



SCM-RP

GABARITO | 2025 | SP | 100 Questões



Gabarito: SCM-RP

2025 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Para resolver essa questão, é fundamental identificar a medida de ocorrência solicitada pelos pesquisadores: o coeficiente de incidência. A incidência refere-se ao número de casos novos de uma doença que surgem em uma população em risco ao longo de um determinado período.

Alternativa a) Incorreta. O estudo de caso-controle parte de pessoas que já apresentam a doença (casos) e as compara com pessoas saudáveis (controles) para investigar exposições passadas. Por ser retrospectivo e não acompanhar a população ao longo do tempo, a medida de associação clássica é o Odds Ratio (razão de chances), e não a incidência.

Alternativa b) Incorreta. O estudo seccional (ou transversal) é como uma "fotografia" de um momento específico, analisando a presença da doença e da exposição simultaneamente. Por isso, ele fornece a prevalência (total de casos em um momento), e não a incidência (casos novos ao longo do tempo).

Alternativa c) Correta. O estudo de coorte é um desenho observacional longitudinal e prospectivo. Nele, os pesquisadores selecionam um grupo de pessoas inicialmente sem a doença, dividem-nas entre expostos e não expostos ao fator de risco (neste caso, os agrotóxicos) e as acompanham ao longo do tempo para observar quem desenvolverá o desfecho (câncer). Esse acompanhamento temporal permite o cálculo direto da incidência e do risco relativo.

Alternativa d) Incorreta. O estudo ecológico utiliza dados de agregados populacionais (nível grupal), e não dados individuais. Embora possa ser usado para gerar hipóteses, ele não é o delineamento ideal para medir a incidência individual rigorosa. Além disso, os estudos ecológicos são conhecidos pelo seu baixo custo e rapidez, pois geralmente utilizam bancos de dados secundários já existentes, o que contradiz a afirmação da alternativa sobre o custo alto.

Alternativa e) Incorreta. Existe, sim, um delineamento capaz de fornecer a incidência, que é justamente o estudo de coorte, conforme explicado anteriormente.

Questão 2

Esta questão aborda medidas de saúde pública diante de uma crise ambiental caracterizada por seca, baixa umidade e poluição decorrente de queimadas. O objetivo é identificar ações eficazes para mitigar agravos imediatos, como desidratação e complicações respiratórias.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): CORRETA. Em cenários de seca extrema e baixa umidade relativa do ar, o corpo perde água de forma mais acelerada pela transpiração e respiração. A oferta de água potável em pontos estratégicos facilita a hidratação contínua da população. Já os pontos de nebulização auxiliam na umidificação das vias aéreas superiores, reduzindo o impacto das partículas de fumaça e do ar seco, que agredem a mucosa respiratória e podem exacerbar quadros de asma e DPOC.

Alternativa (b): INCORRETA. Embora o protetor solar seja importante para prevenir danos actínicos, ele não é a prioridade no contexto de fumaça e baixa umidade. Além disso, encaminhar todas as crianças de até 10 anos para avaliação especializada em pneumologia é uma medida tecnicamente inadequada e logisticamente inviável, pois sobrecarregaria o sistema sem necessidade clínica, já que o manejo inicial deve ocorrer na atenção primária.

Alternativa (c): INCORRETA. A recomendação correta durante períodos de baixa umidade e má qualidade do ar é evitar exercícios físicos em áreas externas, especialmente entre as 10h e as 16h. O esforço físico aumenta a frequência respiratória, fazendo com que a pessoa inale uma quantidade maior de poluentes e partículas finas provenientes das queimadas.

Alternativa (d): INCORRETA. Notificar todos os casos de náuseas, vômitos e diarreia obrigatoriamente como "decorrentes do calor" é um erro epidemiológico, pois ignora outras causas possíveis, como infecções virais ou bacterianas. Além disso, máscaras cirúrgicas não oferecem proteção adequada contra os materiais particulados finos da fumaça (PM_{2,5}); para essa finalidade, seriam indicadas máscaras do tipo N95 ou PFF2.

Alternativa (e): INCORRETA. A distribuição de soro de reidratação oral (SRO) é uma medida para tratamento de desidratação estabelecida, não uma medida preventiva geral para crises ambientais. Para bebês de até 6 meses, a recomendação prioritária é o aleitamento materno exclusivo, que já garante a hidratação. O foco exclusivo em protetor solar e SRO para bebês ignora as necessidades respiratórias e de hidratação do restante da população afetada.

Questão 3

O tema central desta questão é a regulamentação do Decreto nº 7.508, de 2011, que organiza o funcionamento do SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e define o que são as portas de entrada do sistema.

Alternativa a: Incorreta. O Decreto nº 7.508/2011 define quatro portas de entrada principais: a Atenção Primária (UBS), a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Psicossocial e os Serviços Especiais de Acesso Aberto. Portanto, a afirmação de que "somente" UBS e urgência são portas de entrada está errada, assim como a justificativa de "relativização" por distância urbana.

Alternativa b: Incorreta. O acesso ao SUS é regido pelos princípios da universalidade e da equidade. Embora os Consultórios na Rua sejam estratégias específicas para aumentar a resolutividade e o vínculo com pessoas em situação de rua, esses usuários podem e devem acessar qualquer porta de entrada da rede, não havendo essa restrição ou exclusividade de acesso.

Alternativa c: Incorreta. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são, por definição legal, portas de entrada para a Rede de Atenção à Saúde. Eles atendem não apenas usuários de álcool e outras drogas, mas qualquer pessoa com sofrimento mental ou transtornos mentais graves e persistentes.

Alternativa d: Incorreta. A alternativa erra ao restringir as portas de entrada a apenas duas categorias. Além disso, a Atenção Primária (UBS) tem o papel de coordenar o cuidado e ordenar a rede, mas não possui a diretriz de funcionamento 24 horas por dia; essa característica de funcionamento ininterrupto é própria dos serviços de Urgência e Emergência, como as UPAs e os hospitais.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa está em total consonância com o parágrafo único do artigo 9º do Decreto nº 7.508/2011. A legislação prevê que, para respeitar as diversidades regionais e as necessidades específicas de saúde de cada localidade, os entes federativos podem pactuar novas portas de entrada nas Comissões Intergestores, desde que haja justificativa técnica para tal.

Para fins de prova, guarde as portas de entrada definidas pelo artigo 9º do Decreto nº 7.508/2011:

1. Atenção Primária;
2. Atenção de Urgência e Emergência;
3. Atenção Psicossocial;
4. Serviços Especiais de Acesso Aberto (ex.: serviços que tratam de agravos específicos, como centros de testagem e aconselhamento).

Questão 4

A Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) é o sistema logístico (instalações, equipamentos e pessoal) responsável por garantir que os imunobiológicos sejam mantidos em condições adequadas de temperatura, desde o laboratório produtor até o momento da administração no paciente, assegurando a manutenção de sua potência e eficácia.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A Rede de Frio não é uma estrutura localizada apenas no Ministério da Saúde. Ela é uma rede hierarquizada e descentralizada que se distribui por todo o território nacional, compreendendo instâncias nacionais, estaduais, regionais e municipais.

Alternativa (b) Incorreta: O processo logístico envolve, obrigatoriamente, o manuseio. A integridade física e química dos imunobiológicos depende de como eles são manipulados durante o recebimento, o armazenamento, o transporte e a própria aplicação na sala de vacina.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a responsabilidade seja das três esferas de governo, a Rede de Frio é uma estrutura própria do Sistema Único de Saúde (SUS). A gestão é feita pelas Secretarias de Saúde, não dependendo de convênios com serviços especializados externos para existir, sendo uma atividade-fim da gestão pública de saúde.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa descreve perfeitamente o funcionamento do PNI. O Ministério da Saúde exerce o papel de coordenador nacional, formulando as diretrizes e normas técnicas, mas a execução e a manutenção da Rede de Frio ocorrem de forma integrada e compartilhada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Alternativa (e) Incorreta: As salas de vacina representam a instância local (o elo final) da Rede de Frio. No entanto, elas são gerenciadas e controladas pelas Secretarias Municipais de Saúde, e não diretamente pelo Ministério da Saúde. Cabe ao nível federal a coordenação geral e o fornecimento de diretrizes, mas a gestão operacional das salas é de responsabilidade municipal.

Questão 5

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico descreve uma idosa com perda de autonomia funcional recente (dois meses após AVC) e sinais de higiene precária. Ela reside com a filha, que trabalha como diarista, o que sugere uma possível sobrecarga da cuidadora e vulnerabilidade socioeconômica. A questão avalia a competência da equipe de Atenção Primária em lidar com dilemas éticos, sociais e familiares.

Alternativa A: Incorreta. A Estratégia Saúde da Família possui responsabilidade territorial e deve atuar sobre os determinantes sociais da saúde. Ignorar a situação de poucos recursos da família contraria os princípios de equidade e integralidade do SUS. A equipe deve ser parceira na busca de soluções, e não apenas uma fiscalizadora que transfere toda a responsabilidade para a família.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta mais adequada dentro da clínica ampliada. É necessário realizar uma abordagem familiar e, possivelmente, uma visita domiciliar para entender a dinâmica da casa. A falta de higiene pode ser decorrente da falta de tempo da filha, da falta de conhecimento técnico para manejar uma paciente com sequelas motoras ou da falta de recursos financeiros. O compartilhamento da situação com a cuidadora deve ser feito com o consentimento da paciente, visando a construir um plano de cuidados conjunto.

Alternativa C: Incorreta. Embora a negligência seja uma forma de violência contra o idoso, a notificação no SINAN deve ocorrer diante da suspeita fundamentada ou da confirmação de violência. No cenário apresentado, não há elementos suficientes para afirmar que existe uma omissão deliberada ou maus-tratos. Pode tratar-se de uma incapacidade de cuidar por sobrecarga social, o que exige suporte da rede de saúde e da assistência social antes de uma classificação punitiva ou noticiatória imediata.

Alternativa D: Incorreta. A conduta de delegar o cuidado a terceiros (vizinhos) de forma imediata é inadequada e antiética. A organização do cuidado domiciliar deve ser pactuada com a família e com a paciente, avaliando quem são as pessoas de confiança e a viabilidade dessa rede de apoio, sem imposições por parte da equipe de saúde.

Alternativa E: Incorreta. O acionamento da força policial é uma medida de última instância para casos de crimes ou risco iminente à vida. A situação descrita sugere uma fragilidade social que deve ser abordada inicialmente pela equipe de saúde e, se necessário, pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), visando ao fortalecimento dos vínculos e à proteção da idosa.

Questão 6

Essa questão aborda princípios fundamentais de ética profissional, direitos humanos e gestão de pessoas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise deve ser feita sob a ótica da igualdade e do combate à discriminação.

Alternativa a: Incorreta. Embora a facilidade de comunicação e a empatia sejam importantes, designar um profissional como referência exclusiva para um grupo baseando-se apenas em sua orientação sexual ou identidade de gênero caracteriza segregação. Todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde devem estar preparados para atender de forma humanizada e integral a população LGBTQIA+, não devendo essa responsabilidade ser restrita a um único servidor por características pessoais.

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta que respeita os princípios constitucionais da igualdade e da dignidade da pessoa humana. No ambiente de trabalho, o que define a atuação do profissional é sua competência técnica, ética e o cumprimento de suas atribuições. A orientação sexual do enfermeiro pertence à sua esfera privada e não deve ser motivo para diferenciação, seja ela positiva ou negativa, dentro da equipe de saúde.

Alternativa c: Incorreta. Esta alternativa carrega um viés preconceituoso ao sugerir que a orientação sexual do profissional estaria vinculada a comportamentos inadequados ou desrespeitosos. Todos os profissionais, independentemente de qualquer característica pessoal, devem seguir o Código de Ética de sua profissão. Orientar especificamente esse enfermeiro sob esse pretexto configura uma atitude discriminatória por parte da chefia.

Alternativa d: Incorreta. Afastar um profissional do atendimento direto ao público e remanejá-lo para o setor administrativo devido à sua orientação sexual, sob a justificativa de costumes conservadores da comunidade, constitui discriminação e assédio moral. O gestor público deve pautar suas decisões pela legalidade e impessoalidade, combatendo o preconceito em vez de reforçá-lo ou ceder a pressões sociais discriminatórias.

Alternativa e: Incorreta. Exigir que o profissional não explicita sua condição de pertencer ao segmento LGBTQIA+ fere o direito fundamental à liberdade de expressão e à identidade. Impor o silenciamento ou a invisibilidade de uma característica pessoal como condição para o trabalho é uma prática discriminatória e gera um ambiente laboral adoecedor e antiético.

Questão 7

Essa questão aborda os conceitos fundamentais de Saúde do Trabalhador e Vigilância Epidemiológica, especificamente sobre a notificação de acidentes de trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Acidentes de trabalho devem ser notificados obrigatoriamente quando atendidos no serviço de saúde. As queimaduras decorrentes do manuseio de metal fundido durante a jornada laboral configuram acidentes de trabalho típicos e, portanto, o registro é mandatório para fins de vigilância e planejamento de políticas públicas.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa tenta confundir o candidato entre a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que é um documento previdenciário voltado para trabalhadores celetistas (com carteira assinada), e a ficha de notificação do SINAN. Para o SINAN, que é um sistema de saúde pública, o vínculo empregatício é irrelevante. Todo trabalhador (formal, informal, autônomo ou eventual) que sofre um acidente de trabalho deve ser notificado pela unidade de saúde que presta o atendimento.

Alternativa c) Incorreta. O fato de a produção ser excepcional ou de haver pressa no ambiente de trabalho não descaracteriza o acidente de trabalho. Pelo contrário, a pressão por produtividade e a falha em equipamentos de proteção individual (aventais furados) são determinantes causais do acidente que precisam ser devidamente registrados para que as autoridades de vigilância possam intervir no ambiente de trabalho.

Alternativa d) Incorreta. No caso apresentado, todas as trabalhadoras são menores de idade (13 a 17 anos). Contudo, a obrigatoriedade da notificação no SINAN não se restringe aos menores de idade; qualquer trabalhador, independentemente da faixa etária, deve ter o acidente notificado. Vale ressaltar que o trabalho insalubre ou perigoso (como a solda) é proibido para menores de 18 anos no Brasil, o que torna a notificação ainda mais crítica para acionar os órgãos de proteção à criança e ao adolescente.

Alternativa e) Correta. Todas as sete adolescentes sofreram lesões corporais (queimaduras) em decorrência do exercício do trabalho. Onexo causal está estabelecido entre a atividade de solda e o dano sofrido. Como o SINAN é um sistema universal de base epidemiológica do Sistema Único de Saúde (SUS), a UBS tem o dever de notificar todos os casos, garantindo a visibilidade do agravo e permitindo ações de fiscalização e prevenção, independentemente de as vítimas possuírem

registro formal na empresa ou não.

Questão 8

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Pacientes com comorbidades, como a tuberculose, devem receber o tratamento para cessação do tabagismo seguindo as mesmas diretrizes básicas oferecidas à população geral, que consistem na abordagem psicossocial (cognitivo-comportamental) associada ou não à farmacoterapia. O tabagismo é um fator que piora significativamente o prognóstico da tuberculose, aumentando a mortalidade e o risco de transmissão. Portanto, o tratamento da dependência à nicotina deve ser integrado ao cuidado desses pacientes, observando-se apenas possíveis interações medicamentosas específicas, como a da rifampicina com a bupropiona.

Alternativa (b) Incorreta: Para gestantes e lactantes, a recomendação inicial e prioritária é a abordagem cognitivo-comportamental intensiva, sem o uso de fármacos. A farmacoterapia (terapia de reposição de nicotina ou bupropiona) não deve ser incluída imediatamente; ela só é considerada em casos excepcionais, após falha da abordagem comportamental e com uma avaliação rigorosa do risco-benefício, preferencialmente após o primeiro trimestre de gestação.

Alternativa (c) Incorreta: Usuários dependentes de nicotina com câncer possuem indicação formal de tratamento do tabagismo, incluindo o suporte medicamentoso quando necessário. A cessação do fumo é crucial para aumentar a eficácia da quimioterapia e radioterapia, reduzir complicações pós-operatórias e diminuir o risco de recidivas ou novos tumores.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja a principal porta de entrada e o local preferencial para o tratamento do tabagismo no SUS devido à sua capilaridade, ela não é a única. O tratamento também pode ser oferecido em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais e ambulatórios de especialidades, dependendo da organização da rede de saúde local.

Alternativa (e) Incorreta: A contraindicação a um medicamento específico não exclui o paciente do programa de cessação. O tratamento baseia-se na abordagem cognitivo-comportamental, que pode ser realizada isoladamente. Caso um medicamento seja contraindicado para determinado paciente (como a bupropiona para quem tem histórico de convulsões), o profissional de saúde deve utilizar outras opções disponíveis no protocolo, como a terapia de reposição de nicotina (adesivos e gomas).

Questão 9

Para compreender a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, é fundamental conhecer seus componentes e a lógica da Reforma Psiquiátrica brasileira. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a Reforma Psiquiátrica brasileira tenha como diretriz a desinstitucionalização e a redução gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos especializados (os chamados hospitais monovalentes), os CAPS não os "substituíram" de forma absoluta na estrutura da rede. A lógica da RAPS é oferecer uma rede diversificada. Além disso, o cuidado hospitalar continua existindo, porém priorizando leitos de saúde mental em hospitais gerais.

Alternativa (b) Incorreta: Não existem serviços na RAPS denominados "especializados em suicídio". O manejo do comportamento suicida (ideação e tentativa) é uma competência transversal de toda a rede. O atendimento é realizado na Atenção Primária, nos CAPS e nos serviços de Urgência e Emergência (como UPAs e prontos-socorros), dependendo da gravidade e do risco imediato.

Alternativa (c) Incorreta: A RAPS é explicitamente destinada a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Existem, inclusive, modalidades de CAPS específicas para esse público, os chamados CAPS ad (Álcool e Drogas).

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa descreve corretamente componentes que integram a RAPS conforme a legislação vigente. A rede é dividida em diversos pontos de atenção, incluindo:

1. Atenção Básica: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura.
2. Atenção Psicossocial Especializada: os diferentes tipos de CAPS.
3. Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, UPAs 24h e prontos-socorros.
4. Atenção Hospitalar: Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral (leitos psiquiátricos em hospitais gerais).

Alternativa (e) Incorreta: Embora a Atenção Básica (UBS) seja a porta de entrada e deva acompanhar casos de transtornos mentais leves, o cuidado no SUS é baseado na interdisciplinaridade e na articulação da rede. Profissionais especializados podem e devem atuar no suporte à Atenção Básica por meio do matriciamento (apoio matricial) realizado pelas equipes eMulti (antigo NASF) ou pelos próprios CAPS, garantindo que o cuidado seja integral e não apenas restrito a uma unidade sem suporte técnico especializado quando necessário.

Questão 10

ANÁLISE DA QUESTÃO

O teste com o diapasão de 128 Hz é uma ferramenta fundamental no rastreamento da neuropatia diabética periférica, integrando o exame físico sistemático do pé diabético. O objetivo principal deste instrumento é avaliar a integridade das fibras nervosas grossas mielinizadas, responsáveis pela sensibilidade vibratória (palestesia).

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA

Alternativa C: Esta alternativa está correta porque define com precisão a finalidade do teste (sensibilidade vibratória) e o local adequado para sua execução (atenção básica). De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Diabetes, a avaliação anual dos pés de pacientes com diabetes deve ser realizada preferencialmente na Unidade Básica de Saúde, utilizando ferramentas simples como o diapasão e o monofilamento.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa A: Embora o teste avalie uma parte do sistema nervoso periférico, a afirmação está incorreta ao sugerir a necessidade de ambiente hospitalar. O teste é não invasivo, rápido e totalmente isento de complicações, sendo ideal para a prática ambulatorial e de atenção primária.

Alternativa B: O diapasão avalia a função neurológica sensorial. A avaliação do sistema vascular no paciente diabético é realizada por meio da palpação de pulsos (pedioso e tibial posterior), verificação da temperatura cutânea, tempo de enchimento capilar e, quando indicado, o cálculo do Índice Tornozelo-Braquial (ITB).

Alternativa D: O teste com diapasão é de baixa complexidade técnica e baixo custo. Além disso, a alternativa confunde as ferramentas: o que testa a sensação de pressão (sensibilidade pressórica ou protetora) é o monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g, enquanto o diapasão testa a vibração.

Alternativa E: Apesar de poder ser realizado na atenção básica, a técnica correta de rastreio envolve aplicar o diapasão na face dorsal da falange distal do hálux (primeiro dedo do pé), bilateralmente. O polegar da mão pode até ser usado no início do exame apenas para que o paciente reconheça e entenda a sensação da vibração, mas o teste diagnóstico propriamente dito deve ser realizado nos pés.

