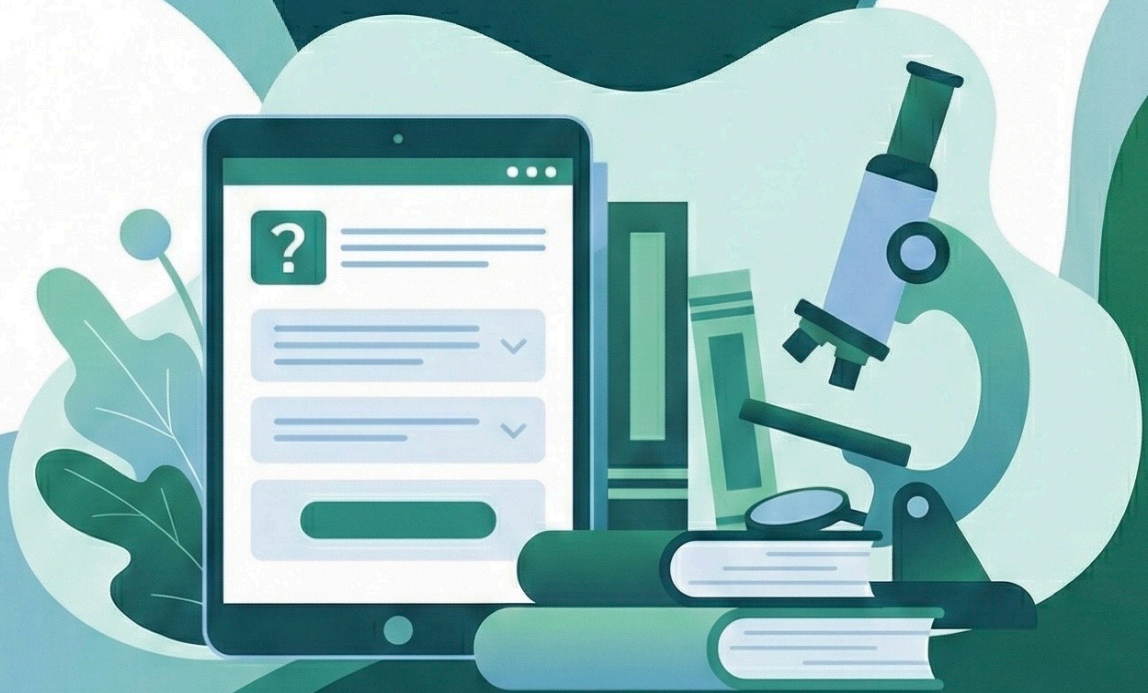




SCM Barra Mansa

GABARITO | 2026 | RJ | 100 Questões



Gabarito: SCM Barra Mansa

2026 | RJ

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise das assertivas:

Primeira afirmativa (Verdadeira): A aferição da pressão intra-abdominal (PIA) de forma indireta através da bexiga (método transvesical) é considerada o padrão-ouro pela World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (WSACS). Para garantir a acurácia, o paciente deve estar em decúbito dorsal horizontal (supino), a medição deve ocorrer ao final da expiração, sem interferência da contração da musculatura abdominal e com o transdutor zerado na linha axilar média.

Segunda afirmativa (Falsa): A oligúria na síndrome compartimental abdominal (SCA) é multifatorial e decorre principalmente da redução da pressão de perfusão renal. O aumento da PIA causa compressão direta do parênquima e das veias renais, além de reduzir o débito cardíaco e elevar a resistência vascular renal. A obstrução mecânica dos ureteres é um evento raro e não a causa primária da disfunção renal nesta patologia.

Terceira afirmativa (Verdadeira): A decompressão abdominal cirúrgica (laparotomia descompressiva deixando a cavidade em peritoneostomia ou abdômen aberto) é o tratamento definitivo para a SCA. Ela está indicada quando as medidas clínicas conservadoras falham em reduzir a PIA e o paciente mantém ou agrava a disfunção orgânica, geralmente com valores de PIA superiores a 20 ou 25 mmHg associados a nova falência de órgãos.

Quarta afirmativa (Verdadeira): O uso de bloqueadores neuromusculares é uma das estratégias clínicas iniciais para o manejo da hipertensão intra-abdominal. Ao promover o relaxamento da musculatura da parede abdominal, ocorre um aumento da complacência da cavidade, o que pode reduzir a pressão exercida sobre as vísceras e melhorar a perfusão, servindo como medida de suporte antes da decisão por cirurgia.

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

Questão 2

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) INCORRETA. A sorologia para *Entamoeba histolytica* possui, na verdade, um alto valor preditivo negativo (frequentemente acima de 95% em áreas não endêmicas). Se a sorologia for negativa, a chance de ser um abscesso amebiano é muito baixa. Além disso, a aspiração diagnóstica de rotina não é recomendada para todos os casos; ela é reservada para situações de dúvida diagnóstica persistente, suspeita de sobreinfecção bacteriana em abscesso amebiano ou quando há alto risco de ruptura.

Alternativa b) INCORRETA. Esta alternativa inverte a epidemiologia clássica. A causa mais comum de abscesso hepático piogênico em adultos é a patologia biliar (colangite, colecistite, obstruções biliares por cálculos ou neoplasias), correspondendo a cerca de 40% a 60% dos casos. A disseminação hematogênica por focos à distância, como endocardite, é uma causa bem menos frequente.

Alternativa c) INCORRETA. Em casos de abscessos piogênicos múltiplos e pequenos (microabscessos), a conduta inicial e principal é a antibioticoterapia sistêmica prolongada. A drenagem costuma ser difícil nessas apresentações e a hepatectomia regradada é uma medida de exceção, reservada apenas para casos muito específicos e refratários, como abscessos associados a doenças biliares intra-hepáticas crônicas (ex.: hepatolitíase) que não respondem ao tratamento conservador.

Alternativa d) CORRETA. Esta alternativa descreve perfeitamente o perfil do abscesso amebiano. Ele é geralmente único e localiza-se preferencialmente no lobo direito (devido ao fluxo preferencial da veia porta). O tratamento de escolha é clínico, com o uso de metronidazol ou tinidazol, apresentando excelente resposta em mais de 90% dos casos. A intervenção (drenagem percutânea) só é indicada se houver falha do tratamento medicamentoso após 48-72 horas, em abscessos volumosos com risco iminente de ruptura (especialmente no lobo esquerdo pelo risco de drenagem para o pericárdio) ou em casos de incerteza diagnóstica.

Questão 3

Alternativa a) Incorreta. O cloreto de cálcio possui uma osmolaridade cerca de três vezes maior que a do gluconato de cálcio, sendo altamente irritante para o endotélio vascular. Por isso, o cloreto de cálcio é preferencialmente administrado em veias de grosso calibre ou acesso venoso central. O uso em veia periférica aumenta significativamente o risco de flebite química e, em caso de extravasamento, pode causar necrose tecidual extensa. O gluconato de cálcio é a escolha mais segura para infusão periférica.

Alternativa b) Correta. O tratamento da hipocalcemia aguda e sintomática exige a reposição imediata de cálcio por via intravenosa, geralmente na forma de gluconato de cálcio a 10%. É essencial verificar e corrigir os níveis de magnésio concomitantes, pois a hipomagnesemia causa resistência à ação do paratormônio (PTH) nos tecidos e inibe a sua secreção pelas paratireoides. Sem a correção do magnésio, a hipocalcemia torna-se refratária ao tratamento apenas com cálcio.

Alternativa c) Incorreta. A alcalose respiratória, ao aumentar o pH sanguíneo, favorece a ligação do cálcio à albumina, o que reduz a fração de cálcio ionizado (a forma livre e fisiologicamente ativa). Portanto, a alcalose não protege o paciente; pelo contrário, ela pode desencadear ou agravar os sintomas de tetania e parestesias, mesmo que os níveis de cálcio total não estejam tão baixos.

Alternativa d) Incorreta. Diante de hipocalcemia severa e sintomática (como evidenciado pelo sinal de Trousseau positivo), a reposição deve ser imediata. Não se deve aguardar 48 horas para iniciar o tratamento, pois o paciente corre riscos graves, incluindo laringoespasma, convulsões e arritmias cardíacas. O objetivo principal no pós-operatório imediato é a estabilização clínica e a segurança do paciente, e não a indução de estresse glandular para recuperação das paratireoides.

Questão 4

ALTERNATIVA A - INCORRETA

Embora o preparo mecânico do cólon associado a antibióticos orais seja uma prática recomendada em cirurgias colorretais eletivas, esta alternativa foca em protocolos específicos de uma especialidade e no preparo do órgão. O enunciado solicita explicitamente que sejam considerados os princípios farmacocinéticos, a janela temporal de administração e a redosagem. A alternativa A não aborda esses conceitos farmacocinéticos de forma direta, como o comando da questão exige. Além disso, a tendência atual é o uso combinado de antibióticos orais e venosos, mas a questão busca a regra geral da dinâmica de administração.

ALTERNATIVA B - CORRETA

Esta alternativa atende perfeitamente ao que foi solicitado no enunciado, relacionando a indicação do fármaco aos princípios farmacocinéticos e à janela temporal. A vancomicina possui uma farmacocinética particular: por ser um glicopeptídeo que pode causar a Síndrome do Homem Vermelho se infundida rapidamente, ela exige uma infusão lenta (geralmente entre 60 a 120 minutos). Devido a esse tempo de infusão e à sua distribuição tecidual, ela deve ter sua administração iniciada com maior antecedência (janela temporal estendida) em comparação aos betalactâmicos, para garantir que a concentração tecidual esteja no

pico no momento da incisão. Sua indicação é correta para serviços com alta prevalência de MRSA.

ALTERNATIVA C - INCORRETA

O intervalo de administração não deve ser fixo ou independente das características do fármaco. Pelo contrário, o momento ideal da aplicação é totalmente dependente da farmacocinética de cada droga. Antibióticos com meia-vida curta ou que exigem infusão lenta (como vancomicina e fluoroquinolonas) demandam tempos de início diferentes dos antibióticos de infusão rápida (como a cefazolina) para garantir a eficácia no momento da incisão.

ALTERNATIVA D - INCORRETA

A redosagem intraoperatória não possui relação com a estabilidade hemodinâmica do paciente, mas sim com a manutenção dos níveis terapêuticos do antibiótico. Os critérios para redosagem são: 1) Duração do procedimento que ultrapasse o equivalente a duas meias-vidas do antibiótico utilizado; e 2) Perda sanguínea maciça (geralmente definida como superior a 1.500 ml em adultos), que promove a lavagem do fármaco do compartimento intravascular e tecidual.

Questão 5

A Doença de Ormond, ou fibrose retroperitoneal idiopática, caracteriza-se pela presença de um tecido fibroinflamatório que se desenvolve no espaço retroperitoneal, tipicamente ao redor da aorta abdominal e das artérias ilíacas, podendo englobar e comprimir estruturas adjacentes.

Explicação detalhada das alternativas:

a) Incorreta. O tratamento inicial da fibrose retroperitoneal idiopática é preferencialmente medicamentoso, baseado no uso de corticosteroides (como a prednisona), podendo ser associado a outros imunossupressores (como metotrexato ou azatioprina) em casos refratários. A cirurgia não tem como objetivo evitar a transformação em linfoma, pois a doença não é pré-maligna, embora o linfoma possa ser um diagnóstico diferencial ou uma causa secundária de fibrose.

b) Incorreta. A afecção ocorre predominantemente em homens (proporção de 2:1 a 3:1 em relação às mulheres), com pico de incidência entre os 40 e 60 anos de idade. Não há associação estabelecida com anticoncepcionais orais. Historicamente, a associação medicamentosa mais conhecida era com o uso de metisergida (um derivado do ergot), mas a maioria dos casos atuais é idiopática ou relacionada à doença sistêmica por IgG4.

c) Incorreta. A manifestação clínica mais comum e característica decorre da compressão dos ureteres, e não das vias biliares. Embora a fibrose retroperitoneal possa, raramente, estar associada à colangite esclerosante primária (dentro do espectro da doença por IgG4), a icterícia obstrutiva não é a apresentação clínica típica inicial. O quadro costuma começar com dor lombar ou abdominal vaga e evoluir para complicações renais.

d) Correta. Esta é a alternativa que descreve a evolução clássica da doença. O tecido fibrótico tende a tracionar os ureteres medialmente, levando ao seu encarceramento e conseqüente obstrução extrínseca. Isso resulta em hidronefrose progressiva e pode culminar em insuficiência renal pós-renal se não houver intervenção. Nos casos em que o tratamento clínico não reverte a obstrução ou em situações de urgência, o tratamento cirúrgico indicado é a ureterólise (liberação dos ureteres da placa fibrótica), seguida da intraperitonização dos mesmos (posicionamento dentro da cavidade peritoneal) para protegê-los de novas compressões pela fibrose.

Questão 6

Alternativa a) Incorreta. O aspecto turvo do líquido pleural indica apenas uma alta concentração de células ou proteínas, mas não é sinônimo de empiema (que é definido por pus franco). Além disso, a decorticação pulmonar é um procedimento cirúrgico reservado para a fase organizada do derrame, quando há formação de uma carapaça fibrosa que impede a expansão pulmonar. O manejo inicial de um derrame complicado ou empiema é a drenagem torácica tubular fechada, e não a cirurgia de decorticação imediata.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa define com precisão os critérios para o derrame pleural parapneumônico complicado. A presença de um pH inferior a 7,20, níveis de glicose abaixo de 60 mg/dL ou a identificação direta de microrganismos (por meio da coloração de Gram ou cultura) indicam que a invasão bacteriana no espaço pleural é significativa. Nesses casos, a drenagem torácica deve ser realizada prontamente, pois o derrame dificilmente será reabsorvido apenas com o uso de antibióticos, independentemente da melhora clínica inicial momentânea do paciente.

Alternativa c) Incorreta. O empiema torácico, caracterizado pela presença de pus macroscópico, exige obrigatoriamente a drenagem do espaço pleural (princípio ubi pus, ibi evacua). A antibioticoterapia isolada é incapaz de esterilizar adequadamente uma coleção purulenta volumosa e encistada, sendo a drenagem essencial para o controle da fonte de infecção e para evitar a progressão para sepse ou encarceramento pulmonar crônico.

Alternativa d) Incorreta. A radiografia em decúbito lateral (incidência de Laurell) é

utilizada para avaliar se o derrame pleural é livre e qual a sua magnitude. Uma lâmina de líquido superior a 10 mm indica a necessidade de realizar uma toracentese diagnóstica para análise bioquímica e microbiológica do líquido. No entanto, o achado radiológico isolado, mesmo em derrames volumosos, não é critério absoluto para drenagem; a decisão de instalar o dreno de tórax baseia-se fundamentalmente nos resultados laboratoriais do líquido pleural ou na presença de pus.

Questão 7

Explicação da Questão:

Alternativa (a) - Correta. O Tratamento Não Operatório (TNO) tornou-se a conduta de escolha para traumas esplênicos em pacientes hemodinamicamente estáveis, independentemente do grau da lesão (I a V) na escala da AAST. Para que o TNO seja realizado com segurança, os critérios fundamentais são: estabilidade hemodinâmica, ausência de sinais de peritonite ao exame físico e a disponibilidade de infraestrutura hospitalar adequada, que inclui monitorização em UTI, tomografia disponível e equipe cirúrgica de prontidão para intervenção imediata em caso de falha. A ruptura tardia é uma complicação conhecida do trauma esplênico, geralmente ocorrendo por ruptura de um hematoma subcapsular ou pseudoaneurisma, o que justifica a observação rigorosa.

Alternativa (b) - Incorreta. A idade avançada (acima de 55 ou 60 anos) já foi considerada um fator de exclusão para o TNO no passado devido à maior fragilidade vascular e menor capacidade de contração da cápsula esplênica. No entanto, atualmente a idade é considerada apenas um fator de risco para falha do tratamento, e não uma contraindicação absoluta. Pacientes idosos estáveis podem e devem ser submetidos à tentativa de preservação do baço sob vigilância estrita.

Alternativa (c) - Incorreta. A vacinação profilática contra germes encapsulados (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b e *Neisseria meningitidis*) está indicada apenas para pacientes que perderam a função esplênica, ou seja, aqueles submetidos à esplenectomia total. Realizar a vacinação na admissão de todos os pacientes em TNO é desnecessário e não faz parte dos protocolos, pois o objetivo do TNO é justamente preservar o órgão e sua função imunológica. Se o paciente evoluir para cirurgia, a vacinação é feita preferencialmente após o 14º dia de pós-operatório.

Alternativa (d) - Incorreta. O *blush* arterial, que representa o extravasamento ativo de contraste endovenoso durante a fase arterial da tomografia, é um dos achados mais importantes na avaliação do trauma abdominal. Ele indica sangramento ativo e é um preditor clássico de falha do TNO se não for tratado. Em pacientes estáveis com

blush arterial, a conduta recomendada na maioria dos protocolos atuais é a realização de angiografia com angioembolização para estancar o sangramento e aumentar as chances de sucesso do tratamento conservador. Portanto, está longe de ser um achado irrelevante.

Questão 8

O quadro clínico apresenta uma tríade clássica: dor abdominal súbita, atraso menstrual (confirmado pelo beta-hCG positivo) e sinais claros de choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia, descoramento e lipotimia). Diante desses achados em uma mulher em idade fértil, o diagnóstico principal é gravidez ectópica rota com hemoperitônio.

Alternativa a: Incorreta. A culdocentese, que consiste na punção do fundo de saco de Douglas para verificar a presença de sangue, é um método diagnóstico considerado obsoleto na prática médica atual. Em uma paciente com sinais francos de choque e irritação peritoneal, o diagnóstico é clínico e o tratamento cirúrgico não deve ser retardado para a realização de procedimentos invasivos diagnósticos, que foram substituídos pela ultrassonografia.

Alternativa b: Correta. A paciente apresenta uma emergência hemorrágica por ruptura de gravidez ectópica. O tratamento padrão para casos de ruptura com instabilidade é a salpingectomia (retirada da tuba uterina afetada). O manejo deve focar simultaneamente na estabilização hemodinâmica (reposição volêmica e possivelmente transfusão) e na cirurgia de urgência para cessar a hemorragia. A via de acesso (laparotomia ou laparoscopia) depende da gravidade do choque e da experiência da equipe cirúrgica.

Alternativa c: Incorreta. O metotrexato é uma opção de tratamento medicamentoso para gravidez ectópica, mas seu uso é restrito a pacientes estáveis hemodinamicamente, com gravidez ectópica íntegra (não rota), sem batimentos cardíacos embrionários e com níveis de beta-hCG preferencialmente abaixo de 5.000 mUI/mL. A instabilidade hemodinâmica é uma contraindicação absoluta ao metotrexato.

Alternativa d: Incorreta. Embora a apendicite aguda seja um diferencial importante de dor na fossa ilíaca direita, o teste de gravidez positivo direciona fortemente para uma causa obstétrica. Além disso, a rápida evolução para choque com sinais de hemorragia interna é característica da gravidez ectópica rota, enquanto na apendicite o choque costuma ser séptico e de instalação mais tardia após a perfuração.

Questão 9

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I: Correta. O pseudocisto pancreático é uma coleção líquida envolta por uma parede de tecido inflamatório e fibroso, sem revestimento epitelial, que geralmente surge após um episódio de pancreatite aguda ou trauma. Quando o pseudocisto é pequeno (menor do que 6 cm), o paciente está assintomático e não há complicações (como infecção ou compressão de órgãos vizinhos), a conduta conservadora é indicada. A taxa de resolução espontânea é significativa, e a maturação da parede (que leva cerca de 4 a 6 semanas) é um fator importante caso uma drenagem futura seja necessária.

Afirmativa II: Incorreta. Embora o cistoadenoma seroso apresente o aspecto clássico de "favo de mel" ou "esponja" (devido aos múltiplos microcistos) e possa exibir uma cicatriz central calcificada, ele é uma neoplasia benigna com potencial de malignização extremamente baixo (quase zero). Por esse motivo, a ressecção cirúrgica não é indicada para todos os casos; a cirurgia é reservada apenas para pacientes sintomáticos, lesões muito grandes ou quando há dúvida diagnóstica com neoplasias mucinosas.

Afirmativa III: Correta. O cistoadenoma mucinoso é classicamente descrito como a neoplasia da "mãe", pois ocorre quase exclusivamente em mulheres de meia-idade. Localiza-se preferencialmente no corpo e na cauda do pâncreas e não possui comunicação com o ducto pancreático principal. Diferente da lesão serosa, o cistoadenoma mucinoso é considerado uma lesão pré-maligna, com risco real de transformação em cistoadenocarcinoma. Por isso, a indicação terapêutica padrão é a ressecção cirúrgica (geralmente uma pancreatectomia distal).

Conclusão das Alternativas:

Como apenas as afirmativas I e III estão corretas, a alternativa correta é a (c).

- a) Incorreta. A afirmativa II está errada devido ao baixo potencial de malignidade do cistoadenoma seroso.
- b) Incorreta. A afirmativa II está errada, invalidando esta opção.
- c) Correta. Identifica corretamente que o manejo do pseudocisto pode ser expectante e que o cistoadenoma mucinoso exige cirurgia pelo risco de malignidade.
- d) Incorreta. A afirmativa II está errada, impossibilitando que todas as opções estejam corretas.

Questão 10

O caso clínico apresenta um paciente idoso no 5º dia de pós-operatório de uma cirurgia de grande porte (gastrectomia total), evoluindo com sinais claros de sobrecarga hídrica: balanço positivo de 4.000 ml, edema generalizado e íleo adinâmico persistente (frequentemente causado pelo edema da própria parede das alças intestinais).

Alternativa a) Incorreta. A conduta de manter 30 ml/kg/dia de forma protocolar em um paciente já hipervolêmico é contraindicada. A prática moderna de manejo de fluidos em cirurgia (como o protocolo ERAS) preconiza a meta de balanço zero ou restritiva. A hipervolemia não garante a perfusão das anastomoses; pelo contrário, o edema tecidual resultante da sobrecarga dificulta a oxigenação dos tecidos e aumenta o risco de deiscência de suturas.

Alternativa b) Correta. Este é o manejo ideal para a fase de reabsorção ou fase de desressuscitação. Uma vez que o paciente apresenta estabilidade hemodinâmica (sem necessidade de vasopressores, boa perfusão periférica e débito urinário presente), o foco deve ser a remoção do excesso de fluido acumulado no terceiro espaço. A restrição hídrica e o uso de diuréticos (como a furosemida) ajudam a reduzir o edema intersticial, o que é fundamental para a resolução do íleo adinâmico e para melhorar a mecânica respiratória do paciente em ventilação mecânica.

Alternativa c) Incorreta. Embora o uso de albumina seja discutível e não deva ser feito de forma rotineira para expansão volêmica inicial, a afirmação de que ela é contraindicada em "qualquer fase" está errada. Após a fase aguda da resposta inflamatória sistêmica, quando a permeabilidade capilar começa a se normalizar, a albumina pode ser utilizada em casos selecionados para aumentar a pressão oncótica plasmática e auxiliar na mobilização do edema do terceiro espaço de volta para o compartimento intravascular.

Alternativa d) Incorreta. A introdução imediata de nutrição parenteral total (NPT) com carga calórica plena (35 kcal/kg/dia) em pacientes críticos ou instáveis é perigosa. O hiperaporte calórico precoce pode levar à síndrome de realimentação e agravar disfunções metabólicas e orgânicas. Em pacientes desnutridos que não podem usar a via enteral, a NPT deve ser iniciada de forma gradual (geralmente começando com 15-20 kcal/kg/dia) e somente após a estabilização hemodinâmica e correção de distúrbios eletrolíticos.

Questão 11

Análise detalhada da questão:

Item 1: (Verdadeiro) O Dumping precoce é a forma mais comum da síndrome e ocorre logo após a refeição (15 a 30 minutos). Sua causa principal é a perda da função pilórica, que leva à passagem rápida de conteúdo gástrico hiperosmolar para o intestino delgado (jejuno). Isso provoca um desvio de fluido do compartimento intravascular para o lúmen intestinal, gerando distensão e liberação de peptídeos vasoativos, como bradicinina, serotonina e polipeptídeo intestinal vasoativo (VIP). Clinicamente, o paciente apresenta sintomas motores (taquicardia, palpitação, sudorese) e gastrointestinais (dor abdominal, diarreia).

Item 2: (Verdadeiro) O Dumping tardio é um fenômeno essencialmente metabólico que ocorre de 2 a 3 horas após a alimentação. Ele é causado pela rápida absorção de carboidratos simples no intestino delgado, o que gera uma hiperglicemia súbita. Em resposta, o pâncreas libera uma quantidade excessiva de insulina (pico insulínico exagerado), agravada pela liberação de incretinas. Essa carga de insulina acaba superando a necessidade glicêmica, resultando em hipoglicemia reativa. O paciente sente tontura, sudorese, tremores e até desmaios nesse período.

Item 3: (Falso) Esta afirmação está incorreta porque o tratamento inicial das síndromes de Dumping é clínico e dietético, apresentando sucesso em cerca de 90% a 95% dos pacientes. As medidas incluem o fracionamento das refeições, a redução da ingestão de carboidratos simples (açúcares), o aumento de fibras e proteínas, e a recomendação de não ingerir líquidos durante as refeições. O tratamento cirúrgico, como a conversão para Y de Roux ou interposição de alça jejunal, é reservado apenas para os raros casos refratários às medidas clínicas intensivas e ao uso de medicamentos (como a octreotida).

Item 4: (Verdadeiro) A Síndrome da Alça Aferente é uma complicação mecânica típica da reconstrução de Billroth II. Ela ocorre devido a uma obstrução (parcial ou completa) da alça aferente, que é a parte do intestino que leva as secreções biliar e pancreática até a anastomose. Após comer, essas secreções acumulam-se na alça obstruída, causando distensão e dor abdominal intensa. Quando a pressão vence a obstrução, o conteúdo é expelido bruscamente, resultando em vômitos biliosos em jato que aliviam a dor. Como o alimento passa pela alça eferente, o vômito tipicamente não contém restos alimentares.

Conclusão:

A sequência correta das afirmativas é Verdadeiro, Verdadeiro, Falso e Verdadeiro (V, V, F, V). Portanto, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 12

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Correta): A ecoendoscopia, ou ultrassom endoscópico, é o método mais acurado para o estadiamento locorregional do câncer de esôfago. Por meio dela, é possível distinguir as diferentes camadas da parede esofágica, o que permite definir com precisão a profundidade da invasão tumoral (estádio T). Além disso, o método é superior à tomografia na identificação de linfonodos suspeitos ao redor do esôfago (estádio N), permitindo, inclusive, a realização de biópsias por agulha fina (FNA), se necessário.

Afirmativa II (Correta): Para pacientes com doença localmente avançada, que engloba tumores que invadem a camada adventícia (T3), estruturas adjacentes ressecáveis (T4a) ou que possuem linfonodos acometidos (N+), o tratamento padrão é a terapia neoadjuvante. O esquema mais utilizado é a quimiorradioterapia pré-operatória (baseada no estudo CROSS), que visa reduzir o tamanho do tumor (downstaging) para permitir uma cirurgia com margens livres (R0) e melhorar o prognóstico a longo prazo.

