstica/insatisfatória que exige nova punção.

d) Incorreta. Afirma que a sentença 3 é falsa, mas o Bethesda VI é a classificação de malignidade que direciona para a cirurgia.

Conclusão: Todas as sentenças são verdadeiras (V, V, V), tornando a alternativa B a resposta correta.

Questão 48

Esta questão aborda o manejo cirúrgico da diverticulite aguda complicada. Para resolvê-la, é fundamental integrar a classificação de Hinchey com o estado clínico do paciente.

O paciente apresenta um quadro de Hinchey III (peritonite purulenta generalizada) associado à instabilidade hemodinâmica. Esse último fator é o principal determinante para a escolha da técnica mais segura.

Análise das alternativas:

a) Lavagem laparoscópica e drenagem da cavidade: Incorreta. Embora a lavagem laparoscópica tenha sido estudada como alternativa para Hinchey III em pacientes selecionados e estáveis, ela ainda é controversa. Em um cenário de instabilidade hemodinâmica e peritonite difusa, o foco infeccioso (o segmento doente) deve ser preferencialmente removido, e a laparoscopia não é a via de escolha para pacientes instáveis.

b) Sigmoidectomia com anastomose primária e ileostomia de proteção: Incorreta. A anastomose primária (com ou sem estomia de proteção) tem ganhado espaço no tratamento de Hinchey III e IV, mas sua realização exige que o paciente esteja hemodinamicamente estável e com tecidos em boas condições. Em vigência de choque ou instabilidade, o risco de deiscência da sutura é muito alto devido à má perfusão tecidual, tornando essa opção insegura neste caso.

c) Hemicolectomia esquerda com anastomose primária: Incorreta. Além de ser uma cirurgia mais extensa do que a necessária (o foco costuma estar no sigmoide), a realização de anastomose primária é contraindicada pelos mesmos motivos citados na alternativa anterior: a instabilidade hemodinâmica do paciente.

d) Cirurgia de Hartmann: Correta. A Cirurgia de Hartmann consiste na ressecção do cólon acometido (sigmoidectomia), fechamento do coto retal e confecção de uma colostomia terminal em flanco esquerdo. É considerada a conduta clássica e mais segura para pacientes com peritonite franca (Hinchey III e IV) que apresentam instabilidade hemodinâmica ou comorbidades graves. Ela elimina rapidamente a fonte da infecção e evita o risco de uma deiscência de anastomose em um paciente criticamente enfermo.

Em resumo, diante de peritonite purulenta ou fecal com instabilidade hemodinâmica, a Cirurgia de Hartmann permanece como o padrão-ouro por priorizar a sobrevivência do paciente e o controle rápido do foco séptico.

Questão 49

O escore MELD (Model for End-Stage Liver Disease) é um sistema de pontuação numérica utilizado para prever a sobrevivência de pacientes com doença hepática crônica e para determinar a prioridade em filas de transplante de fígado. Sua principal característica é a utilização de parâmetros puramente laboratoriais e objetivos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A albumina e o tempo de protrombina são componentes do escore de Child-Pugh. Embora a bilirrubina seja comum a ambos, a albumina não entra no cálculo do MELD.

b) Correta. Os três parâmetros fundamentais que compõem a fórmula original do MELD são:

1. Bilirrubina total: avalia a capacidade de excreção e a função hepática.
2. Creatinina: avalia a função renal, sendo um marcador prognóstico crucial na cirrose (devido ao risco de síndrome hepatorenal).
3. RNI (Razão Normalizada Internacional): avalia a função de síntese do fígado por meio da via extrínseca da coagulação.

c) Incorreta. Encefalopatia e ascite são critérios clínicos e subjetivos utilizados no escore de Child-Pugh. O MELD foi desenvolvido justamente para remover essa subjetividade do sistema de pontuação.

d) Incorreta. O sódio foi adicionado em uma atualização mais recente do escore, chamada MELD-Na, para aumentar a acurácia da predição de mortalidade. Contudo, a albumina não faz parte de nenhuma das versões do MELD, sendo um parâmetro exclusivo do Child-Pugh.

Portanto, a alternativa que apresenta os três componentes laboratoriais clássicos do MELD é a letra B.

Questão 50

A conduta cirúrgica para o carcinoma ductal invasivo em estágio inicial, como no caso de um tumor T1 (1,5 cm), baseia-se no princípio de garantir a segurança oncológica com o menor impacto estético e funcional possível. Quando o tumor é pequeno e não há contraindicações para a radioterapia adjuvante (que deve obrigatoriamente acompanhar a cirurgia preservadora), a cirurgia conservadora é a escolha preferencial.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. A tumorectomia ou segmentectomia é a retirada do tumor com margens de segurança, preservando o restante da mama. Para o tratamento da axila em pacientes clinicamente negativas (sem linfonodos palpáveis), o padrão-ouro é a biópsia do linfonodo sentinela. Essa técnica identifica o primeiro linfonodo a receber a drenagem linfática do tumor, evitando o esvaziamento axilar radical e suas sequelas (como o linfedema) caso o sentinela seja negativo.

Alternativa b: Incorreta. A mastectomia radical modificada à Madden consiste na retirada de toda a glândula mamária e dos linfonodos axilares (níveis I e II). Por definição, a mastectomia não é uma cirurgia conservadora. Seria uma indicação excessiva para um tumor de 1,5 cm que permite a preservação da mama.

Alternativa c: Incorreta. Embora a quadrantectomia seja uma modalidade de cirurgia conservadora, o esvaziamento axilar radical dos níveis I, II e III é desproporcional para uma paciente com axila clinicamente negativa. O esvaziamento radical está associado a uma alta taxa de complicações e foi substituído pela técnica do linfonodo sentinela em casos iniciais.

Alternativa d: Incorreta. Esta alternativa apresenta dois erros principais. Primeiro, a mastectomia (mesmo a poupadora de pele) remove toda a glândula, não sendo uma técnica conservadora. Segundo, no carcinoma invasivo, a avaliação axilar é etapa obrigatória do estadiamento e do planejamento terapêutico, não podendo ser ignorada.

Questão 51

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso descreve um pneumotórax traumático de pequeno volume (laminar, < 2 cm) em um paciente com estabilidade hemodinâmica e sintomas mínimos (dispneia leve). Segundo os protocolos atuais de trauma, como o ATLS (Advanced Trauma Life Support), nem todo pneumotórax traumático exige drenagem imediata.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A toracoscopia é um procedimento invasivo indicado para situações específicas, como a suspeita de lesão diafragmática em ferimentos transfixantes da transição toracoabdominal ou para o controle de hemotórax retido e sangramentos persistentes. Não há indicação para um pneumotórax laminar estável.

b) Incorreta. Embora a drenagem de tórax tenha sido a conduta padrão para qualquer pneumotórax traumático no passado, as evidências atuais permitem o tratamento conservador em pacientes selecionados. Se o pneumotórax for pequeno (< 2 cm), o paciente estiver estável e não for submetido à ventilação mecânica ou ao transporte aéreo, a drenagem imediata pode ser evitada.

c) Correta. A conduta expectante com observação clínica rigorosa e repetição do exame de imagem em 4 a 6 horas é a escolha mais adequada para pneumotórax estáveis e pequenos. Se não houver progressão do tamanho do pneumotórax na radiografia de controle e o paciente permanecer assintomático, a conduta conservadora é mantida.

d) Incorreta. A toracocentese de alívio com agulha (descompressão torácica) é o tratamento de emergência exclusivo para o pneumotórax hipertensivo, situação em que há colapso cardiovascular, hipotensão e desvio de traqueia. Realizar este procedimento em um pneumotórax laminar estável é contraindicado e pode, inclusive, causar uma lesão pulmonar iatrogênica.

Resumo da conduta: Paciente estável + pneumotórax < 2 cm = Observação e controle radiológico em 6 horas. Se o pneumotórax aumentar ou o paciente instabilizar, aí sim procede-se à drenagem em selo d'água.

Questão 52

O hiperparatireoidismo primário caracteriza-se pela produção excessiva e autônoma do paratormônio (PTH) por uma ou mais glândulas paratireoides, resultando em hipercalcemia. A compreensão da frequência das causas é fundamental para o diagnóstico e manejo cirúrgico.

Alternativa (a) Incorreta: A hiperplasia de todas as quatro glândulas é a segunda causa mais comum, ocorrendo em aproximadamente 10% a 15% dos casos. Esta condição é frequentemente observada em pacientes com síndromes hereditárias, como a Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 1 (MEN 1) e tipo 2A (MEN 2A).

Alternativa (b) Correta: O adenoma único de paratireoide é a causa mais frequente de hiperparatireoidismo primário, sendo responsável por cerca de 80% a 85% dos casos. Trata-se de um tumor benigno solitário que secreta PTH de forma independente dos níveis de cálcio circulante. Na maioria das vezes, a conduta é a remoção cirúrgica apenas da glândula acometida.

Alternativa (c) Incorreta: O carcinoma de paratireoide é uma causa extremamente rara, ocorrendo em menos de 1% dos pacientes com hiperparatireoidismo primário. Clinicamente, costuma cursar com níveis de cálcio e PTH muito elevados, além de maior gravidade dos sintomas e, eventualmente, massa cervical palpável.

Alternativa (d) Incorreta: Os adenomas duplos ocorrem quando duas glândulas estão acometidas de forma independente. Embora existam, são pouco frequentes, representando apenas cerca de 4% a 5% dos diagnósticos da doença.

Portanto, diante de um quadro clínico e laboratorial de hiperparatireoidismo primário, a etiologia estatisticamente mais provável é a presença de um adenoma único.

Questão 53

ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES:

I. CORRETA: O GIST (Tumor Estromal Gastrointestinal) tem sua origem nas células intersticiais de Cajal. Essas células estão localizadas na parede do trato digestivo e funcionam como um marcapasso biológico, sendo responsáveis por coordenar a motilidade e as contrações rítmicas do sistema gastrointestinal.

II. CORRETA: O diagnóstico do GIST depende fundamentalmente da análise imuno-histoquímica. A proteína c-kit, que é um receptor de tirosina quinase transmembrana, é expressa em cerca de 95 por cento desses tumores. O marcador utilizado para identificar essa proteína é o CD117, sendo este o principal pilar para a confirmação diagnóstica da patologia.

III. CORRETA: Para pacientes com GIST localizado e ressecável, a cirurgia é a modalidade terapêutica principal e de escolha. O objetivo é realizar uma ressecção completa da lesão com margens negativas (R0). Diferente de outros tumores gastrointestinais, como o adenocarcinoma, o GIST raramente apresenta disseminação para os linfonodos, o que torna a linfadenectomia de rotina desnecessária.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A proposição I está correta, mas as proposições II e III também estão.

Alternativa b) Incorreta. A proposição III descreve o tratamento correto, mas as demais afirmações diagnósticas e histopatológicas também são verdadeiras.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa ignora a veracidade da proposição III, que trata da conduta cirúrgica padrão.

Alternativa d) Correta. Todas as três proposições abordam conceitos fundamentais e atualizados sobre a origem, o diagnóstico e o tratamento dos tumores estromais gastrointestinais, estando todas corretas.

GABARITO: LETRA D.

Questão 54

Análise do caso: O quadro clínico descrito (dor intensa ao evacuar e sangramento vivo) associado aos achados do exame físico (plicoma sentinela e exposição de fibras do esfíncter interno) é patognomônico de fissura anal crônica. A presença do plicoma sentinela e a visualização das fibras musculares confirmam que a lesão não é mais aguda, ocorrendo há pelo menos 4 meses. Quando o manejo conservador (dieta, fibras, pomadas de nitrato ou bloqueadores de canal de cálcio) falha, a cirurgia é indicada.

Alternativa (a) Correta: A esfínterectomia lateral interna é o tratamento padrão-ouro para a fissura anal crônica. A fisiopatologia da doença envolve a hipertonia (contratura excessiva) do esfíncter anal interno, o que causa isquemia da mucosa anal e impede a cicatrização. A cirurgia consiste na divisão controlada de uma porção desse músculo, reduzindo a pressão anal, melhorando a perfusão sanguínea e permitindo a cura definitiva da fissura em mais de 90 por cento dos casos.

Alternativa (b) Incorreta: A fissurectomia simples consiste apenas na ressecção da fissura e dos tecidos adjacentes (como o plicoma). Embora possa ser feita em associação com a esfínterectomia, se realizada sozinha, ela não corrige o problema de base, que é a hipertonia esfínteriana. Por isso, apresenta taxas de recidiva muito mais altas que a alternativa A.

Alternativa (c) Incorreta: A hemorroidectomia clássica é o tratamento para a doença hemorroidária (mamilos hemorroidários internos e externos). O plicoma sentinela mencionado no enunciado é apenas uma dobra de pele cicatricial decorrente da fissura crônica e não deve ser confundido com hemorroidas. O tratamento cirúrgico

da fissura é diferente do tratamento da hemorroida.