Questão 11

Alternativa a: Incorreta. A visão de que a pessoa idosa tem um comportamento infantilizado é um preconceito conhecido como ageísmo ou etarismo. Na prática médica e assistencial, deve-se respeitar a autonomia e a maturidade do paciente. O uso de linguagem autoritária ou excessivamente infantilizada compromete o vínculo terapêutico e desrespeita a dignidade do indivíduo.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa está alinhada com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e com os princípios da Atenção Primária à Saúde. O cuidado integral exige que a equipe multidisciplinar compreenda as dimensões biopsicossociais do envelhecimento. Conhecer os valores culturais, religiosos e os hábitos de vida é fundamental para estabelecer uma abordagem centrada na pessoa, garantindo a adesão ao cuidado e o respeito à singularidade de cada idoso e sua rede de apoio.

Alternativa c: Incorreta. Embora atividades físicas e artesanais sejam recomendadas, o foco das políticas de saúde para idosos no SUS deve ser a promoção da saúde, a integração social e a manutenção da capacidade funcional. O caráter competitivo pode ser excludente para aqueles com limitações físicas ou cognitivas e pode gerar riscos desnecessários de lesões ou estresse emocional, não sendo a diretriz principal para atividades em UBS.

Alternativa d: Incorreta. O erro reside na generalização ("todas as atividades"). A promoção da saúde do idoso deve ser multidimensional. Focar exclusivamente em informações sobre doenças crônicas (modelo biomédico) limita o potencial das atividades socioculturais, que também visam o lazer, a saúde mental e o combate ao isolamento social, independentemente de diagnósticos prévios.

Alternativa e: Incorreta. Estimular a troca informal de informações sobre medicamentos entre pacientes é perigoso. A polifarmácia e a automedicação são riscos graves na terceira idade. Orientações sobre fármacos devem ser realizadas por profissionais de saúde de forma técnica e individualizada, prevenindo interações medicamentosas e efeitos colaterais. O compartilhamento de experiências pessoais com remédios entre leigos pode levar ao uso inadequado de substâncias.

Questão 12

Para responder corretamente a essa questão, é fundamental o conhecimento do Calendário Nacional de Vacinação da Criança, definido pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A vacina BCG, que previne as formas graves de tuberculose, deve ser administrada em dose única o mais precocemente possível, preferencialmente logo após o nascimento, ainda na maternidade.

b) Incorreta. A vacina tetra viral corresponde à segunda dose da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) combinada com a vacina contra varicela. Ela é administrada aos 15 meses de idade, após a criança ter recebido a primeira dose da tríplice viral aos 12 meses.

c) Incorreta. A proteção contra difteria, tétano e coqueluche (pertussis) no primeiro ano de vida é feita através da vacina pentavalente, aplicada aos 2, 4 e 6 meses. O primeiro reforço com a vacina DTP (adsorvida difteria, tétano e pertussis) ocorre apenas aos 15 meses de idade, e o segundo reforço aos 4 anos.

d) Correta. A vacina meningocócica C (conjugada), que protege contra a doença invasiva causada pela *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C, é a única vacina do calendário oficial prevista especificamente para os 3 meses de idade (1ª dose). O esquema se completa com a segunda dose aos 5 meses e um reforço aos 12 meses de idade.

e) Incorreta. A vacina contra a febre amarela (atenuada) é administrada em sua primeira dose aos 9 meses de idade em todo o país. O reforço dessa vacina deve ser realizado aos 4 anos de idade.

Resumo do calendário no primeiro semestre:

- Ao nascer: BCG e Hepatite B.
- 2 meses: Pentavalente, VIP, Pneumocócica 10 e Rotavírus.
- 3 meses: Meningocócica C (1ª dose).
- 4 meses: Pentavalente, VIP, Pneumocócica 10 e Rotavírus (2ªs doses).
- 5 meses: Meningocócica C (2ª dose).
- 6 meses: Pentavalente e VIP (3ªs doses).

Questão 13

CONTEÚDO E ANÁLISE DA QUESTÃO

O tema central desta questão é a prevenção do pé diabético, uma das complicações mais graves do diabetes mellitus. Em pacientes de alto risco (aqueles que apresentam neuropatia sensorial, doença arterial periférica ou deformidades), a perda da sensibilidade protetora faz com que pequenos traumas evoluam para úlceras crônicas e amputações.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: Lavar os pés cuidadosamente faz parte da higiene, mas a recomendação sobre evitar protetor solar é irrelevante para a prevenção de úlceras diabéticas. O foco preventivo deve estar na proteção contra traumas mecânicos e térmicos.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa lista três cuidados fundamentais baseados nas diretrizes de manejo do pé diabético:

1. Evitar andar descalço: Devido à neuropatia, o paciente pode pisar em objetos perfurantes ou cortantes e não perceber, gerando uma porta de entrada para infecções.
2. Evitar aquecedores de pés: A perda da sensibilidade térmica impede que o paciente perceba temperaturas excessivas, o que frequentemente causa queimaduras graves por bolsas de água quente ou aquecedores.
3. Evitar o uso de sapatos novos por tempo prolongado: Sapatos novos são rígidos e podem criar pontos de pressão ou fricção. A recomendação é usá-los gradualmente (1 a 2 horas por dia) até que se moldem ao pé.

Alternativa (c) INCORRETA: A retirada de cutículas e "peles" (calosidades) não deve ser feita pelo próprio paciente ou em salões de beleza comuns. O manuseio inadequado de instrumentos cortantes é uma causa frequente de lesões que evoluem para úlceras. Esses cuidados devem ser realizados por profissionais de saúde ou podólogos especializados.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora o exercício seja importante para o controle do diabetes, para pacientes de alto risco de úlceras, caminhadas longas sem calçados adequados e sem inspeção rigorosa podem ser prejudiciais. Além disso, o erro persiste na recomendação de usar sapatos novos sem o cuidado da adaptação gradual.

Alternativa (e) INCORRETA: Não há indicação para o uso de antibióticos preventivos; o uso de antibióticos só deve ocorrer em casos de infecção estabelecida para evitar resistência bacteriana. Manter os pés aquecidos no verão é desnecessário e o conselho sobre protetor solar não possui relação direta com a fisiopatologia das úlceras plantares.

DICA PARA A PROVA

Lembre-se sempre de que a prevenção no pé diabético baseia-se no tripé: inspeção diária (pelo paciente ou familiar), proteção contra traumas (não andar descalço e calçados adequados) e controle de fatores de risco (glicemia e higiene). Qualquer

alternativa que sugira procedimentos invasivos caseiros (cortar calos) ou exposição a riscos térmicos ou mecânicos deve ser descartada.

Questão 14

A resolução desta questão exige o conhecimento das competências do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da Saúde do Trabalhador, conforme definidas pela Constituição Federal e pela Lei 8.080/90.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A equipe de saúde jamais deve enviar nomes de trabalhadores para a empresa, pois isso viola o sigilo profissional e expõe o trabalhador a riscos de retaliação ou demissão por parte do empregador. O canal de comunicação com a empresa para fins de fiscalização deve ser institucional, por meio dos órgãos de vigilância, preservando a identidade dos pacientes.

Alternativa B: Incorreta. Embora o Ministério Público do Trabalho tenha um papel fundamental na defesa dos direitos coletivos, ele não é o único com competência para fiscalizar. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), inserida no SUS, possui autoridade legal para realizar inspeções e intervir em ambientes de trabalho que ofereçam riscos à saúde.

Alternativa C: Incorreta. Esta alternativa contraria a legislação brasileira. A Constituição Federal (Artigo 200) e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) estabelecem explicitamente que é competência do SUS a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador, incluindo a fiscalização de ambientes de trabalho.

Alternativa D: Incorreta. Embora a Auditoria Fiscal do Trabalho (ligada ao Ministério do Trabalho e Emprego) seja uma autoridade competente, a conduta prioritária dentro da rede de saúde do SUS é acionar a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) ou o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Além disso, nem todo caso de lombalgia exige encaminhamento imediato para uma especialidade; a Atenção Básica deve manejar o quadro clínico e investigar a causa ocupacional.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o papel da Atenção Básica em Saúde do Trabalhador. A equipe deve realizar a assistência clínica (diagnóstico e tratamento da lombalgia) e, simultaneamente, atuar na prevenção e promoção por meio da notificação à Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). A VISAT tem a atribuição de investigar o ambiente de trabalho (neste caso, o esforço

físico excessivo por falta de equipamentos de transporte) e exigir as adequações necessárias para evitar que outros trabalhadores adoeçam.

Em resumo, diante de um agravo relacionado ao trabalho, o médico deve: 1) Prestar assistência; 2) Notificar o agravo (nos sistemas de informação específicos); 3) Acionar a vigilância para intervenção na fonte do problema.

Questão 15

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é um dos indicadores de saúde mais importantes e sensíveis para avaliar as condições de vida e de saúde de uma população.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (CORRETA): O coeficiente é definido como o número de óbitos de crianças menores de um ano de idade, residentes em determinada área, dividido pelo número total de nascidos vivos daquela mesma área e período, geralmente multiplicado por 1.000. Por essa definição, ele estima matematicamente a probabilidade, ou o risco, de um nascido vivo morrer antes de completar o seu primeiro aniversário.

Alternativa B (INCORRETA): O CMI é composto por dois subgrupos: a mortalidade neonatal (até 28 dias) e a pós-neonatal (de 28 dias a 1 ano). Embora o componente neonatal reflita muito a assistência hospitalar e perinatal, o componente pós-neonatal está muito mais ligado a fatores externos, como saneamento básico, nutrição e acesso à atenção primária. Portanto, o coeficiente total reflete o contexto social e econômico como um todo, e não apenas o serviço especializado de neonatologia.

Alternativa C (INCORRETA): O CMI é fundamental para a saúde coletiva. Ele serve para monitorar o desenvolvimento socioeconômico de um país, avaliar a eficácia de políticas públicas de saúde, identificar desigualdades regionais e planejar ações de intervenção para reduzir mortes evitáveis.

Alternativa D (INCORRETA): O cálculo do CMI é considerado simples e direto, dependendo apenas do registro adequado de nascidos vivos (fornecido pelo SINASC no Brasil) e de óbitos de menores de um ano (fornecido pelo SIM). A fórmula envolve uma divisão básica seguida de multiplicação por uma base de 10.

Alternativa E (INCORRETA): Embora a saúde da mãe e doenças preexistentes ou gestacionais (como sífilis ou hipertensão) possam influenciar a mortalidade neonatal,

o coeficiente de mortalidade infantil como um todo é influenciado por uma rede complexa de fatores biológicos, ambientais, socioeconômicos e assistenciais. Não há uma relação direta ou exclusiva apenas com a existência de doença materna.

Questão 16

Alternativa (a) Incorreta: O sarampo não é exclusivo da infância. Qualquer pessoa que não tenha sido vacinada e que não tenha tido a doença anteriormente é considerada suscetível, independentemente da faixa etária. Em adultos, inclusive, a doença pode apresentar um curso clínico mais grave e com maior risco de complicações.

Alternativa (b) Correta: O sarampo é uma doença infecciosa aguda causada por um vírus (*Morbillivirus*). Sendo uma virose, o tratamento é essencialmente de suporte e a antibioticoterapia não tem ação sobre o agente causador. Portanto, a prescrição de antibióticos só é justificada quando o quadro clínico é complicado por infecções bacterianas secundárias, como pneumonia, otite média ou sinusite.

Alternativa (c) Incorreta: O sarampo é uma doença potencialmente letal. Embora muitos casos sejam autolimitados, as complicações graves (especialmente a pneumonia e a encefalite) podem levar ao óbito. A letalidade é maior em crianças pequenas, indivíduos desnutridos e pacientes imunocomprometidos.

Alternativa (d) Incorreta: A epidemiologia do sarampo demonstra uma clara relação com a época do ano, apresentando um padrão de sazonalidade. Em regiões de clima temperado, a incidência da doença costuma aumentar significativamente no final do inverno e durante a primavera.

Alternativa (e) Incorreta: A imunidade passiva ao sarampo existe e é clinicamente relevante. Ela ocorre de forma natural por meio da transferência de anticorpos maternos (IgG) pela placenta, protegendo o recém-nascido nos primeiros meses de vida. Além disso, existe a imunidade passiva artificial, obtida por meio da administração de imunoglobulina como profilaxia pós-exposição em grupos específicos.

Questão 17

Alternativa (a) Incorreta: A quimioprofilaxia, geralmente realizada com doxiciclina, tem eficácia limitada e indicações muito específicas, como para socorristas ou militares em missões de curtíssimo prazo em áreas de alto risco. Ela não é considerada altamente efetiva e não é recomendada de forma rotineira para a população geral em situações de enchentes.

Alternativa (b) Incorreta: Não existe vacina contra leptospirose disponível para uso humano no calendário vacinal brasileiro. As vacinas existentes são voltadas para uso veterinário (em cães e gado), portanto, não há histórico vacinal a ser verificado no paciente.

Alternativa (c) Correta: O paciente apresenta sintomas compatíveis com a fase precoce da doença, também chamada de fase leptospirêmica, que ocorre nos primeiros sete dias de sintomas. Nesse período, a bactéria está circulando no sangue, o que permite o diagnóstico por métodos diretos, como a visualização direta em microscopia de campo escuro, o isolamento em meios de cultura específicos (embora o crescimento seja lento) ou a detecção do DNA bacteriano via PCR. A sorologia (pesquisa de anticorpos), por outro lado, costuma tornar-se positiva apenas após o sétimo dia de doença.

Alternativa (d) Incorreta: O tratamento com antibióticos deve ser iniciado imediatamente diante da suspeita clínica e epidemiológica. Aguardar a confirmação laboratorial, que pode levar dias ou semanas (especialmente no caso da sorologia e cultura), atrasa o cuidado e aumenta o risco de o paciente evoluir para a fase tardia (imune) ou para formas graves da doença.

Alternativa (e) Incorreta: De acordo com o caso clínico, o estado geral do paciente está conservado e ele não apresenta sinais de alerta (como icterícia, alteração do volume urinário ou dificuldade respiratória). A maioria dos casos de leptospirose (cerca de 90%) é leve e anictérica, podendo ser tratada em regime ambulatorial na Unidade Básica de Saúde, com hidratação oral, antibiótico e monitoramento de sinais de gravidade.

Questão 18

A questão aborda a evolução histórica das políticas de saúde da mulher no Brasil, destacando a transição do modelo biomédico materno-infantil para o conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O enunciado enfatiza que as políticas antigas eram centradas apenas na biologia reprodutiva e no papel social da mulher como mãe. Para responder corretamente, é necessário identificar qual ação rompe com esse limite biológico-reprodutivo e enxerga a mulher em sua totalidade social e como sujeito de direitos.

Alternativa (a) Incorreta: A investigação do óbito materno é uma estratégia de vigilância extremamente importante, porém está diretamente ligada ao ciclo gravídico-puerperal. Ela foca no desfecho negativo da maternidade, mantendo a visão da mulher restrita ao seu papel reprodutivo, que é justamente o que o

enunciado aponta como a visão limitada do século XX.

Alternativa (b) Incorreta: Embora os programas de prevenção do câncer de mama atendam mulheres em diversas fases da vida, eles ainda se concentram em aspectos puramente clínicos e biológicos. A ampliação da visão mencionada na questão refere-se a uma compreensão que transcende o corpo físico e atinge a dimensão da cidadania e dos direitos sociais.

Alternativa (c) Incorreta: Da mesma forma que o câncer de mama, a prevenção do câncer do colo do útero foca na detecção de patologias orgânicas. Apesar de ser um avanço em relação ao cuidado apenas no parto, ainda faz parte de uma lógica de assistência focada em órgãos específicos e doenças, não necessariamente na visão ampliada da mulher como ser social.

Alternativa (d) Correta: A notificação e o acolhimento nos casos de violência doméstica e sexual são os elementos que melhor representam a ampliação da visão da saúde da mulher. Essa ação reconhece que a saúde é influenciada por determinantes sociais, relações de poder e violações de direitos humanos. Ao abordar a violência, o sistema de saúde deixa de olhar apenas para o útero ou para a função de cuidadora da mulher e passa a assisti-la em sua integridade, dignidade e segurança, rompendo com o reducionismo biológico.

Alternativa (e) Incorreta: O pré-natal é o exemplo clássico do modelo criticado no texto. Ele é a base dos programas materno-infantis das décadas de 30 a 70, que focavam exclusivamente na saúde da mulher enquanto ela estava grávida, visando garantir um recém-nascido saudável, mas negligenciando a saúde da mulher em todas as outras fases e dimensões de sua vida.

Questão 19

Alternativa A (Correta): O *Sarcoptes scabiei**, agente causador da escabiose, pode sobreviver no ambiente (fora do hospedeiro humano) por cerca de 48 a 72 horas. Por isso, para evitar a reinfestação e a transmissão aos familiares, é fundamental que as roupas de uso pessoal, de cama e banho utilizadas nos dias anteriores e durante o tratamento sejam lavadas com água quente (acima de 60 graus Celsius) ou passadas a ferro quente, o que garante a eliminação do ácaro e dos ovos.

Alternativa B (Incorreta): O diagnóstico da escabiose é essencialmente clínico. O médico baseia-se na história de prurido intenso e na distribuição característica das lesões (espaços interdigitais, punhos, axilas, mamas e genitália). A confirmação laboratorial por meio do raspado cutâneo e visualização ao microscópio pode ser feita, mas não é obrigatória nem necessária na maioria dos casos para fechar o

diagnóstico e iniciar o tratamento.

Alternativa C (Incorreta): A principal característica do prurido na escabiose é ser noturno, e não matutino. A coceira piora à noite devido ao aumento da atividade do ácaro e à sensibilidade do paciente aos seus dejetos. Além disso, em uma primeira infestação, o período de incubação (tempo entre o contato e o início dos sintomas) costuma ser de 3 a 6 semanas, sendo mais curto apenas em casos de reinfestação.

Alternativa D (Incorreta): A ivermectina, quando utilizada por via oral, é administrada em dose única (200 mcg/kg), devendo ser repetida após 7 a 14 dias para atingir os ácaros que eclodiram dos ovos nesse intervalo. O uso de altas doses diárias por duas semanas é inadequado, perigoso e não faz parte dos protocolos terapêuticos. Vale lembrar que, para uma criança de 5 anos, o tratamento de primeira escolha costuma ser o tópico, com permetrina 5%.

Alternativa E (Incorreta): O isolamento rigoroso por duas semanas é uma medida desnecessária e sem fundamento clínico para essa patologia. O paciente deixa de ser infectante pouco tempo após a primeira aplicação do tratamento correto (geralmente após 24 horas). A estratégia de saúde pública mais importante não é o isolamento, mas sim o tratamento simultâneo de todos os contatos próximos e familiares, mesmo que eles não apresentem sintomas no momento.

Questão 20

Análise do caso:

A questão descreve um cenário clássico de doença ocupacional com longo período de latência. A mineração de metais, como o cobre, exige a perfuração de rochas que frequentemente contêm alto teor de quartzo (sílica livre cristalina). As pneumoconioses são doenças causadas pela inalação de poeiras minerais que resultam em inflamação e fibrose pulmonar. O fato de os sintomas surgirem 25 anos após o fechamento da mina é característico dessas patologias, que são progressivas e podem se manifestar décadas após a interrupção da exposição.

Alternativa a) Incorreta. A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por hiperresponsividade brônquica e limitação variável ao fluxo aéreo. Embora exista a asma ocupacional, o quadro de diversos ex-trabalhadores evoluindo com insuficiência respiratória progressiva após longo período de latência é típico de uma doença fibrosante do parênquima (pneumoconiose), e não de uma doença obstrutiva das vias aéreas como a asma.

Alternativa b) Incorreta. A psitacose é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Chlamydia psittaci*, transmitida ao ser humano através do contato com aves

infectadas ou inalação de poeira de dejetos dessas aves. Não possui qualquer relação com o histórico de trabalho em minas.

Alternativa c) Correta. A silicose é a principal pneumoconiose no Brasil, causada pela inalação de sílica livre cristalina. No processo de mineração de cobre, os trabalhadores são expostos à poeira gerada pela quebra de rochas quartzíticas. A doença é irreversível e progressiva, mesmo após a cessação da exposição. O período de latência é geralmente longo (10 a 20 anos ou mais), o que explica por que os trabalhadores estão apresentando insuficiência respiratória 25 anos após o fechamento da mina.

Alternativa d) Incorreta. A asbestose é a fibrose pulmonar causada pela inalação de fibras de asbesto (amianto). Embora também apresente longo período de latência, sua exposição típica ocorre na mineração do próprio amianto ou em indústrias de fibrocimento, telhas, caixas d'água e isolantes térmicos. O risco ocupacional clássico da mineração de metais como o cobre é a sílica.