Afirmativa III (Incorreta): A invasão de estruturas vitais irressecáveis, como a traqueia ou brônquios (caracterizando o estágio T4b), ou a presença de fístula esofagorespiratória são critérios de irressecabilidade técnica. Realizar uma esofagectomia em um paciente com fístula e sepse pulmonar resultaria em altíssima mortalidade. Nesses casos, a conduta inicial é paliativa e de suporte, focando no fechamento da fístula com próteses endoscópicas (stents) e no controle do foco infeccioso, não havendo indicação de esofagectomia como primeira opção.

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está correta, pois contempla apenas as afirmativas I e II. A afirmativa III descreve uma conduta contraindicada para o cenário clínico apresentado.

Questão 13

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE CLÍNICA

O quadro clínico descrito é clássico de uma embolia gasosa maciça por CO₂, uma complicação grave que pode ocorrer durante o estabelecimento do pneumoperitônio, geralmente por posicionamento acidental da agulha de Veress dentro de um vaso venoso ou órgão sólido hipervascularizado (como o fígado).

Os principais elementos que confirmam esse diagnóstico são:

1. Instabilidade hemodinâmica súbita (hipotensão e taquicardia) logo após o início da insuflação.
2. Alterações no EtCO₂: inicialmente, o CO₂ absorvido pelo sangue pode elevar o EtCO₂; porém, quando a bolha de gás causa uma obstrução mecânica no ventrículo direito ou na artéria pulmonar (choque obstrutivo), o débito cardíaco cai drasticamente, levando a uma queda rápida do EtCO₂ por falta de perfusão pulmonar (aumento do espaço morto).
3. Sopros em roda de moinho (mill-wheel murmur): é o sinal patognomônico, causado pela turbulência do gás misturado ao sangue dentro das câmaras cardíacas direitas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A perfuração da aorta causaria um choque hemorrágico. Embora a hipotensão e a taquicardia estivessem presentes, não haveria o sopro em roda de moinho nem a sequência típica de alteração do EtCO₂ (elevação seguida de queda súbita), característica da obstrução gasosa.

Alternativa b) Incorreta. O pneumotórax hipertensivo pode ocorrer em laparoscopias, mas apresentaria sinais como aumento da pressão de pico nas vias aéreas e ausência/diminuição do murmúrio vesicular unilateral. O sopro em roda de moinho não faz parte do quadro clínico de pneumotórax.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico é de embolia gasosa. O manejo imediato consiste em:

- Interromper a fonte de gás e desinsuflar o pneumoperitônio.
- Posicionar o paciente na manobra de Durant (decúbito lateral esquerdo e Trendelenburg): isso faz com que a bolha de gás se desloque para o ápice do ventrículo direito, liberando a via de saída da artéria pulmonar e restabelecendo o fluxo sanguíneo.
- Administrar oxigênio a 100% para auxiliar na dissolução do CO₂ e tratar a hipoxemia.

Alternativa d) Incorreta. O reflexo vagal causado pela distensão peritoneal manifesta-se tipicamente com bradicardia súbita, e não taquicardia. Além disso, não explicaria o sopro cardíaco nem a queda acentuada da oximetria de pulso de forma tão dramática quanto a embolia.

GABARITO: Alternativa (c).

Questão 14

Para entender o manejo do carcinoma medular de tireoide (CMT), é preciso lembrar que ele se origina das células C (parafoliculares), produtoras de calcitonina, e não das células foliculares. Isso muda completamente a lógica do tratamento em relação aos carcinomas papilífero e folicular.

Alternativa A: Incorreta. Diferentemente do carcinoma papilífero de baixo risco, no qual a lobectomia pode ser considerada em casos selecionados, o CMT exige sempre a tireoidectomia total. O CMT apresenta uma alta taxa de multicentricidade (especialmente nos casos familiares) e é consideravelmente mais agressivo que os tumores bem diferenciados, não havendo espaço para cirurgias conservadoras como a lobectomia, independentemente do tamanho do tumor ou dos níveis de calcitonina.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta padrão. O esvaziamento cervical central (nível VI) profilático é indicado porque o CMT tem uma propensão muito alta para metástases linfonodais precoces, muitas vezes ocultas (não vistas no ultrassom pré-operatório). Além disso, como o CMT se origina das células C, essas células não captam iodo. Portanto, a radioiodoterapia (RAI), que é um pilar no tratamento dos carcinomas papilífero e folicular, é totalmente ineficaz no CMT.

Alternativa C: Incorreta. O rastreamento de feocromocitoma por meio da dosagem de metanefrinas e catecolaminas é OBRIGATÓRIO em todos os pacientes com CMT antes da cirurgia cervical. Cerca de 25% dos casos de CMT fazem parte da neoplasia endócrina múltipla tipo 2 (NEM 2). Mesmo que não haja história familiar, o caso pode ser uma mutação germinativa nova (de novo). Operar a tireoide de um paciente com feocromocitoma não diagnosticado pode desencadear uma crise hipertensiva fatal durante a indução anestésica ou o ato cirúrgico.

Alternativa D: Incorreta. A terapia supressiva do TSH (manter o TSH muito baixo) é fundamental apenas nos carcinomas diferenciados (papilífero e folicular), pois suas células possuem receptores de TSH e dependem desse hormônio para crescer. As células C (parafoliculares), que dão origem ao CMT, não possuem receptores de TSH. Logo, o TSH não influencia o crescimento do CMT. No pós-operatório desses pacientes, o objetivo da levotiroxina é apenas a reposição hormonal para manter o paciente em eutireoidismo (TSH normal), e não a supressão.

Questão 15

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

Afirmativa I: Correta. O choque séptico é o principal exemplo de choque distributivo. Na sua fase hiperdinâmica, ocorre uma intensa vasodilatação mediada por citocinas inflamatórias, o que reduz a Resistência Vascular Sistêmica (RVS). Como resposta compensatória e devido à diminuição da pós-carga, o Débito Cardíaco costuma estar elevado. A Saturação Venosa Mista de Oxigênio (SvO₂) apresenta-se normal ou elevada, não porque os tecidos estejam bem oxigenados, mas devido a distúrbios na microcirculação (shunts) e à incapacidade celular de extrair o oxigênio ofertado.

Afirmativa II: Correta. No choque cardiogênico, há falência da bomba ventricular. A redução da contratilidade leva a um Índice Cardíaco baixo. O sangue acumulado no ventrículo esquerdo reflete-se retrogradamente para o átrio esquerdo e a circulação pulmonar, elevando a Pressão de Oclusão da Artéria Pulmonar (POAP). O organismo reage à queda do débito ativando o sistema simpático e o sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em vasoconstrição periférica e aumento da Resistência Vascular Sistêmica (RVS) para tentar manter a pressão arterial média.

Afirmativa III: Correta. No tamponamento cardíaco (choque obstrutivo), o acúmulo de líquido no espaço pericárdico exerce pressão externa sobre todas as câmaras cardíacas. Isso restringe o enchimento diastólico e faz com que as pressões diastólicas de todas as câmaras se igualem (Pressão Venosa Central aproximada à Pressão de Oclusão da Artéria Pulmonar). O pulso paradoxal, definido como uma queda superior a 10 mmHg na pressão arterial sistólica durante a inspiração, é um achado clássico decorrente da interdependência ventricular acentuada sob compressão pericárdica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. A afirmativa III também está correta.
- b) Correta. Todas as afirmativas descrevem com precisão os perfis hemodinâmicos encontrados pelo cateter de Swan-Ganz nos respectivos tipos de choque.
- c) Incorreta. A afirmativa I também está correta.
- d) Incorreta. A afirmativa II também está correta.

Questão 16

Análise das assertivas:

(V) A hérnia de Spiegel, também chamada de hérnia semilunar, ocorre através da aponeurose de Spiegel, que é a camada de transição entre o músculo reto abdominal e a musculatura lateral (oblíquo transverso). Sua localização mais comum é na "zona de Spiegel", situada na altura ou abaixo da linha arqueada de Douglas, onde a aponeurose é composta apenas por uma camada. Como o defeito costuma ser pequeno e circundado por tecidos firmes, o risco de encarceramento é realmente elevado.

(V) A hérnia obturatória é mais prevalente em mulheres idosas, multíparas e emagrecidas (perda de gordura no canal obturatório). Frequentemente se manifesta com obstrução intestinal de causa indeterminada. O sinal de Howship-Romberg é característico e ocorre devido à compressão do nervo obturador pelo conteúdo herniário, resultando em dor ou parestesia na face medial da coxa que piora com movimentos de extensão ou rotação do quadril.

(F) Esta assertiva está incorreta porque confunde as nomenclaturas e localizações. A hérnia de Grynfeltt é a hérnia lombar SUPERIOR (ocorre no triângulo lombar superior), enquanto a hérnia de Petit é a hérnia lombar INFERIOR (ocorre no triângulo lombar inferior). Embora a hérnia de Grynfeltt seja mais comum que a de Petit, a afirmação de que Grynfeltt emerge pelo triângulo de Petit invalida o item.

(V) A hérnia de Littré é, por definição, a presença de um divertículo de Meckel dentro do saco herniário. Ela pode ser encontrada em locais comuns de hérnia, como na região inguinal, femoral ou umbilical. É importante diferenciá-la da hérnia de Amyand (apêndice no saco herniário) e da hérnia de Richter (pinçamento lateral da parede da alça intestinal).

A sequência correta, portanto, é V - V - F - V.

Alternativa correta: Letra A.

Questão 17

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

Afirmativa I: Está correta. A claudicação intermitente é o sintoma clássico da doença arterial obstrutiva periférica (DAOP). Mesmo no nível de Rutherford 3, que representa uma claudicação moderada a grave que limita as atividades diárias, a conduta inicial recomendada pelas principais diretrizes (como TASC II e ESVS) é o tratamento clínico

otimizado. Isso inclui o controle rigoroso de fatores de risco (cessação do tabagismo, controle de diabetes, hipertensão e dislipidemia com estatinas de alta potência), o uso de antiagregantes plaquetários e, fundamentalmente, um programa de exercício físico supervisionado por pelo menos 3 a 6 meses. A revascularização é reservada para casos que não respondem a esse manejo inicial.

Afirmativa II: Está correta. A Isquemia Crônica Ameaçadora do Membro (anteriormente chamada de isquemia crítica) engloba os estágios mais avançados da classificação de Rutherford: categoria 4 (dor isquêmica em repouso), categoria 5 (perda tecidual menor/úlceras) e categoria 6 (perda tecidual maior/gangrena). Nestes estágios, o prognóstico de perda do membro é muito alto sem intervenção. Diferente da claudicação, a isquemia crítica exige uma abordagem de revascularização urgente (seja por cirurgia aberta ou endovascular) para restaurar a perfusão e evitar a amputação.

Afirmativa III: Está correta. O Índice Tornozelo-Braquial (ITB) é calculado pela razão entre a maior pressão sistólica medida no tornozelo e a maior pressão sistólica medida no braço. Valores normais variam de 0,9 a 1,3. Em pacientes diabéticos ou com doença renal crônica, ocorre frequentemente a calcificação da camada média arterial (conhecida como esclerose de Mönckeberg), o que torna as artérias rígidas e incompressíveis ao manguito. Isso resulta em pressões artificialmente altas no tornozelo, gerando um ITB maior que 1,4. Nesses casos, o teste perde sua acurácia diagnóstica, sendo necessário utilizar outros métodos, como a pressão de hálux (dedo do pé).

CONCLUSÃO:

Como as três afirmativas estão corretas de acordo com a literatura médica atual e diretrizes de cirurgia vascular, a resposta correta é a alternativa (d).

Questão 18

A resposta endócrina, metabólica e imunológica ao trauma (REMIT), especificamente na fase de fluxo (*flow phase*), caracteriza-se por um estado de hipermetabolismo e catabolismo intenso. A hiperglicemia de estresse é um marco dessa fase, sendo fundamental compreender sua fisiopatologia para o manejo do paciente cirúrgico.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve com precisão o mecanismo da hiperglicemia de estresse. Durante o trauma de grande porte, o aumento de hormônios contrarreguladores (como cortisol, catecolaminas, glucagon e GH) e de citocinas pró-inflamatórias (como TNF-alfa e IL-6) promove a resistência periférica à ação da insulina. O principal mecanismo molecular envolve a interrupção da sinalização intracelular do receptor de insulina, o que impede a translocação dos

transportadores GLUT-4 para a superfície das células do músculo esquelético e do tecido adiposo. Como esses tecidos são os maiores consumidores de glicose dependentes de insulina, sua captação diminui, permitindo que a glicose circulante seja redirecionada para tecidos insulino-independentes (como cérebro, hemácias e células inflamatórias no sítio da lesão), que utilizam outros transportadores, como GLUT-1, GLUT-2 e GLUT-3.

Alternativa B (Incorreta): Embora células inflamatórias e tecidos em cicatrização aumentem o consumo de glicose, a resposta sistêmica ao trauma é de hiperglicemia e não de hipoglicemia. O fígado aumenta drasticamente a produção endógena de glicose (gliconeogênese e glicogenólise), superando a utilização periférica. Portanto, não ocorre queda transitória da glicemia sistêmica que justifique reposição exógena imediata por risco neurológico; pelo contrário, o desafio clínico costuma ser o controle dos níveis elevados de glicose.

Alternativa C (Incorreta): O cortisol é um hormônio catabólico que estimula a gliconeogênese hepática, e não a suprime. Ele promove a proteólise no músculo esquelético para liberar aminoácidos (principalmente alanina e glutamina), que servem como substratos (esqueletos de carbono) para o fígado produzir nova glicose. Embora ocorra a síntese de proteínas de fase aguda, a produção endógena de glicose está aumentada, e não reduzida.

Alternativa D (Incorreta): A secreção de insulina pode estar inicialmente inibida (por ação alfa-adrenérgica das catecolaminas) ou pode até estar elevada em termos absolutos na fase de fluxo, mas ela é funcionalmente insuficiente para vencer a resistência periférica instalada. Em traumas de grande porte, a resposta inflamatória e hormonal é tão intensa que a euglicemia raramente é mantida de forma espontânea, resultando no perfil típico de hiperglicemia de estresse, mesmo em pacientes que não possuem diagnóstico prévio de diabetes.

Questão 19

Esta questão aborda o manejo de ferimentos na transição toracoabdominal, uma área anatômica complexa (compreendida entre o 4º espaço intercostal e a margem costal) onde lesões diafragmáticas podem passar despercebidas.

Análise das afirmativas:

(V) Primeira afirmativa: O diafragma pode subir até o nível dos mamilos na expiração. Ferimentos nessa região têm alto risco de lesão diafragmática. Como a Tomografia Computadorizada (TC) possui sensibilidade limitada (cerca de 50% a 80%) para pequenas lesões no diafragma, a laparoscopia (ou toracosopia) é considerada o

padrão-ouro para o diagnóstico em pacientes hemodinamicamente estáveis, permitindo a visualização direta e o reparo.

(V) Segunda afirmativa: Embora ferimentos por arma de fogo (FAF) no abdome tradicionalmente indicassem laparotomia imediata, a conduta atual evoluiu para o tratamento não operatório (TNO) em casos selecionados. Pacientes estáveis, sem sinais de peritonite e com TC de abdome (preferencialmente com triplo contraste em alguns protocolos) que não demonstre lesões viscerais ou que mostre trajetos tangenciais, podem ser monitorados clinicamente de forma rigorosa em ambiente hospitalar.

(V) Terceira afirmativa: O pneumoperitônio (ar livre subdiafragmático) em um contexto de trauma penetrante é um sinal clássico de perfuração de víscera oca (como estômago ou intestino). Salvo raras exceções (como ar proveniente do tórax através de uma lesão diafragmática), esse achado é uma indicação formal de exploração cirúrgica imediata.

(F) Quarta afirmativa: Esta afirmativa é considerada falsa porque, nos principais manuais de trauma e cirurgia, o Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) é historicamente descrito como um excelente método para avaliar lesão diafragmática oculta em ferimentos toracoabdominais. Para este propósito específico, utiliza-se um critério de positividade mais sensível (geralmente acima de 5.000 ou 10.000 hemácias/mm³), tornando-o uma ferramenta de escolha quando métodos de imagem não são conclusivos. Portanto, dizer que ele "não é o método de escolha" ou que apresenta "limitações" nesse contexto específico contradiz a literatura clássica de cirurgia do trauma frequentemente cobrada em provas.

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

Questão 20

Os tumores carcinoides (neuroendócrinos) são as neoplasias mais frequentes do apêndice cecal, sendo muitas vezes achados incidentais em apendicectomias por apendicite aguda. A definição da conduta cirúrgica baseia-se primordialmente no tamanho do tumor e na presença de fatores de risco para metástase linfonodal.

Alternativa (a) INCORRETA: A síndrome carcinoide, caracterizada por rubor facial e diarreia, é extremamente rara em tumores de apêndice. Ela ocorre apenas quando os subprodutos do tumor (como a serotonina) alcançam a circulação sistêmica sem serem metabolizados pelo fígado. Isso geralmente só acontece na presença de metástases hepáticas maciças ou em tumores que drenam diretamente para a circulação sistêmica (fora do sistema porta).

Alternativa (b) INCORRETA: A localização do tumor na base do apêndice é considerada um fator de risco. Se o tumor estiver na base, mesmo que menor que 2 cm, a apendicectomia simples pode não ser suficiente, pois é difícil garantir margens livres e há maior risco de acometimento do ceco. Nesses casos, pode ser necessária uma tática cirúrgica mais ampliada, como a hemicolectomia direita ou uma ressecção parcial do ceco, dependendo do caso.

Alternativa (c) INCORRETA: O ponto de corte clássico para indicação de hemicolectomia direita imediata é um tumor maior que 2 cm. Para tumores entre 1 e 2 cm, a hemicolectomia só é indicada se houver fatores de risco adicionais, como: invasão do mesoapêndice (superior a 3 mm), localização na base do apêndice, invasão linfovascular ou histologia de alto grau (G2 ou superior). No caso da questão, o tumor tem 1,5 cm e está na ponta, não preenchendo critérios para hemicolectomia de rotina.

Alternativa (d) CORRETA: De acordo com as diretrizes das sociedades de cirurgia e de tumores neuroendócrinos (como a ENETS e a NANETS), a apendicectomia simples é o tratamento curativo e definitivo para tumores menores que 2 cm localizados no corpo ou na ponta do apêndice, desde que não haja invasão profunda do mesoapêndice ou outros critérios de agressividade. Como o tumor descrito tem 1,5 cm e está na ponta, a conduta já realizada é suficiente.

Questão 21

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda as Cardiopatias Congênitas Críticas (CCC), focando especificamente naquelas que dependem da patência do canal arterial (ducto-dependentes) para a manutenção da vida nos primeiros dias de vida.

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS

Afirmativa I: CORRETA.

Nas lesões obstrutivas do lado esquerdo do coração, como a Coarctação da Aorta crítica e a Interrupção do Arco Aórtico, o sangue só consegue chegar à aorta descendente e perfundir a metade inferior do corpo através do canal arterial (sentido direita-esquerda). Quando o canal se fecha fisiologicamente nos primeiros dias de vida, a perfusão sistêmica é bruscamente interrompida. Isso resulta em choque cardiogênico, pulsos femorais impalpáveis ou muito reduzidos e acidose metabólica grave por hipóxia tecidual. O tratamento de emergência consiste na infusão de Prostaglandina E1 (PGE1) para reabrir ou manter o canal aberto até a correção

cirúrgica.

Afirmativa II: INCORRETA.

O teste do coraçãozinho (oximetria de pulso realizada entre 24 e 48 horas de vida) é excelente para detectar cardiopatias que causam hipoxemia, mas possui BAIXA sensibilidade para lesões obstrutivas esquerdas, especialmente a coarctação da aorta. Muitos recém-nascidos com coarctação podem apresentar saturações normais (maiores que 95% e sem diferença significativa entre membro superior direito e membros inferiores) enquanto o canal arterial ainda está patente ou se a obstrução ainda não gerou repercussão hemodinâmica detectável pela oximetria. Estima-se que a sensibilidade do teste para coarctação seja em torno de 30% a 50%, o que pode levar a falsos-negativos e altas hospitalares inadequadas.

Afirmativa III: CORRETA.

A Síndrome de Hipoplasia do Coração Esquerdo (SHCE) é o exemplo clássico de circulação sistêmica ducto-dependente. Como as estruturas esquerdas são rudimentares, o Ventrículo Direito (VD) é a única bomba funcional, ejetando sangue para os pulmões (via artéria pulmonar) e para o corpo (através do canal arterial para a aorta). A sobrevida depende do equilíbrio entre a Resistência Vascular Pulmonar e a Resistência Vascular Sistêmica (relação Q_p/Q_s). Se a resistência pulmonar cair demais (o que é natural após o nascimento), haverá hiperfluxo pulmonar e "roubo" de fluxo da circulação sistêmica, levando ao choque. O manejo clínico visa equilibrar esses fluxos.

CONCLUSÃO

Estão corretas as afirmativas I e III. Portanto, a alternativa correta é a (d).

Questão 22

Análise detalhada das afirmativas:

Primeira afirmativa (V): O sopro de Still é, de fato, o sopro inocente mais frequente na pediatria, ocorrendo comumente entre os 2 e 6 anos de idade. Suas características clássicas incluem o timbre vibratório ou musical e a localização em borda esternal esquerda média/baixa. Por ser um sopro relacionado à vibração das cordas tendíneas ou do fluxo na via de saída do ventrículo esquerdo, ele se altera com mudanças de posição, sendo tipicamente mais intenso em decúbito dorsal (supino).

Segunda afirmativa (F): O erro desta alternativa está na definição de "desdobramento fixo". O desdobramento fisiológico da segunda bulha (B2) é aquele

que varia com a respiração (surge na inspiração e desaparece na expiração). Já o desdobramento fixo da B2 (que não varia com o ciclo respiratório) é um achado patognomônico de Comunicação Interatrial (CIA), não sendo um achado fisiológico de atletas. Em adolescentes atletas, é comum encontrar bradicardia sinusal ou sopros sistólicos de ejeção funcionais, mas o desdobramento fixo de B2 sempre exige investigação.

Terceira afirmativa (V): O sopro venoso (*venous hum*) é um sopro contínuo benigno causado pela drenagem do sangue das veias jugulares e subclávias para a veia cava superior. Ele é mais audível na região supraclavicular, geralmente à direita, com o paciente sentado. Uma característica fundamental para o diagnóstico é que ele desaparece ou muda de intensidade com manobras simples, como a compressão da veia jugular ipsilateral ou a rotação da cabeça do paciente, o que confirma sua origem venosa e benigna.

Quarta afirmativa (V): Sopros holossistólicos (ou pansistólicos) ocupam toda a sístole, mascarando as bulhas, e são virtualmente sempre patológicos. No caso da Comunicação Interventricular (CIV), o gradiente de pressão entre os ventrículos gera um fluxo turbulento durante toda a sístole. Quando o sopro é acompanhado de frêmito (sensação tátil da turbulência), ele é classificado como grau IV em VI ou superior, o que reforça o caráter patológico. Curiosamente, CIVs pequenas (tipo *Maladie de Roger*) costumam produzir sopros mais rudes e intensos do que CIVs muito grandes.

Conclusão: A sequência correta é Verdadeiro, Falso, Verdadeiro, Verdadeiro (V, F, V, V), o que corresponde à alternativa (a).

Questão 23

Alternativa (a) CORRETA: A triagem neonatal para SCID baseia-se na quantificação dos TRECs (*T-cell Receptor Excision Circles*) a partir do sangue coletado no teste do pezinho. Os TRECs são fragmentos circulares de DNA formados durante o rearranjo dos genes do receptor de células T no timo. Como a marca registrada da SCID é a ausência ou redução drástica de linfócitos T virgens, a baixa contagem de TRECs identifica precocemente a doença, permitindo intervenções curativas antes que a criança desenvolva infecções graves e fatais.

Alternativa (b) INCORRETA: O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TMO) é a terapia curativa de escolha e deve ser realizado o mais precocemente possível. Estudos demonstram que crianças transplantadas antes dos 3,5 meses de vida, preferencialmente sem infecções ativas no momento do procedimento, apresentam taxas de sobrevida superiores a 90%. Adiar o transplante para após um ano de idade

seria catastrófico, pois a maioria dos pacientes sem tratamento falece no primeiro ano de vida por complicações infecciosas.

Alternativa (c) INCORRETA: Vacinas de agentes vivos atenuados (como BCG, rotavírus, VOP, sarampo/caxumba/rubéola) são estritamente contraindicadas em pacientes com suspeita ou diagnóstico de SCID. Pela ausência de imunidade celular, o organismo não consegue conter a replicação do agente vacinal, o que pode levar a infecções disseminadas e fatais (como a BCGose). O fato de os neutrófilos estarem normais não confere proteção contra esses agentes, que dependem da resposta dos linfócitos T para serem controlados.

Alternativa (d) INCORRETA: A deficiência seletiva de IgA é a imunodeficiência primária mais comum na população geral, mas costuma ser assintomática ou causar infecções respiratórias e gastrointestinais leves. Ela não é uma forma de SCID. A SCID é um grupo de distúrbios genéticos graves com defeitos na imunidade celular e humoral. As manifestações descritas (*Pneumocystis jirovecii* e candidíase persistente) são típicas de defeitos graves de células T (SCID), e não de deficiência isolada de IgA.

Questão 24

Alternativa A (Correta): A oliva pilórica é o achado clássico da estenose hipertrófica do piloro (EHP) e é considerada um sinal patognomônico. Ela corresponde ao músculo pilórico espessado. A técnica correta de palpação exige que o examinador esteja calmo e a musculatura abdominal do lactente esteja relaxada. O momento logo após o vômito é ideal porque o estômago foi descomprimido e a criança geralmente apresenta um período de relaxamento ou exaustão, facilitando a identificação da massa firme e móvel no andar superior do abdome.

Alternativa B (Incorreta): As ondas peristálticas visíveis, que se deslocam da esquerda para a direita, refletem a luta do estômago contra a obstrução pilórica. Embora possam não estar presentes em fases muito iniciais, elas são um sinal importante de obstrução de saída gástrica e auxiliam significativamente no diagnóstico diferencial, não sendo um achado esperado no refluxo gastroesofágico (DRGE), onde não há obstrução mecânica ao esvaziamento.

Alternativa C (Incorreta): Embora a ultrassonografia seja o padrão-ouro atual pela sua alta sensibilidade e especificidade, o exame físico é muito sensível em mãos experientes. Os valores diagnósticos citados na alternativa estão incorretos: a EHP é confirmada quando a espessura da musculatura pilórica é maior ou igual a 3 mm (ou 4 mm em alguns protocolos) e o comprimento do canal pilórico é maior ou igual a 14-17 mm. Os valores de 2 mm e 10 mm são considerados normais para a anatomia

infantil.

Alternativa D (Incorreta): O sinal de Dance é característico da intussuscepção intestinal (invaginação intestinal). Ele ocorre porque a massa intussusceptada progride pelo cólon, deixando a fossa ilíaca direita com uma sensação de vazio à palpação. Não existe relação entre esse sinal e a migração do piloro na EHP. No caso da estenose do piloro, o problema é puramente a hipertrofia muscular local no canal pilórico.