Alternativa (d) Incorreta: A dilatação anal manual foi uma técnica utilizada no passado, mas atualmente é contraindicada pela maioria das sociedades médicas. Por ser uma manobra cega e sem controle da força aplicada, frequentemente causa roturas musculares inadvertidas e danos permanentes ao aparelho esfinteriano, resultando em altos índices de incontinência fecal. A esfincterotomia lateral interna é muito mais segura e precisa.

Questão 55

A classificação das feridas operatórias é baseada no potencial de contaminação e no risco de infecção do sítio cirúrgico. Veja a análise de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta. A classificação de ferida infectada ou suja é reservada para casos onde já existe infecção clínica evidente, presença de pus, vísceras perfuradas (como apendicite perfurada com peritonite purulenta ou fecaloide) ou feridas traumáticas antigas com tecido desvitalizado. O enunciado especifica que não há perfuração nem pus livre.

Alternativa (b) Incorreta. Feridas limpas são aquelas em que não há penetração nos tratos digestivo, respiratório, genital ou urinário não infectados. São realizadas em condições assépticas, sem processo inflamatório local (ex: cirurgia cardíaca ou de mama). Como o apêndice faz parte do trato digestivo, sua remoção impede essa classificação.

Alternativa (c) Incorreta. Feridas contaminadas incluem feridas traumáticas recentes, cirurgias com grande extravasamento de conteúdo gastrointestinal ou cirurgias em que se encontra inflamação aguda não purulenta. Embora a apendicite flegmonosa envolva inflamação, a prática pedagógica das provas de residência e a classificação do Ministério da Saúde consideram a apendicectomia sem perfuração como potencialmente contaminada.

Alternativa (d) Correta. A ferida limpa-contaminada (ou potencialmente contaminada) ocorre quando o cirurgião entra em tratos colonizados (como o digestivo), mas de forma controlada e sem contaminação grosseira. No caso da apendicite flegmonosa, o órgão é removido com inflamação, mas sem que tenha ocorrido o extravasamento de pus ou fezes para a cavidade abdominal, enquadrando-se perfeitamente nesta categoria.

Questão 56

O caso clínico descreve um quadro clássico de isquemia mesentérica aguda de etiologia embólica. Os pontos-chave para o diagnóstico são: a presença de fibrilação atrial (fator de risco para cardioembolismo), a dor abdominal súbita e intensa, e o achado na angiotomografia de uma falha de enchimento abrupta no terço médio da artéria mesentérica superior. Na embolia, o êmbolo costuma se alojar distalmente à origem da artéria (geralmente após a saída da artéria cólica média), ao contrário da trombose, que ocorre no óstio da artéria devido à aterosclerose. O fato de não haver peritonite ou necrose na laparotomia indica que o intestino ainda é viável, exigindo revascularização imediata.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A trombectomia venosa seria o tratamento para a trombose venosa mesentérica. Esta condição tem uma apresentação clínica mais insidiosa (dor que aumenta ao longo de dias) e fatores de risco ligados à hipercoagulabilidade. A angiotomografia mostraria falha de enchimento na veia mesentérica, e não na artéria.

b) Correta. A embolectomia da artéria mesentérica superior é o tratamento de escolha para a embolia arterial aguda quando as alças intestinais ainda apresentam viabilidade. O procedimento é realizado através de uma arteriotomia transversa e passagem de um cateter de Fogarty para a retirada do êmbolo e restauração do fluxo sanguíneo.

c) Incorreta. A ressecção intestinal (enterectomia) é indicada apenas quando há evidência de necrose intestinal ou perfuração (peritonite). Como a descrição afirma que não há sinais de necrose na laparotomia, o objetivo deve ser salvar o intestino através da revascularização, e não removê-lo.

d) Incorreta. O bypass aortomesentérico é uma técnica de revascularização complexa, geralmente indicada para casos de isquemia mesentérica crônica ou em casos de trombose arterial aguda (onde a oclusão ocorre no óstio da artéria por placa de ateroma). Na embolia de terço médio, a embolectomia é tecnicamente mais simples, rápida e eficaz.

Questão 57

Análise detalhada da questão sobre a classificação de Lauren para o adenocarcinoma gástrico:

Sentença 1: Verdadeira. O tipo intestinal é o subtipo histológico mais frequente em zonas de alta incidência de câncer gástrico. Ele se desenvolve a partir de lesões precursoras, como a metaplasia intestinal, em um processo conhecido como cascata de Correa. Esse processo é fortemente influenciado por fatores extrínsecos, como a dieta e a infecção crônica pela bactéria *Helicobacter pylori*. Epidemiologicamente, é mais comum no sexo masculino e em pacientes idosos.

Sentença 2: Verdadeira. O tipo difuso não possui uma relação clara com fatores ambientais ou lesões precursoras, sendo muitas vezes associado a fatores genéticos (como mutações no gene *CDH1*, que codifica a E-caderina). Ele acomete pacientes mais jovens em comparação ao tipo intestinal e apresenta um comportamento biológico mais agressivo, o que confere um pior prognóstico. Histologicamente, as células perdem a capacidade de adesão, infiltrando a parede gástrica individualmente; quando essas células acumulam muco citoplasmático que empurra o núcleo para a periferia, são chamadas de células em anel de sinete.

Sentença 3: Falsa. Esta sentença descreve as características do tipo intestinal, e não do tipo difuso. O tipo intestinal é que apresenta células organizadas em estruturas glandulares bem formadas. Quanto à disseminação, o tipo intestinal tem uma tendência maior para a via hematogênica (frequentemente para o fígado), enquanto o tipo difuso dissemina-se preferencialmente por via linfática e por contiguidade na cavidade peritoneal (carcinomatose).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A sentença 1 é verdadeira e a sentença 3 é falsa.
- b) Incorreta. A sentença 2 é verdadeira e a sentença 3 é falsa.
- c) Correta. Identifica adequadamente que as sentenças 1 e 2 são verdadeiras (V) e a sentença 3 é falsa (F).
- d) Incorreta. A sentença 3 é comprovadamente falsa ao atribuir formação glandular ao tipo difuso.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 58

ANÁLISE DA QUESTÃO

O quadro clínico descreve um paciente idoso e institucionalizado com distensão abdominal importante. A imagem radiológica em grão de café (também conhecida como sinal do U invertido ou sinal do ás de espadas) é patognomônica de vólvulo de sigmoide. O vólvulo ocorre quando o cólon gira sobre seu próprio eixo mesentérico, causando uma obstrução em alça fechada.

O ponto fundamental para a escolha da conduta é a ausência de sinais de peritonite (ausência de dor à descompressão súbita, febre, instabilidade hemodinâmica ou irritação peritoneal). Isso indica que, inicialmente, não há evidência de necrose ou perfuração intestinal.

POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ CORRETA?

A descompressão endoscópica (geralmente via retossigmoidoscopia ou colonoscopia) é o tratamento de escolha inicial para o vólvulo de sigmoide não complicado. O objetivo é desfazer a torção mecânica e permitir a saída imediata de gases e fezes, aliviando a pressão intraluminal. Após o sucesso da descompressão, o paciente deve ser estabilizado e preparado para uma cirurgia definitiva (sigmoidectomia) de forma eletiva, já que a taxa de recorrência apenas com a descompressão é muito alta (superior a 50%).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

b) Sigmoidectomia de urgência: Está indicada apenas quando há sinais claros de isquemia (necrose) ou perfuração intestinal, ou quando a tentativa de descompressão endoscópica falha. Como o enunciado afirma que não há peritonite, a abordagem cirúrgica imediata não é a primeira escolha devido aos maiores riscos operatórios em um paciente idoso.

c) Laparotomia exploradora: É um procedimento invasivo indicado para casos de abdome agudo que apresentam complicações como peritonite generalizada ou pneumoperitônio. Não é a conduta inicial em um paciente estável e sem sinais de irritação peritoneal.

d) Cecostomia descompressiva: Este procedimento consiste na abertura do ceco para a pele e não trata a patologia localizada no sigmoide. A cecostomia poderia ser discutida em casos específicos de vólvulo de ceco ou síndrome de Ogilvie refratária, mas não tem papel no manejo inicial do vólvulo de sigmoide.

Questão 59

A hipercalemia (aumento da concentração sérica de potássio) exerce um efeito direto na repolarização ventricular, refletindo-se de forma característica no eletrocardiograma (ECG).

Alternativa A: Incorreta. Ondas U proeminentes são achados típicos da hipocalemia (redução do potássio). Na hipocalemia, a onda U aparece logo após a onda T, podendo ser confundida com ela e dando a falsa impressão de um intervalo QT prolongado.

Alternativa B: Incorreta. A depressão do segmento ST é observada em quadros de hipocalemia, isquemia miocárdica ou pelo uso de medicamentos como os digitálicos. Não é uma alteração característica ou clássica da hipercalemia.

Alternativa C: Incorreta. O intervalo QT prolongado é característico da hipocalcemia. Na hipercalemia, o que ocorre habitualmente é um encurtamento do intervalo QT devido à repolarização rápida que gera a onda T de base estreita.

Alternativa D: Correta. Esta é a alteração inicial e mais clássica da hipercalemia. As ondas T tornam-se altas, de base estreita, simétricas e pontiagudas, sendo frequentemente chamadas de ondas T "em tenda". Elas surgem geralmente quando o potássio sérico está acima de 5,5 a 6,0 mEq/L.

Progressão eletrocardiográfica da hipercalemia conforme a gravidade:

1. Ondas T apiculadas e simétricas (em tenda) com base estreita.
2. Prolongamento do intervalo PR e achatamento da onda P (que pode vir a desaparecer, resultando em ritmo sinoventricular).
3. Alargamento do complexo QRS, que perde sua morfologia habitual.
4. Padrão sinusoide (onda senoidal), que é um estágio pré-morte, indicando risco iminente de assistolia ou fibrilação ventricular.

Portanto, a alternativa D descreve corretamente o sinal clássico e inicial do excesso de potássio no organismo.

Questão 60

A situação clínica descreve um paciente com trauma abdominal contuso e instabilidade hemodinâmica refratária (não respondeu adequadamente à reposição volêmica), apresentando FAST positivo. Esse cenário é uma indicação clássica de laparotomia exploradora imediata. Durante a cirurgia, o achado de um baço estilhaçado com sangramento ativo caracteriza uma lesão de alto grau (Grau V na

escala da AAST).

Análise das alternativas:

a) Esplenorrafia: Consiste na sutura ou reparo do parênquima esplênico. É uma técnica de preservação indicada apenas para lesões superficiais e pequenas (Graus I e II) em pacientes com estabilidade hemodinâmica. No caso de um baço estilhaçado e paciente instável, essa técnica é inviável e perigosa.

b) Esplenectomia total: Esta é a conduta correta. Diante de uma lesão esplênica grave (estilhaçamento) em um paciente com instabilidade hemodinâmica, a prioridade absoluta é o controle da hemorragia para salvar a vida do paciente. A remoção completa do órgão é o procedimento mais rápido e seguro para interromper o sangramento maciço nessas condições.

c) Embolização angiográfica: É uma opção terapêutica para o manejo não operatório de lesões esplênicas, geralmente indicada para pacientes estáveis que apresentam extravasamento de contraste na tomografia (blush arterial). Como o paciente está instável e já se encontra em laparotomia, a angiografia não tem lugar neste momento.

d) Esplenectomia parcial: É um procedimento tecnicamente complexo e demorado, que visa preservar parte da função imunológica do órgão. Não deve ser tentado em situações de emergência com sangramento ativo importante e instabilidade, pois o risco de ressangramento é alto e o tempo cirúrgico prolongado prejudica o prognóstico do paciente traumatizado.

Questão 61

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade (também chamada de pré-eclâmpsia grave). Os critérios presentes são: pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg ou diastólica maior ou igual a 110 mmHg, sintomas de iminência de eclâmpsia (cefaleia e escotomas), plaquetopenia, disfunção hepática (elevação de transaminases) e disfunção renal (creatinina de 1,2 mg/dL). Diante desse cenário, o risco de evolução para convulsões tônico-clônicas generalizadas (eclâmpsia) é elevado, tornando a neuroproteção com sulfato de magnésio a conduta imediata e prioritária.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O parto é, de fato, o tratamento definitivo da pré-eclâmpsia, e em uma gestação de 32 semanas com sinais de gravidade, a interrupção costuma ser indicada após a estabilização materna. No entanto, a conduta imediata deve ser a estabilização da paciente (prevenção de convulsões e controle pressórico) antes de qualquer procedimento cirúrgico. Além disso, a via de parto não é obrigatoriamente a cesariana; a indução do parto vaginal pode ser tentada se as condições maternas e fetais permitirem.