Alternativa e) Incorreta. A antracose é o simples depósito de pigmento de carvão nos pulmões e linfonodos, comum em fumantes e habitantes de grandes cidades, geralmente sem causar sintomas ou perda de função pulmonar. Caso a alternativa se referisse à Pneumoconiose dos Trabalhadores do Carvão, esta estaria associada especificamente à mineração de carvão mineral, e não de cobre.

Questão 21

O controle glicêmico no diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é monitorado primordialmente pela hemoglobina glicada (HbA1c), que reflete a média das glicemias dos últimos dois a três meses. A definição de metas terapêuticas visa, principalmente, à prevenção de complicações microvasculares (como retinopatia e nefropatia) e macrovasculares.

Segundo as principais diretrizes, como as da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA), o alvo terapêutico padrão para a maioria dos adultos não gestantes é uma HbA1c abaixo de 7%. Embora o tratamento deva ser individualizado (considerando idade, tempo de diagnóstico, risco de hipoglicemia e comorbidades), o valor de 7% é o marco referencial cobrado em provas e concursos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O alvo de 8% é reservado para pacientes específicos, com controle menos rigoroso, como idosos frágeis, indivíduos com expectativa de vida limitada,

histórico de hipoglicemias graves ou comorbidades avançadas.

b) Incorreta. O valor de 7,5% é frequentemente sugerido como meta para idosos considerados saudáveis ou com poucas doenças crônicas coexistentes, mas não é a meta geral para a população adulta com DM2.

c) Correta. Abaixo de 7% é o alvo terapêutico clássico e amplamente aceito para a maioria dos pacientes com diabetes tipo 2, demonstrando o melhor equilíbrio entre a redução de complicações e o risco de efeitos colaterais do tratamento.

d) Incorreta. O valor de 5,7% é utilizado para o diagnóstico. Pacientes com HbA1c entre 5,7% e 6,4% são classificados como pré-diabéticos. Abaixo de 5,7% é considerado um valor de normalidade para indivíduos sem diabetes.

e) Incorreta. Embora alguns pacientes jovens, com diagnóstico recente e sem doença cardiovascular, possam se beneficiar de metas mais estritas (como abaixo de 6,5% ou até 6%), o valor de 6% não é o padrão recomendado pelas diretrizes para a população geral de diabéticos devido ao maior risco de hipoglicemia.

Questão 22

Análise do Quadro Clínico:

O caso descreve um homem jovem com dor torácica localizada e de caráter pleurítico (piora com a inspiração). O dado mais importante para a resolução da questão é o achado no exame físico: a dor é reproduzida pela palpação da região anterior do tórax. Quando a dor torácica pode ser reproduzida pela palpação, a probabilidade de uma causa musculoesquelética aumenta significativamente, enquanto a probabilidade de causas viscerais graves (como infarto ou embolia) diminui.

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O infarto agudo do miocárdio em jovens de 25 anos é raro. Clinicamente, a dor isquêmica costuma ser opressiva (em aperto), retrosternal, podendo irradiar para o braço esquerdo ou pescoço, e não é influenciada pela palpação da parede torácica.

Alternativa b: Incorreta. A broncopneumonia geralmente apresenta-se com quadro infeccioso associado, incluindo febre, prostração e tosse produtiva. No exame físico, esperam-se alterações na ausculta pulmonar, como a presença de estertores ou redução do murmúrio vesicular, o que foi negado no enunciado.

Alternativa c: Incorreta. O refluxo gastroesofágico causa uma dor do tipo queimação (pirose), geralmente retrosternal ascendente, muitas vezes relacionada à alimentação ou ao decúbito, sem relação com a mecânica respiratória ou com a palpação da parede torácica.

Alternativa d: Incorreta. A embolia pulmonar cursa com dor pleurítica e dispneia de início súbito. Embora a dor possa ser semelhante na respiração, a embolia não causa sensibilidade à palpação superficial do tórax. Além disso, habitualmente existem fatores de risco associados, como imobilização prolongada, cirurgias recentes ou neoplasias.

Alternativa e: Correta. A costochondrite é uma síndrome dolorosa da parede torácica caracterizada por inflamação das cartilagens costais. É uma das causas mais comuns de dor torácica em pacientes jovens que procuram o pronto-socorro. O quadro clínico clássico é de dor localizada, muitas vezes pleurítica devido ao movimento da caixa torácica, cujo sinal patognomônico é a reprodução da dor pelo examinador ao pressionar as articulações costochondrais ou esternocostais. Como o paciente é jovem, não tem sinais sistêmicos e apresenta dor reproduzível à palpação, esta é a causa mais provável.

Questão 23

O quadro clínico descrito — ganho de peso, estrias violáceas no abdome, hipertensão arterial e fraqueza em membros inferiores (sugestiva de miopatia proximal) — é a apresentação clássica da Síndrome de Cushing, que decorre do excesso crônico de glicocorticoides (cortisol) no organismo.

Alternativa (a) Correta: O cortisol é um hormônio hiperglicemiante e contrarregulador da insulina. Ele promove o aumento da glicemia por meio do estímulo à gliconeogênese hepática e da redução da captação de glicose pelos tecidos periféricos (resistência à insulina). Por isso, a intolerância à glicose ou o diabetes mellitus secundário são achados frequentes nesses pacientes.

Alternativa (b) Incorreta: A hipopigmentação não é um achado da síndrome. Em casos de Síndrome de Cushing dependente de ACTH (como na Doença de Cushing ou na secreção ectópica de ACTH), pode ocorrer, na verdade, a hiperpigmentação cutânea, pois o ACTH em altos níveis estimula os receptores de melanocortina na pele.

Alternativa (c) Incorreta: A hipoglicemia é característica da insuficiência adrenal (falta de cortisol), como na Doença de Addison. Na Síndrome de Cushing, o efeito é oposto devido ao excesso hormonal.

Alternativa (d) Incorreta: A alteração nos níveis de magnésio não é um marcador ou sintoma característico do hipercortisolismo.

Alternativa (e) Incorreta: Embora o cortisol elevado interfira no metabolismo ósseo e na absorção de cálcio, levando à osteoporose e à hipercalcúria (excesso de cálcio na urina), os níveis séricos de cálcio geralmente permanecem dentro da normalidade. O distúrbio eletrolítico mais comum associado ao excesso de cortisol (devido ao seu efeito mineralocorticoide em altas concentrações) é a hipocalcemia (baixo potássio).

Questão 24

A indicação cirúrgica no hiperparatireoidismo primário (HPP) assintomático segue critérios bem definidos por consensos internacionais, baseando-se no risco de complicações em órgãos-alvo, como rins e ossos.

Alternativa A (Incorreta): O hiperparatireoidismo primário caracteriza-se pelo excesso de paratormônio (PTH), o que leva à hipercalcemia (aumento dos níveis de cálcio no sangue), e não à hipocalcemia. A hipocalcemia não é um critério de indicação cirúrgica nessa patologia.

Alternativa B (Correta): A presença de fraturas osteoporóticas (ou fraturas por fragilidade), sejam elas detectadas clinicamente ou por exames de imagem (como uma fratura vertebral assintomática), indica que a doença já causou impacto estrutural significativo no esqueleto. Este é um dos critérios clássicos para a indicação de paratireoidectomia, mesmo em pacientes que não apresentam outros sintomas.

Alternativa C (Incorreta): O critério densitométrico para intervenção cirúrgica é um T-score menor ou igual a -2,5 (indicativo de osteoporose) em qualquer um dos sítios avaliados: coluna lombar, quadril total, colo do fêmur ou rádio 33%. Um T-score entre -1,0 e -1,5 representa apenas osteopenia leve e não é suficiente, isoladamente, para indicar a cirurgia.

Alternativa D (Incorreta): De acordo com as diretrizes mais recentes, o nível de cálcio urinário que sugere a necessidade de cirurgia é superior a 400 mg em 24 horas, especialmente se acompanhado de uma análise de risco para formação de cálculos renais (perfil de saturação urinária). O valor de 200 mg/24 h é considerado dentro da normalidade ou com elevação mínima, não sendo critério para intervenção.

Alternativa E (Incorreta): As alterações nos níveis de sódio não possuem relação direta com a fisiopatologia do hiperparatireoidismo primário ou com seus critérios de

gravidade. Os distúrbios eletrolíticos relevantes nessa condição envolvem principalmente o cálcio, o fósforo e, por vezes, o magnésio.

Resumo dos principais critérios para cirurgia no HPP assintomático:

1. Cálcio sérico > 1,0 mg/dL acima do limite superior da normalidade.
2. Evidência de fratura por fragilidade ou T-score menor ou igual a -2,5 na densitometria.
3. Clearance de creatinina < 60 mL/min.
4. Presença de nefrolitíase ou nefrocalcinose em exames de imagem, ou calciúria de 24 h > 400 mg/dia com risco de cálculos.
5. Idade inferior a 50 anos.

Questão 25

A prevenção quaternária é um conceito fundamental na Medicina de Família e Comunidade e na Saúde Coletiva. Ela é definida como o conjunto de ações que visam identificar pacientes em risco de medicalização excessiva, protegê-los de intervenções médicas desnecessárias e sugerir alternativas eticamente aceitáveis. O objetivo principal é evitar a iatrogenia (dano causado pelo excesso de cuidado médico) e o sobrediagnóstico.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Realizar exames sem evidência científica é uma prática que a prevenção quaternária tenta justamente evitar. Tais exames podem levar a achados incidentais sem relevância clínica (incidentalomas), gerando ansiedade e procedimentos invasivos desnecessários.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa define o núcleo da prevenção quaternária. Ao evitar intervenções que não possuem benefício comprovado ou que trazem mais riscos do que benefícios, o médico protege a integridade do paciente e aplica o princípio da não maleficência (*primum non nocere*).

Alternativa (c) Incorreta: O incentivo ao uso de múltiplos medicamentos em idosos, conhecido como polifarmácia, é um fator de risco para quedas, interações medicamentosas e reações adversas. A prevenção quaternária, neste contexto, promoveria a desprescrição.

Alternativa (d) Incorreta: Prescrever suplementos sem indicação clara é uma forma de medicalização desnecessária. A prevenção quaternária atua para evitar que hábitos de vida saudáveis ou condições fisiológicas sejam transformados em patologias que exijam tratamentos químicos.

Alternativa (e) Incorreta: Promover internações em casos leves aumenta o risco de infecções hospitalares e outros eventos adversos graves, além de gerar custos indevidos ao sistema de saúde. A prevenção quaternária preconiza o tratamento no nível de complexidade adequado, evitando o ambiente hospitalar quando o manejo ambulatorial é seguro e eficaz.

Questão 26

O uso de medicamentos que atuam no sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), como os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRAs), classe à qual pertence a losartana, e os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), é estritamente contraindicado durante a gestação, especialmente no segundo e terceiro trimestres. Esses fármacos atravessam a barreira placentária e interferem na função renal fetal, podendo causar oligodrâmio (redução do líquido amniótico), insuficiência renal neonatal, hipoplasia pulmonar, defeitos na ossificação do crânio e órbita fetal.

Alternativa a: Incorreta. O risco de complicações fetais não é baixo; pelo contrário, é elevado e potencialmente fatal para o feto. Manter a medicação até o final da gravidez é um erro grave de conduta médica.

Alternativa b: Incorreta. Substituir a losartana por um inibidor da ECA (como enalapril ou captopril) não resolve o problema, pois ambas as classes agem de forma semelhante no sistema renina-angiotensina e causam os mesmos efeitos teratogênicos e nefrotóxicos no feto.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta padrão. Ao identificar o uso de BRAs ou IECAs em uma gestante, deve-se realizar a suspensão imediata e a troca por medicações com perfil de segurança estabelecido. A metildopa é a droga de primeira escolha no Brasil para o manejo da hipertensão crônica na gravidez. O labetalol (um bloqueador alfa e beta-adrenérgico) também é uma opção segura e amplamente utilizada internacionalmente.

Alternativa d: Incorreta. A redução da dose não elimina o risco de toxicidade fetal. A patogênese da lesão renal fetal causada por esses medicamentos não permite um nível de segurança que justifique a manutenção do uso em qualquer dosagem durante o segundo e terceiro trimestres.

Alternativa e: Incorreta. A hipertensão arterial crônica não tratada durante a gestação aumenta significativamente o risco de complicações maternas e fetais, como o descolamento prematuro de placenta e o desenvolvimento de pré-eclâmpsia

sobreposta. Portanto, a medicação insegura deve ser substituída por uma segura, e não apenas suspensa.

Questão 27

A interpretação dos marcadores sorológicos é fundamental para determinar o status do paciente em relação ao vírus da hepatite B (HBV). No caso apresentado, temos o seguinte cenário:

1. HBsAg negativo: Indica que não há infecção ativa (aguda ou crônica) no momento.
2. Anti-HBc negativo: Indica que o paciente nunca teve contato com o vírus (ausência de infecção prévia).
3. Anti-HBs negativo: Indica que o paciente não possui anticorpos protetores contra o vírus.

Dessa forma, o paciente é classificado como SUSCETÍVEL, pois não tem imunidade nem por infecção natural, nem por vacinação prévia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Uma dose única de vacina contra hepatite B não é suficiente para conferir imunidade duradoura e memória imunológica na imunização primária. O esquema completo é necessário para garantir a proteção adequada.

Alternativa b) Correta. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite B de 2023 e as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), a conduta para indivíduos suscetíveis é o início do esquema vacinal composto por três doses (administradas no intervalo de 0, 1 e 6 meses). Em adultos, a vacina utilizada é a recombinante.

Alternativa c) Incorreta. A imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) é uma forma de imunização passiva, reservada para situações de profilaxia pós-exposição (como acidentes com material biológico, violência sexual ou recém-nascidos de mães HBsAg positivas) e não é indicada para a prevenção de rotina em pacientes assintomáticos.

Alternativa d) Incorreta. Não existe indicação clínica para repetir a sorologia em 6 meses se o paciente está assintomático e seus exames atuais mostram que ele não possui proteção. A conduta imediata deve ser a proteção vacinal para evitar uma infecção futura.

Alternativa e) Incorreta. O uso de antivirais como profilaxia pré-exposição (PrEP) é

uma estratégia utilizada para outras infecções, como o HIV, mas não se aplica à hepatite B. Para o HBV, a vacinação é o método preventivo primário, altamente eficaz e seguro.

Questão 28

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve um paciente com sinais claros de hepatopatia crônica agudizada ou cirrose descompensada, provavelmente de etiologia alcoólica (histórico de etilismo pesado). Os achados de icterícia, ascite volumosa e edema de membros inferiores indicam insuficiência hepatocelular e hipertensão portal. Laboratorialmente, a redução da albumina e o prolongamento do tempo de protrombina confirmam a perda da função de síntese do fígado. O ponto crucial para o diagnóstico é a presença de alteração do estado mental (confusão) associada ao sinal de asterixis (flapping) e à hiperamonemia (amônia elevada).

Análise das alternativas:

a) Encefalopatia hepática: Esta é a alternativa correta. A encefalopatia hepática é uma síndrome neuropsiquiátrica complexa que ocorre em pacientes com disfunção hepática grave. O acúmulo de substâncias neurotóxicas, principalmente a amônia, que não são devidamente metabolizadas pelo fígado ou que desviam da circulação portal através de shunts portossistêmicos, atinge o cérebro. O quadro clínico de confusão mental e asterixis (tremores rítmicos e grosseiros das mãos ao estender os punhos) é clássico e patognomônico dessa condição no contexto de insuficiência hepática.

b) Síndrome hepatorenal: Incorreta. Embora seja uma complicação comum em pacientes com cirrose e ascite, a síndrome hepatorenal caracteriza-se por uma insuficiência renal funcional aguda devido à vasoconstrição renal intensa. O quadro clínico seria marcado por oligúria e aumento expressivo de creatinina, sem necessariamente apresentar asterixis como sintoma primário.

c) Hemorragia digestiva alta: Incorreta. Pacientes cirróticos têm alto risco de varizes esofágicas, mas a questão não menciona sinais de sangramento, como hematêmese (vômito com sangue) ou melena (fezes negras com odor fétido). Embora uma hemorragia possa precipitar a encefalopatia hepática, o diagnóstico da condição neurológica atual é a própria encefalopatia.

d) Câncer hepático: Incorreta. O carcinoma hepatocelular é uma complicação frequente da cirrose, mas costuma manifestar-se com perda de peso, dor abdominal

em hipocôndrio direito e piora da ascite. Embora possa levar à insuficiência hepática terminal, os sintomas de confusão e asterixis de início agudo em 5 dias direcionam especificamente para a síndrome de encefalopatia.

e) Pancreatite aguda: Incorreta. A pancreatite aguda alcoólica manifesta-se tipicamente com dor abdominal intensa na região do epigástrico com irradiação para as costas (dor em barra), náuseas e vômitos. Não há relação direta entre pancreatite e o surgimento de asterixis ou hiperamonemia. Além disso, os exames citados (GGT, bilirrubinas, tempo de protrombina) avaliam a função e integridade hepática, não a pancreática (como amilase e lipase).

Questão 29

O quadro clínico descrito indica que o paciente apresenta Encefalopatia Hepática (EH), uma complicação neuropsiquiátrica comum em pacientes com cirrose avançada e insuficiência hepática. O diagnóstico de base é sugerido pelo histórico de etilismo, pela presença de icterícia, ascite e edema, além de exames laboratoriais que mostram disfunção sintética (albumina baixa e tempo de protrombina prolongado) e aumento de amônia. Para graduar a alteração neurológica, a medicina utiliza os Critérios de West Haven.

Alternativa a) Incorreta. No Grau 1, o paciente apresenta alterações muito sutis. As principais características são a inversão do ciclo sono-vigília (dorme de dia e fica acordado à noite), leve déficit de atenção, irritabilidade ou euforia. O asterixis (flapping) geralmente está ausente neste estágio.

Alternativa b) Correta. O Grau 2 é definido pela presença de letargia, apatia e desorientação temporal leve. O sinal patognomônico e marco clínico deste estágio é o asterixis (ou flapping), caracterizado pelos tremores descritos no enunciado. O paciente apresenta confusão mental evidente, mas ainda mantém contato com o examinador, o que caracteriza perfeitamente este grau.

Alternativa c) Incorreta. No Grau 3, o comprometimento é mais severo. O paciente encontra-se em estado de semiestupor ou sonolência acentuada, embora ainda possa ser despertado por estímulos verbais. A desorientação é grave (tempo e espaço) e a fala pode ser incompreensível ou bizarra. O quadro de apenas "confusão" e tremores há cinco dias é mais sugestivo do grau anterior.

Alternativa d) Incorreta. O Grau 4 corresponde ao coma. Neste estágio, o paciente está inconsciente e não responde a estímulos verbais, podendo ou não responder a estímulos dolorosos. Não há relato de coma no enunciado.

Alternativa e) Incorreta. O estágio pré-clínico, também conhecido como Encefalopatia Hepática Mínima, é aquele em que o paciente não apresenta nenhuma alteração detectável ao exame clínico comum. As alterações só são percebidas por meio de testes psicométricos finos ou neurofisiológicos. Como o paciente apresenta confusão e tremores visíveis, ele já ultrapassou a fase subclínica.

Questão 30

Análise Clínica:

A paciente apresenta uma síndrome meníngea clássica, evidenciada pela tríade de febre alta, cefaleia e rigidez de nuca. O exame físico descreve dois sinais fundamentais de irritação meníngea:

1. Sinal de Brudzinski: Observado quando a flexão passiva do pescoço provoca a flexão involuntária dos membros inferiores.
2. Sinal de Kernig: Caracterizado pela dor e resistência à extensão da perna quando o joelho e a coxa estão flexionados a 90 graus.

Análise do Líquido Cefalorraquidiano (LCR):

O achado laboratorial determinante para a questão é a pleocitose linfocitária (predomínio de linfócitos no LCR).

Alternativa (a) Incorreta: Na meningite bacteriana, o LCR é tipicamente turvo ou purulento, porém o diferencial citológico revela um predomínio de polimorfonucleares (neutrófilos) e não de linfócitos. Além disso, há geralmente uma queda acentuada nos níveis de glicose (hipoglicorraquia), o que não foi mencionado.

Alternativa (b) Correta: A meningite viral é a causa mais frequente de meningite com pleocitose linfocitária em pacientes adultos jovens e previamente saudáveis. Embora o aspecto turvo seja mais comum em processos bacterianos, a questão utiliza a citologia (linfócitos) como o dado de maior peso para o diagnóstico etiológico. Em quadros agudos com predomínio de linfócitos, a etiologia viral é a principal hipótese.

Alternativa (c) Incorreta: A meningite tuberculosa também apresenta pleocitose linfocitária e aumento de proteínas, mas sua evolução é caracteristicamente subaguda ou crônica, levando semanas para se desenvolver, diferindo do início súbito com febre alta descrito no caso.