Questão 25

Alternativa a) Incorreta. Durante a vida fetal, a produção de cadeias gama predomina sobre a de cadeias beta. Ao nascimento, um recém-nascido a termo possui cerca de 60% a 80% de hemoglobina fetal (HbF) e apenas 20% a 40% de hemoglobina adulta (HbA). A transição completa, na qual a HbA se torna amplamente predominante, ocorre ao longo dos primeiros meses de vida, e não na 20ª semana de gestação.

Alternativa b) Incorreta. Embora a vida média mais curta das hemácias fetais contribua para a queda dos níveis de hemoglobina, a principal causa da anemia fisiológica do lactente é a supressão da eritropoiese. Após o nascimento, o aumento da oxigenação tecidual resultante da respiração pulmonar leva a uma queda drástica na produção de eritropoietina renal, reduzindo a fabricação de novas hemácias até que os níveis de oxigênio e a demanda tecidual se equilibrem.

Alternativa c) Incorreta. A Persistência Hereditária de Hemoglobina Fetal (PHHF) é, na maioria das vezes, uma condição benigna e assintomática. Ela não prejudica a oxigenação a ponto de exigir tratamento. Pelo contrário, a presença de níveis elevados de HbF é um fator protetor em pacientes com anemia falciforme ou beta-talassemia, pois a HbF impede a polimerização da hemoglobina S e compensa a falta de cadeias beta funcionais.

Alternativa d) Correta. A afinidade da hemoglobina pelo oxigênio é influenciada pela molécula 2,3-difosfoglicerato (2,3-DPG), que se liga às cadeias beta da HbA para facilitar a liberação do oxigênio nos tecidos. Como a HbF é composta por cadeias alfa e gama, ela apresenta baixa afinidade pelo 2,3-DPG. Isso resulta em uma curva de dissociação da hemoglobina desviada para a esquerda, significando que a HbF retém o oxigênio com mais força. Essa característica é essencial na placenta para "roubar" o oxigênio do sangue materno, mas, após o nascimento, essa maior afinidade dificulta a entrega do oxigênio aos tecidos quando comparada à HbA.

Questão 26

ANÁLISE DA QUESTÃO

Esta questão aborda o diagnóstico diferencial das anemias microcíticas e hipocrômicas, focando especialmente na distinção entre anemia ferropriva e talassemia minor, que é um desafio frequente na prática pediátrica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): Na anemia ferropriva, o primeiro marcador laboratorial a se alterar é a ferritina, que reflete a depleção dos estoques de ferro. A microcitose (queda do VCM) e a hipocromia (queda do HCM) são alterações tardias, que só aparecem após a queda do ferro sérico e da saturação de transferrina, ocorrendo geralmente quando a anemia já está estabelecida. Portanto, a microcitose não precede a queda da ferritina.

Alternativa B (Incorreta): A ferritina é uma proteína de fase aguda positiva. Isso significa que, em processos inflamatórios ou infecciosos, seus níveis aumentam, e não caem. Esse fato pode mascarar uma deficiência de ferro concomitante, pois o paciente pode ter estoques baixos, mas a inflamação eleva o valor da ferritina para a faixa de normalidade.

Alternativa C (Correta): Esta é a característica clássica da beta-talassemia minor. Diferente da anemia ferropriva, na qual a produção de hemácias é prejudicada pela falta de substrato, na talassemia há uma produção aumentada de hemácias, porém elas são menores e menos coradas devido ao defeito genético na síntese de globina. O resultado é um número de hemácias elevado (frequentemente > 5 milhões) com VCM muito baixo. O Índice de Mentzer (VCM dividido pelo número de hemácias) utiliza essa relação: se o resultado for menor que 13, sugere talassemia; se maior que 13, sugere anemia ferropriva. Além disso, como a população de hemácias é homogeneamente pequena, o RDW costuma ser normal.

Alternativa D (Incorreta): Na anemia de doença crônica, o ferro sérico é baixo e a saturação de transferrina pode ser baixa, mas a Capacidade Total de Ligação do Ferro (TIBC) é tipicamente BAIXA ou normal. O corpo reduz a produção de transferrina para "esconder" o ferro durante a inflamação. Já na anemia ferropriva, o TIBC está elevado (o corpo produz mais transportador para tentar captar o pouco ferro disponível). Outra diferença fundamental é a ferritina, que estará normal ou aumentada na doença crônica e baixa na ferropriva.

GABARITO: Letra C.

Questão 27

A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica de vasos de médio calibre, sendo a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças em países desenvolvidos. Abaixo, analisamos cada alternativa conforme os critérios diagnósticos e o manejo clínico:

Alternativa A: CORRETA.

O diagnóstico da doença de Kawasaki clássica é eminentemente clínico. Os critérios internacionais estabelecem a presença de febre por 5 dias ou mais (podendo ser aceitos 4 dias se os outros sinais forem muito evidentes), associada a pelo menos 4 dos 5 critérios principais:

1. Conjuntivite bilateral não exsudativa (geralmente poupando a região limbar).
2. Alterações orais (eritema e fissura de lábios, língua em framboesa e hiperemia de orofaringe).
3. Alterações de extremidades (eritema e edema de mãos e pés na fase aguda ou descamação periungueal na fase subaguda).
4. Exantema polimorfo (podendo ser maculopapular, urticariforme ou escarlatiniforme, mas nunca vesicular).
5. Linfadenopatia cervical, geralmente unilateral, com pelo menos um linfonodo medindo mais de 1,5 cm de diâmetro.

Alternativa B: INCORRETA.

O tratamento padrão é feito com imunoglobulina venosa (IGIV) em dose única associada ao ácido acetilsalicílico (aspirina). O objetivo principal é a prevenção de aneurismas coronarianos. Para que seja eficaz, a IGIV deve ser iniciada idealmente entre o 5º e o 10º dia do início da febre. O atraso no tratamento aumenta consideravelmente o risco de lesões coronarianas. A resistência à imunoglobulina é uma característica intrínseca de alguns pacientes e não é evitada pelo início tardio da terapia.

Alternativa C: INCORRETA.

Os aneurismas de artéria coronária são, de fato, a complicação mais grave, porém eles raramente ocorrem na fase aguda (primeira semana). Eles costumam surgir na fase subaguda, tipicamente entre a 2ª e a 4ª semana de evolução da doença. O ecocardiograma é obrigatório no momento do diagnóstico e deve ser repetido periodicamente (geralmente entre a 1ª-2ª semana e novamente entre a 6ª-8ª semana), mesmo que o paciente esteja afebril, para monitorar a vasculite coronariana.

Alternativa D: INCORRETA.

A forma incompleta (ou atípica) da doença ocorre quando o paciente tem febre, mas não preenche o número mínimo de critérios clínicos. Essa forma é mais frequente em

lactentes (menores de 1 ano) e em crianças maiores, sendo um desafio diagnóstico. O risco de aneurismas coronarianos na forma incompleta é igual ou até maior do que na forma clássica, muitas vezes devido ao atraso no diagnóstico e início do tratamento. Nesses casos, o uso de exames laboratoriais (como aumento de provas de fase aguda) e o ecocardiograma auxiliam na decisão terapêutica, nunca sendo indicada a conduta puramente expectante se houver suspeita clínica.

Questão 28

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

Primeira afirmativa (V): O edema cerebral ocorre em cerca de 0,5% a 1% dos episódios de CAD pediátrica, mas é responsável por até 60% a 90% dos óbitos. Os principais fatores de risco identificados em estudos são a gravidade da acidose (pH baixo), hipocapnia importante na admissão (reflexo da gravidade e possível vasoconstrição cerebral), ureia elevada e o uso de volumes excessivos ou queda brusca da osmolaridade sérica durante o tratamento.

Segunda afirmativa (V): Diferente do manejo em adultos, na pediatria, a reposição hídrica deve ser cautelosa e gradual, visando repor o déficit em 48 horas para minimizar o risco de edema cerebral. O uso de bolus de insulina é formalmente contraindicado em crianças pelo risco de queda abrupta da osmolaridade. A glicemia deve ser mantida entre 150 e 250 mg/dL, adicionando-se glicose ao soro de manutenção quando necessário, pois o objetivo do tratamento não é apenas baixar o açúcar, mas sim reverter a cetose e a acidose.

Terceira afirmativa (F): O uso rotineiro de bicarbonato de sódio na CAD pediátrica é contraindicado. Estudos mostram que o bicarbonato não melhora o desfecho clínico e está associado a um maior risco de desenvolvimento de edema cerebral. Além disso, pode causar acidose paradoxal no sistema nervoso central e hipocalemia. Seu uso é restrito a situações excepcionais, como hipercalemia com risco de vida ou pH persistentemente abaixo de 6,9 com comprometimento da contratilidade miocárdica.

Quarta afirmativa (V): Pacientes em CAD apresentam uma depleção do estoque total de potássio corporal, mesmo que os níveis séricos iniciais pareçam normais ou altos. Assim que a insulinoterapia começa e a acidose é corrigida, o potássio entra rapidamente nas células, o que pode causar uma queda fatal nos níveis sanguíneos. Por isso, a reposição deve ser iniciada precocemente (assim que houver diurese e o K for menor que 5,5 mEq/L) para prevenir a hipocalemia.

CONCLUSÃO:

A sequência correta é V - V - F - V. Portanto, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 29

O fechamento do canal arterial é um processo fisiológico essencial que ocorre logo após o nascimento, dividido em uma fase funcional (contração muscular) e uma fase anatômica (remodelamento tecidual).

ALTERNATIVA A: Incorreta. Embora a queda da resistência vascular pulmonar realmente inverta o fluxo para o sentido esquerda-direita, o óxido nítrico é um potente vasodilatador, atuando na manutenção da patência e não no fechamento. A bradicinina tem papel complexo, mas não é o principal estímulo para a fibrose. Além disso, a fibrose da íntima é um processo lento que leva dias a semanas para se completar, não ocorrendo em 12 horas.

ALTERNATIVA B: Correta. Esta alternativa descreve o principal mecanismo molecular do fechamento funcional no recém-nascido a termo. O aumento da tensão arterial de oxigênio (PaO₂) após as primeiras incursões respiratórias inibe os canais de potássio sensíveis à voltagem na membrana das células musculares lisas do ducto. Isso gera despolarização celular, abertura de canais de cálcio tipo L e consequente influxo de cálcio citosólico, promovendo a vasoconstrição. Simultaneamente, a retirada da placenta e o aumento do fluxo sanguíneo pulmonar (onde ocorre a degradação da PGE₂) reduzem drasticamente os níveis de prostaglandinas relaxantes.

ALTERNATIVA C: Incorreta. O fechamento anatômico não depende de trombose luminal, mas sim de um processo de remodelamento vascular que inclui a formação de coxins intimaes e migração de células musculares lisas. Um ponto fundamental é a hipóxia da vasa vasorum: conforme o ducto se contrai funcionalmente, o suprimento sanguíneo para sua própria parede é interrompido, gerando hipóxia tecidual que gatilha a liberação de fatores de crescimento e eventual fibrose para formar o ligamento arterioso.

ALTERNATIVA D: Incorreta. Em prematuros, o canal arterial permanece aberto justamente porque o tecido é mais sensível aos efeitos vasodilatadores das prostaglandinas (PGE₂) e do óxido nítrico, e menos sensível ao efeito constritor do oxigênio. Além disso, os níveis circulantes de prostaglandina E₂ são proporcionalmente maiores em prematuros do que em bebês a termo, dificultando o fechamento espontâneo.

Questão 30

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I: Correta. A acondroplasia é causada por uma mutação no gene FGFR3 (Receptor 3 do Fator de Crescimento de Fibroblastos). Trata-se de uma mutação de ganho de função, o que significa que o receptor se torna constitutivamente ativo. Como a função fisiológica desse receptor é justamente sinalizar a interrupção do crescimento ósseo, sua hiperatividade leva à inibição da proliferação de condrócitos na placa de crescimento, resultando em falha na ossificação endocondral (processo de formação dos ossos longos a partir de um molde de cartilagem).

Afirmativa II: Correta. Clinicamente, o paciente apresenta nanismo desproporcional. O encurtamento dos membros é do tipo rizomélico, ou seja, atinge predominantemente os segmentos proximais (fêmur e úmero). Outras características fenotípicas clássicas incluem a macrocefalia (cabeça aumentada), a bossa frontal (testa proeminente) e a hipoplasia da face média (região central do rosto menos desenvolvida), que confere o aspecto de base nasal profunda.

Afirmativa III: Correta. A estenose do forame magno é a complicação neurológica mais grave em bebês com acondroplasia. O crescimento ósseo deficiente na base do crânio pode resultar em um forame magno muito estreito, causando compressão da transição cervicomedular. Isso pode levar a quadros de apneia central, tetraparesia e morte súbita. Por esse motivo, o acompanhamento com neuroimagem e a monitorização do perímetro cefálico são essenciais nos primeiros anos de vida.

Análise das Alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a afirmativa II também é verdadeira.

A alternativa (b) está correta, pois todas as três afirmativas descrevem com precisão a genética, a clínica e as complicações da acondroplasia.

A alternativa (c) está incorreta porque a afirmativa I descreve corretamente o mecanismo fisiopatológico da doença.

A alternativa (d) está incorreta porque a afirmativa III descreve um aspecto crítico do manejo clínico desses pacientes.

Gabarito: Letra (b).

Questão 31

Análise dos itens:

Item 1 (Verdadeiro): A Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI) na infância apresenta-se classicamente após um quadro infeccioso viral prévio. A evolução é geralmente benigna e autolimitada na maioria dos casos pediátricos. O quadro clínico típico é de uma criança com bom estado geral, sem febre ou visceromegalias, apresentando apenas manifestações purpúricas cutâneas (plaquetopenia isolada). As diretrizes atuais recomendam conduta expectante em casos leves, reservando o tratamento farmacológico com corticoides ou imunoglobulina endovenosa para pacientes com sangramentos mucosos significativos ou contagens de plaquetas criticamente baixas, geralmente abaixo de 10.000 a 20.000/mm³.

Item 2 (Falso): A Hemofilia A é decorrente da deficiência do Fator VIII, que é um componente fundamental da via intrínseca da cascata de coagulação. Laboratorialmente, a deficiência de fatores da via intrínseca (VIII, IX, XI ou XII) provoca o prolongamento do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA). O Tempo de Protrombina (TP/INR), que avalia a via extrínseca (Fator VII) e a via comum, permanece normal na hemofilia. Embora a descrição dos sangramentos profundos (hemartroses e hematomas) esteja correta para hemofilias, o erro da afirmativa reside na alteração laboratorial citada.

Item 3 (Verdadeiro): A Doença de von Willebrand (DVW) é um distúrbio hemorrágico que afeta tanto a hemostasia primária quanto a coagulação (hemostasia secundária). O fator de von Willebrand (fVW) possui duas funções essenciais: permitir a adesão das plaquetas ao endotélio lesado e servir como carreador e estabilizador do Fator VIII no plasma. Assim, dependendo do tipo e gravidade da doença, o paciente pode apresentar tempo de sangramento prolongado (falha na adesão plaquetária) e TTPA prolongado (devido à redução dos níveis de Fator VIII, que fica desprotegido sem o fVW).

Item 4 (Falso): Este é um ponto fundamental para provas de residência. Na PTI, a destruição das plaquetas ocorre principalmente no baço, mas isso não costuma gerar aumento do órgão. A presença de esplenomegalia maciça é um sinal de alerta (red flag) que deve afastar o diagnóstico de PTI e sugerir outras patologias, como leucemias, linfomas, hiperesplenismo por hipertensão portal ou doenças de depósito. O diagnóstico de PTI pressupõe, classicamente, um exame físico sem visceromegalias.

Conclusão: A sequência correta é V, F, V, F. Portanto, a alternativa correta é a letra (b).

Questão 32

Esta questão aborda o diagnóstico e o manejo da anafilaxia, uma emergência médica que exige reconhecimento rápido e tratamento imediato. Todas as afirmativas estão corretas, conforme detalhado abaixo:

Afirmativa I: Correta. O diagnóstico de anafilaxia é essencialmente clínico. Segundo as diretrizes da Organização Mundial de Alergia (WAO) e da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI), a anafilaxia é altamente provável quando há o início agudo (minutos a horas) de sintomas que envolvem a pele ou mucosas (como urticária generalizada, prurido, rubor ou edema de lábios/língua/úvula) associado a pelo menos um dos seguintes: comprometimento respiratório (dispneia, sibilância, estridor), redução da pressão arterial ou sintomas de disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia) e sintomas gastrointestinais graves/persistentes (cólicas abdominais intensas, vômitos repetidos), especialmente após exposição a um alérgeno provável.

Afirmativa II: Correta. A adrenalina (epinefrina) é o único tratamento farmacológico que comprovadamente reduz a mortalidade na anafilaxia. Deve ser administrada por via intramuscular na face anterolateral da coxa (músculo vasto lateral), pois essa região oferece uma absorção mais rápida e níveis plasmáticos mais altos do que a via subcutânea ou intramuscular no deltoide. É fundamental compreender que anti-histamínicos e corticoides são medicações de segunda linha. Os anti-histamínicos tratam apenas sintomas cutâneos (prurido e urticária), e os corticoides agem na fase tardia da inflamação, mas nenhum dos dois é capaz de reverter o edema de glote ou o choque circulatório.

Afirmativa III: Correta. A reação bifásica é definida como o retorno dos sintomas anafiláticos após a resolução completa do quadro inicial, sem que o paciente tenha tido um novo contato com o agente causador. Embora a incidência varie nos estudos, o índice de até 20% é classicamente citado na literatura médica. Essas reações costumam ocorrer entre 1 e 72 horas após o evento inicial (geralmente nas primeiras 8 a 12 horas). Por esse motivo, pacientes que sofreram anafilaxia devem permanecer em observação clínica por um período mínimo de 4 a 8 horas, ou mais, dependendo da gravidade da reação inicial e da presença de fatores de risco.

Conclusão: Como todas as afirmativas descrevem corretamente os protocolos atuais de diagnóstico, tratamento e monitoramento da anafilaxia, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 33

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda a diferenciação laboratorial entre as duas principais formas de raquitismo: o calcipênico (geralmente por deficiência de vitamina D) e o hipofosfatêmico (geralmente de origem genética/renal).

Alternativa (a) Incorreta: A fosfatase alcalina (FA) é um marcador de atividade osteoblástica e de *turnover* ósseo. No raquitismo ativo, independentemente da causa, a fosfatase alcalina encontra-se marcadamente elevada. Ela é, inclusive, o marcador laboratorial mais sensível para o diagnóstico e para o acompanhamento da atividade da doença, caindo gradualmente com o sucesso do tratamento.

Alternativa (b) Incorreta: O rosário raquítico (proeminência das junções condrocostais) e o alargamento de punhos e tornozelos são sinais clínicos resultantes do acúmulo de matriz cartilaginosa não mineralizada na placa de crescimento. Como a falha de mineralização é a via final comum de todos os tipos de raquitismo, esses sinais podem estar presentes tanto nas formas carenciais quanto nas formas hipofosfatêmicas/renais.

Alternativa (c) Correta: No raquitismo carencial, a deficiência de vitamina D leva à menor absorção intestinal de cálcio. A queda (ou tendência de queda) do cálcio sérico estimula as paratireoides a produzirem PTH (hiperparatireoidismo secundário). O PTH elevado tenta normalizar o cálcio retirando-o do osso e aumentando a excreção renal de fósforo. O resultado laboratorial clássico é: cálcio normal ou baixo, fósforo baixo (devido à fosfatúria induzida pelo PTH), PTH elevado e fosfatase alcalina elevada (devido à atividade óssea intensa).

Alternativa (d) Incorreta: No raquitismo hipofosfatêmico ligado ao X (XLH), o problema primário é a perda renal de fosfato e a regulação inadequada da vitamina D (devido ao excesso de FGF23). Laboratorialmente, o cálcio sérico é tipicamente normal e o fósforo é muito baixo. O PTH costuma estar normal ou discretamente elevado (pela conversão deficiente de vitamina D em calcitriol), mas nunca suprimido com cálcio elevado. Cálcio elevado com PTH suprimido não é compatível com o quadro de raquitismo hipofosfatêmico.

Questão 34

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A absorção de gorduras em prematuros, especialmente abaixo de 32 semanas, é sabidamente ineficiente. Embora a lipase gástrica e a lipase do leite materno (lipase estimulada por sais biliares) desempenhem um papel compensatório crucial, elas não suplantam completamente a deficiência de lipase pancreática e a baixa concentração de sais biliares (que muitas vezes está abaixo do nível crítico para a formação de micelas). Isso resulta em um grau variável de esteatorreia fisiológica nesta população.

Alternativa b) Correta. A lactase é uma das últimas enzimas dissacaridases a atingir níveis máximos de atividade no feto, ocorrendo próximo ao final da gestação (termo). Portanto, prematuros possuem atividade de lactase inferior à de recém-nascidos a termo. Contudo, essa menor atividade enzimática não se traduz obrigatoriamente em intolerância clínica, pois a lactose que não é digerida no intestino delgado pode ser fermentada por bactérias no cólon, produzindo ácidos graxos de cadeia curta que são absorvidos, um processo conhecido como resgate colônico. A tolerância é dinâmica e depende de fatores como a idade gestacional e a progressão gradual da oferta dietética.

Alternativa c) Incorreta. Embora a permeabilidade intestinal seja maior no prematuro (fenômeno de "leaky gut"), o tipo de alimentação influencia diretamente esse processo. O leite materno contém fatores de crescimento (como o EGF) e a IgA secretora que auxiliam no processo de maturação e no fechamento das junções intercelulares ("gut closure"), reduzindo a permeabilidade mais rapidamente do que o uso de fórmulas. Além disso, a IgA secretora não está ausente se o recém-nascido recebe leite materno, que é sua principal fonte exógena.

Alternativa d) Incorreta. O esvaziamento gástrico no prematuro tende a ser mais lento e desorganizado devido à imaturidade da motilidade antral e duodenal, além de níveis mais baixos de motilina. A afirmação de que o esvaziamento é acelerado e que isso favorece a progressão rápida de volumes está clinicamente errada; na prática neonatal, a imaturidade gástrica é um dos principais fatores que levam à estase gástrica e à necessidade de progressão cautelosa da dieta enteral para evitar intolerância e riscos como a enterocolite necrotizante.

Questão 35

ITEM 1: (VERDADEIRO) A manobra de Ortolani é a manobra de redução. Ela é realizada para colocar "para dentro" um quadril que já se encontra luxado (fora do acetábulo). O examinador realiza a abdução das coxas associada à anteriorização do grande trocânter. O teste é positivo quando se sente um "clunk" (ressalto), que representa a cabeça femoral retornando ao acetábulo.

ITEM 2: (VERDADEIRO) A manobra de Barlow é considerada provocativa ou de luxação. Ela serve para identificar o quadril que está "dentro", mas é instável (luxável). O examinador realiza a adução da coxa seguida de uma pressão posterior suave. Se a cabeça femoral sair do acetábulo, o quadril é considerado luxável e o teste é positivo.

ITEM 3: (VERDADEIRO) O sinal de Galeazzi (ou Allis) baseia-se no encurtamento aparente da coxa devido ao deslocamento superior e posterior da cabeça femoral no quadril luxado. Com a criança deitada, joelhos e quadris fletidos e pés alinhados, observa-se um desnível na altura dos joelhos. É um sinal clássico de luxação unilateral e ganha importância após os 3 meses de idade, quando os tecidos moles ficam mais tensos e as manobras de Ortolani e Barlow tornam-se menos sensíveis.

ITEM 4: (FALSO) A limitação da abdução do quadril é um dos sinais clínicos mais sensíveis e importantes para o diagnóstico da DDQ no lactente, podendo ser detectada muito antes da idade de marcha (geralmente a partir do segundo ou terceiro mês de vida). Ela ocorre devido ao encurtamento e contratura da musculatura adutora. Portanto, possui alto valor diagnóstico precoce.

CONCLUSÃO: A análise dos itens define a sequência V - V - V - F, o que valida a alternativa (b) como correta.

Questão 36

A deficiência da enzima 21-hidroxilase é responsável por cerca de 90% a 95% dos casos de Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC). Essa enzima é fundamental para as rotas de síntese do cortisol e da aldosterona. Quando ela está ausente ou funciona de forma insuficiente, há um acúmulo de precursores, especialmente a 17-hidroxiprogesterona (17-OHP), que são desviados para a produção de andrógenos adrenais.

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Correta. A forma clássica perdedora de sal é a manifestação mais grave da doença, ocorrendo quando a atividade enzimática é quase nula. A falta de

aldosterona impede a reabsorção de sódio e a secreção de potássio e hidrogênio nos túbulos renais, gerando hiponatremia, hipercalemia e acidose metabólica. A deficiência de cortisol agrava o quadro, levando ao choque e crises hipoglicêmicas. Em fetos do sexo feminino (XX), o excesso de andrógenos durante a vida intrauterina causa a masculinização da genitália externa (virilização), resultando em genitália ambígua.

Afirmativa II: Correta. O teste do pezinho utiliza a dosagem da 17-hidroxiprogesterona (17-OHP) como marcador, pois ela se eleva significativamente antes do bloqueio enzimático. No entanto, recém-nascidos prematuros ou que estão sob estresse metabólico grave podem apresentar níveis elevados de 17-OHP sem ter a doença, o que gera falsos-positivos. Por isso, os laboratórios de triagem neonatal utilizam pontos de corte ajustados conforme o peso ao nascer e a idade gestacional para melhorar a precisão do diagnóstico.

Afirmativa III: Incorreta. O erro desta afirmativa está em dizer que a forma não clássica apresenta genitália ambígua ao nascimento. A forma não clássica (tardia) é caracterizada por uma deficiência leve da enzima, suficiente para produzir níveis adequados de cortisol e aldosterona no período fetal. Portanto, as meninas nascem com genitália normal, sem virilização. Os sintomas aparecem apenas mais tarde, na infância ou adolescência, manifestando-se como pubarca precoce, acne, hirsutismo, aceleração da idade óssea e irregularidades menstruais.

Conclusão: Como apenas as afirmativas I e II estão corretas, a alternativa correta é a (d).

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 37

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

Item 1: Verdadeiro. O Estádio I do Estadiamento de Bell Modificado é classificado como ECN suspeita. Nesse estágio, os sinais clínicos são sistêmicos e inespecíficos, como instabilidade térmica, apneia e bradicardia, associados a sinais gastrointestinais leves, como aumento do resíduo gástrico e distensão abdominal. O achado radiológico é normal ou apresenta apenas sinais de íleo adinâmico (distensão de alças), sem evidência de pneumatose.

Item 2: Verdadeiro. A presença de pneumatose intestinal é o marcador radiológico clássico que define o Estádio II (Doença Confirmada). A fisiopatologia envolve a lesão da mucosa intestinal, permitindo que bactérias produtoras de gás penetrem na

parede da alça. O gás acumulado na submucosa ou subserosa é subproduto da fermentação bacteriana.

Item 3: Verdadeiro. O Estádio III-B refere-se à doença avançada com perfuração intestinal comprovada. O sinal radiológico característico é o pneumoperitônio (ar livre na cavidade abdominal). A perfuração é uma indicação clássica e absoluta de intervenção cirúrgica de urgência, que pode ser realizada via laparotomia ou, em casos de recém-nascidos extremamente instáveis e de muito baixo peso, por meio de drenagem peritoneal à beira do leito.