Alternativa b) Incorreta. O diazepam não é indicado para a profilaxia de eclâmpsia. Ele é menos eficaz que o sulfato de magnésio e está associado a efeitos adversos importantes, como depressão respiratória materna e baixos índices de Apgar no recém-nascido devido à sedação neonatal.

Alternativa c) Correta. O sulfato de magnésio é a droga de escolha para a prevenção e o tratamento das crises convulsivas na pré-eclâmpsia grave e na eclâmpsia. Sua eficácia é superior a qualquer outro anticonvulsivante (como fenitoína ou diazepam), conforme demonstrado em grandes estudos multicêntricos. Ele deve ser administrado preferencialmente por via intravenosa, utilizando esquemas padronizados (como o de Zuspan ou Pritchard), sob monitorização rigorosa da diurese, reflexos patelares e frequência respiratória.

Alternativa d) Incorreta. A fenitoína não deve ser utilizada como profilaxia de eclâmpsia. Estudos comprovam que ela é menos eficaz que o sulfato de magnésio na prevenção de convulsões em gestantes hipertensas e apresenta um perfil de toxicidade e manejo menos favorável neste contexto específico.

Questão 62

A questão aborda o mecanismo de ação dos anticoncepcionais orais combinados (AOC), compostos por um estrogênio e um progestagênio. Para responder corretamente, é necessário distinguir o mecanismo principal (central) dos mecanismos secundários (periféricos).

Alternativa A (Correta): Este é o mecanismo de ação primordial e mais eficaz dos anticoncepcionais combinados. A administração exógena de hormônios esteroides exerce um feedback negativo sobre o eixo hipotálamo-hipófise. O componente estrogênico (geralmente o etinilestradiol) suprime a secreção de FSH (hormônio folículo-estimulante), o que impede o recrutamento e o crescimento dos folículos ovarianos. O componente progestagênico suprime a secreção de LH (hormônio luteinizante), impedindo o pico de LH que seria responsável por desencadear a ovulação. Dessa forma, o ciclo torna-se anovulatório.

Alternativa B (Incorreta): A alteração do muco cervical é um efeito real provocado pelo progestagênio, que o torna mais espesso, viscoso e com menor quantidade de glicoproteínas, dificultando a ascensão dos espermatozoides para a cavidade uterina. Embora seja um mecanismo importante, especialmente nas pílulas exclusivas de progestagênio (minipílulas), nos anticoncepcionais combinados ele é considerado um mecanismo secundário ou complementar à inibição da ovulação.

Alternativa C (Incorreta): A atrofia do endométrio ocorre devido à ação prolongada do progestagênio, que altera a proliferação endometrial e o preparo para a nidação, tornando o ambiente hostil à implantação de um eventual blastocisto. Este é um efeito periférico adicional que contribui para a segurança do método, mas não é o principal responsável pela prevenção da gravidez nos AOC.

Alternativa D (Incorreta): A redução da motilidade e da contratilidade das tubas uterinas, bem como a alteração da atividade ciliar, são efeitos promovidos pelo progestagênio que dificultam o encontro dos gametas. Assim como as alternativas B e C, trata-se de um mecanismo acessório e não do mecanismo central de bloqueio do eixo reprodutor.

Síntese: Nos métodos combinados, a anovulação por supressão das gonadotrofinas (FSH e LH) é o evento determinante para a alta eficácia contraceptiva, enquanto as modificações no muco, endométrio e tubas atuam como barreiras adicionais de segurança.

Questão 63

ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES:

Proposição I: CORRETA. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA/Ministério da Saúde), o exame citopatológico deve ser iniciado aos 25 anos de idade para todas as mulheres que já iniciaram a vida sexual. O rastreamento antes dessa idade não é recomendado, pois as lesões precursoras em mulheres jovens têm alta taxa de regressão e o câncer invasivo é raro nessa faixa etária.

Proposição II: CORRETA. A recomendação oficial no Brasil estabelece que os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual. Caso ambos apresentem resultados normais, os exames subsequentes devem ser realizados a cada três anos. Essa estratégia visa garantir a segurança da paciente, considerando a lenta evolução da maioria das lesões precursoras do câncer cervical.

Proposição III: INCORRETA. O rastreamento não ocorre por tempo indeterminado.

Segundo as diretrizes, o exame deve ser interrompido aos 64 anos de idade em mulheres que tenham pelo menos dois exames consecutivos negativos nos últimos 10 anos. Para mulheres que nunca realizaram o exame, devem-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos antes de dispensar o rastreamento após os 65 anos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. A proposição II também está correta.
- b) Incorreta. A proposição III é falsa, conforme as normas do Ministério da Saúde.
- c) Correta. Apenas as afirmações I e II seguem rigorosamente os protocolos nacionais de rastreamento.
- d) Incorreta. A proposição III invalida esta opção.

GABARITO: Letra (c).

Questão 64

Análise do Quadro Clínico:

O quadro descrito é clássico de Vaginose Bacteriana (VB), uma disbiose vaginal onde ocorre a substituição da flora predominante de lactobacilos por bactérias anaeróbias, especialmente a *Gardnerella vaginalis*. O diagnóstico é realizado através dos Critérios de Amsel, sendo necessários pelo menos três dos quatro seguintes: 1. Corrimento branco-acinzentado, homogêneo e fino; 2. pH vaginal maior que 4,5; 3. Teste do Whiff positivo (liberação de odor de peixe podre após adição de KOH a 10%); 4. Presença de clue cells (células-guia) na microscopia a fresco. A queixa de piora do odor após o coito ou menstruação é típica, pois o pH básico do sêmen ou do sangue volatiliza as aminas produzidas pelas bactérias.

Análise das Alternativas:

- a) Incorreta. A Tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível que causa corrimento amarelo-esverdeado e bolhoso, frequentemente associado à irritação vulvar e ao colo em framboesa (colpite macular). Na microscopia, observa-se o protozoário flagelado móvel, e não as clue cells citadas no enunciado.
- b) Incorreta. A Candidíase vulvovaginal manifesta-se com prurido intenso e corrimento branco em grumos (aspecto de leite coalhado), sem odor característico. O pH vaginal na candidíase é ácido (menor que 4,5) e o exame a fresco revela hifas ou pseudohifas.

c) Incorreta. A Cervicite por Clamídia é uma infecção do trato genital superior (colo uterino) e não uma vaginite. Os achados comuns são corrimento purulento no orifício externo do colo e colo friável (sangrante ao toque). Não apresenta clue cells ou teste de Whiff positivo.

d) Correta. A Vaginose Bacteriana é a causa mais comum de corrimento vaginal em mulheres em idade reprodutiva. Os achados de corrimento acinzentado, odor fétido (peixe podre) que piora com o coito, Whiff positivo e clue cells fecham o diagnóstico. O tratamento de escolha é o Metronidazol, preferencialmente por via oral (500mg de 12/12h por 7 dias) ou via vaginal. Além do Metronidazol, a Clindamicina é uma alternativa aceitável.

Questão 65

O diagnóstico de hiperglicemia na gestação é dividido em duas categorias: o Diabetes Mellitus pré-existente (ou Diabetes Mellitus detectado na gravidez, também chamado de “Overt Diabetes”) e o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). A questão foca especificamente no rastreamento realizado entre 24 e 28 semanas através do Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) com 75 g de glicose.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O achado de glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL em qualquer fase da gestação classifica a paciente como portadora de Diabetes Mellitus Manifesto (Overt Diabetes), e não de Diabetes Gestacional. O DMG é caracterizado por valores de jejum entre 92 e 125 mg/dL.

Alternativa (b) Incorreta. A Hemoglobina Glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5% é um critério utilizado para o diagnóstico de Diabetes Mellitus pré-existente (Overt Diabetes), geralmente avaliado no primeiro trimestre. Ela não faz parte dos critérios diagnósticos do TOTG-75g para DMG entre 24 e 28 semanas.

Alternativa (c) Incorreta. A presença de glicemia aleatória (ao acaso) maior ou igual a 200 mg/dL, associada a sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, perda de peso), é critério diagnóstico para Diabetes Mellitus Manifesto, indicando que a paciente provavelmente já era diabética antes de engravidar ou desenvolveu a doença de forma plena, e não apenas a intolerância gestacional.

Alternativa (d) Correta. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), os critérios para o diagnóstico de DMG no TOTG-75g, realizado entre 24 e 28 semanas, são:

- Glicemia de jejum: entre 92 e 125 mg/dL.

- Glicemia após 1 hora: maior ou igual a 180 mg/dL.
- Glicemia após 2 horas: maior ou igual a 153 mg/dL.

Basta que apenas um desses valores esteja alterado para que o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional seja confirmado. Se o valor de jejum for maior ou igual a 126 mg/dL ou o valor de 2 horas for maior ou igual a 200 mg/dL, a classificação muda para Diabetes Mellitus Manifesto.

Questão 66

Análise do caso clínico: A paciente apresenta um quadro clássico de dismenorrea primária. Essa condição é muito comum em adolescentes, inicia-se tipicamente com a menarca ou pouco tempo após a estabilização dos ciclos ovulatórios e caracteriza-se por dor em cólica nos primeiros dias do fluxo menstrual, frequentemente acompanhada de sintomas sistêmicos como náuseas e vômitos. O exame físico normal é um achado fundamental que reforça a ausência de patologias estruturais pélvicas, confirmando que a dor é decorrente do excesso de prostaglandinas (PGF2-alfa) produzidas no endométrio.

Alternativa a) Incorreta. Os agonistas do GnRH promovem um estado de hipostrogenismo profundo, simulando uma menopausa medicamentosa. Não são indicados como primeira linha para dismenorrea primária devido aos seus efeitos colaterais severos, como perda de massa óssea e sintomas vasomotores. São reservados para casos selecionados de endometriose grave ou miomatose.

Alternativa b) Correta. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são o tratamento de escolha inicial para a dismenorrea primária. Eles atuam diretamente na fisiopatologia da doença, inibindo a enzima ciclo-oxigenase (COX) e, conseqüentemente, reduzindo a produção de prostaglandinas. Isso diminui a pressão intrauterina e a frequência das contrações miométriais, aliviando a dor. Anticoncepcionais hormonais também poderiam ser usados como primeira linha, mas os AINEs são frequentemente a preferência inicial em pacientes que não buscam contracepção.

Alternativa c) Incorreta. Opioides potentes não são recomendados para o tratamento de dismenorrea. O manejo deve ser direcionado ao mecanismo causador da dor. O uso de opioides apresenta riscos elevados de dependência química, constipação e sonolência, sendo inadequado para uma condição crônica e cíclica como esta.

Alternativa d) Incorreta. A laparoscopia é um procedimento cirúrgico invasivo e não deve ser a conduta inicial em uma paciente com exame físico normal. Ela é indicada para a investigação de dismenorrea secundária (principalmente suspeita de endometriose) apenas quando há falha documentada ao tratamento clínico inicial

(AINEs e hormônios) por pelo menos 3 a 6 meses, ou se houver achados anormais em exames de imagem.

Questão 67

Análise detalhada das sentenças:

Sentença 1: Verdadeira. A vacina dTpa (tétano, difteria e coqueluche acelular) tem como principal objetivo a proteção do recém-nascido contra a coqueluche nos primeiros meses de vida, antes que ele complete seu esquema vacinal primário. Isso ocorre por meio da transferência transplacentária de anticorpos maternos. A recomendação técnica é que ela seja administrada em todas as gestações, independentemente do histórico vacinal anterior, a partir da 20ª semana de gestação (preferencialmente entre a 27ª e a 36ª semana).

Sentença 2: Falsa. A vacina contra a influenza não é indicada apenas para gestantes com comorbidades. A gestação é, por si só, uma condição de maior risco para complicações graves decorrentes da infecção pelo vírus influenza, como pneumonia e desconforto respiratório. Por esse motivo, o Ministério da Saúde recomenda a vacinação anual para todas as gestantes, em qualquer idade gestacional, durante as campanhas nacionais de imunização.

Sentença 3: Verdadeira. De modo geral, vacinas de vírus vivos ou bactérias vivas atenuadas são contraindicadas durante a gravidez. O motivo é o risco teórico de que o agente infeccioso atenuado possa atravessar a placenta e causar danos ao feto. Exemplos clássicos dessas vacinas incluem a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), a vacina contra a varicela e a vacina contra a febre amarela (esta última podendo ser considerada apenas em situações de alto risco epidemiológico sob avaliação médica rigorosa).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A sentença 1 é verdadeira e a sentença 2 é falsa.
- b) Incorreta. A sentença 2 é falsa e a sentença 3 é verdadeira.
- c) CORRETA. A sequência de julgamento técnica é 1-V, 2-F, 3-V, conforme o calendário vacinal da gestante.
- d) Incorreta. A sentença 2 é falsa, o que invalida esta alternativa.

Gabarito: Letra C.