Alternativa (d) Incorreta: Meningites fúngicas (como por *Cryptococcus*) possuem curso clínico subagudo e são muito mais comuns em pacientes imunodeprimidos. Em

uma paciente jovem e previamente saudável com quadro agudo, essa não é a causa mais provável.

Alternativa (e) Incorreta: Meningites parasitárias são raras e, quando ocorrem (como na meningite eosinofílica), apresentam predomínio de eosinófilos no LCR, e não de linfócitos, além de estarem associadas a exposições epidemiológicas específicas.

Questão 31

A questão aborda as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). A compreensão dessas normas é fundamental para a prática clínica e frequentemente cobrada em provas de residência.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O teste de HPV como rastreamento primário ainda não é a conduta padrão adotada pelo Ministério da Saúde para a rotina do SUS em todo o território nacional, embora existam projetos-piloto e discussões sobre sua incorporação futura. Além disso, quando o teste de HPV é utilizado em outros países ou protocolos específicos, a periodicidade costuma ser a cada 5 anos, e não anual.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa reflete com precisão as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. O público-alvo são mulheres (ou homens trans e pessoas não-binárias com colo do útero) na faixa etária de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual. O esquema de periodicidade consiste em dois exames citopatológicos (Papanicolau) anuais consecutivos; se ambos estiverem normais, o rastreamento passa a ser realizado a cada 3 anos.

Alternativa (c) Incorreta. A idade de início recomendada no Brasil é aos 25 anos, e não aos 21 anos (idade comum em diretrizes norte-americanas, como as da ACOG, mas não nas brasileiras). Além disso, a periodicidade não é anual de forma permanente, conforme explicado na alternativa anterior.

Alternativa (d) Incorreta. A ressonância magnética não possui indicação como método de rastreamento populacional para o câncer do colo do útero. Trata-se de um exame de imagem de alta complexidade, utilizado principalmente para o estadiamento de lesões já diagnosticadas ou para a avaliação de outras patologias pélvicas.

Alternativa (e) Incorreta. A colposcopia é um exame de caráter diagnóstico, indicado para avaliar pacientes que já apresentaram alterações citológicas no Papanicolau ou

que possuem suspeita clínica visual ao exame físico. Utilizá-la como rastreamento primário anual em todas as mulheres acima de 50 anos geraria custos desnecessários e procedimentos invasivos sem benefício comprovado em saúde pública.

Questão 32

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) deve ser considerada em qualquer paciente que apresente dispneia, tosse crônica ou produção de escarro, especialmente se houver histórico de exposição a fatores de risco, como o tabagismo (neste caso, uma carga tabágica elevada de 40 maços/ano). O diagnóstico clínico requer a confirmação objetiva de limitação ao fluxo aéreo.

Alternativa (a): Correta. A espirometria é o exame padrão-ouro para o diagnóstico e acompanhamento da DPOC. Ela permite medir os volumes e fluxos pulmonares, confirmando a presença de obstrução. O critério diagnóstico é a presença de uma relação VEF1/CVF (Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo / Capacidade Vital Forçada) menor que 0,70 após o uso de broncodilatador. Esse achado confirma a limitação persistente ao fluxo aéreo, característica fundamental da doença.

Alternativa (b): Incorreta. A radiografia de tórax é um exame complementar importante para excluir diagnósticos diferenciais, como neoplasias de pulmão, tuberculose ou insuficiência cardíaca. Embora possa mostrar sinais de hiperinsuflação pulmonar em casos avançados (retificação diafragmática, aumento do espaço retroesternal), ela não tem sensibilidade suficiente para confirmar o diagnóstico de DPOC.

Alternativa (c): Incorreta. A gasometria arterial é utilizada para avaliar a gravidade da doença em pacientes com quadro clínico grave (geralmente VEF1 menor que 35 a 40 por cento do previsto) ou com sinais de insuficiência respiratória e insuficiência cardíaca direita. Ela mede a eficiência das trocas gasosas (oxigenação e ventilação), mas não diagnostica a obstrução mecânica.

Alternativa (d): Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) de tórax possui maior sensibilidade que a radiografia para detectar enfisema e bronquiectasias. No entanto, a TC não é recomendada para o diagnóstico de rotina da DPOC, sendo reservada para casos de dúvida diagnóstica, planejamento cirúrgico (cirurgia de redução de volume pulmonar) ou rastreio de câncer de pulmão em grupos de risco.

Alternativa (e): Incorreta. O eletrocardiograma é útil para identificar complicações cardiovasculares da DPOC, como o Cor Pulmonale (insuficiência cardíaca direita secundária à doença pulmonar), apresentando sinais de sobrecarga de câmaras

direitas. Contudo, ele não avalia a função pulmonar e não serve para confirmar a DPOC.

Questão 33

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de cistite aguda, que é uma infecção do trato urinário (ITU) inferior não complicada. Os sintomas relatados — disúria (dor/ardência ao urinar), polaciúria (aumento da frequência) e a sensação de esvaziamento incompleto — são altamente sugestivos. A ausência de febre e dor lombar afasta o diagnóstico de pielonefrite (infecção alta), e a ausência de corrimento vaginal ajuda a excluir vulvovaginites ou cervicites, que poderiam ser diagnósticos diferenciais para a disúria. Em mulheres jovens e híginas com esse quadro, o agente etiológico mais comum é a *Escherichia coli** (em cerca de 75 a 90% dos casos).

Justificativa da alternativa correta:

Alternativa (b) Nitrofurantoína oral: é considerada uma das drogas de primeira escolha para o tratamento de cistite aguda não complicada, de acordo com as principais diretrizes nacionais e internacionais (como as da Sociedade Brasileira de Infectologia e da IDSA). A nitrofurantoína apresenta alta concentração urinária, baixa resistência bacteriana da *E. coli** e baixo impacto na flora vaginal e intestinal. O esquema terapêutico habitual é de 100 mg de 6 em 6 horas (ou formulações de liberação prolongada de 12 em 12 horas) por 5 a 7 dias.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a) Metronidazol oral: é um antimicrobiano com espectro voltado para bactérias anaeróbias e protozoários (como *Trichomonas vaginalis**). É utilizado no tratamento de vaginose bacteriana e tricomoníase, mas não possui atividade contra os uropatógenos Gram-negativos causadores da cistite.

Alternativa (c) Doxiciclina oral: pertence à classe das tetraciclinas. Embora possa ser usada em infecções sexualmente transmissíveis (como uretrites por *Chlamydia trachomatis**), não é uma medicação de primeira linha para infecção urinária bacteriana comum e apresenta taxas de resistência superiores às das drogas de escolha.

Alternativa (d) Azitromicina oral: é um macrolídeo indicado para infecções do trato respiratório e uretrites não gonocócicas (especialmente por clamídia). Não possui

perfil farmacocinético adequado nem espectro de ação eficaz para o tratamento de rotina de infecções urinárias por enterobactérias.

Alternativa (e) Fluconazol oral: é um medicamento antifúngico. Seria indicado apenas em casos de infecções urinárias causadas por fungos (como *Candida albicans*), o que é raro em pacientes jovens sem fatores de risco (como diabetes descompensado, imunossupressão ou uso prolongado de antibióticos e cateteres). O quadro clínico da paciente sugere fortemente uma etiologia bacteriana.

Questão 34

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é um caso clássico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP). O paciente apresenta fatores de risco importantes (idade, tabagismo e imobilização prolongada em viagem aérea), associados a um início súbito de dispneia, dor torácica pleurítica, taquicardia e hipoxemia. Diante dessa suspeita, o eletrocardiograma (ECG) é uma ferramenta fundamental, não apenas para sugerir o diagnóstico, mas também para descartar diagnósticos diferenciais como o Infarto Agudo do Miocárdio.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A inversão difusa da onda T e o aumento do intervalo QTc são alterações mais comuns em distúrbios metabólicos, eventos neurológicos (como hemorragia intracraniana) ou isquemia miocárdica grave. No TEP, a inversão da onda T costuma ser localizada nas derivações que refletem o ventrículo direito (V1 a V4).

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve os sinais clássicos de sobrecarga aguda do ventrículo direito (cor pulmonale agudo), decorrentes da obstrução da artéria pulmonar e do aumento da resistência vascular. O padrão S1Q3T3 (onda S em DI, onda Q e T invertida em DIII) é o sinal eletrocardiográfico mais famoso e específico para TEP, embora não seja o mais frequente. O desvio do eixo para a direita e a inversão da onda T nas derivações precordiais direitas (V1 a V4) também são achados frequentes que indicam sofrimento do ventrículo direito.

Alternativa c) Incorreta. O bloqueio de ramo direito (BRD), seja completo ou incompleto, pode sim aparecer no TEP como um sinal de sobrecarga aguda de cavidades direitas. No entanto, a alternativa B é mais completa e abrange um conjunto de sinais mais característicos e cobrados em provas de residência para definir o quadro de TEP.

Alternativa d) Incorreta. O supradesnivelamento do segmento ST nas derivações

inferiores (DII, DIII e aVF) é característico do Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST de parede inferior, e não do tromboembolismo pulmonar. Vale lembrar que o TEP pode causar alterações de ST e T em DIII e aVF, mas geralmente é inversão de T ou infradesnivelamento, raramente mimetizando um supra de ST.

Alternativa e) Incorreta. O padrão de baixa voltagem generalizada nas derivações periféricas é típico de condições que "isolam" o coração do eletrodo, como derrame pericárdico volumoso (tamponamento cardíaco), obesidade mórbida, enfisema pulmonar ou hipotireoidismo grave (mixedema). Não é um achado esperado no TEP agudo.

Questão 35

O quadro clínico descrito aponta diretamente para a suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP). O paciente apresenta fatores de risco significativos, como idade (65 anos), tabagismo e a imobilização prolongada decorrente de uma viagem aérea de 10 horas. Os sintomas de dispneia súbita e dor pleurítica, somados aos sinais de taquicardia e hipoxemia, reforçam essa hipótese diagnóstica. Como o enunciado especifica que o paciente está hemodinamicamente estável, a estratégia diagnóstica segue o padrão para pacientes que suportam o transporte e a realização de exames de imagem complexos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A radiografia de tórax costuma ser normal no TEP ou apresentar achados inespecíficos. Sua principal função na sala de emergência é auxiliar na exclusão de outros diagnósticos que cursam com dor torácica e dispneia, como pneumonia ou pneumotórax, mas ela não tem poder para confirmar a presença de um trombo na circulação pulmonar.

b) Incorreta. O eletrocardiograma de repouso frequentemente demonstra apenas taquicardia sinusal. Embora possa apresentar sinais de sobrecarga aguda de ventrículo direito (como o clássico padrão S1Q3T3), esses achados são pouco sensíveis e não confirmam o diagnóstico de TEP, servindo mais para excluir síndromes coronarianas agudas.

c) Incorreta. O ecocardiograma transtorácico é extremamente valioso na avaliação de pacientes com instabilidade hemodinâmica (choque ou hipotensão grave), pois permite identificar sinais indiretos de embolia maciça (disfunção do ventrículo direito) à beira do leito. No entanto, para o paciente estável, ele não é o exame de primeira escolha para confirmação diagnóstica.

d) Incorreta. A ultrassonografia Doppler de membros inferiores é utilizada para diagnosticar trombose venosa profunda (TVP). Embora a TVP seja a origem da maioria dos casos de embolia, um Doppler negativo não exclui o TEP (pois o trombo pode ter se desprendido totalmente da veia da perna). Além disso, o exame não confirma a presença do êmbolo no pulmão.

e) Correta. A tomografia computadorizada de tórax com contraste (angiotomografia de artérias pulmonares) é o exame de escolha e o atual padrão-ouro para confirmar o diagnóstico de TEP em pacientes hemodinamicamente estáveis. Ela permite a visualização direta do defeito de enchimento (trombo) dentro dos vasos pulmonares, oferecendo alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico definitivo.

Questão 36

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso clínico descreve uma paciente idosa (65 anos) com fatores de risco importantes para o agravamento da COVID-19 (obesidade e hipertensão), que se encontra no terceiro dia de sintomas leves a moderados e em acompanhamento ambulatorial. O nirmatrelvir associado ao ritonavir é um antiviral de ação direta que inibe a replicação do vírus SARS-CoV-2.

A indicação da medicação, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e da CONITEC para o SUS, foca na redução do risco de hospitalização e óbito em grupos vulneráveis.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A medicação não deve ser usada em qualquer estágio da doença. Ela é eficaz apenas na fase inicial de replicação viral (até o 5º dia de sintomas). Além disso, devido ao custo e à logística, o uso é restrito a pacientes com fatores de risco para gravidade, não sendo indicado para a população geral sem comorbidades.

Alternativa b) Incorreta. O nirmatrelvir/ritonavir não demonstrou benefício clínico em pacientes que já apresentam COVID-19 grave ou crítica com necessidade de hospitalização e oxigenoterapia suplementar. Nesses casos, a cascata inflamatória já é o principal problema, e o tratamento envolve corticoides e imunomoduladores.

Alternativa c) Correta. Esta é a indicação precisa do medicamento. Ele deve ser utilizado em pacientes ambulatoriais (que não necessitam de oxigênio), com quadro leve a moderado, mas que possuam alto risco de evoluir para formas graves da

doença. Os critérios do SUS incluem idade avançada (geralmente acima de 65 anos) e imunossupressão, visando evitar que esses pacientes sobrecarreguem o sistema hospitalar.

Alternativa d) Incorreta. Não existe indicação de nirmatrelvir/ritonavir para profilaxia pós-exposição (prevenção após contato). O uso é estritamente terapêutico para casos confirmados e sintomáticos.

Alternativa e) Incorreta. Pacientes com menos de 50 anos e sem comorbidades possuem baixo risco de evolução para óbito ou hospitalização pela COVID-19, especialmente no contexto de populações vacinadas. Portanto, não há recomendação para o uso desse antiviral nesse perfil de paciente.

RESUMO:

A alternativa C está correta porque o nirmatrelvir/ritonavir é uma estratégia de tratamento precoce (idealmente iniciada em até 5 dias do início dos sintomas) voltada especificamente para evitar a progressão da doença em indivíduos vulneráveis que ainda estão em fase ambulatorial. No SUS, a prioridade são idosos com mais de 65 anos e pacientes imunocomprometidos.

Questão 37

A questão descreve um quadro clínico clássico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) com acometimento renal grave. A paciente apresenta uma síndrome mista (nefrítica e nefrótica), caracterizada por edema, hipertensão, perda de função renal (creatinina elevada), proteinúria de faixa nefrótica (4 g/24h) e sedimento urinário ativo (hematúria dismórfica e cilindros hemáticos). O diagnóstico de LES é reforçado pelo FAN positivo, anti-DNA elevado e consumo de complemento (C3 e C4 baixos).

Para definir a conduta terapêutica e o prognóstico, é essencial saber qual é a classe histológica da nefrite lúpica (que varia de I a VI), pois o tratamento para uma classe IV (proliferativa difusa) é agressivo e muito diferente de uma classe V (membranosa) ou de lesões crônicas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A proteinúria de 24 horas é importante para quantificar a perda proteica e já foi realizada na paciente (revelando 4 g/24h). Embora ajude no monitoramento, ela não define a histologia da lesão renal nem guia o tratamento específico da nefrite lúpica.

b) Correta. A biópsia renal é o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo da nefrite

lúpica. Ela permite classificar a doença de acordo com os critérios da ISN/RPS, avaliar o índice de atividade (inflamação aguda que pode ser revertida com tratamento) e o índice de cronicidade (fibrose e danos permanentes). Sem a biópsia, não é possível instituir a terapia imunossupressora adequada com segurança.

c) Incorreta. O ultrassom com Doppler renal é um exame de imagem útil para avaliar a anatomia dos rins, excluir obstruções ou investigar trombose de veia renal (uma complicação possível em síndromes nefróticas), mas não tem capacidade de diagnosticar ou classificar patologias glomerulares.

d) Incorreta. A imunofluorescência para FAN é um teste de triagem sorológica que já foi realizado e veio positivo (1:640). Repeti-lo não trará informações novas sobre a lesão orgânica renal da paciente.

e) Incorreta. A dosagem seriada de creatinina serve para monitorar a progressão da insuficiência renal e a resposta ao tratamento, mas é um marcador funcional e não um exame diagnóstico para a etiologia da doença glomerular.

Questão 38

O quadro clínico descrito é clássico para a infecção pelo vírus Zika. Para diferenciar as principais arboviroses (dengue, zika e chikungunya) e outras doenças febris, devemos focar nos sinais patognomônicos e na intensidade dos sintomas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Dengue: Incorreta. Na dengue, a febre costuma ser alta e de início súbito. A mialgia é intensa (dor no corpo e retro-orbitária) e o exantema, quando presente, costuma surgir mais tardiamente, por volta do quarto ou quinto dia, geralmente sem o prurido intenso relatado. A hiperemia conjuntival não é um achado típico da dengue.

b) Febre Chikungunya: Incorreta. O marco da chikungunya é a dor articular (artralgia) intensa, muitas vezes incapacitante, frequentemente acompanhada de edema (artrite), o que o enunciado explicitamente nega ao dizer que não há inchaço. A febre também costuma ser mais elevada do que a descrita no caso.

c) Vírus Zika: Correta. O vírus Zika apresenta-se tipicamente com febre baixa ou ausente, exantema maculopapular de início precoce (nas primeiras 24 a 48 horas), marcadamente pruriginoso. Outro sinal característico é a hiperemia conjuntival não purulenta (olhos vermelhos sem secreção), além de artralgia leve a moderada, muitas vezes afetando pequenas articulações de mãos e pés. O quadro clínico do

paciente encaixa-se perfeitamente nesta descrição.

d) Leptospirose: Incorreta. A fase precoce da leptospirose apresenta febre alta, cefaleia e mialgia muito intensa, especialmente nas panturrilhas. Embora possa haver sufusão conjuntival, o exantema pruriginoso não é uma característica comum, e o contexto epidemiológico geralmente envolve exposição a águas de enchente ou esgoto.

e) Febre Amarela: Incorreta. É uma doença de gravidade maior, com febre alta, calafrios, mialgia generalizada e, em casos moderados a graves, evolução para icterícia, insuficiência renal e manifestações hemorrágicas. O quadro leve e pruriginoso do paciente não é compatível com febre amarela.

RESUMO DIDÁTICO:

Ao suspeitar de Zika, busque o tripé: febre baixa + exantema pruriginoso precoce + hiperemia conjuntival (não purulenta). Se a dor articular fosse o sintoma dominante e com edema, pensaríamos em chikungunya. Se a febre fosse alta com dor retro-orbitária e mialgia intensa, pensaríamos em dengue.

Questão 39

Análise do caso clínico: O paciente apresenta um quadro de Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMSSST), definido pela dor torácica típica associada à elevação de troponina, sem evidência de supra de ST no eletrocardiograma. A estratégia de tratamento deve ser guiada pela estratificação de risco. O escore GRACE de 140 coloca este paciente na categoria de alto risco.

Alternativa a: Incorreta. A intervenção de emergência (imediate, em até 2 horas) é reservada para pacientes com critérios de muito alto risco, como instabilidade hemodinâmica, choque cardiogênico, dor torácica persistente e refratária, arritmias potencialmente fatais ou insuficiência cardíaca aguda. O paciente em questão está hemodinamicamente estável e não apresenta esses critérios. Além disso, o clopidogrel é considerado um antiagregante de segunda linha em comparação ao ticagrelor e ao prasugrel em síndromes coronarianas agudas.

Alternativa b: Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2021) e da Sociedade Europeia de Cardiologia (2023), pacientes com IAMSSST que apresentam escore GRACE maior que 140 ou elevação de troponina são classificados como de alto risco. Para esses casos, a estratégia invasiva (cineangiocoronariografia) deve ser realizada precocemente, em até 24 horas. O tratamento farmacológico deve incluir a dupla antiagregação plaquetária (aspirina associada a um inibidor P2Y12 potente, como o ticagrelor) e a anticoagulação

parenteral (enoxaparina, heparina não fracionada ou fondaparinux).

Alternativa c: Incorreta. A conduta puramente conservadora com monitoramento por 48 horas é inadequada para um paciente com troponina positiva e escore de risco elevado. A demora na realização do estudo invasivo em pacientes de alto risco está associada a piores desfechos clínicos.

Alternativa d: Incorreta. A indicação de angioplastia no IAMSSST baseia-se na estratificação de risco e não na conversão para um infarto com supra de ST. Aguardar tal evolução significaria permitir que uma lesão coronariana grave progredisse para uma oclusão total, aumentando o dano miocárdico.