Item 4: Falso. Diferentemente do que afirma a sentença, a evidência científica atual, consolidada em diversas meta-análises, demonstra que o uso de probióticos em prematuros está associado a uma redução significativa na incidência de ECN severa e na mortalidade. Embora existam relatos raros de sepse relacionada às cepas administradas, o benefício clínico na prevenção da doença é amplamente reconhecido, não sendo uma contraindicação absoluta por falta de evidência.

CONCLUSÃO:

A sequência correta das afirmativas é V, V, V, F.

Alternativa correta: Letra A.

Questão 38

ANÁLISE DA AFIRMATIVA I: ESTÁ CORRETA. A insulina é um hormônio predominantemente anabólico e, quando em excesso, exerce um forte efeito antilipolítico e anticetogênico. Isso ocorre porque a insulina inibe a enzima lipase sensível ao hormônio, impedindo a quebra de triglicerídeos em ácidos graxos livres. Além disso, ela bloqueia a entrada de ácidos graxos na mitocôndria para a formação de corpos cetônicos. Portanto, no hiperinsulinismo, durante o episódio de hipoglicemia, o organismo não consegue mobilizar gordura como fonte de energia alternativa, resultando em níveis baixos de ácidos graxos livres e ausência de cetonúria ou cetonemia (hipoglicemia hipocetótica).

ANÁLISE DA AFIRMATIVA II: ESTÁ CORRETA. O hormônio do crescimento (GH) e o cortisol são hormônios contrarreguladores essenciais para a manutenção da glicemia em períodos de jejum, estimulando a gliconeogênese e a glicogenólise. Na deficiência desses hormônios, o fígado falha em produzir glicose adequadamente. Diferente do que ocorre no hiperinsulinismo, aqui não há um bloqueio da lipólise. Pelo contrário, a baixa glicemia e a ausência de insulina elevada permitem que o corpo quebre gorduras para tentar obter energia, gerando corpos cetônicos. Por isso, essas

deficiências hormonais cursam tipicamente com hipoglicemia cetótica.

ANÁLISE DA AFIRMATIVA III: ESTÁ INCORRETA. No hiperinsulinismo, a ação contínua da insulina promove o estoque excessivo de glicose sob a forma de glicogênio hepático. Ao contrário do que afirma o item, os estoques não estão depletados, mas sim aumentados. Por essa razão, o teste do glucagon (que estimula a conversão de glicogênio em glicose) apresenta uma resposta glicêmica exuberante e diagnóstica: a administração de glucagon provoca uma elevação rápida e significativa da glicemia (geralmente maior que 30 mg/dL), pois há muito glicogênio disponível para ser mobilizado. Uma resposta nula ou baixa ao glucagon seria esperada em condições de jejum prolongado extremo, desnutrição ou em algumas formas de doenças de depósito de glicogênio em que a enzima de liberação está ausente.

CONCLUSÃO: Considerando que as afirmativas I e II estão tecnicamente corretas e a afirmativa III descreve o mecanismo inverso ao que ocorre na patologia, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 39

Alternativa a: Incorreta. Na verdade, ocorre o oposto. O marco inicial da puberdade é o aumento da secreção pulsátil de LH especificamente durante o sono. Além disso, a sensibilidade hipotalâmica ao feedback negativo dos esteroides sexuais diminui (fenômeno conhecido como queda do tônus do gonadostato), permitindo que o eixo hipotálamo-hipófise-gônada se torne mais ativo, e não o contrário.

Alternativa b: Incorreta. A adrenerca (maturação da zona reticular da adrenal com aumento de andrógenos como DHEA e DHEAS) e a gonadarca (reativação do eixo hipotálamo-hipófise-gônada) são eventos biológicos distintos e independentes. É possível ocorrer gonadarca sem adrenerca prévia e vice-versa, como observado em casos de insuficiência adrenal ou telarca precoce isolada.

Alternativa c: Incorreta. A inibina B é um marcador da função gonadal (células de Sertoli no homem e da granulosa na mulher) e exerce feedback negativo sobre o FSH. Ela não é o fator primário que desencadeia a puberdade nem atua de forma independente do GnRH. O gatilho da puberdade é central (hipotalâmico), e as alterações nas gônadas são secundárias ao estímulo das gonadotrofinas (LH e FSH).

Alternativa d: Correta. A kisspeptina, codificada pelo gene KISS1, é atualmente considerada o principal neurotransmissor regulador do início da puberdade. Ela atua diretamente nos neurônios produtores de GnRH através do receptor GPR54 (KISS1R), estimulando a secreção pulsátil necessária para a ativação do eixo. O sistema das kisspeptinas integra sinais metabólicos: a leptina (produzida no tecido adiposo)

estimula a expressão de kisspeptina, explicando por que um estado nutricional adequado é necessário para a puberdade, enquanto o balanço energético negativo (desnutrição ou exercício extenuante) inibe esse sistema, podendo atrasar ou interromper o desenvolvimento puberal.

Questão 40

A avaliação da baixa estatura é um tema frequente em provas e exige o conhecimento das variantes normais do crescimento e das patologias endócrinas. Abaixo, analisamos cada alternativa:

ALTERNATIVA A: INCORRETA. Na Deficiência de Hormônio do Crescimento (DGH), a velocidade de crescimento é de fato baixa e a idade óssea é atrasada. No entanto, o erro da questão está na relação peso/estatura. O GH tem uma ação lipolítica importante. Quando há deficiência desse hormônio, a criança tende a acumular gordura, especialmente na região abdominal, apresentando uma face de boneca (querubismo). Portanto, a relação peso/estatura tende a ser elevada (sobrepeso relativo) e não baixa como afirma a alternativa.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. O hipotireoidismo é uma das causas mais importantes de parada de crescimento. A criança não mantém velocidade de crescimento normal até a puberdade; a desaceleração ocorre assim que os níveis de hormônios tireoidianos se tornam insuficientes. Além disso, o hipotireoidismo causa um atraso marcante na idade óssea, e não um avanço desproporcional. O avanço da idade óssea é típico de condições como a puberdade precoce ou obesidade exógena.

ALTERNATIVA C: CORRETA. O Atraso Constitucional do Crescimento e Puberdade (ACCP) é considerado uma variante normal do crescimento, sendo mais comum em meninos com histórico familiar semelhante. As principais características estão descritas na alternativa: a velocidade de crescimento é normal (geralmente nos percentis inferiores, entre 10 e 25), a idade óssea é atrasada em relação à idade cronológica e a puberdade também ocorre mais tarde. Esse atraso na maturação óssea permite que a criança cresça por um período mais longo, garantindo que ela atinja sua estatura final dentro do alvo genético da família.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. Embora a descrição da Baixa Estatura Familiar (Genética) esteja conceitualmente correta em alguns pontos (velocidade de crescimento normal e idade óssea compatível com a idade cronológica), a alternativa C é considerada a resposta correta por descrever com precisão a variante onde o atraso da idade óssea é o diferencial diagnóstico fundamental. Na Baixa Estatura Familiar, a criança já está no seu alvo genético (que é baixo), enquanto no ACCP a criança está temporariamente abaixo do alvo, mas o alcançará devido ao atraso

ósseo. Em concursos, a definição de ACCP apresentada na letra C é o modelo clássico de questão sobre o tema.

Questão 41

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta uma alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica, secundária à perda de suco gástrico (rico em H^+ e Cl^-) pela drenagem nasogástrica volumosa. A manutenção dessa alcalose ocorre devido à contração do volume extracelular, que ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona. O rim, na tentativa de preservar volume, reabsorve sódio. Como há pouco cloro disponível no filtrado glomerular devido à perda gástrica, o rim é obrigado a reabsorver bicarbonato (HCO_3^-) junto ao sódio para manter a eletroneutralidade elétrica, impedindo a correção espontânea do pH. Por isso, essa condição é classificada como alcalose metabólica responsiva ao cloro.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: O uso de soluções hipotônicas não é adequado porque o paciente necessita de reposição de volume e, principalmente, de cloro para que o rim possa excretar o excesso de bicarbonato. A restrição de potássio é um erro grave, pois a hipocalemia estimula a secreção tubular de íons H^+ e a reabsorção de bicarbonato, atuando como um fator de manutenção da alcalose. A correção do potássio é essencial para a normalização do pH.

b) INCORRETA: A infusão de ácido clorídrico (HCl) diluído em veia central é uma medida terapêutica de exceção, reservada apenas para casos de alcalose extrema (geralmente pH maior que 7,55 ou 7,60) que não respondem à reposição volêmica e salina, ou quando o paciente possui contraindicação formal à sobrecarga de volume. Não é a conduta inicial padrão.

c) CORRETA: O tratamento fundamental da alcalose metabólica responsiva ao cloro baseia-se na expansão volêmica com solução salina isotônica (NaCl 0,9%). Isso fornece o cloro necessário para que o rim possa excretar o bicarbonato em excesso (cloroforese). Simultaneamente, a reposição de cloreto de potássio (KCl) é indispensável para tratar a hipocalemia associada, o que ajuda a frear a secreção renal de H^+ e a reabsorção de bicarbonato, permitindo a correção definitiva do distúrbio ácido-base.

d) INCORRETA: A acetazolamida é um diurético inibidor da anidrase carbônica que induz bicarbonatúria. Embora possa ser usada em casos específicos de alcalose

metabólica, ela não é a primeira linha de tratamento para pacientes desidratados ou hipovolêmicos, pois pode agravar a perda de líquidos e eletrólitos. O seu uso é mais comum em pacientes com alcalose metabólica e estados de hipervolemia (como na insuficiência cardíaca).

GABARITO: Letra (c)

Questão 42

O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é classificado principalmente pela estabilidade hemodinâmica do paciente, o que direciona a conduta terapêutica. No caso clínico apresentado, o paciente está hemodinamicamente estável, apesar do quadro clínico e da confirmação diagnóstica por angio-TC.

Alternativa A (Correta): Para pacientes com TEP confirmado e estabilidade hemodinâmica (normotensos), a base do tratamento é a anticoagulação plena. Ela interrompe a progressão do coágulo e permite que o próprio sistema fibrinolítico do corpo atue. A heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) é frequentemente preferida pela sua previsibilidade, mas a heparina não fracionada também é uma opção válida, especialmente se houver risco iminente de necessidade de reversão ou cirurgia, devido à sua meia-vida curta.

Alternativa B (Incorreta): A embolectomia cirúrgica é uma intervenção invasiva reservada para casos de TEP de alto risco (instabilidade hemodinâmica) nos quais a trombólise química é contraindicada ou falhou. Não há indicação para remoção mecânica em um paciente estável com trombos apenas em artérias segmentares.

Alternativa C (Incorreta): A trombólise sistêmica (como o uso de alteplase) é indicada apenas para o TEP de alto risco, definido pela presença de choque obstrutivo ou hipotensão arterial persistente (TEP maciço). Em pacientes estáveis, o risco de sangramento grave decorrente da trombólise supera os benefícios. Além disso, no 3º dia pós-operatório de uma grande cirurgia ortopédica, o risco de hemorragia grave seria altíssimo.

Alternativa D (Incorreta): O implante de filtro de veia cava inferior não é a terapia de primeira escolha. Ele está indicado apenas em situações específicas, como quando há contraindicação absoluta à anticoagulação plena ou quando ocorre recorrência do TEP mesmo na vigência de anticoagulação adequada. O tratamento padrão inicial deve sempre ser a medicação anticoagulante, quando possível.

Questão 43

Para compreender a questão, é fundamental diferenciar os dois tipos principais de notificação compulsória na Lista Nacional: a Notificação Imediata (realizada em até 24 horas para o Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde) e a Notificação Semanal (realizada em até 7 dias).

Alternativa (a): Esta é a alternativa correta. O Botulismo, a Cólera, a Raiva Humana e a Peste são doenças graves, com alto potencial de disseminação ou de alta letalidade, exigindo ações imediatas de bloqueio epidemiológico e investigação para evitar surtos. Todas estão classificadas como de notificação imediata (24 horas) para as três esferas de governo.

Alternativa (b): Incorreta. A infecção pelo HIV, a Sífilis adquirida, a Esquistossomose e a Leishmaniose Tegumentar são doenças de notificação semanal. Elas possuem caráter crônico e a vigilância epidemiológica foca no acompanhamento da tendência da doença e no controle de longo prazo, não exigindo uma resposta de emergência em 24 horas.

Alternativa (c): Incorreta. As Hepatites Virais (como A e B) são de notificação semanal. Além disso, a Varicela (catapora) não grave e a Caxumba sequer constam na Lista Nacional de Notificação Compulsória (exceto em casos de surtos ou quando ocorrem em situações específicas monitoradas localmente). Casos isolados dessas doenças não exigem notificação imediata.

Alternativa (d): Incorreta. A Tuberculose e a Hanseníase são doenças crônicas de notificação semanal. Já o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial, apesar de serem problemas de saúde pública relevantes, são Doenças Crônicas Não Transmissíveis que não fazem parte da lista de notificação compulsória nacional. O monitoramento dessas condições é feito por meio de registros em prontuários e sistemas de informação da atenção primária, e não por fichas de notificação.

Resumo: A notificação imediata é reservada para eventos que representam ameaças urgentes à saúde pública, como os citados na alternativa (a). Doenças crônicas ou de transmissão mais lenta seguem o fluxo de notificação semanal.

Questão 44

(Primeira afirmativa) Verdadeira. O uso de doses supra-fisiológicas de corticoides (equivalentes a mais de 20 mg de prednisona por dia) por um período superior a três semanas é o critério clássico para considerar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal suprimido. Pacientes com fenótipo cushingoide também são considerados de alto risco, independentemente da dose atual, pois apresentam sinais de exposição

crônica excessiva. Em situações de estresse cirúrgico, o organismo necessita de um aumento na produção de cortisol que esses pacientes não conseguem suprir, exigindo a administração de hidrocortisona para prevenir o colapso cardiovascular.

(Segunda afirmativa) Verdadeira. A crise adrenal aguda manifesta-se tipicamente como um choque refratário. Quando um paciente no perioperatório apresenta queda persistente da pressão arterial que não responde adequadamente à reposição volêmica ou ao suporte com vasopressores (como noradrenalina), a insuficiência adrenal deve ser uma das principais suspeitas diagnósticas. Nesses casos, o tratamento empírico com hidrocortisona intravenosa é indicado antes mesmo dos resultados laboratoriais, devido à gravidade do quadro.

(Terceira afirmativa) Falsa. A hidrocortisona é o corticoide de escolha para o tratamento da crise adrenal aguda porque possui atividade tanto glicocorticoide quanto mineralocorticoide, mimetizando o cortisol natural. A dexametasona, apesar de ser um potente glicocorticoide, não possui atividade mineralocorticoide significativa. O efeito mineralocorticoide é fundamental na crise para promover a retenção de sódio e água, auxiliando na restauração da volemia e da pressão arterial.

(Quarta afirmativa) Falsa. A supressão do eixo adrenal pode ser prolongada. Pacientes que fizeram uso crônico de corticoides podem levar de 6 a 12 meses para recuperar totalmente a funcionalidade do eixo após a interrupção do medicamento. A afirmação de que a recuperação ocorre em 30 dias é clinicamente perigosa, pois pacientes que suspenderam o uso há 6 meses ainda podem falhar em produzir cortisol suficiente sob estresse cirúrgico.

Conclusão: A sequência correta de preenchimento dos parênteses é V - V - F - F, o que corresponde à alternativa (a).

Questão 45

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Afirmativa 1 (Verdadeira): A TRALI (Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão) é definida clinicamente como uma lesão pulmonar aguda de início súbito durante ou até 6 horas após o término da transfusão. Seus critérios diagnósticos exigem a presença de hipoxemia (relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ menor que 300 ou saturação de oxigênio menor que 90% em ar ambiente) e infiltrado pulmonar bilateral na imagem radiológica. Fundamentalmente, deve-se excluir a origem cardiogênica (edema hidrostático) ou sobrecarga volêmica para o diagnóstico de TRALI.

Afirmativa 2 (Verdadeira): A TACO (Sobrecarga Circulatória Associada à Transfusão)

ocorre devido à infusão de volume em velocidade ou quantidade superior à capacidade de compensação do sistema cardiovascular do receptor. Clinicamente, manifesta-se com sinais de insuficiência cardíaca esquerda: hipertensão (diferente da TRALI, na qual pode haver hipotensão), distensão venosa jugular, presença de terceira bulha (B3) e edema agudo de pulmão. Por ser um quadro de hipervolemia, o balanço hídrico é positivo e a resposta clínica ao uso de diuréticos é rápida e eficaz.

Afirmativa 3 (Falsa): A conduta inicial em qualquer reação transfusional é interromper a infusão imediatamente. No entanto, a afirmação está incorreta ao dizer que não é necessário notificar o serviço de hemoterapia. A notificação é obrigatória por lei e essencial para a hemovigilância. Na TRALI, o mecanismo envolve frequentemente anticorpos (anti-HLA ou anti-HNA) no plasma do doador que reagem com os leucócitos do receptor. Identificar o doador é crucial para que ele seja avaliado e, se necessário, excluído de futuras doações de componentes plasmáticos, prevenindo novos episódios em outros receptores.

Afirmativa 4 (Verdadeira): A Reação Febril Não Hemolítica (RFNH) é a reação mais comum na prática transfusional. Ela ocorre principalmente devido à presença de citocinas pirogênicas acumuladas no hemocomponente durante o armazenamento ou pela interação entre anticorpos do receptor e leucócitos do doador. Caracteriza-se por febre (aumento de pelo menos 1 grau Celsius) e calafrios, sem outras causas aparentes, sendo geralmente um quadro benigno e autolimitado.

Sequência correta: V, V, F, V.

Alternativa correta: Letra (d).

Questão 46

O Delirium Tremens (DT) representa a forma mais grave e tardia da síndrome de abstinência alcoólica, surgindo geralmente entre 48 e 96 horas após a interrupção do consumo. Caracteriza-se por uma desorientação profunda, agitação psicomotora, alucinações (frequentemente visuais ou táteis) e uma intensa hiperatividade autonômica (taquicardia, hipertensão e sudorese).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A contenção física isolada é perigosa e não deve ser a medida principal. Ela aumenta o risco de rabdomiólise devido à luta contra as amarras, além de elevar o estresse cardiovascular e o risco de asfixia. A contenção deve ser um recurso temporário e excepcional, sempre acompanhada de tratamento farmacológico para tratar a causa neuroquímica do quadro.

b) Incorreta. O uso de etanol (venoso ou oral) para tratar a abstinência é uma prática obsoleta e condenada. O álcool possui uma janela terapêutica estreita, metabolismo rápido e toxicidade orgânica (especialmente hepática e pancreática). Os benzodiazepínicos realizam a substituição de forma muito mais segura, controlada e eficaz.

c) Correta. Esta é a alternativa que descreve o padrão-ouro de tratamento. Fisiopatologicamente, o consumo crônico de álcool causa uma regulação negativa (downregulation) dos receptores GABA (inibitórios) e uma regulação positiva (upregulation) dos receptores NMDA/glutamato (excitatórios). Na abstinência, o sistema nervoso fica em um estado de hiperexcitabilidade. Os benzodiazepínicos ligam-se aos receptores GABA-A, potencializando a entrada de cloreto na célula e restaurando a inibição do sistema nervoso central, o que controla os sintomas autonômicos e previne convulsões.

d) Incorreta. O haloperidol e outros antipsicóticos não devem ser utilizados como monoterapia no Delirium Tremens. O principal motivo é que essas drogas reduzem o limiar convulsígeno, ou seja, tornam mais fácil para o paciente apresentar uma convulsão, que é uma das complicações fatais da abstinência. Eles podem ser usados apenas como terapia adjuvante em casos de agitação extrema que não responde a doses altas de benzodiazepínicos, mas nunca sozinhos.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 47

A seguir, apresento a análise detalhada de cada alternativa da questão sobre o manejo glicêmico perioperatório:

Alternativa (a) Incorreta: O controle glicêmico estrito, visando manter a glicemia entre 80 e 110 mg/dL, foi testado em grandes estudos, como o NICE-SUGAR. Os resultados demonstraram que esse alvo aumenta significativamente a incidência de hipoglicemias graves e a mortalidade cardiovascular, sem oferecer benefícios superiores em relação a alvos mais moderados. Portanto, a normoglicemia estrita não é recomendada para pacientes cirúrgicos ou críticos.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa reflete as recomendações atuais. Para cirurgias de grande porte, pacientes instáveis ou aqueles que permanecerão em jejum prolongado, a infusão contínua de insulina regular por via endovenosa (bomba de infusão) é o método preferencial. Isso ocorre porque a via endovenosa permite um ajuste rápido e preciso da dose conforme a variação glicêmica causada pelo estresse cirúrgico. O alvo terapêutico de 140 a 180 mg/dL é considerado o padrão-ouro, pois

equilibra a prevenção de complicações hiperglicêmicas (como infecção de sítio cirúrgico) com a segurança contra hipoglicemias.

Alternativa (c) Incorreta: A metformina deve ser suspensa, preferencialmente, de 24 a 48 horas antes de cirurgias de médio e grande porte ou procedimentos que utilizem contraste iodado. O risco principal é o desenvolvimento de acidose láctica em caso de instabilidade hemodinâmica, hipóxia tecidual ou insuficiência renal aguda perioperatória. Além disso, a metformina não previne a cetoacidose; essa complicação é prevenida pela manutenção de níveis adequados de insulina, especialmente em pacientes com diabetes tipo 1.

Alternativa (d) Incorreta: Pacientes com diabetes tipo 1 nunca devem ter sua insulina basal totalmente suspensa. Como esses pacientes possuem deficiência absoluta de insulina, a interrupção da dose basal, mesmo em jejum, desencadeia rapidamente a lipólise e a cetogênese, levando à cetoacidose diabética. A recomendação correta é a redução da dose da insulina basal (NPH ou análogos de longa ação) para cerca de 60% a 80% da dose habitual na manhã da cirurgia, garantindo a cobertura metabólica mínima durante o jejum.

Questão 48

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I: Está correta. O manejo do hipertireoidismo em cirurgias de emergência exige o controle rápido dos sintomas e da produção hormonal. Os betabloqueadores, como o propranolol, controlam as manifestações adrenérgicas (taquicardia, tremores). O propiltiouracil (PTU) atua bloqueando a síntese hormonal e a conversão periférica de T4 em T3. O iodo (Lugol) é essencial para inibir a liberação de hormônios já sintetizados pela glândula, fenômeno conhecido como efeito Wolff-Chaikoff. A recomendação de administrar o iodo pelo menos 1 hora após o antitireoidiano é crucial: se o iodo for dado antes, ele pode servir de substrato para a glândula produzir ainda mais hormônios (fenômeno de Jod-Basedow), agravando o quadro.

Afirmativa II: Está correta. O hipotireoidismo grave não tratado compromete diversos sistemas. Do ponto de vista cardiovascular, há redução do débito cardíaco e bradicardia. No sistema respiratório, ocorre diminuição do drive ventilatório e maior sensibilidade a sedativos. No trato gastrointestinal, a motilidade está reduzida, o que predispõe ao íleo paralítico. Devido a esses riscos, que aumentam a morbimortalidade, a recomendação padrão é adiar procedimentos eletivos até que o paciente atinja o estado eutireoidiano (normalização dos níveis de TSH e T4 livre).

Afirmativa III: Está correta. O nervo laríngeo recorrente inerva quase todos os músculos intrínsecos da laringe, incluindo o músculo cricoaritenóideo posterior, que é o único responsável por abrir (abduzir) as cordas vocais. Em uma lesão unilateral, o paciente apresenta rouquidão. Já na lesão bilateral, as cordas vocais perdem a capacidade de abrir e permanecem na linha média (adução), o que fecha a glote e causa obstrução respiratória aguda imediatamente após a extubação, sendo uma emergência médica que exige reintubação ou traqueostomia.

Análise das Alternativas:

A alternativa (a) é o gabarito correto, pois as três afirmações estão tecnicamente impecáveis de acordo com a literatura médica de endocrinologia e cirurgia de cabeça e pescoço.

As alternativas (b), (c) e (d) estão incorretas porque consideram apenas parte das informações verdadeiras, omitindo afirmativas que também estão corretas. No caso da alternativa (b), exclui-se a afirmativa III; na (c), exclui-se a I; e na (d), excluem-se a II e a III.

Questão 49

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I: Incorreta. Embora a tríade clássica composta por cefaleia, febre e déficit neurológico focal seja muito citada na literatura, ela está presente em menos de 50% dos pacientes (estimativas variam entre 20% e 40%). A febre, especificamente, pode estar ausente em metade dos casos. Devido a essa baixa sensibilidade clínica, o diagnóstico depende obrigatoriamente de exames de imagem precoces, como a Tomografia Computadorizada (TC) com contraste ou, idealmente, a Ressonância Magnética (RM), que possui maior sensibilidade para detectar cerebrites iniciais e abscessos pequenos.

Afirmativa II: Correta. A punção lombar é formalmente contraindicada em pacientes com suspeita de abscesso cerebral que apresentem efeito de massa, desvio de linha média ou sinais de hipertensão intracraniana nos exames de imagem. A retirada de líquido pode criar um gradiente de pressão que favorece a herniação cerebral (transtentorial ou tonsilar), uma complicação frequentemente fatal. Além disso, o rendimento diagnóstico da punção lombar no abscesso é baixo, pois o líquido raramente isola o patógeno, a menos que o abscesso tenha rompido para o sistema ventricular.

Afirmativa III: Correta. O manejo do abscesso cerebral costuma ser multimodal. A

intervenção cirúrgica, preferencialmente por aspiração estereotáxica ou, em casos selecionados, por excisão cirúrgica, é indicada para abscessos com diâmetro maior que 2,5 cm, lesões que promovem efeito de massa significativo ou risco de ruptura ventricular. O tratamento medicamentoso com antibioticoterapia de amplo espectro (ajustada após cultura) é essencial e deve ser prolongado, geralmente de 4 a 8 semanas, para garantir a esterilização do foco e prevenir recidivas.

Análise das Alternativas:

- a) Incorreta. A afirmativa I é falsa.
- b) Correta. As afirmativas II e III estão tecnicamente perfeitas e refletem o consenso atual de neuroinfetologia.
- c) Incorreta. A afirmativa I invalida esta opção.
- d) Incorreta. A afirmativa I é falsa, o que exclui a possibilidade de todas estarem corretas.

Gabarito: Letra (b).

Questão 50

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Pacientes assintomáticos com estenose carotídea menor que 60% devem ser mantidos em tratamento clínico otimizado (antiagregantes plaquetários, estatinas e controle de fatores de risco). A intervenção (seja endarterectomia ou angioplastia) em pacientes assintomáticos só é considerada quando a estenose é superior a 60-70%, desde que a expectativa de vida seja maior que cinco anos e o risco de complicações da equipe cirúrgica seja muito baixo (menor que 3%). Não há indicação de angioplastia profilática para estenoses leves/moderadas assintomáticas.