Questão 68

Essa questão aborda o quadro clássico de mastite puerperal, uma complicação comum que ocorre geralmente nas primeiras semanas de amamentação. O diagnóstico é clínico, caracterizado por sinais flogísticos localizados (dor, hiperemia e endurecimento) associados a sintomas sistêmicos (febre e mal-estar).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: O tratamento da mastite puerperal baseia-se em dois pilares fundamentais: o esvaziamento mamário eficaz e a antibioticoterapia. Manter a amamentação é essencial porque a estase láctea é o principal fator de manutenção e piora do quadro infeccioso. O esvaziamento da mama, seja pela sucção do bebê ou por ordenha, auxilia na resolução do processo inflamatório. O antibiótico é indicado devido à presença de sintomas sistêmicos (febre) e deve cobrir preferencialmente o *Staphylococcus aureus* (como a cefalexina).

Alternativa (b) Incorreta: A suspensão da amamentação na mama afetada é um erro de conduta. Interromper o fluxo de leite aumenta a congestão mamária, o que agrava a dor e predispõe a evolução da mastite para um abscesso mamário. O leite de uma mama com mastite não é prejudicial ao recém-nascido saudável.

Alternativa (c) Incorreta: A drenagem cirúrgica está indicada apenas nos casos de abscesso mamário, que é a coleção purulenta flutuante. Na questão, a mama é descrita como endurecida, o que sugere um processo infeccioso difuso (celulite mamária) e não uma coleção purulenta organizada que exija drenagem imediata.

Alternativa (d) Incorreta: Embora as medidas de suporte (analgésicos e compressas) auxiliem no conforto da paciente, elas são insuficientes de forma isolada para tratar uma mastite com repercussão sistêmica (febre de 38,5 °C). Sem o esvaziamento adequado e o uso de antibióticos, o risco de complicações e sepse aumenta significativamente.

Resumo do manejo:

1. Esvaziamento mamário (amamentação ou ordenha).
2. Antibioticoterapia (cefalosporinas de 1ª geração ou penicilinas resistentes à penicilinase).
3. Analgesia e antitérmicos.
4. Suporte emocional e correção da técnica de amamentação para evitar recidivas (fissuras como porta de entrada).

Questão 69

O sangramento uterino anormal na pós-menopausa é um sinal clínico que exige investigação obrigatória para excluir neoplasias, porém a maioria dos casos decorre de condições benignas.

Alternativa (a) Incorreta: O câncer de endométrio é a patologia mais temida e a primeira a ser investigada em mulheres com sangramento após a menopausa. No entanto, ele é responsável por apenas cerca de 10% dos episódios, não sendo, portanto, a causa mais comum.

Alternativa (b) Incorreta: A hiperplasia endometrial ocorre devido ao estímulo estrogênico persistente sem a oposição da progesterona. Embora seja uma lesão precursora do câncer e uma causa relevante de sangramento, sua frequência é significativamente menor do que a da atrofia.

Alternativa (c) Incorreta: Os pólipos endometriais são projeções benignas do estroma endometrial recobertas por epitélio. Eles são causas frequentes de sangramento tanto na pré- quanto na pós-menopausa, mas estatisticamente aparecem em segundo ou terceiro lugar na lista de etiologias mais prevalentes.

Alternativa (d) Correta: A atrofia endometrial é a causa mais frequente de sangramento uterino na pós-menopausa, respondendo por 60% a 80% dos casos. Com a queda fisiológica dos níveis de estrogênio após a interrupção da função ovariana, o endométrio torna-se extremamente fino, hipoplásico e friável. Essa fragilidade do tecido e dos vasos sanguíneos superficiais faz com que pequenas rupturas ocorram facilmente, resultando em sangramentos, geralmente de leve intensidade (spotting).

Em resumo, enquanto o câncer de endométrio é o diagnóstico de maior gravidade a ser excluído, a atrofia endometrial é o diagnóstico mais provável estatisticamente.

Questão 70

A questão aborda o diagnóstico e a conduta imediata perante a sífilis na gestação. O cenário apresenta uma gestante de 10 semanas com VDRL de 1:32 e sem histórico de tratamento anterior.

Análise das alternativas:

Alternativa A: INCORRETA. Na gestação, a sífilis é tratada como uma urgência terapêutica devido ao risco de transmissão vertical. O Ministério da Saúde recomenda que, diante de qualquer teste reagente (seja treponêmico ou não

treponêmico), o tratamento seja iniciado imediatamente, sem aguardar o resultado do segundo teste confirmatório. O objetivo é garantir que a gestante receba o tratamento o mais rápido possível para proteger o feto.

Alternativa B: CORRETA. Esta é a conduta preconizada. Diante de um VDRL reagente em gestante sem registro de tratamento prévio, deve-se iniciar a penicilina G benzatina de imediato. Como a paciente desconhece o tempo de infecção e nega histórico prévio, o caso é classificado como sífilis de duração ignorada (ou latente tardia). O esquema terapêutico indicado para essa fase é de 3 doses de 2,4 milhões de UI de penicilina G benzatina, por via intramuscular, com intervalo de uma semana entre cada dose.

Alternativa C: INCORRETA. A conduta de repetir o exame para observar a evolução dos títulos retardaria o tratamento de uma infecção já evidenciada pelo título alto (1:32). Na gravidez, a prioridade absoluta é a intervenção precoce para evitar sequelas fetais e a sífilis congênita.

Alternativa D: INCORRETA. Embora existam situações de falsos-positivos no VDRL, elas geralmente ocorrem em títulos baixos (como 1:2 ou 1:4). Um título de 1:32 é fortemente indicativo de infecção ativa. O tratamento deve obrigatoriamente incluir a gestante, pois a penicilina é a única medicação capaz de atravessar a barreira placentária e tratar o feto. O parceiro também deve ser avaliado e tratado para evitar a reinfecção da gestante, mas nunca deve ser o único a receber tratamento.

Questão 71

A questão descreve uma paciente jovem com a tríade clínica clássica de gravidez ectópica: amenorreia (atraso menstrual), dor abdominal localizada e sangramento vaginal. A interpretação dos exames complementares é fundamental para a confirmação diagnóstica.

Alternativa A: Incorreta. A apendicite aguda é um importante diagnóstico diferencial de dor na fossa ilíaca direita, mas não explicaria o sangramento vaginal nem a massa anexial visualizada na ultrassonografia. Além disso, em uma apendicite, não haveria a correlação de útero vazio com Beta-hCG positivo em níveis elevados.

Alternativa B: Incorreta. No abortamento incompleto, o exame de ultrassonografia transvaginal mostraria restos ovulares e conteúdo dentro da cavidade uterina, e não um útero vazio. O sangramento vaginal no abortamento costuma ser mais intenso do que o discreto sangramento relatado no caso, e a dor é tipicamente em cólica na região hipogástrica.

Alternativa C: Incorreta. O cisto de corpo lúteo hemorrágico pode causar dor pélvica e massa anexial, mas não justifica o sangramento vaginal em uma paciente com Beta-hCG positivo e útero vazio. Quando o Beta-hCG atinge valores entre 1.500 e 2.000 mUI/mL (chamada zona discriminatória), o saco gestacional já deve ser obrigatoriamente visível dentro do útero pela ultrassonografia transvaginal. Se o útero está vazio nesse patamar hormonal, a massa anexial deve ser interpretada como uma gravidez ectópica.

Alternativa D: Correta. A gravidez ectópica ocorre quando o blastocisto se implanta fora da cavidade uterina, sendo a tuba uterina o local mais frequente (95% dos casos). O caso apresenta todos os critérios: clínica compatível (dor, atraso e sangramento) e o critério ultrassonográfico da zona discriminatória. Com um Beta-hCG de 1.500 mUI/mL e útero vazio na ultrassonografia transvaginal, a presença de uma massa anexial ipsilateral à dor confirma o diagnóstico de gestação extrauterina.

Questão 72

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A datação precisa da gravidez é essencial para o manejo obstétrico adequado. No primeiro trimestre, a ultrassonografia é o método mais fidedigno para determinar a idade gestacional, superando a precisão da Data da Última Menstruação (DUM).

Alternativa A (Correta): O Comprimento Cabeça-Nádega (CCN) é o parâmetro mais preciso para determinar a idade gestacional no primeiro trimestre, especificamente entre a 7^a e a 14^a semana de gestação. Nesse período, o crescimento embrionário/fetal é muito uniforme e pouco influenciado por variações individuais ou patológicas, o que confere ao exame uma margem de erro de apenas 3 a 5 dias. É o parâmetro utilizado para confirmar ou ajustar a idade gestacional em relação à DUM.

Alternativa B (Incorreta): O Diâmetro Biparietal (DBP) consiste na medida da distância entre os ossos parietais do crânio. Ele começa a ter utilidade para a datação a partir do final do primeiro trimestre e início do segundo (após 12 a 14 semanas). Embora seja um parâmetro importante, sua acurácia para determinar a idade gestacional é inferior à do CCN.

Alternativa C (Incorreta): O Comprimento do Fêmur (CF) é um parâmetro utilizado para avaliar o crescimento esquelético e compor o cálculo do peso fetal estimado no segundo e terceiro trimestres. Não é utilizado como parâmetro de escolha para datar a gestação no início da gravidez.

Alternativa D (Incorreta): A Circunferência Abdominal (CA) é o parâmetro biométrico que apresenta a maior variabilidade, pois é diretamente influenciada pelo estado nutricional do feto (depósito de gordura e glicogênio hepático). Por esse motivo, é o parâmetro menos preciso para datar a gestação, sendo, no entanto, o melhor indicador para avaliar o crescimento fetal e diagnosticar condições como a restrição de crescimento ou a macrosomia no terceiro trimestre.

Gabarito: Letra A.

Questão 73

ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES:

I. CORRETA. A principal indicação para o início da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) são os sintomas climatéricos moderados a intensos que prejudicam a qualidade de vida da paciente. O padrão-ouro para o tratamento dos sintomas vasomotores (fogachos e sudorese noturna) é a terapia hormonal. Além disso, a TRH também trata a síndrome geniturinária da menopausa, embora em casos puramente locais o tratamento tópico possa ser preferido.

II. CORRETA. Em mulheres com útero preservado, o uso de estrogênio isolado de forma sistêmica causa uma proliferação excessiva do endométrio, aumentando o risco de hiperplasia e adenocarcinoma de endométrio. A associação de um progestagênio é obrigatória para contrapor esse efeito e garantir a proteção endometrial. O uso de estrogênio isolado é reservado apenas para mulheres hysterectomizadas.

III. INCORRETA. Esta afirmação contraria as diretrizes atuais. A TRH não deve ser indicada com o objetivo primário de prevenir doenças cardiovasculares. Existe o conceito da Janela de Oportunidade, que indica que a TRH é mais segura quando iniciada antes dos 60 anos ou nos primeiros 10 anos após a menopausa. Iniciar a TRH em mulheres com mais de 60 anos ou longe da data da menopausa está associado a um maior risco de eventos tromboembólicos e cardiovasculares, não sendo recomendada como prevenção nessa faixa etária.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A proposição II também está correta, tornando esta alternativa incompleta.

b) Incorreta. A proposição III é falsa conforme os consensos da Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC) e da International Menopause Society (IMS).

c) CORRETA. As afirmações I e II descrevem corretamente as indicações clássicas e os cuidados de segurança endometrial na prescrição da TRH.

d) Incorreta. Como a proposição III é falsa, a alternativa que afirma que todas estão corretas não pode ser assinalada.

Questão 74

A alternativa correta e a principal hipótese diagnóstica para o caso é a endometriose (letra B).

A questão apresenta uma paciente jovem com a tríade clássica da endometriose: dor pélvica crônica, dismenorreia progressiva (cólica menstrual que piora com o passar dos anos) e dispareunia de profundidade (dor durante a relação sexual). O exame físico é altamente sugestivo, pois a presença de nodularidade nos ligamentos uterossacros e a mobilidade uterina reduzida indicam a presença de focos de endometriose infiltrativa profunda e possíveis aderências pélvicas, achados característicos desta patologia.

Análise das alternativas incorretas:

a) Doença Inflamatória Pélvica (DIP) crônica: Embora a DIP possa causar dor pélvica crônica e aderências devido a processos infecciosos prévios (como por clamídia ou gonococo), ela geralmente vem acompanhada de histórico de infecção aguda, febre ou corrimento vaginal. A nodularidade específica em ligamentos uterossacros, associada a uma dismenorreia que progride sistematicamente, é muito mais típica da endometriose.

c) Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP): Esta é uma disfunção endócrina caracterizada por irregularidade menstrual (oligomenorreia ou amenorreia) e sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo). A SOP não evolui com dor pélvica crônica, dismenorreia progressiva ou alterações anatômicas palpáveis como nódulos pélvicos.

d) Leiomiomatose uterina: Os miomas são tumores benignos do miométrio. Os sintomas mais comuns são o sangramento uterino anormal e o aumento do volume do útero, que pode se tornar irregular. Embora possam causar pressão pélvica, raramente provocam nodularidade em ligamentos uterossacros ou o quadro de dor cíclica progressiva descrito, sendo também menos comuns em pacientes tão jovens quanto a do caso (22 anos).