Alternativa e: Incorreta. O prazo de 72 horas para a cineangiocoronariografia é destinado a pacientes de baixo risco que não apresentam critérios para estratégia invasiva precoce. Quanto ao prasugrel, as diretrizes atuais recomendam que, no IAMSSST, sua administração seja feita preferencialmente após o conhecimento da anatomia coronária na sala de hemodinâmica, enquanto o ticagrelor pode ser iniciado precocemente na admissão. Além disso, o prazo de 72 horas é excessivo para um escore GRACE de 140.

Questão 40

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Síndrome de Wallenberg (também conhecida como Síndrome Bulbar Lateral), caracterizada por vertigem, ataxia, perda de sensibilidade térmica e dolorosa na face ipsilateral (esquerda) e no hemicorpo contralateral (direita). A ocorrência de dor cervical súbita associada à Síndrome de Horner (ptose, miose e anidrose) em uma paciente jovem é um forte indicativo de dissecação de artéria cervical.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O acidente vascular cerebral de artéria basilar costuma apresentar-se com sintomas mais graves e frequentemente bilaterais, como tetraparesia, alterações oculomotoras complexas e rebaixamento do nível de consciência, não se limitando aos achados específicos da Síndrome de Wallenberg.

Alternativa b: Incorreta. A artéria cerebral média irriga a porção lateral dos hemisférios cerebrais. Um AVC neste território causaria hemiparesia e hemi-hipoestesia contralateral (à direita) e possivelmente afasia, mas não explicaria a vertigem, a ataxia de tronco ou os sinais de nervos cranianos do bulbo.

Alternativa c: Incorreta. Embora a dissecação da artéria vertebral seja a causa

anatômica mais provável da Síndrome de Wallenberg em jovens com dor cervical, a questão específica que a dor e os sintomas neurológicos ocorrem no lado ESQUERDO. Esta alternativa aponta para a artéria vertebral direita, o que a torna incorreta quanto à lateralidade.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa indica a dissecação da artéria carótida interna esquerda. Na prática clínica e anatômica, a Síndrome de Wallenberg é um evento da circulação posterior (território da artéria vertebral ou da artéria cerebelar inferior posterior - PICA). No entanto, o gabarito considera esta opção como correta, possivelmente focando na tríade de dor cervical, Síndrome de Horner e o lado acometido (esquerdo), sendo a única opção que associa dissecação arterial ao lado correto dos sintomas apresentados.

Alternativa e: Incorreta. A artéria cerebral posterior irriga principalmente o lobo occipital e o tálamo. Sua oclusão resultaria em hemianopsia homônima contralateral e déficits sensitivos talâmicos, não justificando a dor cervical ou o conjunto de sintomas bulbares relatados.

Questão 41

Para resolver essa questão, precisamos recordar os critérios diagnósticos para distúrbios do metabolismo da glicose na gestação, baseados nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

O rastreio da glicemia deve ser feito logo na primeira consulta de pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre, por meio da glicemia de jejum. Os pontos de corte são:

1. Glicemia de jejum menor que 92 mg/dL: Considerada normal no início da gestação. No entanto, o rastreio não se encerra aqui. Toda gestante com esse resultado deve ser reavaliada entre 24 e 28 semanas de gestação com o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75 g).
2. Glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL: Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
3. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL: Diagnóstico de Diabetes Mellitus preexistente (também chamado de "overt diabetes" ou diabetes franco).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Para ser considerado diabetes gestacional no primeiro trimestre, a glicemia de jejum deveria estar entre 92 e 125 mg/dL. O valor de 90 mg/dL está abaixo do ponto de corte.

Alternativa b) Incorreta. O termo "overt diabetes" é utilizado quando a gestante apresenta níveis de glicose que preenchem critérios para diabetes fora da gestação já no primeiro trimestre (glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL).

Alternativa c) Correta. Como a glicemia de jejum de 90 mg/dL é considerada normal (menor que 92 mg/dL), a conduta padrão é aguardar o período entre 24 e 28 semanas para realizar o teste padrão-ouro de diagnóstico, que é o TOTG com 75 g de glicose (medindo jejum, 1 hora e 2 horas após a sobrecarga).

Alternativa d) Incorreta. A hemoglobina glicada não é o exame de escolha para o rastreamento inicial de diabetes gestacional no Brasil. Ela pode ser usada para diagnóstico de diabetes preexistente (se maior ou igual a 6,5%), mas no caso de uma glicemia de jejum normal, não há indicação de solicitá-la para complementação.

Alternativa e) Incorreta. O controle de glicemia capilar e a dieta terapêutica são condutas de tratamento para pacientes que já possuem o diagnóstico firmado de diabetes. Como a paciente tem exames normais até o momento, ela deve seguir as orientações nutricionais de rotina do pré-natal, sem necessidade de monitorização intensiva.

Questão 42

Análise do caso:

A paciente é uma gestante de 10 semanas (primeiro trimestre) com sorologia para toxoplasmose apresentando IgG e IgM reagentes. O grande desafio clínico nessa situação é determinar se a infecção é aguda (ocorrida durante a gestação) ou se o IgM é apenas um marcador residual de uma infecção antiga (o IgM pode permanecer positivo por meses ou até anos). Como a paciente está no primeiro trimestre, a diferenciação é crucial para definir a conduta.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O esquema tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico) é indicado para o tratamento da infecção fetal confirmada ou quando a infecção materna ocorre no terceiro trimestre. Além disso, a pirimetamina é contraindicada no primeiro trimestre devido ao seu potencial teratogênico (interfere no metabolismo do ácido fólico).

Alternativa B (Incorreta): A sulfadiazina isolada não é utilizada para profilaxia de infecção fetal. Caso houvesse suspeita forte de infecção aguda no primeiro trimestre, a droga de escolha para reduzir o risco de transmissão vertical seria a espiramicina, que não atravessa a barreira placentária em concentrações terapêuticas para o feto, mas trata a placenta.

Alternativa C (Incorreta): Repetir o IgG não traria informações adicionais que resolvessem o diagnóstico de infecção aguda versus crônica neste momento, uma vez que ele já está positivo. O que se busca é a datação da infecção.

Alternativa D (Correta): O teste de avidéz de IgG é o exame indicado para gestantes com IgG e IgM reagentes que se encontram no primeiro trimestre (preferencialmente até a 16ª semana). Uma alta avidéz (geralmente > 60%) indica que a infecção ocorreu há pelo menos 4 meses, ou seja, antes da gestação, descartando o risco de transmissão vertical. Uma baixa avidéz sugere infecção recente, exigindo início de tratamento e investigação fetal.

Alternativa E (Incorreta): A conduta expectante é perigosa. Diante de um IgM positivo na gestação, é obrigatório prosseguir com a investigação para confirmar ou excluir a infecção aguda, visando prevenir as graves sequelas da toxoplasmose congênita.

Nota sobre a glicemia: O valor de 90 mg/dL está dentro da normalidade para o rastreio de diabetes mellitus gestacional no início da gravidez (referência inferior a 92 mg/dL).

Questão 43

O quadro clínico apresentado é clássico para o diagnóstico de mola hidatiforme, uma forma de Doença Trofoblástica Gestacional. Os principais pontos que fundamentam essa conclusão são:

1. Altura uterina incompatível com a idade gestacional: A paciente está com 11 semanas de gestação, mas o fundo uterino atinge a cicatriz umbilical, o que normalmente só ocorre por volta da 20ª semana. Esse crescimento uterino acelerado e desproporcional é um sinal clínico marcante da mola hidatiforme.
2. Níveis de beta-hCG excessivamente elevados: O valor de 300.000 mUI/mL está muito acima dos níveis fisiológicos esperados para 11 semanas, refletindo a proliferação trofoblástica exacerbada.
3. Sintomatologia: O sangramento vaginal escuro (muitas vezes descrito como "em

suco de ameixa") e a presença de náuseas e vômitos intensos (hiperemese) são manifestações comuns devido aos altos níveis de hCG circulante.

4. Exame físico: O colo uterino impérvio (fechado) e a ausência de dor à descompressão brusca ajudam a afastar quadros de abortamento em curso ou abdome agudo, respectivamente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. No aborto incompleto, o colo uterino estaria pérvio (aberto) devido à passagem de restos ovulares, e o tamanho do útero seria compatível ou menor do que o esperado para a idade gestacional.

b) Correta. A mola hidatiforme explica perfeitamente a tríade de sangramento vaginal, útero muito maior que o esperado para a idade gestacional e níveis de beta-hCG extremamente elevados, além da exacerbação de sintomas gravídicos como náuseas e vômitos.

c) Incorreta. Embora uma gestação gemelar possa cursar com útero maior e beta-hCG mais alto que uma gestação única, a discrepância raramente é tão severa (útero no umbigo com 11 semanas) e não costuma causar sangramento vaginal escuro com colo fechado nesta fase.

d) Incorreta. No óbito embrionário, o volume uterino seria menor ou igual ao esperado para a idade gestacional e os níveis de beta-hCG estariam em declínio ou baixos para a idade gestacional.

e) Incorreta. No aborto completo, o útero estaria contraído, de tamanho reduzido e vazio, com o sangramento em fase de resolução, o que é incompatível com o fundo uterino na cicatriz umbilical e o beta-hCG de 300.000 mUI/mL.

Questão 44

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma gestante de 32 semanas (terceiro trimestre) com quadro de sangramento vaginal vermelho-vivo e indolor. Os dados fundamentais para o diagnóstico são:

1. Ausência de dor abdominal.
2. Tônus uterino normal (útero relaxado).
3. Estabilidade hemodinâmica materna.
4. Bem-estar fetal preservado (BCF 144 bpm).

5. Antecedente de duas cesarianas prévias (fator de risco importante).

Essas características formam o quadro clássico de Placenta Prévia.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A rotura de vasa prévia manifesta-se tipicamente no momento da amniorrexe (ruptura das membranas). Como o sangue perdido é de origem fetal, ocorre sofrimento fetal agudo e rápido, com bradicardia e óbito se não houver intervenção imediata. No caso, não houve ruptura de membranas e o BCF está normal.

b) INCORRETA. A rotura uterina é uma emergência grave que geralmente ocorre durante o trabalho de parto, apresentando dor abdominal intensa e súbita, interrupção das contrações, subida da apresentação fetal e sinais de choque materno. Embora a paciente tenha cicatrizes de cesárea (fator de risco), o quadro clínico de estabilidade e ausência de dor afasta essa hipótese.

c) INCORRETA. A rotura do seio marginal (seio venoso) é um diagnóstico de exclusão. O quadro clínico pode ser semelhante ao da placenta prévia (sangramento indolor e tônus normal), porém costuma ocorrer em placentas de inserção normal, geralmente no final da gestação ou início do trabalho de parto, e com menor volume de sangramento. Diante da história de cesáreas prévias e sangramento no terceiro trimestre, a Placenta Prévia é a hipótese principal.

d) INCORRETA. O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) caracteriza-se classicamente por dor abdominal súbita, sangramento vaginal (geralmente escurecido) e, principalmente, hipertonia uterina (útero de madeira). O sofrimento fetal é comum no DPP. O quadro da paciente (sangramento indolor e útero relaxado) é o oposto do esperado no DPP.

e) CORRETA. A Placenta Prévia é a principal causa de sangramento na segunda metade da gestação com as seguintes características: progressivo, repetitivo, espontâneo, vermelho-vivo, indolor e com ausência de hipertonia uterina (o útero fica relaxado). O principal fator de risco é a cicatriz uterina prévia, e a paciente possui duas cesarianas anteriores, o que corrobora o diagnóstico.

Questão 45

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de placenta prévia: sangramento vaginal de cor vermelho-vivo, indolor, de início súbito, em uma gestante no terceiro trimestre (32 semanas). Os achados de exame físico confirmam a estabilidade materna (pressão arterial e frequência cardíaca normais) e a estabilidade fetal (batimentos cardíacos normais), além da ausência de hipertonia uterina, o que afasta o diagnóstico de descolamento prematuro de placenta (DPP).

Um detalhe fundamental para a conduta é a tipagem sanguínea da paciente: ela é Rh negativo e apresenta Coombs indireto negativo, o que significa que ela não está sensibilizada, mas corre o risco de isoimunização devido ao episódio de sangramento (hemorragia fetomaterna).

COMENTÁRIOS SOBRE AS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. A cesariana de emergência é indicada em casos de instabilidade hemodinâmica materna, sofrimento fetal agudo ou sangramento profuso que não cessa, o que não ocorre neste caso. Como a gestação é de apenas 32 semanas e a paciente está estável, a conduta deve ser conservadora para ganhar maturidade fetal.

Alternativa b: Incorreta. O sulfato de magnésio para neuroproteção fetal é indicado quando o parto é iminente ou planejado para ocorrer em breve em gestações abaixo de 32 ou 34 semanas (dependendo do protocolo). No caso em questão, a conduta é conservadora, visando à manutenção da gestação, e não o parto imediato.

Alternativa c: Incorreta. Não há indicação de antibioticoterapia (ampicilina), pois não há sinais de ruptura prematura de membranas ou de processo infeccioso (corioamnionite). Além disso, o parto cesariano imediato é desnecessário diante da estabilidade do quadro.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa contempla os três pilares do atendimento para esta paciente. 1) Manejo da placenta prévia: observação clínica, repouso e controle do sangramento são a base da conduta conservadora em gestantes pré-termo e estáveis. 2) Profilaxia da isoimunização Rh: como a paciente é Rh negativo não sensibilizada, qualquer episódio de sangramento na gestação exige a administração de Imunoglobulina anti-D para evitar a formação de anticorpos.

Alternativa e: Incorreta. Embora mencione a observação clínica e o controle do sangramento, a alternativa peca ao indicar o uso de ampicilina sem necessidade

clínica e ao ignorar a necessidade vital de administração da Imunoglobulina anti-D para uma gestante Rh negativo com sangramento vaginal.

Questão 46

Esta questão aborda o desenvolvimento cronológico da gestação inicial observado pela ultrassonografia transvaginal, um tema frequente em provas de obstetrícia. A compreensão dessa sequência é fundamental para datar a gestação e avaliar a viabilidade embrionária.

Análise da alternativa correta:

Alternativa (a): Saco gestacional, vesícula vitelínica, embrião, batimentos cardioembrionários.

Esta é a sequência correta e cronológica.

1. Saco gestacional: É a primeira estrutura visível, geralmente entre 4,5 e 5 semanas de gestação. Aparece como uma pequena coleção líquida anecoica dentro do endométrio.
2. Vesícula vitelínica: Surge por volta de 5 a 5,5 semanas. Sua presença confirma que a imagem vista anteriormente é de fato um saco gestacional e que a gravidez é intrauterina.
3. Embrião: Torna-se visível por volta da 6ª semana, inicialmente como um pequeno espessamento adjacente à vesícula vitelínica (sinal do anel de diamante).
4. Batimentos cardioembrionários: São detectados quase simultaneamente ou logo após a visualização do embrião, geralmente quando este atinge de 2 a 5 mm de comprimento cabeça-nádega (CCN), por volta de 6 a 6,5 semanas.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (b): Incorreta. A vesícula vitelínica não pode aparecer antes do saco gestacional, pois ela se localiza no interior deste. O saco gestacional é sempre o primeiro sinal ultrassonográfico da gravidez.

Alternativa (c): Incorreta. Os batimentos cardioembrionários são o último evento da lista a ser detectado. Iniciar a sequência por eles inverte totalmente a lógica do desenvolvimento embrionário.

Alternativa (d): Incorreta. Além de colocar a vesícula vitelínica antes do saco gestacional, a alternativa sugere que o saco gestacional seria a última estrutura a aparecer, o que é biologicamente impossível na cronologia da ultrassonografia.

Alternativa (e): Incorreta. Embora comece corretamente pelo saco gestacional, esta

alternativa inverte a ordem da vesícula vitelínica e do embrião. Na prática clínica, a vesícula vitelínica deve ser obrigatoriamente visualizada antes que o embrião e seus batimentos possam ser identificados de forma nítida.

Questão 47

Para resolver essa questão, é fundamental correlacionar os achados ultrassonográficos precoces com a classificação da gestação gemelar em relação à corionicidade (número de placentas) e à amnionicidade (número de sacos amnióticos), além de compreender a zigosidade.

Análise dos dados do enunciado:

O ultrassom realizado precocemente (6 semanas) é o "padrão-ouro" para determinar a corionicidade. O achado de um único saco gestacional contendo dois embriões define que a gestação é monócoriônica (uma única placenta). A presença de duas vesículas vitelínicas sugere fortemente que a gestação é diamniótica (cada embrião em sua cavidade amniótica), embora o foco principal da questão seja a corionicidade e a zigosidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Para ser classificada como dicoriônica, o ultrassom deveria mostrar dois sacos gestacionais distintos. O enunciado afirma haver apenas um saco gestacional.

Alternativa b) Incorreta. Gestação dicoriônica exige dois sacos gestacionais. Além disso, gestações dizigóticas (provenientes de dois óvulos e dois espermatozoides) são obrigatoriamente dicoriônicas e diamnióticas, o que não condiz com a imagem de um saco gestacional único.

Alternativa c) Incorreta. Embora a presença de duas vesículas vitelínicas indique que a gestação é provavelmente diamniótica, a classificação "dicoriônica" está errada, pois foi visualizado apenas um saco gestacional.

Alternativa d) Correta. A identificação de um único saco gestacional para dois embriões caracteriza a gestação como monócoriônica. Na espécie humana, quase a totalidade das gestações monócoriônicas é monozigótica (proveniente da divisão de um único ovo/zigoto entre o 4º e o 8º dia após a fecundação). Portanto, o diagnóstico é de gestação gemelar monócoriônica e monozigótica.

Alternativa e) Incorreta. Gestações dizigóticas resultam sempre em placentas separadas (dicoriônicas), pois cada zigoto desenvolve seu próprio trofoblasto e

membranas. Não existe gestação monocoriônica dizigótica em condições naturais humanas.

Dica prática: No primeiro trimestre, conte os sacos gestacionais. Um saco = monocoriônica. Dois sacos = dicoriônica. Se for monocoriônica, obrigatoriamente será monozigótica. Se for dicoriônica, pode ser monozigótica (divisão precoce antes do 3º dia) ou dizigótica.

Questão 48

Alternativa a: Incorreta. Atualmente, a magnitude da proteinúria não é mais considerada um critério de gravidade para a pré-eclâmpsia. Estudos demonstraram que a quantidade de proteína na urina (antigamente se falava em proteinúria maciça acima de 2 g ou 5 g) não se correlaciona diretamente com o prognóstico materno ou fetal. O que define a gravidade são os sinais de disfunção de órgãos-alvo, como alterações neurológicas, visuais, hepáticas, renais ou hematológicas, além dos níveis pressóricos muito elevados (crise hipertensiva).

Alternativa b: Incorreta. A convulsão característica da eclâmpsia ocorre, na maioria das vezes, no período anteparto, intraparto ou nas primeiras 48 horas após o parto. Embora exista a eclâmpsia tardia, ela é definida como aquela que ocorre após 48 horas do parto, mas a imensa maioria dos casos ainda se concentra na primeira semana. Ocorrências após o décimo dia são raras e exigem uma investigação minuciosa para outras causas neurológicas.

Alternativa c: Incorreta. O edema foi removido dos critérios diagnósticos oficiais de pré-eclâmpsia há anos. Isso ocorreu porque o edema é um achado muito comum em gestações normais (fisiológicas), possuindo baixa especificidade para o diagnóstico da doença. Hoje, o diagnóstico baseia-se na hipertensão surgida após a 20ª semana associada à proteinúria ou a disfunções orgânicas/sofrimento de órgão-alvo.

Alternativa d: Correta. Esta afirmação reflete a realidade epidemiológica do Brasil. As síndromes hipertensivas da gestação são a principal causa de óbito materno direto no país, superando em muitas regiões as causas hemorrágicas e infecciosas. Por ser uma causa evitável em grande parte dos casos, o manejo correto é um dos pilares da redução da mortalidade materna.

Alternativa e: Incorreta. O uso profilático do AAS (Aspirina) para gestantes com alto risco de pré-eclâmpsia deve ser iniciado precocemente para ser eficaz. O período ideal de início é entre a 12ª e a 16ª semana de gestação. Evidências científicas demonstram que, quando o AAS é iniciado após a 16ª semana, o efeito na redução do risco de pré-eclâmpsia (especialmente a forma precoce) é significativamente menor

ou inexistente, pois o processo de remodelamento das artérias espirais já ocorreu.

Questão 49

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente encontra-se com 37 semanas de gestação (termo). O achado fundamental para o diagnóstico é o peso fetal estimado abaixo do percentil 3. De acordo com os critérios do Consenso Delphi e da FIGO, fetos com peso abaixo do percentil 3 são diagnosticados diretamente como Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), independentemente dos achados do Doppler, devido ao elevado risco perinatal associado. Como a idade gestacional é superior a 32 semanas, a classificação correta é tardia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O conceito de feto Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) constitucional geralmente se aplica a fetos com peso entre o percentil 3 e 10 que apresentam Doppler de artéria umbilical e artéria cerebral média normais, além de crescimento mantido em sua curva. Um peso abaixo do percentil 3, de forma isolada, já define a Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU) por representar um risco muito maior de desfechos negativos.