Alternativa b) Incorreta. A oclusão total (100%) da artéria carótida interna não é indicação para endarterectomia. Uma vez que o vaso está totalmente ocluído, o risco de realizar uma recanalização cirúrgica é extremamente alto (risco de embolia distal e transformação hemorrágica) e o benefício é nulo ou negativo comparado ao tratamento clínico. A cirurgia visa prevenir a oclusão ou embolias em vasos ainda pérvios.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa resume as principais evidências dos grandes estudos (como o NASCET). A endarterectomia de carótida é o padrão-ouro para pacientes sintomáticos (que apresentaram Acidente Vascular Cerebral ou Ataque Isquêmico Transitório nos últimos 6 meses) com estenose grave, entre 70% e 99%. O

benefício da cirurgia é máximo neste grupo, superando o tratamento clínico, desde que a morbimortalidade perioperatória (risco de novo AVC ou morte em 30 dias) seja menor que 6%.

Alternativa d) Incorreta. Pacientes sintomáticos com estenose considerada leve ou moderada inferior (menor que 50%) não possuem indicação cirúrgica. Nesses casos, o risco inerente ao procedimento cirúrgico é maior do que o risco de um novo evento isquêmico sob tratamento clínico. A intervenção cirúrgica em pacientes sintomáticos começa a ser discutida a partir de 50% de estenose, sendo fortemente recomendada acima de 70%.

Questão 51

ANÁLISE DA QUESTÃO

Esta questão aborda os acidentes ofídicos de maior importância clínica no Brasil: o botrópico (jararaca) e o crotálico (cascavel), focando em suas manifestações clínicas e condutas terapêuticas.

VERIFICAÇÃO DAS AFIRMATIVAS

Primeira afirmativa (Verdadeira): O veneno de serpentes do gênero *Bothrops* (jararacas) possui ações proteolítica (inflamatória aguda), coagulante e hemorrágica. Clinicamente, isso se traduz por dor local, edema endurecido, equimoses, sangramentos no local da picada e bolhas. Em locais com pouco espaço para expansão de tecidos, como dedos e compartimentos musculares dos membros, o edema intenso pode aumentar a pressão local a ponto de comprometer a perfusão sanguínea, caracterizando a síndrome compartimental.

Segunda afirmativa (Falsa): A fasciotomia não deve ser realizada de forma profilática em casos de edema moderado. Trata-se de um procedimento cirúrgico invasivo com indicações precisas. O tratamento inicial e fundamental do acidente botrópico é a soroterapia específica (soro antibotrópico) para neutralizar o veneno circulante, associada a medidas de suporte como elevação do membro. A fasciotomia só é indicada se houver confirmação clínica ou mensuração de pressão intracompartimental elevada que sugira síndrome compartimental estabelecida, o que é uma complicação e não a regra.

Terceira afirmativa (Falsa): Esta afirmativa inverte completamente as características do acidente crotálico. O veneno da cascavel (*Crotalus durissus*) possui ação neurotóxica, miotóxica e coagulante, mas sua ação local é mínima (pouca dor e quase nenhum edema). Os efeitos sistêmicos são a marca registrada: a

neurotoxicidade causa a "fácies miastênica" (ptose palpebral, oftalmoplegia), e a miotoxicidade causa rabdomiólise, que pode levar à insuficiência renal aguda e urina escura (mioglobinúria). O processo inflamatório exuberante descrito na afirmativa é típico do acidente botrópico, não do crotálico.

Quarta afirmativa (Falsa): O uso de torniquete ou garrote é formalmente contraindicado em acidentes ofídicos. O torniquete impede a circulação linfática e venosa, concentrando o veneno (especialmente o botrópico, que é necrotizante) no local da picada, o que aumenta drasticamente o risco de necrose, gangrena e necessidade de amputação. Além disso, não impede a absorção sistêmica do veneno de forma eficaz e pode causar lesões por isquemia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

A sequência correta das afirmativas é V, F, F, F.

- a) Incorreta. A primeira afirmativa é verdadeira e a terceira e quarta são falsas.
- b) Correta. Reflete exatamente a análise técnica: apenas a primeira assertiva descreve corretamente a fisiopatologia do acidente botrópico, enquanto as demais contêm erros conceituais de conduta ou de clínica médica.
- c) Incorreta. A segunda e a terceira afirmativas são falsas.
- d) Incorreta. A quarta afirmativa é falsa, pois o torniquete é prejudicial.

Gabarito: Letra (b).

Questão 52

ITEM 1 (V): A orientação para cessação do tabagismo deve ocorrer, idealmente, de 4 a 8 semanas antes de um procedimento cirúrgico eletivo. Embora a suspensão por apenas 48 horas já reduza os níveis de carboxiemoglobina e melhore a oferta de oxigênio aos tecidos, o tempo de 4 a 8 semanas é o necessário para que ocorra a redução da secreção de muco e a recuperação da atividade ciliar do epitélio respiratório, reduzindo, efetivamente, o risco de complicações pulmonares pós-operatórias.

ITEM 2 (F): O uso de corticoides sistêmicos no pré-operatório de pacientes asmáticos não é contraindicado. Pelo contrário, se o paciente apresentar sintomas de asma não controlada ou se a função pulmonar (VEF1 ou pico de fluxo) estiver abaixo de 80% do previsto, recomenda-se um curso curto de corticoide sistêmico (ex.: prednisona, 40 a 60 mg/dia, por 5 a 7 dias) para otimizar o paciente e prevenir broncoespasmo grave durante a indução anestésica e a intubação.

ITEM 3 (F): A espirometria não é mandatória para todos os pacientes. Ela é reservada para situações específicas, como pacientes com diagnóstico clínico de DPOC ou asma sem tratamento prévio, pacientes que apresentam dispneia de causa não esclarecida ou aqueles que serão submetidos a cirurgias de grande porte, como ressecções pulmonares ou cirurgias abdominais altas e torácicas, caso o quadro clínico não esteja bem estabilizado. Em pacientes com asma bem controlada clinicamente, a espirometria pode ser dispensada.

ITEM 4 (V): A manipulação das vias aéreas, especialmente a intubação traqueal, é um dos principais estímulos para o broncoespasmo em pacientes hiper-reativos. Durante a manutenção da anestesia, os agentes inalatórios (halogenados), como o sevoflurano e o isoflurano, são amplamente utilizados justamente por possuírem propriedades broncodilatadoras potentes, auxiliando tanto na prevenção quanto no tratamento do broncoespasmo intraoperatório.

A sequência correta, portanto, é Verdadeiro, Falso, Falso, Verdadeiro (V, F, F, V), correspondendo à alternativa D.

Questão 53

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I: Correta. A indicação de intervenção no Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) assintomático baseia-se no balanço entre o risco de ruptura e o risco operatório. Os consensos internacionais estabelecem o ponto de corte de 5,5 cm para homens e 5,0 cm para mulheres, pois a partir desses diâmetros o risco de ruptura supera o risco da cirurgia (aberta ou endovascular). Além disso, o crescimento rápido, definido como aumento superior a 0,5 cm em 6 meses ou 1,0 cm em 12 meses, também é critério para tratamento eletivo.

Afirmativa II: Correta. A claudicação intermitente é o sintoma clássico da DAOP, ocorrendo quando o fluxo sanguíneo é suficiente no repouso, mas insuficiente para suprir a demanda metabólica muscular durante o exercício. O Índice Tornozelo-Braço (ITB) é calculado pela razão entre a maior pressão sistólica no tornozelo e a maior pressão sistólica no braço. Valores menores que 0,90 são diagnósticos para DAOP e sinalizam a presença de aterosclerose em outros leitos vasculares, sendo um importante marcador de risco para infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Afirmativa III: Incorreta. A conduta na isquemia crítica (caracterizada por dor em repouso, úlceras isquêmicas ou gangrena) é radicalmente diferente da conduta na claudicação leve/moderada. Na isquemia crítica, existe risco iminente de perda do

membro, e a revascularização (seja por bypass ou angioplastia) deve ser tentada sempre que possível para salvar a extremidade. O tratamento conservador com exercícios supervisionados e cilostazol é a primeira linha apenas para pacientes claudicantes (isquemia não crítica). Na isquemia crítica, postergar a revascularização aumenta a morbimortalidade e a taxa de amputações maiores.

Análise das alternativas:

- a) I e II apenas: Esta é a alternativa correta, conforme a análise acima.
- b) III apenas: Incorreta, pois a afirmativa III descreve conduta errada para isquemia crítica.
- c) I apenas: Incorreta, pois a afirmativa II também está correta.
- d) II e III apenas: Incorreta, pois a afirmativa III está errada.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 54

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um ferimento de alto risco para o desenvolvimento de tétano (perfurocortante, profundo e contaminado com terra). O paciente possui o esquema vacinal desatualizado, já que a última dose foi administrada há mais de 15 anos.

Para decidir a conduta, devemos considerar dois fatores: a natureza do ferimento e o tempo decorrido desde a última dose da vacina antitetânica. Pelas normas do Ministério da Saúde e protocolos internacionais, em ferimentos de alto risco (sujos, com tecido desvitalizado, profundos), se a última dose da vacina tiver mais de 10 anos, a conduta obrigatória é a aplicação do reforço vacinal associado à imunização passiva.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O reforço isolado da vacina só seria suficiente se o ferimento fosse simples/limpo ou se o ferimento fosse de alto risco, mas a última dose tivesse ocorrido entre 5 e 10 anos atrás. Como o ferimento é sujo e o intervalo é superior a 10 anos, a vacina sozinha não garante a proteção imediata necessária contra a toxina tetânica.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa está em total conformidade com os protocolos de emergência. O ferimento é considerado "tetanogênico" (sujo e profundo). Como o paciente recebeu a última dose há mais de 10 anos, ele necessita

de:

1. Vacina (Toxoide tetânico): para estimular a produção ativa de anticorpos a longo prazo.
2. Imunoglobulina Antitetânica Humana (IGAT) ou Soro Antitetânico (SAT): para fornecer anticorpos prontos (imunização passiva) e neutralizar possíveis toxinas imediatamente.
3. Cuidados locais: limpeza e desbridamento são essenciais para eliminar o ambiente anaeróbio favorável à proliferação do *Clostridium tetani*.

Alternativa (c) INCORRETA: Embora a limpeza e o desbridamento sejam fundamentais, a antibioticoterapia profilática não substitui a imunização. O tétano é uma doença mediada por toxinas, e a proteção conferida pelos imunobiológicos (vacina e soro/imunoglobulina) é o pilar principal da prevenção no trauma.

Alternativa (d) INCORRETA: A imunoglobulina é necessária, mas não deve ser administrada sozinha. A vacina deve ser aplicada simultaneamente (em locais anatômicos diferentes) para garantir que o indivíduo atualize seu esquema vacinal e desenvolva imunidade ativa, evitando a necessidade de soro em incidentes futuros.

RESUMO DA CONDUTA EM FERIMENTOS DE ALTO RISCO (SUJOS):

- Última dose há menos de 5 anos: Não precisa de vacina ou IGAT.
- Última dose entre 5 e 10 anos: Apenas reforço da vacina.
- Última dose há mais de 10 anos ou histórico desconhecido: Vacina + IGAT (ou SAT).

Questão 55

Alternativa A: Correta. De acordo com as diretrizes da Brain Trauma Foundation e da literatura neurocirúrgica, a fenitoína (ou o levetiracetam) é indicada para a profilaxia de crises convulsivas precoces (aquelas que ocorrem nos primeiros 7 dias após o trauma) em pacientes com TCE grave. Um cuidado farmacológico fundamental com a fenitoína é que ela é uma substância alcalina e instável, que sofre precipitação imediata se diluída em soluções que contenham glicose (soro glicosado). Portanto, deve ser administrada exclusivamente em solução salina (NaCl 0,9%).

Alternativa B: Incorreta. O diazepam apresenta uma absorção errática, lenta e imprevisível quando administrado por via intramuscular (IM), não sendo recomendado para o tratamento da crise aguda nessa via. Para abortar uma crise convulsiva ativa, a via de escolha é a intravenosa (IV). Se o acesso venoso não estiver disponível, a droga de escolha para uso intramuscular é o midazolam, que possui absorção rápida e confiável.

Alternativa C: Incorreta. Embora a profilaxia reduza a incidência de crises nos

primeiros 7 dias (crises precoces), as evidências científicas mostram que ela não é capaz de prevenir o desenvolvimento de epilepsia pós-traumática tardia (que ocorre após a primeira semana). Além disso, o uso profilático não altera o prognóstico funcional ou a mortalidade do paciente a longo prazo.

Alternativa D: Incorreta. A recomendação padrão para profilaxia em pacientes com TCE grave é de apenas 7 dias. Se o paciente não apresentar crises nesse período, a medicação deve ser suspensa. O uso prolongado por meses não previne a epilepsia tardia e aumenta o risco de efeitos colaterais e interações medicamentosas, sendo reservado apenas para pacientes que efetivamente desenvolverem o transtorno epilético.

Questão 56

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda as complicações de uma Pielonefrite Aguda, especificamente a formação de um abscesso perirrenal. O reconhecimento precoce e a intervenção adequada são fundamentais para evitar a progressão para urosepse e perda da função renal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A nefrectomia total (retirada do rim) é uma medida extrema e de última instância. Ela é reservada para casos de destruição total do parênquima renal, rins que não funcionam mais ou em situações específicas de pielonefrite enfisematosa grave que não respondem a outras medidas. No caso de um abscesso de 5 cm, deve-se tentar primeiro a preservação do órgão através da drenagem.

Alternativa b) Incorreta. Embora abscessos muito pequenos (geralmente menores que 3 cm) possam eventualmente responder apenas à antibioticoterapia, o paciente em questão apresenta um abscesso de 5 cm e, mais importante, apresenta falha terapêutica após 72 horas de antibióticos adequados. Manter a mesma conduta diante de uma piora clínica e uma coleção significativa é um erro técnico.

Alternativa c) Incorreta. Não há elementos no quadro que justifiquem a troca empírica para antifúngicos como conduta principal. Embora pacientes diabéticos tenham maior risco de infecções fúngicas, a prioridade absoluta diante de uma coleção purulenta de 5 cm é a drenagem (controle de foco), independentemente do agente etiológico.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. Quando um paciente com

pielonefrite não melhora após 48 a 72 horas de antibioticoterapia correta, deve-se investigar complicações por meio de imagem (como a tomografia realizada). Identificado um abscesso maior que 3-5 cm ou que cause persistência dos sintomas, a drenagem é mandatória. A via percutânea guiada por imagem (ultrassonografia ou tomografia) é a preferencial por ser menos invasiva que a drenagem cirúrgica aberta. A antibioticoterapia deve ser mantida e ajustada conforme os resultados das culturas do material drenado.

RESUMO DIDÁTICO:

- Pielonefrite que não melhora em 72h: Solicitar Tomografia Computadorizada.
- Abscesso renal/perirrenal < 3 cm: Pode-se tentar tratamento apenas com antibióticos.
- Abscesso renal/perirrenal > 3 a 5 cm ou paciente grave: Antibiótico + Drenagem (preferencialmente percutânea).

Questão 57

Alternativa a) Incorreta. A laparoscopia é, na verdade, a via de escolha (padrão-ouro) para a realização da esplenectomia na PTI. Como o baço nesses pacientes geralmente apresenta tamanho normal ou está apenas discretamente aumentado, a técnica minimamente invasiva é ideal, oferecendo menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida. O risco de esplenose (implante de tecido esplênico) está relacionado à manipulação inadequada do órgão e rotura capsular, o que pode ocorrer em qualquer via de acesso, não sendo uma contraindicação à laparoscopia.

Alternativa b) Incorreta. A transfusão de plaquetas não deve ser feita de forma rotineira no pré-operatório de pacientes com PTI. Como a doença é caracterizada pela destruição plaquetária mediada por anticorpos, as plaquetas transfundidas teriam uma meia-vida extremamente curta, sendo inúteis se administradas 24 horas antes. Caso a transfusão seja estritamente necessária por sangramento grave, ela deve ser realizada preferencialmente no intraoperatório, logo após o clampeamento do pedículo esplênico (artéria esplênica), interrompendo o principal local de sequestro e destruição.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente as indicações e os cuidados perioperatórios. A esplenectomia é considerada um tratamento de segunda linha para casos crônicos (geralmente após 12 meses de diagnóstico) que falharam ao tratamento medicamentoso ou para pacientes que não conseguem desmamar o corticoide sem queda perigosa das plaquetas (corticodependência). O preparo imunológico com vacinas contra germes encapsulados (*Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae* tipo b) é crucial devido ao papel do baço na opsonização desses agentes. O intervalo ideal de 2 semanas antes da

cirurgia permite que o paciente desenvolva títulos de anticorpos protetores antes de se tornar asplênico.

Alternativa d) Incorreta. A PTI em crianças é, na grande maioria dos casos, uma doença aguda e autolimitada que regride espontaneamente em meses. O tratamento inicial é conservador ou baseado em imunoglobulina e corticoides em situações de sangramento. A esplenectomia é evitada ao máximo na população pediátrica, especialmente em crianças pequenas, devido ao risco elevado de sepse pós-esplenectomia fulminante, sendo reservada apenas para casos crônicos, graves e refratários a múltiplas linhas de tratamento clínico.

Questão 58

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico apresenta a tríade clássica da intoxicação por opioides: rebaixamento do nível de consciência (coma), depressão respiratória (bradipneia com hipoxemia) e miose puntiforme (pupilas muito pequenas). A presença de marcas de agulhas nos membros superiores reforça a suspeita de uso de drogas injetáveis, como a heroína ou opioides sintéticos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A atropina é o tratamento de escolha para a síndrome colinérgica, comumente causada por organofosforados e carbamatos (inseticidas). Embora a intoxicação por esses agentes também cause miose, ela costuma ser acompanhada de outros sintomas como bradicardia, hipersecreção (sialorreia, broncorreia, lacrimejamento) e diarreia, o que não foi descrito no quadro. Além disso, a prioridade aqui é reverter a depressão respiratória central.

Alternativa B (Incorreta): Na toxicologia, a regra de ouro é primeiro estabilizar o paciente (ABC - Vias aéreas, Respiração e Circulação) antes de qualquer medida de descontaminação. Realizar lavagem gástrica em um paciente com rebaixamento do nível de consciência sem proteção de via aérea (intubação) é contraindicado pelo alto risco de aspiração. Ademais, as marcas de agulha sugerem que a via de administração foi parenteral, tornando a lavagem gástrica ineficaz.

Alternativa C (Correta): A naloxona é um antagonista específico e competitivo dos receptores opioides (principalmente os receptores μ). Sua administração intravenosa reverte rapidamente os efeitos depressores no sistema nervoso central e no centro respiratório. É considerada tanto uma medida terapêutica quanto diagnóstica: se o paciente responder rapidamente recuperando a consciência e o

drive respiratório, confirma-se a etiologia por opioides.

Alternativa D (Incorreta): O flumazenil é o antagonista dos benzodiazepínicos. Embora benzodiazepínicos causem rebaixamento de consciência, eles raramente provocam miose puntiforme ou depressão respiratória tão grave quanto a descrita quando usados isoladamente. Além disso, o uso de flumazenil deve ser cauteloso, pois pode desencadear convulsões em usuários crônicos ou em intoxicações mistas.

GABARITO: Letra C.

Questão 59

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O ramo marginal da mandíbula é frequentemente citado como um dos mais vulneráveis a lesões e neuropraxias durante cirurgias na região parotídea e submandibular, devido ao seu trajeto e à menor quantidade de conexões anastomóticas comparados aos ramos bucais e zigomáticos. Além disso, o calibre dos ramos varia, mas o temporal é conhecido por ser delicado e de difícil dissecação, não sendo o mais resistente.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve a anatomia e a semiologia clássica da paralisia facial. O nervo facial (VII par craniano) sai do crânio pelo forame estilomastoideo antes de entrar na glândula parótida. Uma lesão no tronco principal nesse local causa paralisia periférica completa de todos os músculos da expressão facial ipsilateral, incluindo o músculo frontal (incapacidade de enrugar a testa). Isso ocorre porque a inervação da musculatura superior da face é feita por neurônios que recebem estímulos de ambos os hemisférios cerebrais (bilaterais); assim, em uma lesão central (AVC, por exemplo), a testa é poupada, enquanto na lesão periférica, o nervo final é interrompido, atingindo toda a hemiface.

Alternativa c) Incorreta. Se a integridade do nervo facial foi visualmente confirmada pelo cirurgião durante a parotidectomia, a paralisia no pós-operatório imediato costuma ser decorrente de neuropraxia (bloqueio funcional sem ruptura física), causada por tração, calor do bisturi eletrônico ou edema. Nesses casos, a conduta é a observação e, por vezes, o uso de corticosteroides, e não a reexploração cirúrgica imediata. A reexploração é reservada para casos em que há suspeita de secção nervosa acidental não identificada.

Alternativa d) Incorreta. A alternativa inverte os conceitos. Na paralisia facial periférica, o lagoftalmo (incapacidade de fechar o olho) é uma característica marcante e grave devido ao risco de úlcera de córnea. A paralisia periférica afeta

toda a hemiface (olho, testa e boca). Já a paralisia central poupa o terço superior (testa e fechamento ocular), manifestando-se predominantemente no desvio da comissura labial.

Questão 60

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Correta): Para o diagnóstico preciso de linfomas, a análise da arquitetura tecidual é fundamental. O patologista precisa observar como as células neoplásicas se organizam no linfonodo (se de forma folicular, difusa ou infiltrando áreas específicas). A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) fornece apenas material citológico (células soltas), o que é insuficiente para definir o subtipo histológico na imensa maioria das vezes. Portanto, a biópsia excisional, que retira o linfonodo inteiro, permanece como o padrão-ouro. Em casos selecionados em que a cirurgia é inviável, a biópsia por agulha grossa (Core Biopsy) pode ser utilizada, mas a PAAF isolada não é recomendada para o diagnóstico inicial.

Afirmativa II (Incorreta): Historicamente, a laparotomia de estadiamento com esplenectomia era realizada para identificar doença oculta no abdome. No entanto, com o advento de métodos de imagem modernos e altamente sensíveis, como a tomografia computadorizada e, principalmente, o PET-CT, o estadiamento tornou-se essencialmente clínico-radiológico. Hoje, a conduta é conservadora em relação à cirurgia de estadiamento, que caiu em desuso e não é mais mandatória para os pacientes, uma vez que os protocolos de quimioterapia atuais são eficazes mesmo em doenças sistêmicas.

Afirmativa III (Correta): Os sintomas B são critérios clássicos de gravidade e fazem parte do sistema de estadiamento de Ann Arbor. Eles são definidos como: febre inexplicada acima de 38 graus Celsius, sudorese noturna profusa (que obriga o paciente a trocar a roupa de cama) e perda ponderal não intencional superior a 10% do peso corporal nos últimos 6 meses. A presença desses sintomas é indicada pela letra B junto ao estágio (ex: IIB), enquanto sua ausência é indicada pela letra A (ex: IIA). Pacientes com sintomas B geralmente apresentam pior prognóstico e podem necessitar de esquemas terapêuticos mais intensos.

Conclusão: Como as afirmativas I e III estão corretas e a afirmativa II está incorreta, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 61

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

ASSERTIVA 1 (VERDADEIRA): No contexto de hemorragia pós-parto (HPP) grave com necessidade de protocolo de transfusão maciça, a literatura médica e os protocolos internacionais (como os da FIGO e OPAS/OMS) recomendam a utilização da proporção de 1:1:1. Isso significa transfundir 1 unidade de concentrado de hemácias, 1 unidade de plasma fresco congelado e 1 unidade de plaquetas. O objetivo é mimetizar a composição do sangue total para evitar a coagulopatia dilucional e repor precocemente os fatores de coagulação que são consumidos rapidamente durante o sangramento vultoso.

ASSERTIVA 2 (VERDADEIRA): O estudo WOMAN (World Maternal Antifibrinolytic Trial), publicado em 2017, é a principal evidência para o uso do ácido tranexâmico na HPP. O estudo demonstrou que a administração de 1 g por via intravenosa (IV) reduziu significativamente a morte por sangramento em mulheres com hemorragia pós-parto, sem aumentar o risco de eventos tromboembólicos. O benefício é maior e mais evidente quando o fármaco é administrado o mais rápido possível, preferencialmente dentro das primeiras 3 horas após o parto.

ASSERTIVA 3 (VERDADEIRA): O sulfato de magnésio é excretado quase totalmente pelos rins, e sua toxicidade está relacionada aos níveis séricos elevados. A sequência da intoxicação é previsível e progressiva: o primeiro sinal clínico é a perda ou abolição do reflexo patelar (reflexo tendinoso profundo), que ocorre com níveis terapêuticos/tóxicos iniciais. Com o aumento da concentração, surge a depressão respiratória (frequência respiratória abaixo de 16 incursões por minuto) e, em casos graves, a parada cardiorrespiratória. O antídoto para reverter esses efeitos é o gluconato de cálcio a 10%, que deve ser administrado na dose de 10 mL por via intravenosa lenta.

ASSERTIVA 4 (FALSA): A massagem uterina bimanual (Manobra de Hamilton) não é contraindicada; pelo contrário, é uma das manobras iniciais e obrigatórias no protocolo de manejo da atonia uterina (o chamado Quarto Passo ou Manobra Compressiva). Ela consiste em colocar uma das mãos (em punho) no fundo de saco vaginal anterior e a outra mão sobre o abdome, comprimindo o corpo uterino entre as duas mãos para estimular a contração e reduzir o sangramento. O que causa a inversão uterina é a tração excessiva do cordão umbilical ou a pressão inadequada no fundo uterino sem que haja sinais de separação placentária, e não a manobra de Hamilton. Além disso, a droga de primeira escolha para atonia é a ocitocina IV, e não o misoprostol isoladamente.

CONCLUSÃO:

Como as três primeiras assertivas são verdadeiras e a última é falsa, a sequência correta é V, V, V, F.

Alternativa Correta: Letra (c).

Questão 62

Esta questão aborda o manejo de lesões mamárias de potencial maligno incerto, especificamente a Cicatriz Radiada, também conhecida como Lesão Esclerosante Complexa.

A Cicatriz Radiada é uma lesão idiopática que, na mamografia, frequentemente se manifesta como uma distorção arquitetural, mimetizando um carcinoma espiculado. O grande desafio clínico reside no fato de que essas lesões estão frequentemente associadas a outras patologias proliferativas e, em uma porcentagem significativa de casos (cerca de 10% a 25%), podem abrigar focos de carcinoma (como o carcinoma tubular ou o carcinoma ductal *in situ*) que não são capturados pela amostragem limitada de uma biópsia por agulha grossa (*core biopsy*).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A ressonância magnética (RM) pode ser utilizada para avaliação complementar em casos de dúvida diagnóstica, mas a repetição da biópsia guiada por RM não é a conduta padrão para resolver a questão da subestimação de uma cicatriz radiada já identificada. O problema não é a vascularização, mas sim a necessidade de avaliar a arquitetura completa da lesão para excluir malignidade adjacente.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta clássica recomendada pela maioria dos protocolos de mastologia. Devido ao risco de *upstaging* (quando a cirurgia revela uma patologia mais grave do que a biópsia inicial), a exérese cirúrgica completa é necessária. Mesmo na ausência de atipias na *core biopsy*, a retirada de toda a área de distorção garante que não existam focos de neoplasia maligna ocultos na lesão.