Questão 75

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Na gestação normal, ocorre um aumento fisiológico da frequência cardíaca de repouso, e não uma diminuição. Esse aumento começa já no primeiro trimestre e atinge seu pico no terceiro trimestre, elevando-se, em média, de 10 a 15 batimentos por minuto em relação aos níveis pré-gravídicos.

Alternativa b: Incorreta. Durante o segundo trimestre, o esperado é uma queda da pressão arterial (tanto sistólica quanto diastólica), atingindo seus menores níveis nesse período. Isso ocorre devido à redução acentuada da resistência vascular periférica. A pressão arterial geralmente retorna aos níveis pré-gestacionais apenas próximo ao termo.

Alternativa c: Incorreta. O volume plasmático sofre um aumento expressivo, chegando a ser 40% a 50% maior do que antes da gravidez. Como o aumento da massa de glóbulos vermelhos é proporcionalmente menor que o aumento do plasma, ocorre um processo de hemodiluição (frequentemente chamado de anemia fisiológica da gestação), e não hemoconcentração.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa resume as principais mudanças hemodinâmicas da gravidez. O débito cardíaco aumenta consideravelmente (entre 30% e 50%) devido ao aumento do volume sistólico e da frequência cardíaca. Simultaneamente, a resistência vascular periférica diminui de forma marcante, agindo como um mecanismo de adaptação para acomodar o maior volume sanguíneo e garantir a perfusão adequada do binômio mãe-feto. Essa queda da resistência é mediada pela progesterona, pelo óxido nítrico e pela própria circulação placentária, que funciona como um sistema de baixa pressão.

Conclusão:

A gestação é um estado hiperdinâmico. O coração trabalha mais (aumento do débito cardíaco), com mais volume circulante (hipervolemia), porém em um sistema de vasos mais relaxados (baixa resistência vascular periférica).

Questão 76

Análise do caso:

O casal apresenta um quadro de infertilidade, definida pela ausência de gravidez após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de métodos contraceptivos. A investigação básica mostra que o fator masculino é normal e a mulher apresenta ciclos regulares (sugerindo ovulação preservada). O ponto crítico é a histerossalpingografia, que diagnostica obstrução tubária bilateral.

Explicação das alternativas:

a) CORRETA. A Fertilização in vitro (FIV) é o tratamento de escolha para o fator tubário bilateral. Como as trompas são o local onde ocorre a fecundação natural (encontro do óvulo com o espermatozoide), a obstrução total impede que esse processo aconteça no corpo da mulher. Na FIV, a coleta dos óvulos e a fecundação ocorrem em laboratório, e os embriões são transferidos diretamente para o útero, contornando a necessidade de trompas funcionais.

b) INCORRETA. A Inseminação intrauterina (IIU) consiste na deposição de espermatozoides preparados diretamente na cavidade uterina. Para que a IIU tenha sucesso, é pré-requisito obrigatório que a paciente tenha pelo menos uma das trompas pérvias (abertas) e funcionais, pois a fecundação ainda ocorre dentro do trato reprodutor feminino.

c) INCORRETA. O citrato de clomifeno é um medicamento utilizado para induzir a ovulação em pacientes que não ovulam regularmente (anovulação). No caso descrito, a paciente tem ciclos regulares e o problema é de ordem mecânica/anatômica (obstrução), e não hormonal ou ovulatória. Mesmo que ela ovule mais óvulos, eles não conseguirão encontrar os espermatozoides devido ao bloqueio nas trompas.

d) INCORRETA. O coito programado é uma técnica de baixa complexidade que orienta o casal a ter relações nos dias de maior fertilidade. Assim como a inseminação, essa conduta exige a integridade anatômica das trompas de Falópio. Com a obstrução bilateral confirmada, não há possibilidade de gravidez por via natural.

Questão 77

Para compreender a questão, devemos recordar as quatro categorias dos Critérios de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o uso de métodos contraceptivos:

Categoria 1: Sem restrição ao uso do método.

Categoria 2: As vantagens superam os riscos (uso geralmente permitido).

Categoria 3: Os riscos superam as vantagens (uso geralmente não recomendado, requer julgamento clínico rigoroso).

Categoria 4: Risco inaceitável à saúde (contra-indicação absoluta).

Análise das sentenças:

1. O tabagismo em mulheres com mais de 35 anos é Categoria 4 (contraindicação absoluta) para o uso de anticoncepcionais combinados orais.

VERDADEIRA. Para mulheres com 35 anos ou mais que fumam 15 ou mais cigarros por dia, o uso de anticoncepcionais combinados (que contêm estrogênio) é Categoria 4, devido ao risco significativamente aumentado de eventos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Se a mulher fumar menos de 15 cigarros por dia, a categoria é a 3; mas, em provas de residência, o binômio tabagismo + idade acima de 35 anos é classicamente tratado como contraindicação absoluta (Categoria 4) para métodos combinados.

2. O uso de DIU de cobre em mulheres nulíparas é proscrito (Categoria 4) devido ao risco de expulsão.

FALSA. A nuliparidade (mulher que nunca pariu) é classificada como Categoria 2 pela OMS para a inserção de DIU (seja de cobre ou de levonorgestrel). Embora possa haver um risco discretamente maior de expulsão ou dor na inserção em comparação com múltiparas, os benefícios do método superam amplamente os riscos. Não há contraindicação nem proibição.

3. A amamentação exclusiva com menos de 6 semanas pós-parto é Categoria 4 para o uso de contraceptivos contendo estrogênio.

VERDADEIRA. No período inferior a 6 semanas pós-parto, mulheres que estão amamentando não devem utilizar métodos combinados (estrogênio + progesterona). O estrogênio aumenta o risco de tromboembolismo venoso, que já está elevado no puerpério, e pode interferir negativamente na produção e na qualidade do leite materno. Por isso, é classificado como Categoria 4.

Conclusão:

A sequência correta é V - F - V.

Portanto, a alternativa CORRETA é a letra (c).

Questão 78

A questão apresenta um quadro clínico clássico de leiomiomatose uterina, baseando-se na correlação entre os sintomas, o exame físico e os achados de imagem. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A adenomiose é caracterizada pela presença de tecido endometrial dentro do miométrio. Embora cause sangramento uterino anormal e aumento do volume uterino, o útero na adenomiose costuma ter um aumento global e simétrico (formato globoso), e não contornos irregulares. Ao ultrassom, observa-se um miométrio heterogêneo, com estrias lineares ou pequenos cistos miometriais,

mas raramente nódulos subserosos bem definidos.

Alternativa b) Correta. Os leiomiomas (ou miomas) são tumores benignos formados por fibras musculares lisas e tecido conjuntivo. São a causa mais comum de aumento irregular do útero. A descrição de "nódulos hipoeoicos" ao ultrassom é o achado patognomônico da patologia. A localização desses nódulos explica os achados: os intramurais e subserosos justificam o aumento do volume e a irregularidade dos contornos à palpação, enquanto os intramurais e submucosos (mesmo que não citados explicitamente, frequentemente coexistem) justificam o sangramento uterino anormal.

Alternativa c) Incorreta. Pólipos endometriais são crescimentos excessivos da glândula e do estroma endometrial que se projetam para a cavidade uterina. Eles são causas frequentes de sangramento, porém não provocam o aumento do volume uterino total nem alteram o contorno externo do órgão, uma vez que são lesões intrauterinas/endometriais.

Alternativa d) Incorreta. O sarcoma uterino é uma neoplasia maligna rara. Embora possa se assemelhar a um mioma em exames de imagem, a apresentação de múltiplos nódulos em uma paciente de 45 anos é estatisticamente muito mais provável de ser uma condição benigna (leiomiomatose). O sarcoma costuma ser suspeitado em casos de crescimento muito rápido da massa uterina, especialmente na pós-menopausa, e geralmente apresenta-se como lesão única com características de invasão e vascularização central aumentada ao Doppler.

Em resumo, a combinação de útero irregular e nódulos hipoeoicos em diferentes camadas do miométrio sela o diagnóstico de leiomiomatose uterina.

Questão 79

Para que um exame de colposcopia seja considerado satisfatório para avaliação, o critério técnico fundamental é a visibilidade completa do colo uterino e, especificamente, da Junção Escamocolunar (JEC).

A JEC representa o limite entre o epitélio escamoso (que reveste a ectocérvice) e o epitélio colunar (que reveste a endocérvice). Como a imensa maioria das neoplasias e lesões precursoras do colo do útero se origina na zona de transformação (área compreendida entre a JEC original e a JEC atual), a incapacidade de visualizar a JEC em toda a sua extensão impede que o examinador afirme com segurança a ausência de lesões ocultas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Teste de Schiller é considerado negativo quando o epitélio capta o iodo e cora intensamente (iodopositivo), indicando a presença de glicogênio e, portanto, um epitélio escamoso maduro e saudável. Embora seja um achado de normalidade, ele não define se o exame foi tecnicamente adequado ou satisfatório.

Alternativa b) Incorreta. O epitélio acetobranco é uma alteração visual que surge após a aplicação de ácido acético, sendo o principal marcador de possíveis lesões (como as causadas pelo HPV ou neoplasias intraepiteliais). Trata-se de um achado do exame, e não de um critério de qualidade técnica do procedimento.

Alternativa c) Incorreta. Vasos atípicos são sinais colposcópicos de maior gravidade, frequentemente associados a processos invasivos (câncer). A ausência desses vasos é um dado clínico relevante, mas o exame só é considerado satisfatório se a anatomia necessária (JEC) for visualizada por completo.

Alternativa d) Correta. Esta é a definição clássica. Caso a JEC não seja visualizada em seus 360 graus (comum em pacientes na pós-menopausa, condição na qual a JEC tende a recuar para dentro do canal endocervical), o exame é classificado como insatisfatório. Atualmente, a terminologia da IFCPC (Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia) também utiliza a classificação da Zona de Transformação em tipos 1, 2 e 3, sendo que a visibilidade da JEC é o que define essa classificação e a adequação do exame.

Questão 80

CONCEITO E DIAGNÓSTICO

O quadro clínico descreve uma paciente com sintomas clássicos de Incontinência Urinária de Urgência (IUU). A chave para o diagnóstico reside na correlação direta entre a perda involuntária de urina e o sintoma de urgência miccional, que é o desejo súbito, forte e inadiável de urinar. Além disso, a presença de polaciúria (várias vezes ao dia) e noctúria (várias vezes à noite) reforça o diagnóstico de síndrome da bexiga hiperativa, da qual a IUU é o componente de perda.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Correta: A Incontinência Urinária de Urgência é definida pela perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência. É causada tipicamente por contrações involuntárias do músculo detrusor da bexiga durante a fase de enchimento, um fenômeno conhecido como hiperatividade do detrusor. O relato da paciente é o exemplo clássico dessa patologia.

Alternativa (b) Incorreta: A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é caracterizada pela perda de urina que ocorre simultaneamente a manobras que aumentam a pressão intra-abdominal, como tossir, espirrar, rir ou praticar exercícios físicos, sem a presença de contração do detrusor. A questão afirma explicitamente que a paciente não perde urina ao tossir, descartando essa hipótese.

Alternativa (c) Incorreta: A Incontinência Urinária Mista é o diagnóstico dado quando a paciente apresenta sintomas tanto de esforço quanto de urgência. Como a queixa é restrita à urgência e não há perdas relacionadas a esforços físicos, essa alternativa está incorreta.

Alternativa (d) Incorreta: A Fístula Vesicovaginal é uma comunicação anormal entre a bexiga e o canal vaginal, geralmente secundária a cirurgias ginecológicas prévias ou complicações obstétricas. O quadro clínico típico é de perda urinária contínua e constante através da vagina, e não episódios precedidos por urgência miccional.

Questão 81

A alternativa correta é a letra (c).

A questão aborda os conceitos fundamentais dos níveis de prevenção em saúde. O foco aqui é a atuação médica voltada para evitar o excesso de intervencionismo e a iatrogenia (dano causado pela intervenção médica).

Alternativa a) Prevenção Terciária.

Incorreto. A prevenção terciária é aplicada quando a doença já está estabelecida e se manifesta clinicamente. Seu objetivo é reduzir o impacto da enfermidade, prevenir complicações, realizar a reabilitação e melhorar a qualidade de vida do paciente. Exemplos incluem a fisioterapia pós-AVC ou o controle glicêmico rigoroso para evitar amputações em diabéticos. Não se aplica a uma paciente assintomática.

Alternativa b) Prevenção Primária.