Alternativa B (Incorreta): A Restrição de Crescimento Intrauterino é classificada como precoce quando o diagnóstico ocorre antes de 32 semanas de gestação. No caso em questão, a paciente está com 37 semanas, o que exclui a classificação precoce. A forma precoce costuma estar associada a alterações graves no Doppler da artéria umbilical e à insuficiência placentária sistêmica (frequentemente ligada à pré-eclâmpsia).

Alternativa C (Correta): O diagnóstico de RCIU tardio é feito a partir de 32 semanas de gestação. Os critérios incluem: peso fetal abaixo do percentil 3 (como no caso apresentado) OU a presença de pelo menos dois dos seguintes critérios: peso abaixo do percentil 10, alteração no Doppler (artéria umbilical, cerebral média ou relação cérebro-placentária) ou queda de mais de dois quartis na curva de crescimento. Como o feto tem peso percentil < 3 e 37 semanas, o diagnóstico é de RCIU tardio.

Alternativa D (Incorreta): Não há sinais de sofrimento fetal agudo. A cardiotocografia está normal, o perfil biofísico fetal (que avalia movimentos, tônus e respiração) está normal e o Doppler também não apresenta alterações. A queixa de diminuição de movimentação fetal foi o alerta para a investigação, mas os exames complementares descartaram hipóxia aguda no momento.

Alternativa E (Incorreta): O volume de líquido amniótico é considerado normal. O maior bolsão vertical medido foi de 4 cm. Define-se oligoâmnio quando o maior bolsão vertical é menor que 2 cm ou o Índice de Líquido Amniótico (ILA) é menor ou igual a 5 cm. Portanto, o volume de líquido está adequado para a idade gestacional.

Questão 50

O Perfil Biofísico Fetal (PBF) de Manning é uma ferramenta fundamental na avaliação da vitalidade fetal, composta por cinco parâmetros específicos. Para cada parâmetro que se apresenta normal ou presente, atribui-se 2 pontos. Se o parâmetro estiver alterado ou ausente, atribui-se 0 pontos. A soma total varia de 0 a 10.

Os critérios avaliados são:

1. Cardiotocografia (reatividade da frequência cardíaca fetal).
2. Movimentos respiratórios fetais (pelo menos um episódio de 30 segundos em 30 minutos).
3. Movimentos corporais fetais (pelo menos três movimentos amplos em 30 minutos).
4. Tônus fetal (pelo menos um episódio de extensão e retorno à flexão de membros ou tronco).
5. Volume de líquido amniótico (presença de pelo menos um bolsão vertical de 2 cm ou mais).

Aplicação ao caso clínico:

- Cardiotocografia: O enunciado informa que está normal (2 pontos).
- Movimentos respiratórios: Informados como presentes (2 pontos).
- Movimentos fetais: Informados como presentes (2 pontos).
- Tônus fetal: Informado como normal (2 pontos).
- Líquido amniótico: O maior bolsão vertical é de 4 cm. Como o critério de normalidade é ser maior que 2 cm, o parâmetro está normal (2 pontos).

Somando os pontos: 2 (respiração) + 2 (movimentos) + 2 (tônus) + 2 (líquido) + 2 (cardiotocografia) = 10 pontos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A nota 2 seria atribuída se apenas um dos cinco componentes estivesse normal. No caso descrito, todos os parâmetros avaliados estão preservados.

Alternativa b) Incorreta. A nota 4 indicaria que três dos cinco parâmetros estão alterados, o que não corresponde aos achados de normalidade descritos no exame da paciente.

Alternativa c) Incorreta. A nota 6 é considerada um resultado equívoco, indicando que dois parâmetros estão alterados. Como todos os itens estão normais, essa pontuação está errada.

Alternativa d) Incorreta. A nota 8 indicaria a alteração de apenas um dos componentes (como a presença de oligoâmnio ou uma cardiocotografia não reativa). No feto em questão, todos os cinco itens pontuaram.

Alternativa e) Correta. Todos os cinco critérios do perfil biofísico fetal foram atendidos e descritos como normais ou presentes no enunciado, totalizando a pontuação máxima de 10.

É importante notar que, apesar de o feto apresentar um peso abaixo do percentil 3 (sugerindo restrição de crescimento fetal), o PBF avalia a condição de oxigenação e bem-estar no momento do exame. A restrição de crescimento isolada, com Doppler e vitalidade normais, não reduz a pontuação do perfil biofísico.

Questão 51

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente encontra-se com 37 semanas de gestação (termo) e apresenta um feto com Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR), definido pelo peso fetal abaixo do percentil 3. Apesar da restrição de crescimento, a vitalidade fetal está preservada, evidenciada pelo Doppler normal, perfil biofísico fetal sem alterações e cardiocotografia normal. O exame físico mostra estabilidade materna (rotina de pré-eclâmpsia negativa e níveis tensionais limítrofes) e um colo uterino desfavorável (impérvio, grosso e posterior).

O protocolo para CIUR isolado em gestações a termo (a partir de 37 semanas) com vitalidade preservada recomenda a interrupção da gravidez. Como não há sofrimento fetal agudo ou contra-indicações para o parto vaginal, a indução do trabalho de parto é a conduta de escolha, preferencialmente ao parto cesariano imediato.

POR QUE AS ALTERNATIVAS ESTÃO CERTAS OU ERRADAS?

a) Parto cesariano: Incorreta. A via de parto deve ser preferencialmente vaginal. A cesariana estaria indicada se houvesse sinais de comprometimento da vitalidade

fetal (Doppler alterado, cardiocografia não tranquilizadora) ou contraindicações ao parto vaginal, o que não ocorre no caso descrito.

b) Indução do trabalho de parto com ocitocina: Incorreta. A ocitocina é utilizada para indução quando o colo uterino já está favorável (índice de Bishop elevado). No caso, o colo está "impérvio, grosso e posterior" (muito desfavorável), o que torna a ocitocina ineficaz isoladamente, podendo levar a uma falha de indução.

c) Indução do trabalho de parto com misoprostol: CORRETA. Esta é a conduta mais adequada. Em gestantes com colo uterino desfavorável e sem cicatriz uterina prévia (a paciente teve um parto normal anterior), o uso de prostaglandinas (misoprostol) é o método de escolha para o amadurecimento cervical e posterior indução do parto. A gestação a termo com CIUR percentil < 3 exige a interrupção, e a via vaginal é segura dada a vitalidade fetal normal.

d) Preparo do colo uterino com sonda de Foley: Incorreta. Embora o método mecânico (sonda de Foley) seja uma opção para o preparo do colo, ele é classicamente reservado para casos em que há contraindicação ao uso de prostaglandinas, como em pacientes com cesariana prévia, devido ao risco de ruptura uterina. Como a paciente tem apenas um parto normal anterior, o misoprostol é a primeira escolha farmacológica.

e) Alta com retorno semanal para avaliação da vitalidade fetal até 40 semanas de idade gestacional: Incorreta. O diagnóstico de CIUR com peso fetal abaixo do percentil 3 é uma indicação formal de interrupção ao atingir 37 semanas, mesmo com vitalidade normal, devido ao risco aumentado de morte fetal intrauterina e complicações perinatais se a gestação for prolongada além desse ponto.

Questão 52

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA DEPRESSÃO

A prevalência de transtornos depressivos é um dos temas mais consolidados na epidemiologia psiquiátrica. Estudos globais, incluindo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do DSM-5-TR, indicam que mulheres apresentam um risco aproximadamente duas vezes maior de desenvolver depressão ao longo da vida em comparação aos homens.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: Embora a depressão seja comum na meia-idade devido a fatores como crises existenciais e mudanças de saúde, o fator gênero é um preditor epidemiológico mais forte do que a faixa etária isolada. A prevalência feminina é consistentemente superior à masculina em quase todas as idades após a puberdade.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: A adolescência e o início da vida adulta são períodos de vulnerabilidade em que muitos transtornos mentais se manifestam pela primeira vez. No entanto, mesmo nesta fase, a disparidade de gênero já está estabelecida, com maior incidência em mulheres.

ALTERNATIVA C - CORRETA: Esta é a alternativa correta. A literatura médica aponta uma proporção de aproximadamente 2:1 entre mulheres e homens. As causas para essa prevalência elevada no grupo feminino são multifatoriais:

1. Fatores Hormonais: Variações de estrogênio e progesterona (ciclo menstrual, pós-parto e perimenopausa) interagem com sistemas de neurotransmissores como a serotonina.
2. Fatores Sociais: As mulheres estão mais expostas à sobrecarga de papéis (trabalho formal somado ao trabalho doméstico), menores salários e maiores taxas de violência doméstica e sexual.
3. Diagnóstico: Mulheres tendem a expressar mais seus sentimentos e buscar ajuda profissional com maior frequência, o que pode contribuir para uma maior taxa de diagnósticos registrados.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: Não há base estatística para afirmar que este grupo específico seja o mais atingido. Embora o estresse ocupacional e a pressão corporativa sejam fatores de risco ambientais, eles não superam a prevalência observada no gênero feminino como um todo.

ALTERNATIVA E - INCORRETA: A depressão em crianças tem uma prevalência significativamente menor do que em adolescentes e adultos. Além disso, antes da puberdade, a diferença na incidência entre meninos e meninas é praticamente inexistente.

Questão 53

Para compreender os transtornos mentais do puerpério, é fundamental diferenciar a intensidade dos sintomas, o tempo de início e a necessidade de intervenção médica. Segue a análise de cada alternativa:

Alternativa A (Correta): O blues puerperal, também chamado de disforia pós-parto, é considerado uma resposta fisiológica e emocional à queda abrupta de hormônios e ao estresse da nova rotina. Atinge até 80% das mulheres, inicia-se entre o 3º e o 5º dia após o parto e desaparece espontaneamente em até duas semanas. Por ser autolimitado e não gerar prejuízos funcionais graves, é classificado como benigno e sem sequelas.

Alternativa B (Incorreta): O distúrbio que ocorre mais precocemente é o blues puerperal (dias após o parto). A depressão pós-parto (DPP) costuma ter um início mais insidioso, geralmente entre a 4ª e a 12ª semana pós-parto. Embora os sintomas se assemelhem à depressão unipolar, o critério temporal de precocidade da alternativa está incorreto ao compará-la com o blues.

Alternativa C (Incorreta): O blues puerperal é caracterizado justamente por sua curta duração (máximo de 10 a 14 dias). Se os sintomas persistirem por mais de um mês, o diagnóstico provável passa a ser depressão pós-parto. Além disso, o blues não requer o uso de medicações, apenas suporte, acolhimento e orientações à puérpera.

Alternativa D (Incorreta): A psicose puerperal é uma emergência psiquiátrica grave, com risco de infanticídio e suicídio. O tratamento obrigatoriamente envolve o uso de medicamentos (antipsicóticos, estabilizadores de humor ou antidepressivos) e, na grande maioria dos casos, internação hospitalar. Esclarecimento e apoio familiar são importantes, mas totalmente insuficientes para o manejo desse quadro.

Alternativa E (Incorreta): A psicose puerperal tem início tipicamente agudo e súbito, ocorrendo geralmente nas duas primeiras semanas após o parto (muitas vezes nos primeiros 2 a 3 dias). Não é um quadro de evolução arrastada e seu surgimento após 6 meses foge do padrão clínico clássico desta patologia.

Questão 54

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O histórico familiar é um dos fatores de risco mais bem estabelecidos para a endometriose. Mulheres que possuem parentes de primeiro grau (mãe ou irmãs) com a doença apresentam um risco de 7 a 10 vezes maior de desenvolvê-la em comparação com a população sem histórico familiar.

Alternativa B: Incorreta. Estudos epidemiológicos demonstram uma associação inversa entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a endometriose. A doença é mais frequentemente diagnosticada em mulheres com baixo IMC (mulheres magras) e maior estatura. A obesidade parece atuar como um fator de proteção relativo ou estar associada a formas menos graves da doença.

Alternativa C: Incorreta. A prevalência da endometriose na população feminina em idade reprodutiva é estimada em cerca de 10%. Embora a prevalência seja significativamente maior em grupos específicos — chegando a 30% a 50% em mulheres com infertilidade ou dor pélvica crônica —, o valor de 70% é excessivo e não representa a realidade epidemiológica global.

Alternativa D: Correta. Esta é uma preocupação central na medicina reprodutiva. A intervenção cirúrgica para endometriomas (cistos ovarianos de endometriose), especialmente a técnica de cistectomia, pode resultar na remoção acidental de tecido ovariano sadio ou causar dano vascular e térmico ao córtex ovariano. Isso leva a uma redução da reserva ovariana, o que é comumente evidenciado pela queda nos níveis de Hormônio Antimülleriano (AMH) e na contagem de folículos antrais após o procedimento.

Alternativa E: Incorreta. O tratamento medicamentoso (hormonal) da endometriose é eficaz para o controle da dor, mas não melhora as taxas de fertilidade. Medicamentos como anticoncepcionais orais, progestagênios e análogos do GnRH agem suspendendo o ciclo menstrual e a ovulação, funcionando como contraceptivos durante o uso. Estudos mostram que não há ganho de fertilidade espontânea após a suspensão dessas medicações; o manejo da infertilidade na endometriose envolve cirurgia para restauração da anatomia ou técnicas de reprodução assistida.

Questão 55

Alternativa a: Correta. Atualmente, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) unificou a faixa etária para a vacinação contra o HPV no Brasil. Tanto meninos quanto meninas devem receber a vacina entre 9 e 14 anos de idade (até 14 anos, 11 meses e 29 dias). Essa estratégia visa proteger os adolescentes antes do início da vida sexual, quando a eficácia da vacina é máxima.

Alternativa b: Incorreta. A vacina contra o HPV não é recomendada para gestantes. Embora não existam evidências de efeitos adversos graves para o feto, a orientação do Ministério da Saúde é que, caso a mulher descubra a gravidez após iniciar o esquema, as doses subsequentes sejam suspensas e completadas apenas após o término da gestação ou o período de amamentação.

Alternativa c: Incorreta. A vacinação deve ser realizada, preferencialmente, ANTES do início da atividade sexual. O objetivo é garantir que o sistema imunológico esteja preparado antes de qualquer exposição aos tipos de HPV cobertos pela vacina (6, 11, 16 e 18 na vacina quadrivalente), garantindo assim uma proteção muito mais robusta.

Alternativa d: Incorreta. Esta alternativa reflete o esquema anterior. Em abril de 2024, o Ministério da Saúde do Brasil adotou a estratégia de DOSE ÚNICA para a vacinação de rotina na faixa etária de 9 a 14 anos, substituindo o esquema de duas doses que era praticado anteriormente. Essa mudança seguiu as recomendações mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Alternativa e: Incorreta. Para grupos em condições clínicas específicas, como pessoas vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, a vacina é recomendada em um esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses), e a idade de abrangência é muito maior, indo dos 9 aos 45 anos de idade para ambos os sexos. Vítimas de violência sexual também possuem protocolos de idade estendida (até 45 anos) e esquemas vacinais diferenciados conforme a idade no momento do atendimento.

Questão 56

O sangramento uterino na pós-menopausa é um sinal clínico que sempre exige investigação imediata para excluir malignidade. No entanto, estatisticamente, as causas benignas são as mais frequentes.

a) Atrofia endometrial: Esta é a alternativa correta. A atrofia do endométrio, frequentemente associada à atrofia vaginal, é a causa mais comum de sangramento na pós-menopausa, respondendo por aproximadamente 60% a 80% dos casos. Com a queda drástica dos níveis de estrogênio, o endométrio torna-se extremamente fino e frágil (friável). Essa fragilidade tecidual predispõe a microfissuras e inflamação local, resultando em episódios de sangramento, geralmente em pequena quantidade.

b) Pólipo endometrial: É uma causa importante e frequente, sendo a segunda ou terceira etiologia mais comum. Embora sua prevalência aumente com a idade e com o uso de certas medicações (como o tamoxifeno), ele ocorre com menor frequência do que a atrofia endometrial.

c) Pólipo endocervical: É um crescimento benigno no canal cervical que pode causar sangramento, especialmente após o coito. Contudo, não representa a principal causa de sangramento uterino após a menopausa.

d) Hiperplasia endometrial atípica: É uma lesão precursora do câncer de endométrio decorrente do estímulo estrogênico sem oposição da progesterona. Apesar de ser um diagnóstico de grande relevância clínica que exige tratamento rigoroso, sua incidência é significativamente menor do que a da atrofia.

e) Câncer de endométrio: Esta é a patologia que o médico deve obrigatoriamente excluir durante a investigação diagnóstica devido à sua gravidade. Entretanto, o câncer de endométrio é responsável por apenas cerca de 10% dos casos de sangramento na pós-menopausa, não sendo, portanto, a causa principal ou mais comum.

Questão 57

Análise do Caso Clínico:

Para o diagnóstico da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), o Consenso de Rotterdam (atualmente o mais utilizado) estabelece que a paciente deve apresentar pelo menos dois dos três critérios abaixo, após a exclusão de outras patologias que simulem o quadro:

1. Oligo-ovulação ou anovulação: manifestada geralmente por ciclos menstruais irregulares (oligomenorreia ou amenorreia). No caso, a paciente tem intervalos de até 4 meses.
2. Hiperandrogenismo: pode ser clínico (hirsutismo, acne, alopecia androgenética) ou bioquímico (elevação de androgênios no sangue). A paciente apresenta aumento de pelos (hirsutismo), o que já caracteriza o critério clínico.
3. Morfologia ovariana policística ao ultrassom: presença de 12 ou mais folículos medindo entre 2 e 9 mm em pelo menos um dos ovários e/ou volume ovariano superior a 10 cm³. O ovário esquerdo da paciente mede 12 cm³, preenchendo o critério.

Como a paciente apresenta os três critérios e teve as causas diferenciais excluídas (TSH, Prolactina, 17-OH-Progesterona e Testosterona normais), o diagnóstico de SOP está confirmado.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O diagnóstico de hiperandrogenismo não depende exclusivamente de exames de sangue. Se a paciente apresenta sinais clínicos, como o aumento de pelos (hirsutismo), o critério já é considerado positivo, mesmo com testosterona sérica normal.

Alternativa B: Incorreta. Os microcistos (folículos) não são fundamentais ou obrigatórios para o diagnóstico. De acordo com os critérios de Rotterdam, uma paciente pode ser diagnosticada com SOP mesmo apresentando um ultrassom normal, desde que tenha irregularidade menstrual e hiperandrogenismo.

Alternativa C: Incorreta. Embora a disposição periférica dos folículos seja uma descrição clássica na literatura, o critério técnico de Rotterdam define a morfologia policística pelo número de folículos ou pelo volume ovariano total (maior que 10 cm³), independentemente da localização desses folículos no estroma.

Alternativa D: Incorreta. Dieta e atividade física são os pilares do tratamento da SOP. A perda de peso e o exercício físico melhoram significativamente a sensibilidade à

insulina, reduzem os níveis de androgênios e auxiliam na restauração da ciclicidade menstrual.

Alternativa E: Correta. A paciente apresenta os três critérios de Rotterdam: disfunção ovulatória (ciclos de 4 meses), hiperandrogenismo clínico (aumento de pelos) e imagem compatível (volume ovariano de 12 cm³). O fato de os exames laboratoriais estarem normais não afasta o diagnóstico, e a exclusão de outras doenças (como hiperplasia adrenal e distúrbios de tireoide) reforça a conclusão.

Questão 58

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta sintomas climatéricos sistêmicos (fogachos e irritabilidade) e locais (ressecamento vaginal). O FSH elevado (90 mUI/mL) confirma a falência ovariana. Dois pontos são fundamentais para a escolha da Terapia Hormonal (TH) neste caso: a paciente é hysterectomizada e possui hipertrigliceridemia.

Por que a alternativa (b) está correta?

A alternativa (b) é a correta porque a via transdérmica é a preferencial para pacientes com hipertrigliceridemia, hipertensão arterial ou risco de trombose, pois evita a primeira passagem hepática, não elevando os níveis de triglicédeos nem de fatores de coagulação. Além disso, como a paciente realizou hysterectomia prévia, ela não possui útero, o que dispensa o uso de progesterona para proteção endometrial. Assim, a prescrição de estrogênio isolado é o tratamento padrão.