Alternativa c) Incorreta. A mastectomia profilática bilateral é uma medida extrema reservada para pacientes com altíssimo risco genético (como mutações nos genes BRCA1/2). A cicatriz radiada é uma lesão precursora ou associada de risco localizado, não conferindo uma instabilidade genômica que justifique a retirada das mamas.

Alternativa d) Incorreta. O seguimento imaginológico semestral é insuficiente e considerado conduta insegura para distorções arquiteturais confirmadas como cicatriz radiada na *core biopsy*. Como a biópsia por agulha retira apenas

fragmentos, a ausência de atipia nesses fragmentos não garante a benignidade de toda a extensão da lesão. O risco de subestimação impede o manejo conservador inicial.

Gabarito: Letra (b).

Questão 63

Gabarito: Alternativa (c)

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tipo histológico mais comum do carcinoma de tuba uterina não é o mucinoso, mas sim o carcinoma seroso (especialmente o de alto grau). Além disso, o padrão de disseminação é muito semelhante ao do câncer de ovário, ocorrendo principalmente por esfoliação de células neoplásicas na cavidade peritoneal e disseminação linfática para linfonodos pélvicos e para-aórticos, e não preferencialmente para o linfonodo de Virchow (supraclavicular esquerdo).

Alternativa b) Incorreta. Embora a tríade clássica descrita (dor pélvica, massa anexial e descarga vaginal aquosa denominada hidropsia tubária profluente) seja um conceito teórico clássico da literatura, ela é extremamente rara na prática clínica, ocorrendo em menos de 15% dos casos. O enunciado da questão foca na mudança de paradigma da patogênese (origem fimbriária), o que torna a alternativa (c) a resposta mais completa e atualizada sobre o tema.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve o modelo atual da carcinogênese pélvica. Estudos em peças de salpingo-ooforectomia profilática de pacientes com mutação nos genes BRCA1 e BRCA2 revelaram lesões precursoras (STIC) na fímbria distal da tuba. Isso sustenta a teoria de que a maioria dos carcinomas serosos de alto grau, antes classificados como ovarianos ou peritoneais primários, na verdade se originam no epitélio tubário.

Alternativa d) Incorreta. Os critérios diagnósticos clássicos para o carcinoma tubário primário (Critérios de Hu, Taymor e Hertig) exigem exatamente o oposto: o tumor deve estar localizado na tuba uterina, as fímbrias podem estar envolvidas e o útero e os ovários devem estar macroscopicamente normais ou apresentar uma quantidade de tumor significativamente menor do que a encontrada na tuba. Se a maior parte da massa estiver no ovário, o tumor é classificado como de origem ovariana.

Questão 64

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar as três principais patologias psiquiátricas do puerpério: o Baby Blues, a Depressão Pós-Parto (DPP) e a Psicose Puerperal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Pensamentos de ferir a criança ou pensamentos infanticidas podem ocorrer tanto na Psicose Puerperal quanto na Depressão Pós-Parto grave. Na DPP grave, esses pensamentos costumam ser obsessivos e geram grande angústia na mãe (egodistônicos), enquanto na psicose eles geralmente estão associados a delírios ou alucinações (egossintônicos). Portanto, não é um divisor exclusivo nem absoluto.

b) Incorreta. A Psicose Puerperal é a forma mais grave dos transtornos puerperais, sendo considerada uma emergência psiquiátrica. Caracteriza-se por perda do contato com a realidade, delírios, alucinações e alto risco de infanticídio e suicídio. O tratamento exige internação imediata, uso de antipsicóticos e estabilizadores de humor.

c) Correta. O Baby Blues, ou disforia pós-parto, é um quadro fisiológico e transitório que atinge a grande maioria das mulheres (até 80%). Inicia-se precocemente, entre o 3º e o 4º dia após o parto, e tem curta duração, resolvendo-se espontaneamente em até duas semanas. Os sintomas principais são labilidade emocional, irritabilidade e choro fácil. Por ser autolimitado e não comprometer o vínculo com o bebê ou a funcionalidade da mãe, não requer fármacos, apenas suporte emocional e orientações.

d) Incorreta. A Depressão Pós-Parto é um quadro clínico mais profundo que o Baby Blues e não se diferencia apenas pela intensidade, mas pela persistência e prejuízo funcional. O diagnóstico não exige 6 meses de espera; pelo DSM-5, os sintomas devem estar presentes por pelo menos duas semanas, com início geralmente nas primeiras 4 a 12 semanas após o parto. Além disso, a Escala de Edimburgo é a principal ferramenta de rastreio validada mundialmente para identificar o risco de DPP ainda na fase aguda.

Gabarito: Letra (c).

Questão 65

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque o abortamento séptico, especialmente em uma forma grave como a Síndrome de Mondor, é uma emergência médica que exige tratamento hospitalar intensivo. O uso de misoprostol é lento e inadequado para o controle de um foco infeccioso agudo, e a antibioticoterapia jamais deve ser oral ou ambulatorial em uma paciente com sinais de sepse (febre, taquicardia e hipotensão).

A alternativa (b) está incorreta, pois o tratamento conservador prolongado é contraindicado no abortamento séptico. O foco da infecção são os restos ovulares infectados dentro do útero. A recomendação atual é iniciar a antibioticoterapia intravenosa e realizar o esvaziamento uterino o mais rápido possível (geralmente poucas horas após o início dos antibióticos e estabilização hemodinâmica), sem aguardar a apirexia, para interromper a fonte de toxinas e bactérias.

A alternativa (c) está incorreta porque a histerectomia não deve ser a conduta universal imediata para todos os casos de presença de gás. Embora o gás no miométrio seja um sinal de gravidade (sugestivo de infecção por *Clostridium perfringens*), em alguns casos o esvaziamento uterino rigoroso associado a antibióticos de amplo espectro pode ser suficiente. A cirurgia radical é reservada para situações em que há falha desse manejo inicial ou evidência clara de necrose tecidual extensa.

A alternativa (d) está correta porque descreve o manejo padrão e escalonado. A prioridade é a estabilização hemodinâmica da paciente (reposição de fluidos e suporte de sinais vitais) e o início imediato de antibioticoterapia venosa de amplo espectro (esquema tríplice para cobrir cocos Gram-positivos, bacilos Gram-negativos e anaeróbios). O esvaziamento uterino cirúrgico deve ser realizado logo em seguida para remover o foco infeccioso. A histerectomia total é mantida como conduta de exceção, indicada se houver miometrite necrosante, perfuração uterina, abscesso pélvico ou se a paciente não apresentar melhora clínica com o tratamento inicial.

Questão 66

O caso clínico apresenta uma paciente com amenorreia secundária após um procedimento de curetagem uterina pós-parto. O ponto crucial para o raciocínio diagnóstico é o resultado dos testes hormonais dinâmicos: o teste da progesterona foi negativo (não houve sangramento), o que indica ou falta de estrogênio prévio ou um problema no órgão efetor (útero). Em seguida, o teste de estrogênio e progesterona combinados também foi negativo. Quando fornecemos os hormônios de forma exógena e, mesmo assim, não ocorre o sangramento por privação, o

diagnóstico se desloca obrigatoriamente para uma causa anatômica ou endometrial (compartimento I da amenorreia).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A Síndrome de Sheehan decorre de uma necrose hipofisária após hemorragia pós-parto grave, levando ao pan-hipopituitarismo. Nela, encontraríamos níveis baixos de FSH, LH e TSH (amenorreia hipogonadotrófica). Além disso, como o útero está íntegro, o teste de estrogênio e progesterona seria positivo (haveria sangramento), pois o endométrio responderia aos hormônios externos.

Alternativa B: Incorreta. A Síndrome de Swyer é uma disgenesia gonadal pura (cariótipo 46,XY) que se manifesta como amenorreia primária em pacientes com fenótipo feminino, mas sem desenvolvimento puberal, já que as gônadas em fita não produzem hormônios. A paciente da questão já teve duas gestações e partos vaginais, o que exclui completamente essa condição.

Alternativa C: Correta. A Síndrome de Asherman consiste na formação de sinéquias (cicatrizes fibrosas) dentro da cavidade uterina, geralmente após trauma endometrial (como uma curetagem vigorosa, especialmente no período pós-parto, quando o endométrio está mais vulnerável). Essas cicatrizes obliteram o lúmen uterino ou destroem a camada basal do endométrio, impedindo que ele prolifere e descame. Isso explica por que a paciente não sangra mesmo recebendo doses adequadas de estrogênio e progesterona no teste farmacológico, mantendo níveis hormonais sistêmicos normais.

Alternativa D: Incorreta. Na Falência Ovariana Prematura (FOP), os ovários param de funcionar antes dos 40 anos. O quadro seria de amenorreia hipergonadotrófica (FSH e LH elevados pela falta de feedback negativo). No entanto, o teste de estrogênio e progesterona seria positivo, pois o útero estaria apto a sangrar assim que recebesse o suporte hormonal que o ovário falho não está provendo. Além disso, a paciente costuma apresentar sintomas de hipoestrogenismo, como fogachos, que são negados no enunciado.

Questão 67

A questão descreve um quadro clássico de Síndrome de Meigs. Essa síndrome é definida pela tríade composta por um tumor ovariano benigno, ascite e derrame pleural, com a característica fundamental de que tanto a ascite quanto o derrame desaparecem espontaneamente após a remoção cirúrgica do tumor.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: O fibroma ovariano é um tumor benigno originado do estroma do cordão sexual e é a neoplasia mais comumente associada à Síndrome de Meigs. O enunciado fornece elementos típicos: massa sólida, hipoecogênica e com baixo fluxo ao Doppler (sugerindo benignidade), ascite volumosa e derrame pleural à direita (localização mais comum devido à anatomia dos vasos linfáticos diafragmáticos). A elevação do marcador CA-125 é frequente nesses casos devido à irritação das células mesoteliais do peritônio pela ascite, não indicando necessariamente câncer. O líquido transudativo sem células neoplásicas e a resolução pós-operatória confirmam o diagnóstico.

Alternativa (b) Incorreta: O tecoma é um tumor benigno que também pode causar a síndrome, porém o termo Síndrome de Pseudo-Meigs é reservado para casos em que a tríade é causada por outros tumores benignos (como o leiomioma uterino) ou tumores malignos. Além disso, a fisiopatologia descrita sobre o estrogênio e a permeabilidade vascular não é a explicação aceita para a formação da ascite na Síndrome de Meigs; acredita-se que o fluido derive do edema estromal do próprio tumor.

Alternativa (c) Incorreta: O teratoma imaturo é um tumor de células germinativas de caráter maligno. A Síndrome de Meigs é definida estritamente pela presença de um tumor benigno. A elevação do CA-125 na presença de ascite não é critério suficiente para diagnosticar malignidade ou transformação maligna.

Alternativa (d) Incorreta: Se o tumor fosse um Brenner maligno com metástases pleurais, o líquido pleural seria um exsudato e conteria células neoplásicas (citologia positiva), o que contradiz o resultado da toracocentese descrita. Adicionalmente, metástases pleurais não desapareceriam apenas com a retirada do tumor primário ovariano.

Questão 68

Análise da primeira assertiva (Verdadeira): A ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal é considerada o padrão-ouro inicial para o mapeamento da endometriose profunda. Por ser um exame dinâmico, permite realizar a manobra do deslize (sliding sign) para avaliar a mobilidade dos órgãos. O método possui alta sensibilidade para identificar lesões no reto e sigmoide, permitindo ao examinador detalhar qual camada da parede intestinal foi atingida (como a muscular própria) e calcular a distância da lesão em relação à borda anal, o que é fundamental para o planejamento cirúrgico.

Análise da segunda assertiva (Falsa): Embora a ressonância magnética (RM) seja um

excelente exame para o diagnóstico de endometriose, ela não é sistematicamente superior à ultrassonografia com preparo para o compartimento posterior; na verdade, ambas são complementares e possuem acurácias similares. Em relação à infiltração intestinal, a ultrassonografia muitas vezes supera a RM na definição das camadas da parede. Além disso, a afirmação de que a RM dispensa o uso de contraste para definição de planos de clivagem é incorreta, pois o uso de contraste endovenoso e, frequentemente, de gel vaginal e/ou retal é recomendado em protocolos específicos para melhor caracterizar as lesões e as relações anatômicas.

Análise da terceira assertiva (Verdadeira): O tratamento da endometriose deve ser focado na melhora da qualidade de vida e dos sintomas da paciente. A descoberta de um nódulo intestinal em um exame de imagem não é, isoladamente, uma indicação cirúrgica (exceto em casos de risco de obstrução). A cirurgia de ressecção intestinal (discoide ou segmentar) está indicada prioritariamente para pacientes com sintomas dolorosos que não respondem ao tratamento medicamentoso ou quando há evidência de estenose importante da luz intestinal que possa levar a um quadro de oclusão.

Análise da quarta assertiva (Verdadeira): A endometriose diafragmática frequentemente se manifesta como dor no ombro ou região escapular direita durante o período menstrual (dor catamenial), devido à irritação do nervo frênico. Como as lesões podem estar localizadas na porção posterior do diafragma ou atrás do fígado, a inspeção sistemática com laparoscopia é o método diagnóstico ideal. O uso de uma óptica de 30 graus é essencial para permitir a visualização de ângulos que a óptica de 0 grau não alcança, possibilitando a inspeção completa da cúpula diafragmática e da face hepática posterior.

Conclusão: A sequência correta das assertivas é V, F, V, V, validando a alternativa (b) como a resposta correta da questão.

Questão 69

Alternativa a: Incorreta. O direito à objeção de consciência não é um direito absoluto. De acordo com o Código de Ética Médica e as normas do Ministério da Saúde, o médico não pode recusar o atendimento em três situações específicas: quando houver risco iminente de morte para a paciente, em casos de urgência ou emergência, ou quando não houver outro profissional disponível na unidade de saúde para realizar o procedimento. Nessas condições, o dever de assistência e a preservação da vida prevalecem sobre as convicções pessoais do profissional.

Alternativa b: Correta. Este é o entendimento consolidado tanto no Código Penal quanto nas Normas Técnicas do Ministério da Saúde (Atenção Humanizada ao

Abortamento). Para a realização do aborto legal em caso de estupro, a palavra da mulher tem presunção de veracidade. Portanto, não é necessária a apresentação de Boletim de Ocorrência (BO), nem de autorização judicial ou laudo pericial do IML. Os requisitos fundamentais são o consentimento da paciente (ou responsável legal) e o parecer da equipe de saúde após a anamnese e o exame físico.

Alternativa c: Incorreta. Embora a Lei 12.845/2013 (Lei do Minuto Seguinte) preveja que os serviços de saúde devam oferecer a facilitação do registro da ocorrência e a coleta de vestígios, isso não substitui a perícia oficial realizada pelo Instituto Médico Legal (IML), nem é responsabilidade exclusiva do médico assistente no sentido jurídico de prova pericial definitiva. O foco da coleta de vestígios na saúde é a preservação de provas que possam ser úteis, mas o atendimento em saúde visa prioritariamente à profilaxia de doenças e ao suporte psicológico.

Alternativa d: Incorreta. O Código Penal Brasileiro de 1940 não estabelece um limite de idade gestacional para o aborto legal em caso de estupro. Não existe a menção ao limite de 12 semanas na legislação penal. Embora normas técnicas do Ministério da Saúde tragam orientações sobre procedimentos técnicos baseados na viabilidade fetal (geralmente citando 20 a 22 semanas ou 500 gramas), a lei não impõe esse prazo, nem exige alvará judicial para casos ocorridos após esse período.

Questão 70

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

ASSERTIVA I: CORRETA. A categoria BI-RADS 3 refere-se a achados provavelmente benignos, com um risco de malignidade menor que 2 por cento. Os critérios morfológicos citados, como forma oval, margens circunscritas e orientação paralela ao plano da pele, são preditores de benignidade. O protocolo preconiza o acompanhamento radiológico periódico (controle de curto intervalo, geralmente aos 6, 12 e 24 meses) para monitorar a estabilidade da lesão. A biópsia só é indicada se houver aumento ou mudança nas características da lesão durante o seguimento.

ASSERTIVA II: CORRETA. O grupo IOTA estabeleceu as Simple Rules (Regras Simples) para classificar massas anexiais. As regras de malignidade (M-rules) são: M1 (tumor sólido irregular), M2 (presença de ascite), M3 (pelo menos quatro estruturas papilares), M4 (tumor multilocular sólido irregular com maior diâmetro maior ou igual a 100 mm) e M5 (fluxo sanguíneo muito forte ao Doppler - escore de cor 4). Embora a terminologia exata da assertiva varie ligeiramente em relação aos septos, o conjunto de achados descrito (ascite, papilas, sólidos irregulares e Doppler exuberante) compõe o perfil clássico de alta suspeição para malignidade no sistema IOTA.

ASSERTIVA III: INCORRETA. Um nódulo ovariano sólido com neovascularização central e baixo índice de resistência (IR menor que 0,4) é altamente suspeito de malignidade. O baixo índice de resistência indica vasos de neoformação tumoral, que carecem de camada muscular adequada, facilitando o fluxo diastólico. O corpo lúteo hemorrágico tipicamente apresenta o chamado anel de fogo (vascularização periférica) e, embora possa ter baixo índice de resistência, ele ocorre em uma estrutura cística ou complexa funcional, e não em um nódulo sólido com neovascularização central. Esse achado exige investigação imediata e nunca é considerado tranquilizador.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a: Incorreta. A assertiva III está falsa, o que invalida esta opção.

Alternativa b: CORRETA. As assertivas I e II refletem corretamente os consensos internacionais de radiologia mamária e ginecológica.

Alternativa c: Incorreta. A assertiva III está falsa, invalidando a opção.

Alternativa d: Incorreta. A assertiva III está falsa, impossibilitando que todas estejam corretas.

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

Questão 71

Análise da Assertiva I:

O assinclitismo é a inclinação lateral da cabeça fetal, ocorrendo quando a sutura sagital não está centralizada entre o promontório sacral e a sínfise púbica. No assinclitismo posterior, conhecido como obliquidade de Litzmann, a sutura sagital se aproxima da sínfise púbica, o que resulta na descida primária do osso parietal posterior. Esse movimento é frequentemente uma manobra de adaptação em bacias platipeloides (achatadas), onde o diâmetro anteroposterior é reduzido. Embora possa ser um movimento fisiológico transitório para facilitar a passagem, o assinclitismo acentuado e persistente dificulta o descenso e pode levar à distocia de parto. A assertiva está correta.

Análise da Assertiva II:

A rotação interna é um movimento fundamental do mecanismo de parto. O feto geralmente penetra no estreito superior da pelve em variedades de posição transversas ou oblíquas. Como o estreito inferior da pelve materna possui seu maior diâmetro no sentido anteroposterior, a cabeça fetal deve girar internamente para alinhar sua sutura sagital a esse diâmetro. Isso resulta em uma apresentação geralmente em occipitopúbica (mais comum) ou occipitosacra, permitindo que o diâmetro suboccipitobregmático (o menor diâmetro da cabeça fletida) se adapte à

saída da pelve. A assertiva está correta.

Análise da Assertiva III:

O Reflexo de Ferguson é um mecanismo de feedback positivo neuroendócrino. A distensão mecânica do colo uterino e do segmento inferior da vagina pela apresentação fetal estimula receptores sensoriais que enviam sinais ao hipotálamo. Isso provoca a liberação de ocitocina pela neuro-hipófise (lobo posterior da hipófise) de forma pulsátil. A ocitocina, por sua vez, aumenta a contratilidade do miométrio, o que empurra o feto contra o colo, gerando mais distensão e mantendo o ciclo de progressão do trabalho de parto e dilatação. A assertiva está correta.

Conclusão das Alternativas:

Como as três assertivas (I, II e III) estão tecnicamente corretas e descrevem com precisão os fenômenos do mecanismo de parto e da fisiologia obstétrica, a alternativa correta é a letra (d).

- a) Incorreta. Exclui a assertiva III, que descreve corretamente o Reflexo de Ferguson.
- b) Incorreta. Exclui a assertiva II, que descreve corretamente a rotação interna.
- c) Incorreta. Exclui a assertiva I, que descreve corretamente o assinclitismo posterior.
- d) Correta. Todas as afirmações são verdadeiras.

Questão 72

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

Assertiva I: CORRETA. Na gestação, o objetivo primordial do rastreio e acompanhamento é a exclusão de câncer invasivo. O tratamento de lesões intraepiteliais (NIC 2 e NIC 3) deve ser postergado para o período pós-parto, pois os procedimentos excisionais (como a conização) durante a gravidez associam-se a riscos elevados de hemorragia grave e parto prematuro. A biópsia só é realizada se houver suspeita clínica ou colposcópica de microinvasão ou invasão. Caso contrário, a paciente é acompanhada com citologia e colposcopia, e a reavaliação definitiva ocorre entre 6 e 12 semanas após o parto.

Assertiva II: CORRETA. As diretrizes atuais de patologia do trato genital inferior recomendam cautela em mulheres jovens (menores de 25 anos), especialmente nos casos de NIC 2. Nesta faixa etária, a taxa de regressão espontânea das lesões de alto grau é significativamente maior do que em mulheres mais velhas. Além disso, evitar procedimentos excisionais preserva o prognóstico obstétrico, reduzindo o risco de insuficiência cervical e prematuridade em gestações futuras. O acompanhamento citológico e colposcópico semestral por até 24 meses é uma conduta segura e preconizada para NIC 2 em jovens.

Assertiva III: INCORRETA. A estratégia "Ver e Tratar" (See and Treat) consiste na realização da exérese da zona de transformação (CAF) já na primeira consulta colposcópica, sem a necessidade de biópsia prévia. No entanto, para que essa conduta seja indicada, três critérios devem ser preenchidos simultaneamente: citologia sugestiva de alto grau (HSIL), colposcopia satisfatória (JEC visível) e lesão colposcópica compatível com a citologia. Se a colposcopia for insatisfatória (JEC não visível), não se pode realizar o "Ver e Tratar", pois não há segurança sobre a extensão da lesão para o canal endocervical, sendo necessária a avaliação do canal ou uma conduta excisional diagnóstica, e não meramente terapêutica imediata. Além disso, essa conduta não é a escolha para "todas" as pacientes, sendo evitada em mulheres jovens (< 25 anos), conforme discutido na assertiva anterior.

CONCLUSÃO: Como as assertivas I e II estão corretas, a alternativa correta é a (b).

Questão 73

Para compreender a questão, é fundamental diferenciar os dois mecanismos principais da Incontinência Urinária de Esforço (IUE): a hipermobilidade uretral e a Deficiência Esfincteriana Intrínseca (DEI). A hipermobilidade ocorre por falha no suporte dos tecidos pélvicos (fáscia e músculos), enquanto a DEI ocorre quando o próprio músculo esfíncter ou a mucosa uretral não conseguem manter o selamento da uretra. O quadro clínico de perda aos mínimos esforços e o histórico de falha em cirurgia de suspensão retropúbica (como a cirurgia de Burch) são fortes indicadores clínicos de DEI.

Alternativa a) Correta. A Pressão de Perda ao Esforço (PPE), ou Valsalva Leak Point Pressure (VLPP), é o parâmetro urodinâmico que mede a pressão abdominal mínima necessária para provocar o escape de urina. De acordo com a classificação clássica de McGuire, valores de PPE inferiores a 60 cmH₂O confirmam o diagnóstico de Deficiência Esfincteriana Intrínseca grave. Isso indica que a uretra oferece baixíssima resistência, permitindo a perda mesmo com pequenos aumentos da pressão intra-abdominal. Valores acima de 90 cmH₂O sugerem que a causa principal é a hipermobilidade uretral.

Alternativa b) Incorreta. O fluxo urinário máximo (Q_{max}) e a pressão detrusora são avaliados durante a fase miccional (estudo fluxo-pressão) da urodinâmica. Eles servem para identificar obstruções ao fluxo (como hiperplasia prostática ou estenoses) ou falhas na força de contração da bexiga (hipocontratilidade do detrusor). Não são parâmetros utilizados para diagnosticar ou graduar a incontinência de esforço.

Alternativa c) Incorreta. A Pressão de Fechamento Uretral Máxima (MUCP) é obtida por meio da perfilometria uretral de repouso. Embora também seja um critério para DEI, o valor que indica deficiência esfinteriana grave é uma MUCP inferior a 20 cmH₂O. Uma pressão superior a 20 cmH₂O indica que a uretra ainda mantém um tônus de coaptação razoável, o que contradiz a hipótese de falha esfinteriana grave proposta pelo enunciado.

Alternativa d) Incorreta. A presença de contrações involuntárias do detrusor caracteriza a Hiperatividade do Detrusor, que é a causa da Incontinência Urinária de Urgência (componente motor). O enunciado afirma explicitamente que a paciente apresenta perda urinária "sem contração do detrusor", o que descarta essa alternativa e reforça que a perda é puramente por falha do mecanismo de resistência uretral (esforço).

Questão 74

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta três contraindicações absolutas (Categoria 4 da OMS) ao uso de qualquer método que contenha estrogênio:

1. Idade acima de 35 anos associada ao tabagismo pesado (mais de 15 cigarros/dia).
2. Migrânea (enxaqueca) com aura em qualquer idade.
3. Hipertensão arterial (que isoladamente já seria Categoria 3 ou 4 para métodos combinados).

Alternativa A (Correta):

O implante de etonogestrel é um método apenas de progestogênio e de longa duração (LARC). De acordo com os Critérios de Elegibilidade Médica da OMS, métodos de progestogênio isolado são classificados como Categoria 2 para mulheres com migrânea com aura e Categoria 1 para tabagistas, independentemente da idade ou carga tabágica. O racional fisiológico é que a ausência do componente estrogênico evita o aumento de fatores de coagulação e o risco aumentado de acidente vascular cerebral (AVC) e eventos tromboembólicos arteriais. Como a paciente recusa o DIU e deseja um método que não dependa de memória diária, o implante é a melhor indicação.

Alternativa B (Incorreta):

O adesivo transdérmico é um método contraceptivo combinado (estrogênio + progestogênio). Mesmo com a absorção cutânea, ele é classificado como Categoria 4 para mulheres com mais de 35 anos que fumam e para quem possui migrânea com aura. O risco de eventos cardiovasculares graves é inaceitável neste perfil de paciente.

Alternativa C (Incorreta):

O contraceptivo oral combinado de baixa dose (20 mcg de etinilestradiol) continua sendo Categoria 4. A redução da dosagem de estrogênio não elimina a contraindicação formal em pacientes com aura migranosa ou fumantes com mais de 35 anos, pois o risco sinérgico para tromboembolismo e AVC permanece elevado.

Alternativa D (Incorreta):

O injetável mensal é um método combinado. Embora contenha valerato de estradiol (um estrogênio mais natural) e evite a primeira passagem hepática, as regras de elegibilidade da OMS para métodos combinados são as mesmas: é Categoria 4 para fumantes acima de 35 anos e para portadoras de migrânea com aura, não sendo considerado uma opção segura.

Conclusão:

Diante das múltiplas contraindicações ao estrogênio e da recusa da paciente ao DIU, os métodos apenas de progestogênio de longa ação, como o implante, são a escolha de eleição, garantindo segurança cardiovascular e alta eficácia.