Incorreto. A prevenção primária visa impedir o surgimento da doença. Ela atua no período pré-patogênico, controlando fatores de risco ou utilizando proteção específica. Exemplos clássicos são a vacinação, o uso de preservativos e o incentivo à atividade física e à alimentação saudável para evitar o desenvolvimento de patologias.

Alternativa c) Prevenção Quaternária.

Correto. A prevenção quaternária consiste na detecção de indivíduos em risco de intervencionismo médico excessivo (sobremedicalização), visando protegê-los de

novas invasões médicas desnecessárias e sugerir alternativas eticamente aceitáveis. Ao explicar que a ressonância de corpo inteiro não tem indicação e pode causar danos através de falsos-positivos (que levariam a biópsias ou cirurgias desnecessárias), o médico exerce a prevenção quaternária. O foco é o "primum non nocere" (primeiro não causar dano).

Alternativa d) Prevenção Secundária.

Incorreto. A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato de doenças que já estão presentes no organismo, mas ainda em fase assintomática (fase subclínica). Para isso, utilizam-se testes de rastreamento (screening) com validade científica comprovada, como o exame de Papanicolau ou a mamografia em faixas etárias específicas. A ressonância de corpo inteiro como "check-up" não é um método de rastreamento validado e, portanto, não se enquadra aqui.

Questão 82

Para compreender esta questão, é necessário dominar os conceitos básicos de estatística aplicada aos testes diagnósticos, diferenciando as propriedades intrínsecas do teste (sensibilidade e especificidade) das probabilidades pós-teste (valores preditivos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Esta alternativa descreve o Valor Preditivo Positivo (VPP). O VPP não é uma característica intrínseca do teste, pois varia conforme a prevalência da doença na população testada. Ele responde à pergunta: "Meu teste deu positivo, qual a chance de eu realmente estar doente?".

b) Correta. A especificidade define a capacidade de um teste diagnóstico de identificar corretamente os indivíduos saudáveis, ou seja, de fornecer um resultado negativo naqueles que realmente não apresentam a patologia (verdadeiros negativos). Matematicamente, é calculada dividindo-se os verdadeiros negativos pelo total de indivíduos saudáveis (verdadeiros negativos + falsos-positivos). Um teste com alta especificidade apresenta poucos resultados falsos-positivos, sendo ideal para confirmar um diagnóstico.

c) Incorreta. Esta é a definição de sensibilidade. A sensibilidade é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos que possuem a doença (verdadeiros positivos). Um teste muito sensível é excelente para triagem (*screening*), pois um resultado negativo em um teste de alta sensibilidade ajuda a excluir a doença com segurança (poucos falsos-negativos).

d) Incorreta. Esta alternativa define o Valor Preditivo Negativo (VPN). O VPN indica a probabilidade de um indivíduo não ter a doença após ter recebido um resultado negativo no teste. Assim como o VPP, o valor preditivo negativo também é influenciado pela prevalência da doença na população.

Resumo didático:

- Sensibilidade: Capacidade de detectar os doentes (evita falsos-negativos).
- Especificidade: Capacidade de detectar os sadios (evita falsos-positivos).
- VPP/VPN: Probabilidades baseadas no resultado do teste e na prevalência.

Questão 83

ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES

Proposição I: Correta. O Ensaio Clínico Randomizado (ECR) é o desenho experimental por excelência para testar intervenções. A randomização é a ferramenta que garante que os grupos comparados (intervenção vs. controle) sejam homogêneos em suas características de base. Isso neutraliza variáveis de confusão conhecidas e desconhecidas, garantindo que qualquer diferença no desfecho final seja atribuída à intervenção testada, e não a um viés de seleção.

Proposição II: Correta. O estudo de coorte é um desenho observacional e longitudinal que parte da causa (exposição) em direção ao efeito (desfecho). Como os indivíduos são seguidos ao longo do tempo partindo de um estado livre da doença, podemos contabilizar os casos novos que surgem, permitindo o cálculo direto da incidência. A comparação entre a incidência no grupo exposto e no não exposto resulta no Risco Relativo (RR).

Proposição III: Correta. No estudo caso-controle, o pesquisador identifica indivíduos que já apresentam a doença (casos) e um grupo comparável sem a doença (controles), olhando retrospectivamente para verificar a presença de fatores de risco. É o modelo mais eficiente para doenças raras ou com longo período de latência, pois não requer o acompanhamento de milhares de pessoas por anos. Como não se conhece a população sob risco total ao longo do tempo, não se calcula incidência, utilizando-se o Odds Ratio (razão de chances) como estimativa do risco.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A afirmação I está correta, porém as proposições II e III também estão, tornando a alternativa incompleta.

Alternativa b) Incorreta. A afirmação III está correta, mas as proposições I e II também trazem conceitos verdadeiros.

Alternativa c) Incorreta. Embora I e II estejam corretas, a proposição III é igualmente verdadeira em sua definição de caso-controle e Odds Ratio.

Alternativa d) Correta. Todas as proposições descrevem com precisão os fundamentos da epidemiologia clínica, cobrindo os principais desenhos de estudo, suas direcionalidades e suas respectivas medidas de associação.

Questão 84

O caso descreve um paciente de 50 anos que se enquadra na categoria de risco habitual para o câncer colorretal (CCR), pois é assintomático e não apresenta fatores de risco adicionais, como histórico familiar ou doenças inflamatórias intestinais. O rastreamento do CCR é fundamental nessa faixa etária para a detecção de lesões precursoras (pólipos) e tumores em estágio inicial.

Alternativa a: Incorreta. O intervalo de 5 anos para a realização da colonoscopia não é a recomendação padrão para pacientes de risco habitual. Quando a colonoscopia inicial é normal e não há fatores de risco, o intervalo preconizado é de 10 anos. O intervalo de 5 anos pode ser aplicado em situações específicas, como após a retirada de determinados tipos de pólipos ou em exames de imagem alternativos, como a colonografia por tomografia.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve as duas estratégias principais e mais aceitas para o rastreamento organizado do câncer colorretal em adultos de risco habitual. A pesquisa de sangue oculto nas fezes (preferencialmente pelo método imunológico - FIT) deve ser realizada anualmente devido à sua menor sensibilidade para lesões únicas, exigindo repetição frequente. Já a colonoscopia, por ser um método invasivo de alta sensibilidade e que permite a visualização direta e biópsia, é recomendada a cada 10 anos quando o exame é normal.

Alternativa c: Incorreta. A tomografia computadorizada de abdome total convencional não é um método de rastreamento para câncer colorretal, pois não possui resolução adequada para identificar pólipos pequenos ou lesões precoces na mucosa do cólon. Existe a colonografia por tomografia computadorizada (colonoscopia virtual), mas o intervalo recomendado para ela seria de 5 anos, e não 3, além de exigir preparo intestinal específico.

Alternativa d: Incorreta. O rastreamento é indicado exatamente para indivíduos assintomáticos, visando à prevenção primária e secundária. A ausência de histórico

familiar não exclui a necessidade de exames, pois a maioria dos casos de câncer colorretal é esporádica. Atualmente, as principais diretrizes recomendam iniciar o rastreamento aos 50 anos (ou 45 anos em recomendações mais recentes de algumas sociedades) para toda a população de risco habitual.

Questão 85

RESPOSTA COMENTADA

A questão aborda conceitos fundamentais da epidemiologia descritiva, especificamente as medidas de frequência de doenças. Para responder corretamente, é necessário diferenciar os conceitos de incidência (casos novos) e prevalência (casos totais).

Alternativa a) Incorreta. A Densidade de Incidência (ou Taxa de Incidência) mede a velocidade com que novos casos surgem em uma população, levando em conta o tempo de exposição de cada indivíduo (pessoa-tempo). Ela utiliza apenas casos novos no numerador e uma unidade de tempo no denominador, não englobando casos antigos.

Alternativa b) Incorreta. A Incidência Acumulada representa o risco de um indivíduo desenvolver a doença em um determinado período. Ela é calculada dividindo-se o número de casos novos pelo total de pessoas em risco no início do período de observação. Assim como a densidade de incidência, foca exclusivamente em casos novos.

Alternativa c) Incorreta. A Letalidade não é uma medida de frequência da doença na população geral, mas sim uma medida de gravidade. Ela indica a proporção de pessoas que morrem entre as que possuem a doença (Mortos pela doença / Total de doentes).

Alternativa d) Correta. A Prevalência é a medida que descreve a proporção de todos os casos (novos e antigos) presentes em uma população em um ponto específico do tempo (prevalência pontual) ou em um período (prevalência intervalar). Funciona como uma fotografia ou um estoque da doença, sendo influenciada tanto pelo surgimento de novos casos quanto pela duração da doença (cura ou óbito).

Resumo:

Incidência = Casos novos (ideia de fluxo/filme).

Prevalência = Casos novos + Casos antigos (ideia de estoque/fotografia).

Questão 86

ESTÁGIO DE PRÉ-CONTEMPLAÇÃO E O MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA E DICLEMENTE

O modelo transteórico de Prochaska e DiClemente é fundamental para entender a prontidão de um paciente para a mudança de hábitos, como o tabagismo. Ele se divide em cinco estágios principais: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

No caso descrito, o paciente afirma explicitamente que fumar é um prazer e que não pensa em parar no momento. Esta atitude de não reconhecer o problema ou de não considerar qualquer mudança de comportamento em um futuro próximo define o estágio de PRÉ-CONTEMPLAÇÃO. Diferente do paciente contemplativo, que está ambivalente, o pré-contemplador não vê motivos para mudar ou está resistente à ideia.

A conduta médica diante de um paciente em pré-contemplação deve ser a abordagem breve (ou intervenção motivacional). O foco não é marcar uma data para interrupção ou prescrever medicamentos, mas sim aumentar a percepção do paciente sobre os riscos e os problemas do tabagismo (como a tosse matinal citada), estimulando a reflexão e deixando claro que o profissional está disponível para ajudar quando ele decidir mudar (deixar a porta aberta).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): Na contemplação, o paciente reconhece que fumar é um problema e considera parar, mas está dividido (ambivalente). Ele ainda não tomou a decisão firme. Além disso, discutir barreiras e marcar data para parar são condutas voltadas para os estágios de contemplação (barreiras) e preparação (marcar data).

Alternativa B (Incorreta): A preparação ocorre quando o paciente já decidiu que vai parar de fumar nos próximos 30 dias e começa a planejar como fará isso. Prescrever terapia medicamentosa ou reposição de nicotina sem que o paciente queira parar é ineficaz e não está indicado neste momento.

Alternativa C (Correta): O paciente está em pré-contemplação, pois não tem intenção de mudar o comportamento. A conduta correta é informá-lo sobre os riscos de forma empática, sem confrontação direta, mantendo o vínculo para abordagens futuras.

Alternativa D (Incorreta): O estágio de ação é aquele em que o paciente efetivamente parou de fumar (há menos de 6 meses). O paciente do caso ainda fuma 40 cigarros por dia e não tem planos de interrupção, portanto, está longe do estágio de ação.

GABARITO: Alternativa C.

Questão 87

Para compreender esta questão, é necessário revisar a pirâmide da Medicina Baseada em Evidências (MBE), que organiza os delineamentos de pesquisa de acordo com sua força para embasar decisões clínicas e seu potencial de viés.

ANÁLISE DAS SENTENÇAS:

1. Verdadeira. As revisões sistemáticas com metanálise de ensaios clínicos randomizados são consideradas o "padrão-ouro" para questões terapêuticas. Elas ocupam o topo da pirâmide, pois reúnem e analisam estatisticamente múltiplos estudos de alta qualidade sobre o mesmo tema, reduzindo a incerteza e aumentando o poder estatístico dos achados em comparação a estudos isolados.

2. Verdadeira. Na hierarquia dos estudos observacionais, o estudo de coorte é superior ao de caso-controle. Isso ocorre porque o estudo de coorte geralmente acompanha os indivíduos ao longo do tempo (prospectivo), partindo da exposição para o desfecho, o que permite calcular a incidência e estabelecer uma relação temporal mais clara. O estudo de caso-controle parte do desfecho e olha para o passado (retrospectivo), sendo mais sujeito a vieses de memória e de seleção.

3. Falsa. A opinião de especialistas, embora útil na prática clínica na ausência de estudos, ocupa a base da pirâmide de evidências (nível mais baixo). Ela é considerada uma evidência frágil por ser subjetiva e passível de vieses individuais. Na hierarquia, as séries de casos estão acima da opinião de especialistas, pois já apresentam dados estruturados de observações clínicas reais.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A terceira sentença é falsa, pois a opinião de especialistas é o degrau mais baixo da evidência científica.

b) Correta. Esta alternativa reflete exatamente a análise técnica: as sentenças 1 e 2 são preceitos fundamentais da MBE, e a sentença 3 está incorreta na classificação hierárquica.

c) Incorreta. A primeira sentença é verdadeira; revisões sistemáticas de ensaios clínicos são, de fato, o topo da hierarquia para terapia.

d) Incorreta. A segunda sentença é verdadeira (coorte é superior a caso-controle) e a terceira é falsa (opinião de especialistas é a base da pirâmide).