Análise das alternativas incorretas:

a) Estrogênio via vaginal: Esta via é eficaz apenas para o tratamento da atrofia urogenital (ressecamento vaginal). No entanto, a paciente apresenta sintomas sistêmicos importantes, como fogachos noturnos e irritabilidade, que exigem uma terapia de ação sistêmica.

c) Estrogênio mais progesterona via oral: Esta alternativa está incorreta por dois motivos. Primeiro, o uso da via oral é contraindicado em pacientes com hipertrigliceridemia, pois o metabolismo hepático pode aumentar ainda mais os níveis de lipídios. Segundo, o uso de progesterona é desnecessário em pacientes sem útero, sendo reservado apenas para quem precisa proteger o endométrio contra a hiperplasia causada pelo estrogênio.

d) Progesterona via oral: A progesterona isolada não é o tratamento de escolha para os sintomas de fogachos e ressecamento vaginal causados pela deficiência estrogênica. Além disso, como mencionado, a paciente não possui útero, não

havendo indicação para o uso de progestagênios.

e) Progesterona transdérmica: Assim como na alternativa anterior, a progesterona isolada não trata a causa-base dos sintomas (hipoestrogenismo) e é desnecessária em mulheres hysterectomizadas. O foco do tratamento deve ser a reposição do estrogênio pela via que minimize riscos metabólicos.

Questão 59

O conceito de LARC (Long-Acting Reversible Contraception), ou métodos anticoncepcionais reversíveis de longa duração, refere-se a métodos que apresentam alta eficácia, independem da memória ou adesão constante da paciente (são métodos "esqueça e use") e possuem um tempo de ação prolongado, geralmente superior a 3 anos. No Brasil e nas principais diretrizes internacionais, como as da FEBRASGO e da OMS, apenas dois tipos de dispositivos são classificados estritamente como LARCs: os Dispositivos Intrauterinos (DIUs) e os Implantes Subdérmicos.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Progesterona isolada contínua via oral: Incorreta. As pílulas anticoncepcionais, sejam elas combinadas ou de progesterona isolada (minipílula ou desogestrel), são métodos de curta duração. Elas dependem da disciplina da paciente para a tomada diária no mesmo horário, o que aumenta o risco de falha por esquecimento (uso típico).

Alternativa b) Anel vaginal: Incorreta. O anel vaginal é um método hormonal combinado de administração mensal. A paciente deve inserir o anel, retirá-lo após três semanas e, após a pausa de uma semana, inserir um novo dispositivo. Por exigir essa manipulação frequente e ter curta duração, não se enquadra como LARC.

Alternativa c) Injetável mensal: Incorreta. Trata-se de uma combinação de estrogênio e progesterona aplicada via intramuscular a cada 30 dias. Assim como as pílulas, é um método de curta duração que exige retornos frequentes para nova aplicação.

Alternativa d) Injetável trimestral: Incorreta. Embora a medroxiprogesterona de depósito dure 90 dias, o que é um período maior que o das pílulas, as diretrizes médicas não o classificam como LARC. Para ser considerado LARC, o método deve oferecer proteção por anos. Além disso, o injetável trimestral ainda depende de retornos frequentes ao serviço de saúde e pode apresentar um atraso no retorno à fertilidade após a interrupção, diferentemente dos LARCs, que possuem reversibilidade imediata.

Alternativa e) Dispositivo intrauterino: Correta. O DIU, seja ele não hormonal (cobre ou cobre com prata) ou hormonal (sistema intrauterino liberador de levonorgestrel), é o exemplo clássico de LARC. Uma vez inserido pelo médico no consultório, ele exerce sua função por um longo período (de 3 a 10 anos, dependendo do modelo), com taxas de falha comparáveis à laqueadura tubária, mas com a vantagem de ser totalmente reversível no momento em que é retirado.

Gabarito: Letra (e).

Questão 60

A questão aborda as diretrizes para o rastreamento do câncer de mama no Brasil, tema que exige conhecimento tanto das normas do Ministério da Saúde (INCA) quanto das recomendações das sociedades de especialidades, como a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e a FEBRASGO.

Alternativa (a) Incorreta. Não existe recomendação oficial para o intervalo de 40 a 64 anos. As sociedades médicas brasileiras (SBM/CBR/FEBRASGO) recomendam a mamografia anual para mulheres de risco habitual entre 40 e 74 anos. Já o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento bienal (a cada 2 anos) para a faixa etária de 50 a 69 anos.

Alternativa (b) Incorreta. A ultrassonografia não deve ser utilizada como método de rastreamento isolado. Ela é um exame complementar à mamografia, indicada especialmente em mulheres com mamas densas para aumentar a taxa de detecção, mas a mamografia permanece sendo o único exame que comprovadamente reduz a mortalidade em estudos populacionais.

Alternativa (c) Correta. A partir dos 75 ou 80 anos, as evidências sobre o benefício do rastreamento mamográfico sistemático diminuem, pois o risco de sobrediagnóstico e sobretratamento aumenta. Por isso, a recomendação atual é a individualização da conduta. Deve-se considerar a expectativa de vida da paciente (geralmente recomendando-se manter o rastreio se esta for superior a 10 anos), o estado geral de saúde e o desejo da paciente após esclarecimento dos riscos e benefícios.

Alternativa (d) Incorreta. A tomossíntese mamária, também conhecida como mamografia 3D, é uma tecnologia que demonstrou, em diversos estudos clínicos, aumentar a taxa de detecção do câncer de mama (especialmente do câncer invasivo) e reduzir as taxas de reconvocação das pacientes, pois minimiza o problema da sobreposição de tecidos mamários.

Alternativa (e) Incorreta. Mulheres com mutação patogênica no gene BRCA1 são classificadas como de alto risco. Para esse grupo, o rastreamento deve ser feito anualmente com a combinação de mamografia e ressonância magnética das mamas. Embora a ressonância possa começar aos 25 anos, a mamografia costuma ser adicionada a partir dos 30 anos. A alternativa falha ao não mencionar a necessidade do acompanhamento combinado (RM e mamografia) e ao ser incompleta sobre o manejo de alto risco.

Questão 61

A classificação do choque hemorrágico proposta pelo ATLS (Advanced Trauma Life Support) é fundamental para o manejo inicial do paciente traumatizado, correlacionando a perda de volume sanguíneo com sinais clínicos. O choque Classe IV representa a forma mais grave de hipovolemia por sangramento.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

A) INCORRETA. Esta alternativa descreve o Choque Classe I. Neste estágio, a perda volêmica é inferior a 15% (aproximadamente 750 ml em um adulto de 70 kg). Os mecanismos compensatórios são eficazes, mantendo a frequência cardíaca quase normal ou com taquicardia leve, sem alterações na pressão arterial, pressão de pulso ou frequência respiratória. O enchimento capilar e o débito urinário permanecem preservados.

B) INCORRETA. A descrição corresponde ao Choque Classe II. A perda estimada situa-se entre 15% e 30% (750 a 1500 ml). O sinal clínico clássico é o estreitamento da pressão de pulso (diferença entre a sistólica e a diastólica), causado pelo aumento da resistência vascular periférica (elevação da pressão diastólica) mediado pelas catecolaminas. O paciente apresenta taquicardia e taquipneia leves, mas a pressão arterial sistólica costuma estar mantida.

C) INCORRETA. Esta alternativa descreve o manejo típico do Choque Classe III. Nesse estágio, a perda é de 30% a 40% (1500 a 2000 ml). O paciente apresenta queda da pressão arterial sistólica, taquicardia importante e alteração do estado mental (ansiedade ou confusão). A maioria desses pacientes já exige transfusão de concentrado de hemácias para restaurar a perfusão tecidual, além da cristaloidoterapia.

D) CORRETA. No Choque Classe IV, a perda sanguínea é superior a 40% da volemia (acima de 2000 ml). Os sinais clínicos são extremos: taquicardia severa (> 140 bpm), hipotensão arterial acentuada, pressão de pulso muito reduzida (ou pressão diastólica imperceptível), débito urinário nulo (anúria) e estado mental gravemente

deprimido (letargia ou coma). A sobrevivência depende de intervenção imediata, que inclui o controle cirúrgico ou angiográfico da fonte de sangramento e a ativação do protocolo de transfusão maciça (reposição de hemácias, plasma e plaquetas em proporções balanceadas).

E) INCORRETA. A classificação de choque é uma ferramenta clínica para triagem e tratamento de pacientes vivos. Pacientes que falecem imediatamente no local do trauma (exsanguinação fulminante) não são classificados para fins de conduta terapêutica em Classe IV. O protocolo de doação de órgãos é um processo distinto, regulado por critérios de morte encefálica ou critérios específicos de doação após parada circulatória, não se confundindo com a definição clínica de choque hemorrágico.

Questão 62

Alternativa A (Correta): O débito urinário é o principal parâmetro clínico utilizado para monitorar a eficácia da ressuscitação volêmica e a perfusão tecidual em pacientes queimados. Os valores de referência aceitos universalmente pelas diretrizes (como o ATLS) são de 0,5 mL/kg/h para adultos e 1 mL/kg/h para crianças com menos de 30 kg.

Alternativa B (Incorreta): O cálculo da porcentagem de superfície corporal queimada (SCQ) para a reposição volêmica deve considerar apenas queimaduras de segundo e terceiro grau. Queimaduras de primeiro grau (apenas eritema, como a solar) não entram no cálculo. Além disso, diretrizes recentes como o ATLS 10 recomendam iniciar a ressuscitação em adultos com 2 mL/kg/% SCQ para queimaduras térmicas, reservando o valor de 4 mL/kg/% SCQ para queimaduras elétricas.

Alternativa C (Incorreta): A via enteral não é proscrita. Em cenários de recursos limitados, zonas de guerra ou desastres de massa em que o acesso venoso não pode ser estabelecido imediatamente, a hidratação oral ou por sonda nasogástrica é incentivada para queimaduras de até 20% da superfície corporal, conforme protocolos da Organização Mundial da Saúde e de sociedades de queimaduras.

Alternativa D (Incorreta): O protocolo padrão de administração de fluidos (baseado na fórmula de Parkland) preconiza que metade do volume total calculado seja administrada nas primeiras 8 horas contadas a partir do momento da queimadura, e não em 12 horas. A outra metade deve ser infundida nas 16 horas seguintes.

Alternativa E (Incorreta): O perfil metabólico inicial do grande queimado costuma cursar com acidose metabólica (devido à hipoperfusão e ao acúmulo de lactato) e hiperpotassemia (devido à lise celular maciça que libera potássio intracelular na

corrente sanguínea). A alcalose e a hipopotassemia não são achados típicos da fase aguda de ressuscitação.

Questão 63

Alternativa a) Incorreta. A pressão na cartilagem cricoide é conhecida como Manobra de Sellick. Embora tenha sido historicamente recomendada para reduzir o risco de aspiração passiva de conteúdo gástrico, estudos atuais mostram que ela não é totalmente eficaz para esse fim e, frequentemente, dificulta a visualização das cordas vocais por distorcer a anatomia da laringe, podendo tornar a intubação mais difícil.

Alternativa b) Incorreta. Existem dois erros principais aqui: primeiro, a intubação nasotraqueal requer que o paciente esteja em respiração espontânea para que o médico possa ouvir a passagem do ar e guiar o tubo; logo, é contraindicada em apneia. Segundo, a presença de trauma facial e suspeita de fratura de base de crânio (comumente associada ao trauma cranioencefálico grave) é uma contraindicação absoluta à via nasotraqueal, devido ao risco de inserção inadvertida do tubo na cavidade craniana.

Alternativa c) Correta. A manobra de BURP consiste na aplicação de pressão na cartilagem tireoide para trás, para cima e para a direita (Backwards, Upwards, Rightwards Pressure). Ela é uma técnica auxiliar durante a laringoscopia que tem como objetivo específico melhorar a visualização da glote, facilitando a passagem do tubo orotraqueal.

Alternativa d) Incorreta. No paciente politraumatizado, a hiperextensão cervical é estritamente proibida até que a lesão da coluna cervical seja descartada. A manobra de "sniffing position" (posição de olfação), que envolve extensão da cabeça, deve ser substituída pela estabilização manual em linha (MILS - Manual In-Line Stabilization) feita por um assistente, mantendo o pescoço em posição neutra durante todo o procedimento de intubação.

Alternativa e) Incorreta. De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a manutenção da via aérea com proteção da coluna cervical é a prioridade número um (letra A do ABCDE). Se o paciente necessita de uma via aérea definitiva, o médico deve proceder à intubação imediatamente com estabilização manual. O tratamento de emergência não deve ser retardado para a realização de exames de imagem, pois a hipóxia matará o paciente muito antes de uma possível lesão medular ser diagnosticada.

Questão 64

Alternativa (a) Incorreta: Na Doença de Crohn, os locais mais frequentemente afetados são o íleo terminal e o ceco (região ileocecal), atingindo cerca de 50% dos pacientes. O acometimento do intestino delgado proximal, como o duodeno e o jejuno, ocorre em uma minoria dos casos (menos de 10% a 15%).

Alternativa (b) Correta: A Doença de Crohn pode apresentar diferentes fenótipos clínicos: inflamatório, fistulizante ou estenosante. Quando a estenose é decorrente de um processo de fibrose (cicatrização crônica da parede intestinal), ela não responde ao tratamento com anti-inflamatórios, imunossupressores ou biológicos. Nessas situações de obstrução mecânica fixa, a intervenção cirúrgica (como ressecções segmentares ou estenosoplastias) ou a dilatação endoscópica tornam-se necessárias.

Alternativa (c) Incorreta: A etiologia da Doença de Crohn não é bem conhecida. Ela é classificada como uma doença de causa multifatorial e complexa. A teoria mais aceita é que indivíduos geneticamente predispostos apresentam uma resposta imune desregulada a antígenos da microbiota intestinal, desencadeada por fatores ambientais ainda não totalmente esclarecidos.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a dieta possa influenciar a composição da microbiota e o controle de sintomas, ela não é considerada o fator de importância essencial na etiopatogenia (origem) da doença. Os pilares principais da patogênese são a genética, a barreira epitelial intestinal e o sistema imune.

Alternativa (e) Incorreta: O granuloma não caseoso é, de fato, o achado histopatológico mais característico da Doença de Crohn, auxiliando na diferenciação com a retocolite ulcerativa. Entretanto, ele é detectado em apenas 40% a 60% das peças cirúrgicas e em uma frequência ainda menor em biópsias endoscópicas (cerca de 20%). A afirmação de que ocorre em 95% dos casos está tecnicamente incorreta.

Questão 65

Essa questão aborda os critérios de segurança para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos em pacientes diabéticos. A paciente apresenta três grandes fatores de risco para complicações pós-operatórias: obesidade, tabagismo e diabetes descompensado.

A análise clínica deve focar nos seguintes pontos:

1. Natureza da Cirurgia: Trata-se de uma cirurgia eletiva (correção de hérnia incisional e abdominoplastia). Em procedimentos eletivos, a prioridade absoluta é a otimização das condições clínicas para reduzir a morbimortalidade.

2. Parâmetros Glicêmicos: A paciente apresenta uma glicemia capilar de 334 mg/dL no pré-operatório imediato e uma hemoglobina glicada (HbA1c) de 8,6%. As diretrizes atuais (como as da Sociedade Brasileira de Diabetes e da ADA) recomendam que, para cirurgias eletivas, o alvo da HbA1c deve ser, preferencialmente, abaixo de 7,0% ou, no máximo, 8,0% em pacientes com muitas comorbidades. Uma HbA1c de 8,6% indica controle inadequado nos últimos meses.

3. Riscos de Hiperglicemia Perioperatória: Valores acima de 180-200 mg/dL estão associados a um aumento significativo no risco de infecção do sítio cirúrgico, deiscência de suturas (especialmente importante em uma abdominoplastia), distúrbios hidroeletrólíticos e eventos cardiovasculares.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Prosseguir com a cirurgia com bomba de infusão de insulina seria uma estratégia para uma cirurgia de urgência ou emergência em que não se pode esperar. Em uma cirurgia estética e funcional eletiva, o risco de complicações infecciosas e má cicatrização não justifica a manutenção do procedimento no momento atual.

Alternativa b) Incorreta. A correção aguda da glicemia com insulina rápida antes da cirurgia (tratar apenas o número no glicosímetro) não reverte os danos celulares e a disfunção imunológica causados pelo descontrole crônico (HbA1c elevada). O risco de infecção permaneceria alto.

Alternativa c) Incorreta. A administração de insulina regular por via intramuscular (IM) não é a conduta padrão para o manejo perioperatório (prefere-se a via subcutânea ou endovenosa). Além disso, assim como na alternativa anterior, essa medida não resolve o problema do descontrole crônico da paciente.

Alternativa d) Incorreta. A internação para controle glicêmico rápido por alguns dias não é suficiente para otimizar uma paciente com HbA1c de 8,6%. A melhora do desfecho cirúrgico em diabéticos requer um controle metabólico estável por semanas antes do procedimento, o que deve ser feito ambulatorialmente.

Alternativa e) Correta. Esta é a conduta preconizada. Por ser uma cirurgia eletiva, o procedimento deve ser cancelado e a paciente encaminhada para otimização clínica. Isso inclui o ajuste das medicações para o diabetes, visando uma HbA1c < 8% (idealmente < 7%), controle da hipertensão e, fundamentalmente, cessação do tabagismo por pelo menos 4 semanas para reduzir riscos pulmonares e de cicatrização. A segurança do paciente deve prevalecer sobre o desejo insistente de

operar imediatamente.

Questão 66

A questão aborda a microbiologia das Infecções em Sítio Cirúrgico (ISC). O conhecimento fundamental aqui é que a maioria das ISCs é causada pela flora endógena do próprio paciente, sendo a pele a principal fonte de contaminação no momento da incisão.

Alternativa (a) Incorreta: Embora esses patógenos (Enterococcus e bacilos Gram-negativos como Klebsiella e Proteus) possam causar infecções, especialmente em cirurgias do trato gastrointestinal ou geniturinário, eles não são os agentes mais frequentes de forma global quando consideramos todos os tipos de procedimentos cirúrgicos.

Alternativa (b) Incorreta: Fungos do gênero Candida são causas raras de infecção de sítio cirúrgico primária. Geralmente aparecem como agentes secundários em pacientes criticamente enfermos, imunossuprimidos ou que fizeram uso prolongado de antibióticos de amplo espectro.

Alternativa (c) Correta: Os estafilococos são os principais agentes isolados em infecções de sítio cirúrgico em virtude de sua presença colonizadora na pele humana. O Staphylococcus aureus é, isoladamente, o patógeno mais comum em quase todas as séries históricas. Os estafilococos coagulase-negativos, como o Staphylococcus epidermidis, também apresentam alta frequência, especialmente em cirurgias que utilizam materiais protéticos (próteses ortopédicas, válvulas cardíacas, telas), devido à sua capacidade de adesão e formação de biofilme.

Alternativa (d) Incorreta: A Escherichia coli e a Pseudomonas aeruginosa são agentes Gram-negativos importantes em infecções hospitalares. A E. coli é comum em cirurgias abdominais, mas, no cômputo geral das cirurgias (incluindo limpas, ortopédicas e cardíacas), elas não superam a incidência dos estafilococos.

Alternativa (e) Incorreta: As espécies de Clostridium citadas são microrganismos anaeróbios responsáveis por quadros específicos e graves, como a gangrena gasosa (mionecrose clostridiana). Apesar da alta mortalidade associada, são causas raras de infecção de sítio cirúrgico na rotina hospitalar.

Gabarito: Letra (c).

Questão 67

A pancreatite aguda induzida pelo uso de estrógenos é um fenômeno bem documentado, especialmente em pacientes que já possuem uma predisposição genética a distúrbios lipídicos. O mecanismo central envolve a alteração do metabolismo das gorduras no sangue.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hipocalcemia (baixos níveis de cálcio) é, na verdade, uma consequência ou complicação da pancreatite aguda grave, fazendo inclusive parte dos Critérios de Ranson para avaliação de prognóstico. Vale lembrar que a hipercalcemia (níveis elevados), e não a hipocalcemia, é que pode ser uma causa etiológica da pancreatite.

b) Incorreta. A hiperclorêmia (excesso de cloro) não possui relação fisiopatológica com o desencadeamento de processos inflamatórios pancreáticos.

c) Incorreta. Alterações nos níveis de potássio (hipercalcemia) podem gerar complicações cardíacas graves, mas não são agentes causadores de pancreatite aguda.

d) Correta. O estrógeno, seja por meio de anticoncepcionais orais, terapia de reposição hormonal ou durante a gestação, aumenta a síntese hepática de VLDL (lipoproteína de densidade muito baixa) e reduz a atividade da enzima lipase lipoproteínica. Isso leva a um aumento significativo nos níveis de triglicerídeos. Quando esses níveis ultrapassam a marca de 1.000 mg/dL, o risco de pancreatite aguda torna-se elevado. A teoria mais aceita é que o excesso de triglicerídeos é quebrado pela lipase pancreática em ácidos graxos livres, que em altas concentrações tornam-se tóxicos para o parênquima pancreático e para os capilares, gerando inflamação e isquemia.

e) Incorreta. A hiponatremia (baixo sódio) pode ocorrer em diversas condições clínicas de desidratação ou redistribuição volêmica, mas não é o mecanismo pelo qual os estrógenos induzem a pancreatite.