Questão 75

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA (D):

A alternativa descreve com precisão a Hipótese de Pedersen Modificada, que é o modelo fisiopatológico aceito para explicar o crescimento fetal excessivo no Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). O mecanismo segue uma sequência lógica: a hiperglicemia materna gera um gradiente de concentração que faz com que a glicose atravesse a placenta por difusão facilitada. Uma vez na circulação fetal, essa glicose estimula o pâncreas do feto a produzir insulina em excesso (hiperinsulinemia). Como a insulina é o principal hormônio anabólico do período fetal, ela promove o crescimento de tecidos e o armazenamento de energia na forma de gordura e glicogênio. Esse crescimento é caracteristicamente desarmônico, com acúmulo preferencial de gordura nos ombros e abdome, o que aumenta o risco de distocia de espáduas durante o parto.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

Alternativa (a): Está incorreta porque a insuficiência placentária crônica leva à Restrição de Crescimento Fetal (RCF) e não à macrossomia. O mecanismo de desvio de fluxo para órgãos nobres (centralização fetal) é uma resposta à hipóxia e à baixa oferta de nutrientes, cenário oposto ao encontrado no diabetes gestacional descompensado, onde há abundância de substrato energético.

Alternativa (b): Está incorreta por afirmar que a insulina materna atravessa a placenta. Este é um erro clássico em provas de obstetrícia. A insulina é uma molécula de grande peso molecular e não cruza a barreira placentária. O feto é o único responsável pela produção da insulina que circula em seu próprio organismo; a hiperinsulinemia fetal é uma resposta direta à hiperglicemia que vem da mãe.

Alternativa (c): Está incorreta por dois motivos técnicos. Primeiro, o transporte de glicose através da placenta não é ativo (com gasto de ATP), mas sim por difusão facilitada através de transportadores específicos (família GLUT). Segundo, a macrossomia no diabetes é tipicamente desarmônica, com aumento do tecido adiposo e visceromegalia, e não um crescimento ósseo simétrico. O perímetro abdominal fetal costuma ser proporcionalmente maior que o perímetro cefálico nesses casos.

Questão 76

Análise das sentenças:

A primeira sentença é verdadeira. Na pós-menopausa, o principal objetivo da investigação do sangramento uterino anormal (SUA) é a exclusão de câncer de endométrio. O ultrassom transvaginal é utilizado como triagem inicial. Um endométrio com espessura igual ou menor a 4 ou 5 milímetros apresenta um alto valor preditivo negativo para malignidade. Entretanto, se a espessura for superior a esse limite, ou se o sangramento persistir mesmo com um endométrio fino (devido ao risco de lesões focais ou atrofia), torna-se necessária a avaliação histológica, preferencialmente por biópsia dirigida via histeroscopia ou por métodos como a curetagem ou o Pipelle.

A segunda sentença é verdadeira. A ressonância magnética é um dos exames de imagem mais precisos para identificar a adeniose. Os critérios diagnósticos clássicos incluem o espessamento da zona juncional mioendometrial acima de 12 milímetros, a presença de pequenos focos de alto sinal em T1 e T2 (que representam ectopia endometrial com micro-hemorragias) e a assimetria das paredes uterinas, que frequentemente se apresenta com um aumento global do volume uterino de forma globular.

A terceira sentença é falsa. A triagem para coagulopatias não deve ser realizada de forma rotineira em todas as pacientes com SUA. De acordo com os protocolos da FIGO e da FEBRASGO, a investigação de distúrbios de coagulação deve ser direcionada apenas para mulheres com história clínica sugestiva. Os critérios de triagem incluem: sangramento menstrual excessivo desde a menarca, história de hemorragia pós-parto, sangramento relacionado a procedimentos cirúrgicos ou

odontológicos, ou presença de sintomas como equimoses frequentes, epistaxe ou sangramento gengival. A hemofilia A adquirida é uma condição rara e não justifica o rastreamento universal em múltiparas.

A quarta sentença é verdadeira. A histeroscopia é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de causas estruturais intracavitárias (componentes PALM da classificação), pois permite a visualização direta do canal cervical e da cavidade endometrial. Ela é essencial para diferenciar pólipos de miomas submucosos e para aplicar a classificação topográfica da FIGO para miomas: Tipo 0 (totalmente intracavitário e pediculado), Tipo 1 (componente intramural menor que 50 por cento) e Tipo 2 (componente intramural de 50 por cento ou mais). Essa classificação é crucial para decidir se a ressecção pode ser feita por via histeroscópica.

Conclusão: A sequência correta é Verdadeiro (V), Verdadeiro (V), Falso (F) e Verdadeiro (V).

Alternativa correta: Letra (d).

Questão 77

A questão aborda um cenário clássico de discordância entre os níveis de prolactina, a clínica da paciente e os achados de imagem, exigindo o conhecimento sobre as armadilhas laboratoriais na dosagem hormonal.

Alternativa A (Correta): Quando há um aumento da prolactina (geralmente entre 30 e 100 ng/mL) em pacientes assintomáticas ou com poucos sintomas, e a ressonância magnética não mostra adenomas, a principal suspeita deve ser a macroprolactinemia. A macroprolactina (ou "big-big prolactin") é um complexo formado pela prolactina ligada a anticorpos IgG. Esse complexo tem alto peso molecular e baixa atividade biológica, mas é detectado pela maioria dos ensaios laboratoriais comuns, gerando um resultado falsamente elevado. A pesquisa é feita por meio da precipitação com polietilenoglicol (PEG). Se, após a precipitação, os níveis de prolactina livre forem normais, confirma-se que a elevação era por macroprolactina, o que não requer tratamento medicamentoso.

Alternativa B (Incorreta): Embora o hipotireoidismo primário seja uma causa fisiopatológica de hiperprolactinemia (o TRH elevado estimula os lactotrofos), a questão foca na discordância laboratorial e de imagem. Além disso, o hipotireoidismo costuma cursar com sintomas clínicos sistêmicos e a alternativa afirma que a etiologia é "certamente" esta, o que é um erro conceitual antes de excluir interferências laboratoriais mais prováveis para o quadro descrito.

Alternativa C (Incorreta): O "efeito gancho" (hook effect) ocorre em situações opostas. Ele acontece quando há níveis extremamente elevados de prolactina (geralmente > 5.000 ou 10.000 ng/mL, comuns em grandes macroadenomas), que saturam os anticorpos do ensaio, resultando em uma leitura falsamente baixa (ex.: o exame mostra 100 ng/mL, mas o real é 20.000 ng/mL). Na questão, a ressonância é normal, o que descarta a presença de um tumor gigante que pudesse causar o efeito gancho.

Alternativa D (Incorreta): O tratamento empírico com agonistas dopaminérgicos em dose alta não é recomendado sem a confirmação de que a prolactina dosada é biologicamente ativa. Se a paciente tiver macroprolactinemia, o tratamento com cabergolina será desnecessário e exporia a paciente a efeitos colaterais sem benefício, já que a macroprolactina não causa infertilidade ou oligomenorreia (nesses casos, a causa dos sintomas deve ser investigada em outras etiologias, como a síndrome dos ovários policísticos).

Resumo: Diante de hiperprolactinemia com poucos sintomas e ressonância magnética normal, o primeiro passo é excluir a macroprolactina por meio do teste com PEG.

Questão 78

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda o estadiamento e a conduta no câncer de colo uterino, baseando-se nas diretrizes da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia). Para resolvê-la, é necessário correlacionar os achados clínicos e de imagem com a classificação correta e a respectiva proposta terapêutica.

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Está correta. De acordo com o estadiamento FIGO, o Estádio II é aquele em que o carcinoma invade além do útero, mas não chega à parede pélvica nem ao terço inferior da vagina. O subestádio IIB é definido especificamente pela presença de invasão parametrial. Como o caso descreve invasão do paramétrio (confirmada por toque retal e ressonância) sem atingir a parede pélvica, a classificação é IIB. Nesse estágio, a cirurgia radical (Wertheim-Meigs) deixa de ser o tratamento de escolha, pois a doença já não está restrita ao colo e ao fundo de saco vaginal.

Afirmativa II: Está correta. O tratamento padrão-ouro para o câncer de colo do útero localmente avançado (que engloba os estádios IIB, III e IVA) é a quimiorradioterapia concomitante. Esse protocolo consiste em radioterapia externa pélvica associada à

quimioterapia sensibilizante (geralmente cisplatina semanal), finalizando com a braquiterapia (radioterapia interna). Essa combinação visa ao controle local da doença e à redução de metástases.

Afirmativa III: Está correta. A realização de histerectomia radical em pacientes com estágio IIB é evitada como primeira linha. Isso ocorre porque a probabilidade de encontrar margens comprometidas ou a necessidade de radioterapia complementar (adjuvante) após a cirurgia é altíssima. Quando se associa cirurgia radical e radioterapia, as taxas de complicações e morbidade (como fístulas e linfedema) aumentam drasticamente, sem que haja ganho real na sobrevida global da paciente em comparação ao tratamento exclusivo com quimiorradioterapia.

Análise das alternativas:

Como todas as afirmativas (I, II e III) estão tecnicamente corretas e seguem os consensos oncológicos e a classificação FIGO atual, a resposta correta é a letra C.

Alternativa a) Incorreta. A afirmativa I também é verdadeira.

Alternativa b) Incorreta. A afirmativa III também é verdadeira.

Alternativa c) Correta. Todas as afirmações refletem o conhecimento atual sobre o manejo do estágio IIB.

Alternativa d) Incorreta. A afirmativa II também é verdadeira.

Gabarito: Letra (c).

Questão 79

ANÁLISE DAS SENTENÇAS:

Primeira sentença (V): A apoplexia uteroplacentária, conhecida como Útero de Couvelaire, ocorre quando o sangue do hematoma retroplacentário infiltra as fibras do miométrio e atinge a serosa uterina. Isso compromete a contratilidade, levando à atonia uterina. Antigamente, o tratamento era quase exclusivamente a histerectomia, mas hoje prioriza-se o manejo conservador com massagem uterina manual (Manobra de Hamilton), ocitócicos (oxitocina, misoprostol, ergometrina), suturas compressivas (como a de B-Lynch) e, em casos específicos, ligadura de artérias hipogástricas ou uterinas. A histerectomia é reservada para casos de falha terapêutica e instabilidade grave.

Segunda sentença (V): A amniotomia é uma conduta mandatária e precoce no Descolamento Prematuro de Placenta (DPP). Ela serve para três propósitos principais: 1) Diminuir a pressão intrauterina (causada pelo hematoma e pela hipertonia), o que

reduz a compressão da veia cava e melhora o retorno venoso; 2) Reduzir a infiltração de tromboplastina na circulação materna, prevenindo ou minimizando a Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD); 3) Facilitar e acelerar o trabalho de parto. Mesmo em casos com indicação de cesariana, a amniotomia deve ser realizada imediatamente para estabilizar a dinâmica uterina e reduzir as complicações coagulopáticas.

Terceira sentença (F): O diagnóstico do Descolamento Prematuro de Placenta é essencialmente CLÍNICO. O quadro clássico envolve dor abdominal súbita, hipertonia uterina, sangramento vaginal escuro (em 80% dos casos) e sofrimento ou óbito fetal. A ultrassonografia tem baixa sensibilidade (cerca de 25% a 50%) para detectar o hematoma retroplacentário agudo, pois o coágulo pode ser isoecoico em relação à placenta. Portanto, nunca se deve aguardar a confirmação por imagem para intervir, pois o atraso aumenta drasticamente a morbimortalidade.

Quarta sentença (V): Se o feto já estiver morto e a mãe apresentar estabilidade hemodinâmica, a via de parto preferencial é a vaginal. A cesariana, neste cenário de óbito, deve ser evitada devido ao alto risco de coagulopatia e sangramento incontrolável durante e após a cirurgia. O trabalho de parto costuma ser rápido devido à hipertonia uterina e à liberação de prostaglandinas pelo descolamento. Pode-se induzir ou conduzir com ocitocina ou misoprostol, sempre monitorando níveis de fibrinogênio e outros parâmetros de coagulação, pois o óbito fetal é um fator de risco importante para o consumo de fatores de coagulação.

CONCLUSÃO:

A sequência correta é Verdadeiro, Verdadeiro, Falso, Verdadeiro (V, V, F, V).

Alternativa correta: Letra (c).

Questão 80

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO:

O diagnóstico diferencial entre a atividade lúpica (nefrite) e a pré-eclâmpsia em gestantes é um dos maiores desafios da obstetrícia de alto risco, pois ambas as condições compartilham características clínicas e laboratoriais semelhantes, como hipertensão, aumento de proteinúria e trombocitopenia.

Alternativa a) Incorreta. A presença de cilindros hemáticos e hematúria (conhecida como sedimento urinário ativo) é característica marcante de glomerulonefrites, como a nefrite lúpica, e não da pré-eclâmpsia. Na pré-eclâmpsia, embora ocorra a lesão histológica clássica chamada endoteliose capilar glomerular, o sedimento urinário

costuma ser "limpo" ou "inocente", apresentando proteinúria isolada sem a presença de cilindros celulares.

Alternativa b) Correta. Este é o diferencial laboratorial clássico e mais confiável. A atividade do lúpus eritematoso sistêmico (flare), especialmente o acometimento renal, está associada ao consumo de proteínas do sistema complemento (queda de C3 e C4) e à elevação dos títulos de anticorpos anti-dsDNA (anti-DNA de dupla hélice). Isso ocorre devido à formação de imunocomplexos e ativação da cascata do complemento. Na pré-eclâmpsia pura, os níveis de complemento sérico geralmente permanecem normais ou podem até estar elevados, pois não há o mecanismo de consumo por imunocomplexos típico do lúpus.

Alternativa c) Incorreta. A hipertensão arterial não é exclusiva da pré-eclâmpsia. A nefrite lúpica em atividade frequentemente cursa com hipertensão arterial significativa, resultante da lesão inflamatória renal e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Portanto, a presença de pressão alta não ajuda a isolar o diagnóstico de pré-eclâmpsia nesse cenário.

Alternativa d) Incorreta. O ácido úrico e a desidrogenase láctica (DHL) são, na verdade, marcadores sugestivos de pré-eclâmpsia e não de atividade lúpica. O ácido úrico elevado é um marcador precoce de pré-eclâmpsia (devido à redução do clearance renal de urato), e a DHL elevada indica sofrimento celular ou hemólise microangiopática (comum na síndrome HELLP), sendo critérios de gravidade na pré-eclâmpsia.

Resumo Didático:

- Sugere lúpus (flare): queda de C3/C4, anti-dsDNA elevado, sedimento urinário ativo (cilindros e hematúria).
- Sugere pré-eclâmpsia: ácido úrico elevado, complemento normal, sedimento urinário inocente.

Questão 81

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda as condições obrigatórias para que estados e municípios recebam recursos financeiros do Governo Federal de forma direta, ou seja, a transferência fundo a fundo, sem a necessidade de convênios. Esse tema é regido principalmente pelo Artigo 4º da Lei nº 8.142/1990 e regulamentado pelo Decreto nº 1.232/1994.

Alternativa (a) Incorreta. O repasse fundo a fundo não é exclusivo para a Média e Alta Complexidade (MAC). A Atenção Básica também é financiada através desse

mecanismo regular e automático. Além disso, a lei não exige a existência de hospitais de alta complexidade no território para que o município receba verbas; o foco da lei é na organização administrativa e no controle social.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa lista os requisitos exigidos pelo Artigo 4º da Lei nº 8.142/1990. Para receber os recursos, o município deve contar obrigatoriamente com:

1. Fundo de Saúde (unidade orçamentária para movimentar o dinheiro);
2. Conselho de Saúde (com composição paritária, ou seja, 50 por cento de usuários);
3. Plano de Saúde (documento de planejamento);
4. Relatórios de Gestão (que permitem o acompanhamento das ações);
5. Contrapartida de recursos no orçamento próprio (o município também deve investir seu próprio dinheiro);
6. Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Alternativa (c) Incorreta. A gestão por meio da EBSEH ou a terceirização para Organizações Sociais de Saúde (OSS) são modelos de gestão opcionais e não são requisitos para o repasse de verbas federais. A legislação do SUS privilegia a gestão pública direta e o controle social, não impondo a terceirização como condição.

Alternativa (d) Incorreta. Embora o controle externo seja exercido pelos Tribunais de Contas, a aprovação prévia de contas do exercício anterior pelo TCU e a certificação de qualidade hospitalar (como a ONA) não constam na Lei nº 8.142/1990 como pré-requisitos para o recebimento do repasse fundo a fundo.

Conclusão: A alternativa (b) é a correta por reproduzir fielmente as exigências legais para o funcionamento administrativo e democrático do Sistema Único de Saúde em nível local.

Questão 82

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Esta afirmação está correta. Em epidemiologia, a Incidência Acumulada é uma proporção que assume que todos os indivíduos foram acompanhados durante todo o período do estudo. No entanto, em coortes dinâmicas, as pessoas entram e saem do estudo em momentos diferentes ou podem ser perdidas durante o seguimento. A Densidade de Incidência corrige essa limitação ao utilizar o denominador pessoa-tempo (soma dos períodos de tempo que cada indivíduo permaneceu sob risco e em observação), permitindo uma estimativa muito mais precisa da velocidade de ocorrência de novos casos.

Afirmativa II: Esta afirmação está correta. Existe uma relação matemática fundamental que estabelece que a Prevalência (P) é o produto da Incidência (I) pela Duração média da doença (D), expressa como $P = I \times D$. Em uma situação epidemiológica estável, qualquer fator que aumente a duração da doença sem alterar o número de novos casos (incidência) fará com que a prevalência suba. Terapias que evitam a morte (diminuem a mortalidade), mas não curam o paciente, fazem com que o indivíduo viva mais tempo com a enfermidade, aumentando o estoque de doentes na população.

Afirmativa III: Esta afirmação está correta. O Risco Atribuível Populacional (RAP) quantifica o excesso de incidência de uma doença na população total que é decorrente da exposição a um fator de risco. Diferentemente do Risco Relativo, que foca na força da associação individual, o RAP é uma medida de impacto voltada para a saúde pública. Ele permite projetar qual seria a redução na incidência da doença na comunidade caso o fator de risco fosse completamente eliminado, sendo essencial para o planejamento de intervenções e alocação de recursos.

Justificativa das alternativas:

- a) Incorreta. A afirmativa III também é verdadeira e deve ser incluída.
- b) Incorreta. A afirmativa I também é verdadeira e deve ser incluída.
- c) Incorreta. As afirmativas II e III também são verdadeiras e devem ser incluídas.
- d) Correta. Todas as três afirmativas apresentam conceitos técnicos precisos sobre medidas de frequência e de impacto em epidemiologia analítica.

Questão 83

Esta questão aborda os conceitos fundamentais de epidemiologia descritiva aplicados à investigação de surtos, especificamente a interpretação de curvas epidêmicas e medidas de transmissibilidade.

Alternativa a) Correta. A descrição de um padrão de propagação pessoa a pessoa com ondas sucessivas a intervalos regulares define uma epidemia propagada ou progressiva. Em doenças transmissíveis, o tempo decorrido entre o surgimento dos casos iniciais (primeira onda) e os casos subsequentes (segunda onda) geralmente corresponde ao período de incubação do agente. Isso ocorre porque o primeiro grupo de infectados atua como fonte de infecção para o grupo seguinte após o tempo necessário para a doença se desenvolver.

Alternativa b) Incorreta. A descrição de um aumento explosivo e repentino seguido de queda rápida, com todos os casos concentrados em um único período de incubação, caracteriza uma fonte comum pontual (ou de curta duração), como um

surto de intoxicação alimentar em um evento único. Já a fonte comum contínua apresenta uma curva com subida gradual e um platô, pois a exposição ao fator de risco permanece ao longo do tempo, não ocorrendo a queda até que a fonte seja removida.

Alternativa c) Incorreta. A identificação laboratorial do agente é apenas uma etapa da investigação. A vigilância epidemiológica deve continuar com a busca ativa de casos e o rastreamento de contatos para interromper a cadeia de transmissão e avaliar se as medidas de controle (como isolamento e quarentena) estão sendo eficazes. O encerramento precoce da investigação permitiria a continuidade da propagação do surto.

Alternativa d) Incorreta. A taxa de ataque secundária é calculada dividindo-se o número de casos novos surgidos a partir do contato com o caso índice pelo número total de contatos suscetíveis. Ela não utiliza o total da comunidade se nem todos foram expostos diretamente ao caso inicial. Além disso, essa taxa serve primordialmente para medir a transmissibilidade ou infectividade do agente em condições específicas de convivência, e não a sua virulência (que se refere à gravidade ou proporção de casos graves e fatais).

Questão 84

Análise detalhada das afirmativas:

A afirmativa I está correta porque descreve com precisão o modelo tradicional de Educação Sanitária. Este modelo é caracterizado pela verticalidade, onde o profissional de saúde é o detentor exclusivo do saber e o paciente é um receptor passivo (modelo bancário). O foco é a mudança de comportamento individual através da transmissão de normas e regras, frequentemente utilizando a autoridade técnica ou o medo de complicações da doença como ferramentas de convencimento.

A afirmativa II está correta pois sintetiza os fundamentos da Educação Popular em Saúde (EPS), baseada na pedagogia de Paulo Freire. A EPS busca o diálogo horizontal, onde o saber científico e o saber popular se encontram. O objetivo não é apenas informar, mas problematizar a realidade vivida pela comunidade para que ela compreenda os determinantes sociais do processo saúde-doença. Isso promove o empoderamento (autonomia) e a participação social, permitindo que os sujeitos se tornem agentes de transformação de sua própria realidade.

A afirmativa III está incorreta porque as duas abordagens são filosoficamente opostas e não convergem no objetivo de impor hábitos. A Educação Popular em Saúde rejeita a imposição e a verticalidade. Se um profissional utiliza teatro ou música apenas

como ferramentas para convencer a população a adotar condutas pré-estabelecidas sem reflexão crítica, ele está apenas praticando uma Educação Sanitária com novas técnicas, mas mantendo a lógica tradicional. A EPS exige a ruptura com a verticalidade do conteúdo médico.

Conclusão:

As afirmativas I e II estão corretas, enquanto a III está incorreta por confundir a mudança de metodologia didática com a mudança da essência pedagógica. Portanto, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 85

Para compreender esta questão, é fundamental dominar o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e define aspectos cruciais da organização do SUS, como as Regiões de Saúde e os instrumentos de gestão.

Análise das afirmativas:

(V) O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é exatamente o que descreve a afirmativa. Ele é o instrumento jurídico que sela o pacto entre os entes federativos (Municípios, Estado e União) dentro de uma Região de Saúde. Seu objetivo é organizar a rede de forma regionalizada, estabelecendo metas, indicadores de desempenho e as responsabilidades financeiras e executivas de cada ente para garantir a assistência à população.

(F) A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), de fato, lista as ações e serviços ofertados pelo SUS. No entanto, o erro da afirmativa está em dizer que é "vedada a oferta de serviços não constantes nesta relação". O Decreto nº 7.508/2011 prevê que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios podem adotar relações complementares de ações e serviços, de acordo com as necessidades locais e critérios epidemiológicos, desde que respeitada a pactuação regional. Portanto, a RENASES não é uma lista restritiva ou proibitiva, mas sim uma base nacional que pode ser ampliada nos níveis subnacionais.

(V) O Mapa da Saúde é definido pelo decreto como a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde. Um ponto importante, e que muitas vezes confunde o candidato, é que ele integra tanto os serviços do SUS quanto os da iniciativa privada. Ele é a principal ferramenta para o planejamento regional, pois permite visualizar onde faltam serviços (vazios assistenciais) e onde há concentração de recursos.

(V) As Comissões Intergestores Regionais (CIR) são instâncias fundamentais para a

governança do SUS no âmbito regional. Elas funcionam como um espaço de pactuação entre o gestor estadual e os gestores municipais de saúde de uma determinada Região de Saúde. Sua existência é obrigatória para que a região seja formalmente reconhecida e para que a governança regional seja exercida de forma compartilhada.

Conclusão:

A sequência correta é Verdadeiro, Falso, Verdadeiro, Verdadeiro (V, F, V, V).

Alternativa correta: Letra (c).

Questão 86

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

O autor Charles Tesser, em sua análise sobre o NASF, discute o equilíbrio necessário entre as duas funções do apoio matricial: a dimensão técnico-pedagógica (apoio às equipes) e a dimensão clínico-assistencial (atendimento direto aos usuários). O "fetichismo do apoio" ocorre quando se prioriza a função pedagógica de forma dogmática, acreditando que o especialista deve apenas "ensinar" ou "dar consultoria", evitando o contato direto com o paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) incorreta: O autor argumenta o oposto. Se a equipe de referência tenta resolver tudo sozinha sem a intervenção direta do especialista em casos complexos, a clínica não se amplia de forma qualificada, mas sim gera uma sobrecarga e uma assistência potencialmente insuficiente para o paciente.

Alternativa (b) incorreta: Não é realista e nem pretendido que o médico generalista adquira "todas" as competências do especialista. A medicina exige diferentes níveis de densidade tecnológica e saberes específicos. Ignorar a necessidade da assistência direta do especialista compromete a resolutividade e a integralidade do cuidado.

Alternativa (c) correta: Esta é exatamente a definição do problema apontado por Tesser. Ao se focar apenas no apoio pedagógico, o especialista do NASF acaba se distanciando da responsabilidade clínica. Isso deixa a equipe de Saúde da Família sozinha com casos que estão além de sua capacidade resolutiva e, paradoxalmente, cria uma barreira de acesso: o especialista está fisicamente ou institucionalmente próximo, mas o paciente não consegue ser atendido por ele, ficando "preso" em uma discussão de caso infinita sem solução prática.

Alternativa (d) incorreta: O apoio matricial visa qualificar o encaminhamento e resolver casos em conjunto, mas ele não substitui completamente a consulta especializada individualizada. Acreditar que grupos educativos resolvem toda a demanda reprimida por especialistas é uma visão distorcida que não condiz com a realidade das necessidades de saúde da população.

Gabarito: Letra (c).

Questão 87

Análise das afirmativas:

Primeira afirmativa (Falsa): O Relatório Flexner (1910) teve um impacto profundo na educação médica, mas em uma direção oposta à descrita. Ele consolidou o modelo biomédico focado na patologia, na pesquisa laboratorial e no ensino dentro de hospitais terciários. O relatório foi responsável por incentivar a especialização e a fragmentação do conhecimento, negligenciando, naquele momento, as ciências sociais e a visão preventiva, que só ganhariam força em movimentos posteriores.

Segunda afirmativa (Verdadeira): A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, é o marco mais importante da Saúde Pública global. O documento resultante estabeleceu a meta de "Saúde para Todos no Ano 2000" e definiu a Atenção Primária à Saúde como o meio para alcançá-la, baseando-se em tecnologias socialmente aceitáveis e na participação ativa da comunidade.

Terceira afirmativa (Verdadeira): A Carta de Ottawa é o documento de referência da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ela propôs cinco eixos fundamentais: elaboração de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. O objetivo era tirar o foco exclusivo do tratamento da doença e da mudança de comportamento individual, abordando os determinantes sociais.

Quarta afirmativa (Verdadeira): O Movimento da Medicina Social do século XIX, liderado por figuras como Rudolf Virchow, introduziu a ideia de que a saúde é um direito e que o Estado tem responsabilidade sobre ela. Virchow afirmava que "a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que medicina em larga escala", associando diretamente a propagação de doenças às precárias condições de habitação e trabalho da Revolução Industrial.