Questão 88

A questão aborda as recomendações de vacinação pneumocócica para idosos no Brasil, baseando-se nas diretrizes de sociedades como a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

O envelhecimento acarreta um processo chamado imunossenescência, que aumenta a vulnerabilidade a doenças respiratórias graves, como a pneumonia e a doença pneumocócica invasiva (meningite e bacteremia). Por isso, a idade igual ou superior a 60 anos já é uma indicação para a vacinação, independentemente da presença de comorbidades.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A ausência de comorbidades não contraindica a vacinação. No idoso, a idade é o principal fator de risco considerado pelas sociedades científicas para indicar o esquema vacinal completo contra o pneumococo.

Alternativa b: Incorreta. Embora a VPP23 seja a vacina disponível no sistema público para idosos institucionalizados ou com condições clínicas específicas, ela é uma vacina polissacarídica que não gera memória imunológica duradoura. As recomendações das sociedades médicas priorizam o esquema sequencial para uma proteção mais robusta.

Alternativa c: Incorreta. A VPC13 é uma vacina conjugada que induz resposta imune dependente de linfócitos T, gerando memória e proteção de mucosa. No entanto, ela cobre apenas 13 sorotipos. Para ampliar o espectro de proteção para outros sorotipos prevalentes no Brasil, as sociedades recomendam complementar o esquema com a VPP23.

Alternativa d: Correta. Esta é a conduta preconizada pelas sociedades científicas brasileiras (esquema sequencial). O paciente deve iniciar com uma dose de VPC13 (Vacina Pneumocócica Conjugada 13-valente) e, após um intervalo de 6 a 12 meses, receber uma dose de VPP23 (Vacina Pneumocócica Polissacarídica 23-valente). Uma segunda dose de VPP23 deve ser aplicada 5 anos após a primeira dose da VPP23. Esse esquema combina a qualidade da resposta imune da vacina conjugada com a amplitude de sorotipos da vacina polissacarídica.

Questão 89

Esta questão aborda os vieses (erros sistemáticos) que podem ocorrer na avaliação de programas de rastreamento populacional. O objetivo é identificar o fenômeno em que a detecção precoce cria uma ilusão de benefício.

Alternativa a) Incorreta. O viés de tempo de duração (*Length-time bias*) ocorre porque os testes de rastreamento têm maior probabilidade de detectar doenças que progridem lentamente, as quais possuem um prognóstico naturalmente melhor. Doenças muito agressivas e de crescimento rápido evoluem para sintomas rapidamente e costumam ser diagnosticadas no intervalo entre os exames de rotina. Assim, o grupo "rastreado" parece ter melhor sobrevida apenas porque selecionou casos de evolução mais branda.

Alternativa b) Incorreta. O viés de seleção refere-se a distorções na escolha dos indivíduos para um estudo. No contexto do rastreamento, é comum o viés do voluntário saudável: pessoas que buscam exames preventivos tendem a ser mais preocupadas com a saúde, exercitam-se mais e fumam menos do que a população geral. Essas características, e não o exame em si, podem levar a melhores resultados de saúde.

Alternativa c) Correta. O viés de tempo de chumbo (*Lead-time bias*) é o que o enunciado descreve. O "*lead-time*" é o tempo de antecipação do diagnóstico. Se um paciente tem um câncer detectado pelo rastreamento aos 50 anos e morre aos 55, sua sobrevida foi de 5 anos. Se esse mesmo paciente não fizesse o rastreamento, descobriria a doença pelos sintomas apenas aos 53 anos e morreria aos mesmos 55 anos, com uma sobrevida de 2 anos. Embora o desfecho final (morte aos 55) seja idêntico, o rastreamento criou a falsa impressão de que o paciente viveu 3 anos a mais após o diagnóstico, quando na verdade ele apenas soube da doença por mais tempo.

Alternativa d) Incorreta. O viés de confusão ocorre quando uma variável externa está associada tanto à exposição quanto ao desfecho, misturando os efeitos e impedindo a identificação da real causa. Por exemplo, associar o consumo de café ao câncer de pulmão sem considerar que muitos consumidores de café também fumam (o tabagismo seria a variável de confusão). Não é um erro específico relacionado à antecipação diagnóstica do rastreamento.

Questão 90

O protocolo SPIKES é um roteiro de seis etapas desenhado para facilitar a comunicação de notícias difíceis na prática médica, garantindo que a informação seja transmitida de forma ética e empática. O caso clínico descreve um médico que, após preparar o ambiente e avaliar o conhecimento prévio do paciente, busca entender o nível de detalhamento que o doente deseja receber naquele momento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Knowledge (Conhecimento). Está incorreta. Esta etapa, representada pela letra K, refere-se ao momento da transmissão da notícia propriamente dita. Nela, o médico fornece os fatos médicos, o diagnóstico e as informações técnicas em linguagem acessível. No enunciado, o médico ainda não forneceu a notícia; ele está testando a prontidão do paciente para ouvi-la.

Alternativa b) Invitation (Convite). Está correta. A etapa do convite, representada pela letra I, consiste em obter o consentimento do paciente sobre a profundidade da informação que ele deseja receber. Como cada indivíduo tem um limite emocional e um desejo de autonomia diferentes, o médico deve perguntar se o paciente quer saber todos os detalhes agora ou em outro momento, ou até se prefere que a notícia seja dada a um familiar. A frase citada na questão é o exemplo clássico desta etapa.

Alternativa c) Perception (Percepção). Está incorreta. A percepção, representada pela letra P, utiliza perguntas abertas para verificar o que o paciente entende sobre sua situação clínica até aquele momento (por exemplo: "O que o senhor sabe sobre o motivo de termos feito esses exames?"). O enunciado afirma que o médico já "verifica o que o paciente já sabe" antes de fazer a pergunta sobre os detalhes, indicando que a percepção já foi explorada.

Alternativa d) Strategy (Estratégia). Está incorreta. A estratégia e o resumo, representados pela letra S, constituem a fase final do protocolo. Ela ocorre após a notícia ter sido dada e após o acolhimento das emoções (etapa Empathy). Nesta fase, médico e paciente discutem os próximos passos, o plano terapêutico e as opções futuras, visando diminuir a sensação de desamparo.

Questão 91

A ferramenta descrita no enunciado é o Genograma, um instrumento essencial na Abordagem Familiar, especialmente dentro da Medicina de Família e Comunidade.

Alternativa a) Correta. O genograma é uma representação gráfica que detalha a composição familiar de pelo menos três gerações. Ele utiliza símbolos padronizados

para demonstrar o sexo dos membros, nascimentos, óbitos e, fundamentalmente, a qualidade das relações afetivas (como vínculos estreitos, conflituosos ou rompidos) e o histórico de doenças e eventos de saúde relevantes. Isso permite ao médico identificar padrões hereditários, comportamentais e dinâmicas relacionais que impactam o processo saúde-doença.

Alternativa b) Incorreta. O ecomapa é um diagrama que foca na relação da família (ou de um indivíduo) com o meio externo. Ele identifica as redes de apoio social e os sistemas com os quais a família interage, como o trabalho, a igreja, a escola e os serviços de saúde. Enquanto o genograma olha para dentro da família e suas gerações, o ecomapa olha para fora, para as conexões da família com a comunidade e o ambiente social.

Alternativa c) Incorreta. O Ciclo de Vida Familiar não é um diagrama propriamente dito, mas um modelo teórico que descreve as etapas previsíveis pelas quais as famílias passam ao longo do tempo (como o casamento, o nascimento dos filhos, a adolescência dos filhos, o ninho vazio e o envelhecimento). É uma forma de entender as crises e tarefas de desenvolvimento em cada fase, mas não a ferramenta de mapeamento gráfico geracional pedida.

Alternativa d) Incorreta. O APGAR Familiar é um questionário rápido composto por cinco perguntas que avaliam a funcionalidade familiar sob o ponto de vista de um de seus membros. Ele mede a satisfação em cinco domínios: Adaptação, Companheirismo, Desenvolvimento, Afetividade e Capacidade Resolutiva. O resultado é uma pontuação que indica se a família é funcional ou apresenta algum grau de disfunção, não sendo uma representação gráfica da estrutura e das relações ao longo de gerações.

Questão 92

Para compreender a questão, é fundamental revisar os níveis de prevenção de Leavell e Clark, que são divididos de acordo com a fase da história natural da doença em que se intervém.

Alternativa a: Incorreta. O uso de estatinas em pacientes que possuem dislipidemia, mas que ainda não sofreram um evento cardiovascular (como infarto ou AVC), é considerado Prevenção Primária. O objetivo é controlar um fator de risco para evitar o surgimento da doença clínica.

Alternativa b: Incorreta. O rastreamento de hipertensão arterial em adultos assintomáticos é um exemplo de Prevenção Secundária. A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato de uma doença que já está

presente, mas ainda não manifestou sintomas claros, visando evitar sua progressão.

Alternativa c: Incorreta. A vacinação contra a hepatite B, assim como qualquer outra imunização, é classificada como Prevenção Primária. Trata-se de uma proteção específica aplicada ao indivíduo suscetível para impedir que a doença venha a ocorrer.

Alternativa d: Correta. A Prevenção Terciária atua quando a doença já está estabelecida e deixou sequelas ou incapacidades. As ações de prevenção terciária visam limitar a invalidez, promover a reabilitação física, psicológica e social e melhorar a qualidade de vida do paciente. Portanto, o suporte após um AVC para reintegração e recuperação funcional é a definição clássica deste nível de prevenção.

Questão 93

Análise das Proposições:

Proposição I: Correta. O Valor Preditivo Positivo (VPP) define a probabilidade pós-teste de doença. Ou seja, indica a chance de um paciente realmente ter a patologia quando o resultado do seu exame é positivo. Matematicamente, é a razão entre os verdadeiros positivos e o total de resultados positivos (verdadeiros positivos + falsos positivos).

Proposição II: Correta. Ao contrário da sensibilidade e da especificidade, os valores preditivos são dependentes da prevalência (probabilidade pré-teste). Em uma população na qual a doença é muito comum (alta prevalência), qualquer resultado positivo tem uma chance muito maior de ser um verdadeiro positivo, o que aumenta o VPP. Em populações nas quais a doença é rara, a chance de um resultado positivo ser um erro do teste (falso positivo) cresce, reduzindo o VPP.

Proposição III: Incorreta. As características intrínsecas de um teste diagnóstico, que teoricamente não mudam com o cenário clínico ou a prevalência, são a sensibilidade e a especificidade. O VPP é uma medida de desempenho clínico que oscila conforme o grupo testado.

Explicação das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A proposição II também está correta, pois a relação direta entre prevalência e VPP é um conceito fundamental da epidemiologia clínica.

Alternativa b) Incorreta. A proposição I também está correta, pois traz a definição exata de VPP.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa agrupa as duas únicas afirmações verdadeiras. O VPP é tanto a probabilidade de doença após um teste positivo quanto uma variável dependente da prevalência da doença no meio em que o teste é aplicado.

Alternativa d) Incorreta. A proposição III invalida esta opção, uma vez que o VPP não é fixo; ele muda se aplicarmos o mesmo teste em um hospital de referência (alta prevalência) ou em um rastreamento populacional (baixa prevalência).

Questão 94

Análise do Caso:

O paciente em questão apresenta diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Segundo as Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a presença de diabetes associada a outros fatores de risco (como a hipertensão) ou indicadores de lesão de órgão-alvo classifica o indivíduo como de alto risco cardiovascular.

Para pacientes de alto risco, a meta terapêutica de LDL-c é inferior a 70 mg/dL. Como o paciente possui um LDL-c de 160 mg/dL, ele está significativamente acima da meta, necessitando de uma redução superior a 50% nos níveis de colesterol.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Em pacientes de alto risco cardiovascular, as mudanças no estilo de vida (dieta e exercícios) devem ser iniciadas imediatamente, porém nunca isoladamente. A redução do LDL-c promovida apenas por dieta e exercícios costuma ser de 10% a 15%, o que é insuficiente para levar o paciente de 160 mg/dL para a meta de menos de 70 mg/dL.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta recomendada. Pacientes de alto risco exigem terapia farmacológica imediata com estatinas de alta potência (como atorvastatina 40-80 mg ou rosuvastatina 20-40 mg) para atingir a redução percentual necessária (maior do que 50%) e alcançar a meta de LDL < 70 mg/dL, sempre associada a mudanças no estilo de vida.

Alternativa c) Incorreta. Os fibratos são fármacos de primeira escolha para o tratamento da hipertrigliceridemia grave (triglicerídeos acima de 500 mg/dL), visando à prevenção de pancreatite. Eles possuem efeito muito limitado na redução do LDL-c, não sendo indicados para este objetivo.