Análise das alternativas:

A sequência correta de cima para baixo é F, V, V, V.

A alternativa correta é a letra (a).

Questão 88

ANÁLISE DA QUESTÃO

Item I: CORRETO. A vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil utiliza uma lógica diferente das doenças infectocontagiosas. Como as DCNT possuem longo período de latência e múltiplos fatores causais, a notificação individual de cada caso de hipertensão ou diabetes seria pouco operacional para o planejamento de saúde pública. Por isso, a estratégia principal é o monitoramento de fatores de risco e proteção. O sistema Vigitel, realizado por inquérito telefônico, é a principal ferramenta para acompanhar tendências de tabagismo, atividade física e hábitos alimentares na população, permitindo intervenções precoces antes do desfecho clínico.

Item II: INCORRETO. Esta afirmativa inverte a prioridade das ações de controle vetorial. O controle químico (fumacê) é considerado uma medida complementar e emergencial, utilizada apenas para reduzir a população de mosquitos adultos durante surtos ou epidemias. A estratégia prioritária e mais eficaz no controle do *Aedes aegypti* é o manejo ambiental, que consiste na eliminação mecânica de criadouros (limpeza, vedação de caixas d'água e descarte correto de resíduos). O uso indiscriminado de inseticidas é evitado devido ao impacto ambiental e ao risco de desenvolvimento de resistência das populações de mosquitos aos compostos químicos.

Item III: CORRETO. O Tratamento como Prevenção (TasP) é um conceito científico robusto que mudou as diretrizes de manejo do HIV no mundo. O princípio fundamenta-se no conceito Indetectável = Intransmissível (I=I). Quando a pessoa vivendo com HIV adere corretamente à Terapia Antirretroviral (TARV) e mantém a carga viral plasmática indetectável por pelo menos seis meses, o risco de transmissão sexual do vírus é considerado nulo. Dessa forma, tratar o indivíduo deixa de ser apenas uma ação de cuidado clínico individual para se tornar uma estratégia de saúde pública fundamental para interromper a cadeia epidemiológica de transmissão.

CONCLUSÃO

As afirmativas I e III estão tecnicamente corretas e alinhadas com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. A afirmativa II está incorreta

por priorizar o controle químico sobre o manejo ambiental.

Alternativa correta: Letra (d).

Questão 89

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

Primeira afirmativa (Verdadeira): O princípio da Justiça Distributiva, quando aplicado à saúde pública, está intimamente ligado ao conceito de equidade. A equidade pressupõe que, para alcançar a justiça, devemos tratar de forma diferente aqueles que possuem necessidades diferentes. Em um sistema de saúde como o SUS, isso significa direcionar proporcionalmente mais recursos e atenção às populações mais vulneráveis ou com maiores riscos epidemiológicos, o que se opõe ao igualitarismo matemático (dar exatamente o mesmo para todos), que acabaria por manter as desigualdades existentes.

Segunda afirmativa (Verdadeira): O Utilitarismo é uma das correntes éticas mais influentes na gestão em saúde. Ele se baseia na premissa de que a melhor decisão é aquela que produz o maior benefício para o maior número de pessoas. Na prática da saúde coletiva, essa lógica é aplicada em situações de recursos limitados, como a definição de prioridades em campanhas de vacinação, protocolos de triagem em catástrofes ou a escolha de quais medicamentos serão incorporados ao sistema público, priorizando o impacto coletivo em detrimento de demandas individuais isoladas.

Terceira afirmativa (Falsa): Nenhum princípio bioético é absoluto, incluindo a Autonomia. Na Bioética Sanitarista, o princípio da autonomia individual é frequentemente relativizado em favor do bem comum ou da proteção da coletividade. Casos de doenças infectocontagiosas de grande impacto, como a COVID-19 ou o sarampo, autorizam o Estado a implementar medidas compulsórias (vacinação, quarentena, isolamento). O direito de um indivíduo de recusar uma intervenção não pode sobrepor-se ao direito da sociedade de ser protegida contra um risco de morte ou contágio em massa.

Quarta afirmativa (Verdadeira): A Bioética de Proteção é uma vertente essencial, especialmente em países com grandes desigualdades sociais. Ela estabelece que o Estado e as instituições de saúde têm o dever ético de intervir para garantir a saúde de sujeitos "vulnerados" (aqueles que, por condições sociais ou biológicas, não conseguem prover sua própria proteção). Esse princípio fundamenta políticas públicas de assistência social, segurança alimentar e programas de saúde específicos para grupos marginalizados.

Conclusão: A sequência correta das afirmativas é Verdadeira, Verdadeira, Falsa e Verdadeira.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 90

Esta questão exige o conhecimento sobre a evolução do pensamento em Saúde Coletiva, especificamente a transição do conceito de Risco para o de Vulnerabilidade, proposto por José Ricardo Ayres.

Alternativa a: Incorreta. Embora a prevenção quaternária seja fundamental para evitar a medicalização excessiva e a iatrogenia, a Medicina Preventiva não abandona as estratégias de imunização (prevenção primária) ou de rastreamento (prevenção secundária). O que ocorre é uma releitura crítica dessas práticas para que sejam aplicadas de forma ética e contextualizada, respeitando a autonomia do paciente, mas sem abdicar de ferramentas eficazes de saúde pública.

Alternativa b: Incorreta. O conceito de vulnerabilidade não defende a focalização baseada em incapacidade cognitiva, nem a substituição da universalidade. Na verdade, a vulnerabilidade é utilizada para promover a equidade dentro de sistemas universais (como o SUS). Ela busca entender as condições sociais e institucionais que tornam certos grupos mais expostos a agravos, indo muito além de uma simples análise da capacidade intelectual ou individual de gerenciar riscos.

Alternativa c: Incorreta. Definir a vulnerabilidade como uma abstração sociológica sem aplicabilidade prática é um erro conceitual. Na Saúde Coletiva, esse conceito é operacionalizado para desenhar políticas públicas mais eficazes. Ele reconhece que a intervenção biomédica estrita é insuficiente para lidar com a complexidade do processo saúde-doença, especialmente em populações marginalizadas onde as barreiras são estruturais e sociais.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve precisamente a proposta de Ayres. O conceito de vulnerabilidade é composto por três dimensões: Individual (conhecimento sobre a doença e comportamento), Social (acesso a recursos, escolaridade, relações de poder e cultura) e Programática (como as instituições de saúde estão organizadas para atender à população). Ao agir sobre esses contextos intersubjetivos e remover barreiras institucionais, o sistema de saúde permite que os indivíduos busquem seus projetos de felicidade, superando a visão puramente estatística e individualista do risco epidemiológico.

Questão 91

CONCEITO GERAL:

A Lei dos Cuidados Inversos foi formulada pelo médico britânico Julian Tudor Hart em 1971, por meio de um artigo no periódico *The Lancet*. O conceito central é uma crítica social e política à organização dos sistemas de saúde: ele postula que a disponibilidade de bons cuidados médicos tende a variar inversamente à necessidade da população atendida. Ou seja, as pessoas que mais precisam de assistência (as mais doentes e vulneráveis) são as que encontram mais barreiras de acesso e menor qualidade de serviço, enquanto as populações mais saudáveis e ricas concentram a maior oferta de recursos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa traduz com precisão o pensamento de Tudor Hart. O autor argumenta que, em sociedades onde a saúde é tratada como mercadoria, os recursos (médicos, hospitais, tecnologia) migram para áreas de maior poder aquisitivo, onde a carga de doença costuma ser menor. Isso cria um abismo assistencial: quem tem maior carga de morbidade e piores determinantes sociais acaba desassistido pela má distribuição geográfica e financeira dos serviços.

Alternativa (b): INCORRETA. Esta alternativa descreve uma organização disfuncional do fluxo assistencial que inverte a lógica da pirâmide de complexidade do SUS. O sistema correto prevê que a Atenção Primária (UBS) resolva a maioria dos problemas de saúde e que casos graves e complexos sejam referenciados para hospitais terciários. O enunciado da alternativa é apenas um erro de gestão e não se refere ao conceito epidemiológico da Lei dos Cuidados Inversos.

Alternativa (c): INCORRETA. O investimento financeiro inversamente proporcional à renda seria uma medida de equidade para tentar corrigir as desigualdades. A Lei dos Cuidados Inversos, por outro lado, é a constatação do problema (a má distribuição) e não uma regra de repasse financeiro. O conceito descreve o fenômeno de exclusão, não uma fórmula de arrecadação tributária.

Alternativa (d): INCORRETA. Embora a escolaridade materna seja um determinante social clássico da mortalidade infantil, o conceito de Tudor Hart foca especificamente na oferta e no acesso aos cuidados médicos. Além disso, no campo da saúde coletiva, é incorreto afirmar que um único determinante (educação) seja capaz de resolver iniquidades de forma isolada, independentemente da oferta de serviços de saúde. A saúde é um fenômeno multicausal.

Questão 92

Alternativa correta: (b)

A alternativa (b) está correta, pois reflete as normas da Portaria de Consolidação nº 4/2017 do Ministério da Saúde. A notificação compulsória é obrigatória para médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis por estabelecimentos de saúde, públicos ou privados. O fluxo padrão é o envio da informação à autoridade de saúde local (Secretaria Municipal de Saúde). O conceito de notificação negativa é essencial para a vigilância: quando não ocorre nenhum caso de doença da lista nacional na semana epidemiológica, a unidade de saúde deve registrar essa ausência. Isso demonstra que o sistema de vigilância está ativo e atento, evitando o silêncio epidemiológico por falha na comunicação.

A alternativa (a) está incorreta, porque a notificação imediata (em até 24 horas) não se aplica a todas as doenças da lista nacional. Muitas doenças possuem periodicidade de notificação semanal. Além disso, a notificação deve respeitar a hierarquia e a descentralização do SUS, não devendo ignorar as esferas municipal e estadual, exceto em fluxos específicos pré-estabelecidos para situações de extrema urgência, mas nunca como regra de ignorar as instâncias locais.

A alternativa (c) está incorreta, pois o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é alimentado primariamente pelas fichas de notificação individual e de investigação preenchidas em qualquer nível de atenção, incluindo a atenção primária. O sistema é desenhado justamente para captar casos suspeitos, independentemente de internação. O Sinan não deve ser confundido com o SIH (Sistema de Informações Hospitalares), que trata das AIHs, ou com o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), que trata das Declarações de Óbito (DO).

A alternativa (d) está incorreta, porque a vigilância sentinela não visa à notificação universal. Pelo contrário, ela utiliza unidades de saúde estrategicamente selecionadas (unidades-sentinela) para monitorar determinados agravos ou patógenos de forma amostral, permitindo observar tendências e o comportamento de doenças sem a necessidade de coletar dados de todos os serviços de saúde do país. A notificação de todos os casos suspeitos em território nacional é característica da Notificação Universal, aplicada às doenças da Lista Nacional de Notificação Compulsória.

Questão 93

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Carlos Matus, é um marco na gestão em saúde pública, pois rompe com a visão tecnocrática e estática do planejamento tradicional (normativo). Para compreender a questão, vamos analisar cada afirmativa:

Afirmativa I (Correta): No planejamento normativo tradicional, acreditava-se que o planejador estava "fora" do sistema e que a realidade era um objeto passivo. O PES inverte essa lógica. Ele reconhece que quem planeja está dentro da realidade e que outros atores sociais também possuem seus próprios planos e objetivos (o "outro" também joga). Como esses interesses podem ser divergentes, o conflito é visto como algo natural, o que torna a análise de viabilidade política uma etapa essencial para que o plano saia do papel.

Afirmativa II (Correta): Diferente do diagnóstico tradicional, que busca uma verdade única e técnica, o Momento Explicativo do PES foca na análise situacional. Isso significa que um problema é explicado de forma diferente dependendo de quem o observa. Para organizar essa explicação, Matus utiliza conceitos como: fenoprodução (o fluxo de eventos e resultados), fenoestrutura (o acúmulo de fatos que gera os problemas) e genoestrutura (as regras e estruturas profundas que regem o sistema). O objetivo é entender as causas para poder intervir nelas.

Afirmativa III (Incorreta): O Momento Tático-Operacional é descrito por Matus como o momento da ação, mas ele jamais é rígido ou estanque. Pelo contrário, o PES é um processo cíclico e dinâmico. O lema fundamental desse momento é o "recálculo": conforme o plano é executado e a realidade responde (ou o cenário muda), o gestor deve ajustar as velas e reavaliar as estratégias. A rigidez e a falta de ajustes são características do planejamento normativo, não do PES.

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a afirmativa III é falsa.

A alternativa (b) está correta, pois apenas I e II descrevem fielmente os conceitos de Carlos Matus.

A alternativa (c) está incorreta porque inclui a afirmativa III, que contraria a natureza flexível do PES.

A alternativa (d) está incorreta por omitir a afirmativa II, que também é verdadeira.

Gabarito: Letra (b).

Questão 94

Para interpretar corretamente os resultados de um Ensaio Clínico Randomizado, devemos analisar o Risco Relativo (RR) e o seu Intervalo de Confiança (IC).

O Risco Relativo de 0,85 indica que o risco de ocorrer o desfecho no grupo que recebeu a nova droga é 85% do risco observado no grupo-controle. Em termos de eficácia, isso significa uma redução de risco de 15% ($1,0 - 0,85 = 0,15$). Sempre que o RR é menor que 1,0, a intervenção é considerada um fator de proteção.

O Intervalo de Confiança de 95% (0,75 a 0,98) mostra a precisão dessa estimativa. Para que um resultado seja estatisticamente significativo ao nível de 5% (p menor que 0,05), o intervalo de confiança não pode incluir o valor de nulidade, que, em medidas de razão (como o RR), é o número 1,0.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A proximidade do limite superior (0,98) com o valor 1,0 não anula a significância estatística. Como o intervalo termina antes de chegar a 1,0, o resultado é estatisticamente significativo e a probabilidade de erro do tipo I é inferior a 5%.

Alternativa b: Incorreta. O valor de p é necessariamente menor que 0,05, justamente porque o intervalo de confiança de 95% exclui o valor 1,0. Se o intervalo incluísse o 1,0, o valor de p seria maior que 0,05.

Alternativa c: Incorreta. A droga não reduz o risco em 85%, mas sim para 85% do valor original, resultando em uma redução real de 15%. Um RR de 0,85 é diferente de uma Redução do Risco Relativo (RRR) de 85%. Além disso, a amplitude do intervalo entre 0,75 e 0,98 é considerada aceitável para confirmar a eficácia estatística.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente os achados: o RR de 0,85 representa uma redução de 15% no risco (fator de proteção) e a exclusão da unidade (1,0) no intervalo de confiança confirma a significância estatística ao nível de 5%.

Questão 95

Análise das afirmativas:

Primeira afirmativa (V): Verdadeira. De acordo com a NR-7, o PCMSO e o PGR (antigo PPRA da NR-9) devem estar estritamente sintonizados. O PGR identifica os perigos e avalia os riscos, enquanto o PCMSO utiliza essas informações para planejar as ações

de saúde, focando na prevenção e no diagnóstico precoce por meio de exames clínicos e complementares específicos para cada risco ocupacional.

Segunda afirmativa (V): Verdadeira. Conforme a legislação previdenciária e as atualizações da NR-7, uma vez constatada uma doença profissional ou do trabalho, a empresa é obrigada a emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), independentemente de haver incapacidade laboral ou afastamento. Além disso, a ocorrência de um agravo indica uma falha nas medidas de prevenção, o que exige obrigatoriamente a reavaliação dos riscos no Inventário de Riscos do PGR e o ajuste das medidas de controle.

Terceira afirmativa (F): Falsa. O objetivo dos exames ocupacionais não é a seleção discriminatória de trabalhadores saudáveis ou a exclusão de pessoas com patologias preexistentes. A finalidade é avaliar a compatibilidade da saúde do trabalhador com as exigências da função e monitorar possíveis impactos do trabalho na saúde. Utilizar exames para selecionar "supertrabalhadores" ou excluir candidatos por doenças não impeditivas configura prática discriminatória, vedada pela ética médica e pela legislação trabalhista.

Quarta afirmativa (V): Verdadeira. A NR-7 é explícita ao determinar que todos os custos decorrentes do PCMSO, incluindo exames clínicos, exames complementares e avaliações especializadas, devem ser arcados integralmente pelo empregador. É terminantemente proibido repassar qualquer ônus financeiro ou cobrar coparticipação do trabalhador para a realização desses procedimentos obrigatórios.

Conclusão:

A sequência correta é V, V, F, V.

A alternativa correta é a letra (c).

Questão 96

COMENTÁRIO DA QUESTÃO:

O tema central desta questão é a diferenciação entre as modalidades de acidente de trabalho por equiparação, conforme definido no artigo 20 da Lei nº 8.213/1991. Para o médico, essa distinção é fundamental tanto para o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) quanto para o estabelecimento do nexo causal e auxílio em perícias previdenciárias.

Alternativa A (Correta):

Esta alternativa traz as definições exatas contidas na legislação previdenciária.

1. Doença Profissional (Tecnopatia): é aquela inerente à própria profissão. O risco é intrínseco à atividade, independentemente de onde ela seja exercida. Por estar prevista em lista oficial (Anexo II do Decreto nº 3.048/1999), possui nexos causal presumido. O exemplo da silicose em jateadores de areia é clássico, pois o risco da sílica é próprio dessa atividade.

2. Doença do Trabalho (Mesopatia): é aquela que decorre das condições específicas do ambiente em que o trabalho é realizado. Não é característica de uma profissão isolada, mas sim de como o ambiente foi organizado. Exige comprovação do nexos causal (não é presumida). O exemplo da surdez por ruído excessivo em um escritório exemplifica bem, pois o ruído não é inerente ao cargo administrativo, mas sim uma falha nas condições ambientais daquele local específico.

Alternativa B (Incorreta):

A diferenciação entre doença profissional e doença do trabalho não se baseia na gravidade da lesão ou no tempo de afastamento. Ambas podem gerar desde incapacidade temporária (auxílio-doença acidentário) até incapacidade permanente (aposentadoria por incapacidade permanente) ou óbito. O que as diferencia é a origem e a relação com a atividade ou com o meio ambiente laboral.

Alternativa C (Incorreta):

Existe, sim, uma distinção legal clara estabelecida no artigo 20 da Lei nº 8.213/1991. Além disso, para fins de concessão de benefício previdenciário acidentário (Espécie 91), o seguro social é de responsabilidade objetiva do INSS, não exigindo a comprovação de dolo ou culpa do empregador para que o trabalhador tenha direito ao benefício. A comprovação de culpa ou dolo só é relevante em ações de responsabilidade civil (indenizações) na Justiça do Trabalho.

Alternativa D (Incorreta):

A alternativa confunde conceitos. O acidente de trajeto (ocorrido no percurso residência-trabalho ou vice-versa) e o acidente típico (evento súbito e agudo no exercício do trabalho) são categorias distintas das doenças ocupacionais. As doenças (profissional e do trabalho) são consideradas "acidentes atípicos" por se instalarem de forma insidiosa e crônica, mas não se confundem com o trajeto ou com o acidente típico.

Gabarito: Alternativa A.

Questão 97

O modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead organiza os fatores que influenciam a saúde em cinco camadas concêntricas, partindo do indivíduo (micro) para a sociedade (macro). Para resolver a questão, é necessário conhecer a ordem exata dessas camadas:

1. Centro (núcleo): Fatores biológicos e hereditários (idade, sexo e genética).
2. Segunda camada: Estilos de vida individuais.
3. Terceira camada: Redes sociais e comunitárias.
4. Quarta camada: Condições de vida e de trabalho (educação, habitação, saneamento, serviços de saúde, etc.).
5. Quinta camada (mais externa): Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. As redes sociais e comunitárias formam a camada que envolve diretamente os estilos de vida individuais. O modelo pressupõe que os comportamentos de uma pessoa (como fumar, exercitar-se ou comer de forma saudável) são fortemente influenciados pelo grupo social em que ela está inserida, pelo apoio de amigos e familiares e pela coesão da sua comunidade.

Alternativa b) Incorreta. As condições de vida e de trabalho representam a camada seguinte às redes sociais. Embora exerçam grande influência sobre a saúde, elas estão um nível acima (mais externas) das redes sociais no diagrama original, não sendo a camada imediatamente adjacente ao estilo de vida.

Alternativa c) Incorreta. Os fatores hereditários e biológicos estão no centro do modelo. Eles são a base individual sobre a qual o estilo de vida se manifesta. Portanto, estão "abaixo" ou "dentro" da camada de estilos de vida, e não em uma posição superior ou envolvente.

Alternativa d) Incorreta. As condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais são os macrodeterminantes. Eles formam a última camada, a mais externa de todas, que engloba todos os outros determinantes. Não são, portanto, o nível imediatamente superior ao comportamento individual.

A compreensão dessa hierarquia é fundamental para a Saúde Coletiva, pois demonstra que as escolhas individuais são limitadas e moldadas pelo contexto social (redes de apoio) e pelas condições materiais de existência, combatendo a ideia de que o indivíduo é o único responsável por sua condição de saúde.

Questão 98

A alternativa correta é a (a).

O caso clínico descreve uma situação clássica de embate entre a demanda do paciente por tecnologias de saúde e a prática médica baseada em evidências.

Alternativa (a): Esta alternativa define corretamente a Prevenção Quaternária. Este nível de prevenção busca identificar pacientes em risco de excesso de medicalização e protegê-los de intervenções que trazem mais riscos do que benefícios. Ao negar exames de rastreamento sem indicação clínica clara (como a ressonância magnética de corpo inteiro em assintomáticos) e explicar os riscos de sobrediagnóstico e sobretratamento, o médico está exercendo o princípio da não maleficência e a prevenção quaternária. O objetivo é evitar o dano iatrogênico causado pelo próprio sistema de saúde.

Alternativa (b): Incorreta. A Prevenção Secundária é o conjunto de ações destinadas ao diagnóstico precoce de doenças já instaladas, mas ainda em fase assintomática, como o rastreamento de câncer em populações-alvo específicas para diminuir a morbimortalidade. Na questão, o médico agiu no sentido oposto, decidindo não realizar o rastreamento por considerar que, para aquele perfil de paciente e exames solicitados, os danos superariam os benefícios.

Alternativa (c): Incorreta. A Prevenção Primordial atua sobre as condições sociais, econômicas e ambientais que favorecem o surgimento de fatores de risco em nível populacional (exemplo: políticas públicas de combate ao tabagismo ou planejamento urbano para incentivar atividades físicas). Embora o desejo do paciente seja influenciado por padrões culturais de consumo, a conduta clínica individualizada no consultório visando evitar exames desnecessários é classificada como prevenção quaternária.

Alternativa (d): Incorreta. A Prevenção Primária visa evitar a ocorrência da doença ao remover causas ou fatores de risco antes que a patologia se desenvolva (exemplo: vacinação, uso de preservativos ou cessação do tabagismo). Evitar a realização de um PSA ou de uma ressonância magnética não impede o surgimento da doença prostática em si, apenas evita as intervenções e complicações decorrentes de um processo diagnóstico que não possui indicação clínica.

Questão 99

ANÁLISE DA QUESTÃO

O enunciado descreve uma situação clássica da epidemiologia: o estudo de uma doença rara (leucemia linfóide crônica) com um longo período de latência (décadas). Ao buscar eficiência em tempo e custo sob essas condições, o pesquisador deve escolher um desenho que não exija o acompanhamento de grandes grupos por períodos prolongados.

Alternativa (a) INCORRETA: O Ensaio Clínico Randomizado é um estudo experimental, e não observacional, como solicitado no enunciado. Além disso, há um grave impedimento ético: não se pode expor indivíduos a fatores de risco conhecidos (como radiação ionizante) para observar se desenvolverão doenças. Por fim, o longo tempo de latência e a raridade do desfecho tornariam este modelo extremamente caro e demorado.

Alternativa (b) INCORRETA: O Estudo Transversal analisa a exposição e a doença simultaneamente em um único momento. Ele é inadequado para doenças raras, pois seria necessária uma amostra populacional gigantesca para encontrar casos suficientes. Outro problema é o "viés de causalidade reversa", pois o estudo transversal não consegue garantir que a exposição ocorreu antes da doença, falhando em estabelecer uma linha temporal clara.

Alternativa (c) INCORRETA: O Estudo de Coorte Prospectivo parte da exposição (trabalhadores expostos) e os acompanha ao longo de anos para ver quem ficará doente. Embora seja excelente para determinar incidência e risco relativo, ele é o desenho menos eficiente para doenças raras e com longo período de latência. O custo operacional e o tempo de espera de décadas para obter resultados tornam essa opção inviável no cenário proposto.

Alternativa (d) CORRETA: O Estudo de Caso-Controle é o desenho mais eficiente e indicado para estudar doenças raras ou com longo período de latência. Ele parte do desfecho (seleciona-se quem já tem a doença - casos) e compara com quem não tem (controles), investigando o passado (retrospectivamente) em busca da exposição. Isso economiza tempo, pois o pesquisador não precisa esperar a doença se desenvolver, e economiza recursos, pois foca em um número menor de indivíduos. Além disso, permite investigar múltiplos fatores de risco ao mesmo tempo. A medida de associação utilizada é o Odds Ratio (Razão de Chances).

Gabarito: Letra (d).

Questão 100

A estratégia de bloqueio vacinal é uma medida de controle fundamental para doenças de transmissão respiratória e alta contagiosidade, como o sarampo. O objetivo é criar uma barreira imunológica em torno de um caso suspeito para interromper a circulação do vírus o mais rápido possível.

Alternativa (a) INCORRETA: Embora a vacina de vírus vivo atenuado (Tríplice Viral) seja, de fato, contraindicada para gestantes e pessoas gravemente imunodeprimidas, a alternativa está errada ao afirmar que não se oferece qualquer outra medida profilática. Para esses grupos de risco que foram contatos de um caso suspeito, o protocolo do Ministério da Saúde indica o uso da imunoglobulina humana padrão (ou intravenosa, dependendo do caso) em até 6 dias após a exposição, visando prevenir a doença ou reduzir sua gravidade.

Alternativa (b) INCORRETA: O sarampo é extremamente contagioso e possui um curto período de incubação para a transmissibilidade. Aguardar o resultado da sorologia (IgM), que pode levar vários dias, inviabilizaria a interrupção da cadeia de transmissão. O bloqueio vacinal deve ser desencadeado imediatamente após a notificação do caso suspeito, independentemente da confirmação laboratorial posterior.

Alternativa (c) CORRETA: Esta alternativa descreve exatamente o preconizado pelo Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde. O bloqueio deve ser seletivo (vacina-se apenas quem não tem comprovação vacinal ou esquema incompleto), focado nos contatos próximos (casa, escola, trabalho, creche) e realizado preferencialmente em até 72 horas após a notificação do caso. Essa agilidade é crucial para que a vacina induza resposta imune antes que o vírus selvagem complete seu período de incubação no contato exposto.

Alternativa (d) INCORRETA: A vacinação indiscriminada de toda a população de um município configura uma campanha de vacinação em massa ou intensificação vacinal, e não um bloqueio vacinal. O bloqueio é uma ação de vigilância epidemiológica focada e delimitada aos contatos do caso índice. Além disso, o bloqueio padrão é seletivo (avaliação da caderneta), e não indiscriminado.