Alternativa d) Incorreta. A dislipidemia é uma condição assintomática na vasta maioria dos casos. O tratamento é pautado na prevenção primária (evitar o primeiro evento) ou secundária (evitar novos eventos) de complicações graves, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Ser assintomático não retira a necessidade de intervenção em um paciente com alto risco cardiovascular.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 95

Para responder a essa questão, é fundamental correlacionar o delineamento do estudo epidemiológico com sua respectiva medida de associação. No estudo de caso-controle, o pesquisador parte de indivíduos que já apresentam a doença (casos) e de indivíduos saudáveis (controles) para investigar, retrospectivamente, a frequência da exposição a possíveis fatores de risco no passado.

Alternativa a) Correta: O Odds Ratio, traduzido como Razão de Chances, é a medida de associação de escolha para estudos de caso-controle. Como esse tipo de estudo não permite o cálculo direto da incidência (uma vez que o número de doentes e não doentes é definido pelo pesquisador e não ocorre naturalmente ao longo do tempo), não é possível calcular o risco. Dessa forma, estima-se a chance de exposição entre os doentes dividida pela chance de exposição entre os não doentes.

Alternativa b) Incorreta: O Risco Relativo (RR) é a medida de associação utilizada prioritariamente em estudos de coorte e ensaios clínicos. Para o seu cálculo, é necessário conhecer a incidência da doença (casos novos) nos grupos expostos e não expostos, informação que o delineamento de caso-controle não fornece.

Alternativa c) Incorreta: O Risco Atribuível é uma medida de impacto também derivada de estudos que permitem o cálculo da incidência, como a coorte. Ele representa a diferença absoluta entre o risco dos expostos e o risco dos não expostos, indicando quanto do desfecho pode ser atribuído especificamente ao fator de risco estudado.

Alternativa d) Incorreta: A Razão de Prevalência é a medida típica dos estudos transversais. Nesses estudos, a exposição e a doença são analisadas simultaneamente em um recorte temporal único, fornecendo a prevalência do evento em vez da chance retrospectiva de exposição.

Questão 96

As diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), definem condutas específicas baseadas no resultado da citopatologia e na faixa etária da paciente. A Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL) reflete, na maioria das vezes, a manifestação citopatológica da infecção pelo HPV. Por apresentar altas taxas de regressão espontânea, a conduta inicial é conservadora para evitar procedimentos desnecessários.

Para mulheres com 25 anos ou mais que apresentam o primeiro resultado de LSIL, a recomendação oficial é a repetição do exame citopatológico em 6 meses. Se o novo exame for negativo, a paciente deve realizar outra repetição em 6 meses e, se mantiver o resultado negativo, retorna ao rastreamento rotineiro. Se o resultado da repetição for LSIL ou qualquer alteração mais grave (como ASC-US, ASC-H, HSIL ou AGC), a paciente deve, então, ser encaminhada para colposcopia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A conização (ou cirurgia de alta frequência) é um procedimento terapêutico e diagnóstico indicado para lesões de alto grau (HSIL/NIC II e III) ou quando há suspeita de invasão. Não há indicação de tratamento cirúrgico imediato para uma lesão de baixo grau em paciente jovem e sem avaliação colposcópica prévia.

Alternativa b) Correta. Conforme os protocolos do Ministério da Saúde/INCA, a conduta frente ao primeiro achado de LSIL em mulheres de 25 anos ou mais é repetir o preventivo em 6 meses. Nota-se que, se a paciente tivesse menos de 25 anos, a recomendação seria repetir o exame apenas em 3 anos.

Alternativa c) Incorreta. O encaminhamento imediato para colposcopia para o achado de LSIL só está indicado em situações específicas, como em pacientes imunossuprimidas ou naquelas que apresentam persistência da lesão após o acompanhamento citológico de 6 meses. Para a população geral acima de 25 anos, a conduta inicial é a observação com repetição citológica.

Alternativa d) Incorreta. O tratamento com creme vaginal (antibióticos ou antifúngicos) é indicado para infecções vaginais sintomáticas (vaginites) ou quando o exame é considerado insatisfatório por excesso de inflamação, o que não é o caso relatado. Além disso, o intervalo de 1 ano está incorreto para o seguimento de uma paciente de 28 anos com resultado de LSIL, cujo prazo deve ser de 6 meses.

Questão 97

Para compreender esta questão, precisamos revisar os conceitos fundamentais de testes de hipóteses na bioestatística. Em qualquer estudo clínico, trabalhamos com a Hipótese Nula (H_0), que geralmente afirma que não há diferença entre os grupos, e a Hipótese Alternativa (H_1), que afirma que existe uma diferença.

Análise das sentenças:

1. O Erro Tipo I (alfa) ocorre quando rejeitamos a hipótese nula, sendo ela verdadeira (falso-positivo): VERDADEIRA. O erro tipo I acontece quando o pesquisador conclui que existe uma diferença ou efeito (rejeita H_0), mas, na realidade, essa diferença não existe. É o equivalente a um resultado "falso-positivo" em um teste diagnóstico: você diz que o paciente tem a doença (diferença) quando ele está saudável (sem diferença).

2. O Erro Tipo II (beta) ocorre quando não rejeitamos a hipótese nula, sendo ela falsa (falso-negativo): VERDADEIRA. O erro tipo II acontece quando o estudo não consegue demonstrar uma diferença estatisticamente significativa, embora essa diferença realmente exista na natureza. É o "falso-negativo": o pesquisador afirma que não há diferença entre os tratamentos, mas na verdade existe.

3. O Poder do estudo é a capacidade de detectar uma diferença quando ela realmente existe (1-beta): VERDADEIRA. O Poder Estatístico representa a probabilidade de o estudo encontrar um resultado positivo se o tratamento realmente funcionar. Matematicamente, ele é o complementar do Erro Tipo II (1 menos beta). Se o risco de cometer um erro falso-negativo (beta) é de 20%, o poder do estudo é de 80%.

Análise das alternativas:

Como todas as sentenças (1, 2 e 3) são verdadeiras, a sequência correta é V, V, V.

- a) Incorreta. Afirma que a sentença 1 é falsa, mas o Erro Tipo I é exatamente a rejeição de uma H_0 verdadeira.
- b) Incorreta. Afirma que a sentença 2 é falsa, mas o Erro Tipo II é exatamente a não rejeição de uma H_0 falsa.
- c) Incorreta. Afirma que a sentença 3 é falsa, mas o Poder do estudo é definido tecnicamente como 1-beta.
- d) CORRETA. Esta alternativa valida corretamente que as três afirmações estão de acordo com os conceitos clássicos de estatística inferencial.

Resumo para memorização:

- Erro Alfa (I): Condenar um inocente (Dizer que há diferença sem haver).
- Erro Beta (II): Absolver um culpado (Dizer que não há diferença existindo uma).
- Poder (1-Beta): Capacidade de condenar quem é culpado (Achar a diferença que existe).

Questão 98

Esta questão trata da abordagem do idoso com risco de quedas, focando no manejo de fatores de risco modificáveis e na interpretação de testes funcionais.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: O envelhecimento, o histórico de quedas e o uso de substâncias psicoativas, como os benzodiazepínicos, formam um cenário de alto risco. O teste Timed Up and Go (TUG) acima de 20 segundos confirma que a paciente possui uma mobilidade significativamente comprometida e um alto risco de novos eventos. Segundo os Critérios de Beers, os benzodiazepínicos devem ser evitados em idosos devido ao risco de sedação, ataxia, declínio cognitivo e quedas. Portanto, a revisão da polifarmácia e o desmame gradual do benzodiazepínico são as intervenções prioritárias e com maior nível de evidência para a prevenção primária e secundária de quedas.

Alternativa (b) INCORRETA: A restrição ao leito é uma conduta inadequada e perigosa no idoso. A imobilidade prolongada leva à perda acelerada de massa muscular (sarcopenia), ao descondicionamento cardiovascular, ao risco de tromboembolismo e à formação de lesões por pressão. Em vez de evitar acidentes, o repouso no leito fragiliza a paciente e aumenta o risco de quedas futuras ao tentar mobilizar-se.

Alternativa (c) INCORRETA: A suplementação de vitamina D pode ser benéfica em idosos com deficiência comprovada ou alto risco de fraturas, mas não deve ser prescrita em dose de ataque de forma universal para todos os casos. Além disso, ela não substitui a necessidade de remover o principal agente causador do risco (o benzodiazepínico).

Alternativa (d) INCORRETA: O uso de dispositivos auxiliares de marcha (bengalas, andadores) deve ser sempre precedido por uma avaliação técnica da marcha e do equilíbrio, preferencialmente com auxílio da fisioterapia. Prescrever um dispositivo sem o devido ajuste de altura e sem o treinamento de uso pode, na verdade, tornar-se um obstáculo e causar uma nova queda.

Associação com o Teste TUG: O Timed Up and Go mede o tempo que o paciente leva para levantar de uma cadeira, caminhar 3 metros, girar, voltar e sentar. Valores

acima de 12 a 13 segundos já indicam risco aumentado; valores acima de 20 segundos indicam um déficit importante de mobilidade física, reforçando a necessidade de intervenção imediata nos fatores de risco, como as medicações em uso.

Questão 99

A questão aborda a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a notificação imediata deve ser feita em até 24 horas a partir do conhecimento do caso suspeito ou confirmado.

Alternativa A - Incorreta: A hipertensão arterial sistêmica é uma condição crônica não transmissível. Embora tenha grande relevância para a saúde pública devido à sua alta prevalência e ao risco de complicações cardiovasculares, ela não exige notificação compulsória individual às autoridades de vigilância epidemiológica, sendo monitorada por outros mecanismos, como inquéritos de saúde.

Alternativa B - Correta: O sarampo é uma doença viral aguda altamente contagiosa, transmitida por via aérea. Devido ao seu alto potencial de disseminação e à meta de eliminação da doença no Brasil, qualquer caso suspeito deve ser notificado imediatamente (em até 24 horas) às autoridades de saúde municipais, estaduais e federais. Isso permite a realização de ações rápidas de bloqueio vacinal e investigação epidemiológica para conter surtos.

Alternativa C - Incorreta: O diabetes mellitus, assim como a hipertensão, é uma doença crônica não transmissível. O acompanhamento é feito de forma longitudinal na atenção primária, mas não faz parte da lista de doenças que exigem notificação compulsória imediata para fins de vigilância epidemiológica de surtos.

Alternativa D - Incorreta: O hipotireoidismo congênito é uma alteração metabólica detectada precocemente por meio do Programa Nacional de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho). Apesar de a identificação precoce ser essencial para evitar sequelas no desenvolvimento da criança, essa condição não é classificada como uma doença de notificação compulsória imediata por não apresentar risco de disseminação populacional.

Questão 100

A classificação BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) é uma ferramenta de padronização internacional utilizada para descrever achados em exames de imagem da mama e sugerir condutas médicas baseadas no risco de malignidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Achados suspeitos são classificados como BI-RADS 4 (suspeita de malignidade) ou BI-RADS 5 (altamente sugestivo de malignidade). Nestes casos, a conduta indicada é, de fato, a investigação histopatológica por meio de biópsia percutânea ou cirúrgica.

Alternativa b) Incorreta. Um achado benigno é classificado como BI-RADS 2. O risco de câncer nessa categoria é de 0%, e a conduta correta é manter o rastreamento mamográfico conforme a idade da paciente, sem necessidade de exames adicionais imediatos.

Alternativa c) Incorreta. A descrição de achado provavelmente benigno corresponde ao BI-RADS 3. O risco de malignidade é menor ou igual a 2%. A conduta padronizada para essa categoria é o controle radiológico em intervalo curto (inicialmente em 6 meses) para monitorar a estabilidade da lesão.

Alternativa d) Correta. A categoria BI-RADS 0 é definida como uma avaliação incompleta. Isso ocorre quando o radiologista detecta uma alteração que não pode ser totalmente caracterizada apenas com as incidências básicas da mamografia (craniocaudal e mediolateral oblíqua). Portanto, é necessário realizar avaliações adicionais para se chegar a uma conclusão definitiva (BI-RADS 1, 2, 3, 4 ou 5). As ferramentas complementares incluem incidências mamográficas extras (como compressão focalizada ou magnificação), ultrassonografia mamária ou a comparação com exames anteriores da paciente.

Resumo das categorias BI-RADS para revisão:

- 0: Incompleto (necessita exames adicionais)
- 1: Negativo (sem achados)
- 2: Benigno
- 3: Provavelmente benigno (seguimento em 6 meses)
- 4: Suspeito (necessita biópsia)
- 5: Altamente suspeito (necessita biópsia)
- 6: Malignidade confirmada (já biopsiado anteriormente)