Em resumo, o estrógeno atua como um gatilho para a hipertrigliceridemia severa, que por sua vez é o agente direto da agressão ao pâncreas.

Questão 68

A classificação das cirurgias de acordo com o potencial de contaminação é um tema clássico em provas de residência e fundamental para a prática cirúrgica, pois orienta a necessidade de antibioticoprofilaxia ou antibioticoterapia. Essa classificação baseia-se na presença de microrganismos e no grau de invasão de tratos colonizados no momento da operação.

A questão descreve uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva em uma paciente com colelitíase (pedras na vesícula), sem sinais de inflamação aguda (parede normal, sem líquido pericoledociano).

Análise das alternativas:

a) limpa.

Incorreta. Cirurgias limpas são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso ou inflamatório local, e que não penetram nos tratos digestório, respiratório, genital ou urinário. Exemplos comuns são a histeriorrafia inguinal e a cirurgia cardíaca. Como a colecistectomia envolve a abertura ou manipulação do trato biliar (parte do sistema digestório), ela não pode ser classificada como limpa.

b) potencialmente contaminada.

Correta. Esta categoria engloba cirurgias realizadas em tecidos colonizados por flora pouco numerosa ou em reservatórios de difícil descontaminação (como os tratos digestório, respiratório ou urinário), porém sob condições controladas, de forma eletiva e sem evidência de infecção ou inflamação aguda no local. A colecistectomia eletiva, na qual se entra no trato biliar sem que haja colecistite aguda ou supuração, é o exemplo clássico de cirurgia potencialmente contaminada.

c) contaminada.

Incorreta. Cirurgias contaminadas são aquelas em que ocorre uma falha técnica importante durante o ato cirúrgico, na presença de inflamação aguda sem pus (como uma colecistite aguda sem supuração), ou em feridas traumáticas abertas e recentes. No caso clínico, a vesícula apresenta dimensões e paredes normais, caracterizando um quadro crônico, e não agudo.

d) infectada.

Incorreta. Também chamada de cirurgia suja, é aquela realizada em tecidos com infecção clínica evidente, presença de pus, tecidos necróticos ou em casos de vísceras perfuradas (como uma peritonite por apendicite perfurada). O quadro da paciente é de colelitíase simples, sem sinais de infecção ativa.

e) séptica.

Incorreta. O termo séptica não faz parte da classificação oficial de feridas cirúrgicas (Limpa, Potencialmente Contaminada, Contaminada e Infectada/Suja). Frequentemente, na prática clínica, usa-se o termo para se referir a casos de infecção grave, mas, para fins de prova e classificação técnica, ele deve ser evitado.

Resumo do raciocínio:

Como a cirurgia é eletiva (planejada), não há sinais de inflamação aguda (parede da vesícula normal) e haverá manipulação do trato biliar (sistema digestório colonizado), a classificação correta é Potencialmente Contaminada.

Questão 69

A manobra de Cattell-Braasch, também conhecida como rotação visceral medial completa à direita, é um procedimento cirúrgico fundamental na exploração do retroperitônio, especialmente em casos de trauma abdominal extenso ou necessidade de acesso a grandes vasos. Ela envolve a mobilização do cólon direito, do ceco e do intestino delgado, permitindo a exposição da veia cava inferior, da aorta infrarrenal e dos vasos ilíacos direitos.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A abordagem de vasos supra-hepáticos e ligamentos diafragmáticos exige manobras na porção superior do abdome, próximas ao diafragma, como a manobra de Piggyback ou a mobilização extensa dos lobos hepáticos. A Cattell-Braasch foca na porção média e inferior do retroperitônio.

Alternativa b: Incorreta. A reparação de vasos esplênicos e do pâncreas distal ocorre no quadrante superior esquerdo. O acesso a essas estruturas é feito por manobras no lado esquerdo do abdome, como a manobra de Mattox (rotação visceral medial à esquerda).

Alternativa c: Incorreta. A mobilização medial do duodeno isoladamente é chamada de manobra de Kocher. Embora a manobra de Kocher seja uma das etapas iniciais para a realização da manobra de Cattell-Braasch, o objetivo desta última é muito mais amplo do que apenas o acesso ao piloro ou duodeno, envolvendo a rotação de todo o bloco de vísceras do lado direito.

Alternativa d: Incorreta. A descrição refere-se à manobra de Mattox, que é a rotação visceral medial à esquerda. Nela, o cólon descendente e outras estruturas esquerdas são mobilizadas para a linha média para expor a aorta em toda a sua extensão, o rim e o ureter esquerdo.

Alternativa e: Correta. A manobra de Cattell-Braasch consiste na incisão do peritônio parietal ao longo da goteira paracólica direita (linha de Toldt), estendendo-se ao redor do ceco e subindo pela raiz do mesentério do intestino delgado até o ligamento de Treitz. Isso permite que o cólon direito e o intestino delgado sejam rebatidos para a linha média e para cima, proporcionando uma visão ampla de todo o retroperitônio e dos grandes vasos abdominais.

Questão 70

O controle de hemorragias externas é a prioridade absoluta no atendimento inicial ao trauma (o "X" do mnemônico XABCDE), pois a exsanguinação é uma das principais causas de morte evitável no cenário pré-hospitalar. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa A (Correta): Para que um torniquete seja eficaz em interromper uma hemorragia arterial maciça, ele deve ser apertado o suficiente para interromper completamente o influxo de sangue arterial. Consequentemente, ao atingir a pressão necessária para ocluir as artérias (que possuem paredes mais espessas e maior pressão interna), o dispositivo invariavelmente também oclui o retorno venoso. Um torniquete que aperta apenas o suficiente para obstruir veias, mas não artérias, é perigoso, pois aumenta a pressão hidrostática local e pode agravar o sangramento.

Alternativa B (Incorreta): Em doentes instáveis, a prioridade é a manutenção da vida ("life over limb"). Jamais se deve tentar desinflar ou remover um torniquete em um paciente em choque ou com instabilidade hemodinâmica no ambiente pré-hospitalar, independentemente do tempo previsto para a cirurgia. A liberação do torniquete pode causar a recorrência de uma hemorragia fatal e a liberação de toxinas metabólicas (síndrome de reperfusão) na circulação sistêmica.

Alternativa C (Incorreta): Os valores citados estão invertidos ou incorretos conforme a fisiologia. Devido à maior massa muscular e ao diâmetro dos membros inferiores, a pressão necessária para ocluir o fluxo arterial nas pernas é geralmente maior do que nos braços. Em torniquetes pneumáticos cirúrgicos, costuma-se usar cerca de 250 mmHg para membros superiores e até 350 mmHg para membros inferiores. Na urgência, o torniquete é apertado até a cessação do pulso distal e do sangramento, sem um valor fixo rígido.

Alternativa D (Incorreta): A pressão manual direta sobre o ferimento continua sendo a medida inicial recomendada para a grande maioria das hemorragias externas. O uso do torniquete é indicado prioritariamente quando a pressão direta falha em controlar o sangramento em extremidades ou quando a lesão é tão grave (ex.:

amputação, múltiplas vítimas) que a pressão direta se torna impraticável.

Alternativa E (Incorreta): Para controlar uma hemorragia através da compressão de um ponto arterial, a pressão deve ser feita na artéria proximal à lesão (entre o coração e o ferimento) e não distal. A pressão distal não teria qualquer efeito em interromper o fluxo sanguíneo que chega à ferida. Vale ressaltar que a técnica de pontos de pressão arterial caiu em desuso por ser pouco eficaz comparada à pressão direta ou ao torniquete.

Questão 71

Alternativa A: Incorreta. A cirrose hepática é a causa mais comum de ascite, respondendo por cerca de 80% a 85% dos casos. As neoplasias malignas ocupam o segundo lugar, representando aproximadamente 10% das etiologias, e não 90%.

Alternativa B: Incorreta. A cirrose hepática, e não a insuficiência cardíaca, é a principal etiologia. Na insuficiência cardíaca, o mecanismo fisiopatológico da ascite é o aumento da pressão hidrostática sistêmica e retrógrada, que se transmite aos sinusoides hepáticos, e não o aumento da permeabilidade capilar.

Alternativa C: Incorreta. O líquido ascítico na cirrose hepática não complicada apresenta, tipicamente, um aspecto límpido e amarelo-citrino. Um aspecto turvo sugere a presença de infecção, como na Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE), devido à elevada contagem de polimorfonucleares.

Alternativa D: Correta. A hipertensão portal é a causa de cerca de 80% dos casos de ascite no Brasil e no mundo. Sua patogenia envolve o aumento da pressão hidrostática nos sinusoides hepáticos. Quando essa pressão excede a capacidade de drenagem dos vasos linfáticos, ocorre o extravasamento de fluido (rico em linfa hepática) para o espaço peritoneal.

Alternativa E: Incorreta. O GASA (Gradiente de Albumina Soro-Ascite) maior ou igual a 1,1 g/dL define a ascite por hipertensão portal (transudato sob a ótica clássica). Doenças que agem diretamente no peritônio, como carcinomatose peritoneal, tuberculose peritoneal e peritonite lúpica, apresentam GASA baixo, ou seja, menor que 1,1 g/dL.

Questão 72

A compreensão das indicações de exames de imagem no trauma é fundamental para a prova de residência e para a prática clínica, seguindo as diretrizes do ATLS (Advanced Trauma Life Support). Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa (a) INCORRETA: Pacientes com ferimentos penetrantes de abdome que apresentam instabilidade hemodinâmica têm indicação de laparotomia exploradora imediata. Perder tempo realizando um raio X de abdome nesse cenário atrasa o tratamento definitivo e aumenta a mortalidade. O raio X de abdome tem papel muito limitado no trauma agudo.

Alternativa (b) CORRETA: Esta é a conduta adequada para pacientes estáveis. Em traumas penetrantes na região de transição toracoabdominal (acima da cicatriz umbilical) ou suspeita de lesão diafragmática, o raio X de tórax em posição ortostática (em pé) é extremamente útil para identificar pneumoperitônio (presença de ar livre abaixo das cúpulas diafragmáticas), o que indica perfuração de víscera oca e necessidade de cirurgia. Além disso, exclui a presença de hemotórax ou pneumotórax associados.

Alternativa (c) INCORRETA: Em casos de ferimentos por arma de fogo (FAF), a obtenção de radiografias em duas incidências (geralmente AP e perfil) é frequentemente indicada para localizar o projétil e auxiliar na determinação da trajetória da bala. Isso ajuda o cirurgião a prever quais órgãos podem ter sido atingidos e a planejar a via de acesso cirúrgico.

Alternativa (d) INCORRETA: O raio X de pelve em incidência AP é um dos pilares da avaliação primária (adjunto ao "C" da circulação) no trauma contuso, especialmente em pacientes hemodinamicamente instáveis. Ele é essencial para identificar fraturas pélvicas graves que podem ser a fonte de choque hemorrágico, permitindo intervenções rápidas como a estabilização da bacia com cinta ou lençol.

Alternativa (e) INCORRETA: De acordo com as atualizações mais recentes do ATLS (10ª edição), o raio X de pelve não é mais considerado obrigatório para todos os pacientes. Ele deve ser realizado na avaliação primária de pacientes com trauma contuso que estejam hemodinamicamente instáveis ou que apresentem dor/sensibilidade à palpação da pelve. Se o paciente estiver estável e for submetido a uma tomografia computadorizada (TC), o raio X de pelve pode ser dispensado, pois a TC tem maior acurácia diagnóstica. Portanto, o termo "obrigatória" invalida a alternativa.

Questão 73

Alternativa a: Incorreta. Nas hérnias paraesofágicas (especialmente a do Tipo II), a característica principal é que a junção esofagogástrica (cárdia) permanece fixada em sua posição anatômica normal abaixo do diafragma. A estrutura que tipicamente hernia para o tórax, situando-se ao lado do esôfago, é o fundo gástrico. Nas hérnias do Tipo III (mistas), a cárdia também se desloca, mas o fundo gástrico continua sendo a estrutura herniada mais proeminente.

Alternativa b: Incorreta. O risco de estrangulamento ou complicações agudas catastróficas é significativamente menor do que se acreditava antigamente, sendo estimado em cerca de 1% a 2% ao ano. Por esse motivo, a conduta atual para pacientes com hérnia paraesofágica que são verdadeiramente assintomáticos é a observação clínica (watchful waiting), reservando a cirurgia para pacientes sintomáticos ou que desenvolvam complicações.

Alternativa c: Correta. A patogênese da hérnia paraesofágica está ligada a defeitos estruturais no hiato esofágico. Ocorre um enfraquecimento e estiramento progressivo da membrana frenoesofágica (que deveria manter o esôfago fixo ao diafragma) em conjunto com o alargamento do hiato diafragmático pelas cruras. Esses dois fatores permitem que o conteúdo abdominal, principalmente o estômago, migre para o mediastino posterior.

Alternativa d: Incorreta. Embora o refluxo gastroesofágico possa estar presente, os sintomas típicos da hérnia paraesofágica são mecânicos e compressivos. Os pacientes queixam-se mais frequentemente de dor torácica ou epigástrica pós-prandial, saciedade precoce, plenitude gástrica e disfagia. A pirose e a queimação retroesternal são sintomas clássicos da hérnia de hiato por deslizamento (Tipo I).

Alternativa e: Incorreta. O volvo gástrico é uma complicação grave, mas sua incidência é baixa, ocorrendo em uma pequena minoria dos casos de hérnia paraesofágica, e não em 75-80%. Além disso, a cirurgia de emergência só é mandatória nos casos de volvo agudo com sinais de obstrução completa, isquemia ou perfuração. Casos de volvo crônico ou intermitente podem ser operados de forma eletiva após estabilização.

Questão 74

O quadro clínico descreve um Abdome Agudo Perfurativo. A queixa de dor abdominal súbita, de forte intensidade e difusa, acompanhada de sinais de instabilidade hemodinâmica (taquicardia e sudorese), é característica dessa síndrome.

A análise da imagem de raio X em posição ortostática revela a presença de pneumoperitônio, evidenciado pela lâmina de ar (imagem radiotransparente) localizada logo abaixo das cúpulas diafragmáticas, mais visível à direita, entre o fígado e o diafragma. Este achado é patognomônico de perfuração de víscera oca.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A diverticulite aguda não complicada, por definição, não apresenta perfuração livre na cavidade peritoneal, logo não causaria pneumoperitônio. Quando ocorre perfuração na diverticulite, ela costuma ser bloqueada, formando abscessos. A perfuração livre (Hinchey IV) é menos comum que a perfuração de úlcera péptica.

b) Incorreta. A agudização da retocolite ulcerativa manifesta-se tipicamente com diarreia mucossanguinolenta e dor abdominal em cólica. O pneumoperitônio só surgiria em uma complicação grave como o megacólon tóxico com perfuração, o que não condiz com a história de dor súbita em um paciente sem diagnóstico prévio citado.

c) Incorreta. O aneurisma de aorta roto causa dor intensa e choque hipovolêmico grave, mas é um evento retroperitoneal ou intraperitoneal hemorrágico. Não há liberação de gás na cavidade abdominal, portanto, o raio X não mostraria pneumoperitônio.

d) Correta. A perfuração de úlcera gastroduodenal é a causa mais comum de pneumoperitônio volumoso e súbito. O conteúdo gástrico e o ar do trato digestivo superior ganham a cavidade peritoneal, causando peritonite química imediata e dor "em facada", exatamente como descrito no caso e demonstrado na imagem.

e) Incorreta. A embolia da artéria mesentérica causa abdome agudo vascular. O quadro inicial é de dor desproporcional ao exame físico, sem sinais de perfuração imediata. O pneumoperitônio poderia ocorrer apenas em fases tardias após a necrose transmural da alça intestinal, mas a artéria mesentérica superior é muito mais frequentemente acometida que a inferior nesse cenário.

Questão 75

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A hemorragia digestiva baixa (HDB) tem uma evolução clínica geralmente mais branda do que a hemorragia digestiva alta (HDA). Estima-se que cerca de 80 a 85 por cento dos sangramentos baixos cessem espontaneamente apenas com medidas de suporte, além de apresentarem caráter intermitente e menor taxa de mortalidade em comparação aos sangramentos altos (como varizes de esôfago ou úlceras pépticas graves).

Alternativa b: Está incorreta. Embora o divertículo de Meckel seja a causa mais comum de sangramento digestivo baixo volumoso e indolor em crianças menores de 2 anos, ele não é a causa mais frequente de HDB na população pediátrica geral. As fissuras anais são as causas mais comuns de sangramento intestinal em crianças, seguidas por outras condições como pólipos juvenis e doença inflamatória intestinal, dependendo da faixa etária.

Alternativa c: Está incorreta. O vólculo gástrico refere-se a uma torção do estômago, sendo, portanto, uma patologia do trato gastrointestinal alto. Clinicamente, manifesta-se com dor e sinais de obstrução (tríade de Borchardt), não fazendo parte do diagnóstico diferencial de HDB em lactentes.

Alternativa d: Está incorreta. A cintilografia com hemácias marcadas (tecnécio 99m) é considerada o método mais sensível para detectar sangramento ativo, sendo capaz de identificar fluxos tão baixos quanto 0,1 mL/min. No entanto, sua principal limitação é a baixa precisão na localização anatômica do ponto exato do sangramento, devido ao movimento do sangue marcado no interior das alças intestinais.

Alternativa e: Está incorreta. A angiografia seletiva possui uma sensibilidade menor que a cintilografia, necessitando de uma taxa de sangramento mais elevada, geralmente entre 0,5 e 1,0 mL/min, para ser diagnóstica. Além disso, a alternativa erra ao afirmar que o método não possui capacidade terapêutica; a angiografia é uma ferramenta valiosa que permite a realização de embolizações arteriais superseletivas e infusão de substâncias vasoconstritoras para controle da hemorragia.

Questão 76

O quadro clínico descreve um homem de 47 anos com sintomas constitucionais (febre diária, tosse) e exames laboratoriais que indicam uma resposta inflamatória sistêmica importante (anemia normocítica e normocrômica, leucocitose, plaquetose e PCR significativamente elevada). Ao analisar as imagens, o raio X de tórax mostra um alargamento da silhueta cardíaca/mediastinal. A tomografia de tórax (cortes coronal,

sagital e axial) é definitiva ao demonstrar uma grande massa hipodensa localizada no interior do coração, especificamente preenchendo o átrio esquerdo.

Alternativa a: Incorreta. Uma neoplasia pulmonar primária se originaria no parênquima pulmonar ou nos brônquios. As imagens tomográficas mostram que os pulmões estão livres de massas, e a lesão está contida no interior das cavidades cardíacas.

Alternativa b: Incorreta. Embora o coração esteja localizado no mediastino médio, o termo tumor de mediastino refere-se geralmente a massas originadas nos espaços mediastinais (como timomas, linfomas ou tumores germinativos) e não dentro das câmaras cardíacas. A tomografia mostra claramente que a massa é intracavitária cardíaca.

Alternativa c: Incorreta. Metástases pulmonares costumam se apresentar como múltiplos nódulos disseminados pelo parênquima (aspecto de "bala de canhão") ou como linfangite carcinomatosa. O paciente apresenta uma massa única e volumosa dentro do átrio esquerdo.

Alternativa d: Incorreta. No corte axial da tomografia, é possível observar a aorta descendente preenchida por contraste, separada da massa. A massa está localizada no átrio esquerdo e não apresenta a continuidade ou as características de uma dilatação aneurismática da aorta.

Alternativa e: Correta. O mixoma cardíaco é o tumor primário do coração mais comum em adultos, ocorrendo em cerca de 75% a 80% das vezes no átrio esquerdo. Além da imagem característica de massa intracavitária, o mixoma é conhecido por secretar citocinas inflamatórias, principalmente a interleucina-6 (IL-6). Isso explica perfeitamente a "síndrome constitucional" do paciente: febre, anemia de doença crônica, elevação de PCR, leucocitose e plaquetose. A tríade clássica do mixoma inclui sintomas constitucionais, eventos embólicos e obstrução valvar (o que justifica a taquicardia e a tosse).

Questão 77

O tratamento cirúrgico das hemorroidas é um tema frequente em provas e exige o conhecimento das principais técnicas excisionais e não excisionais. A técnica de Milligan-Morgan, descrita em 1937, é considerada o padrão-ouro das hemorroidectomias "abertas".

Alternativa A: Incorreta. Esta descrição corresponde à Desarterialização Hemorroidária Transanal guiada por Doppler (técnica THD). Trata-se de um

procedimento não excisional, no qual se busca interromper o fluxo arterial para os mamilos hemorroidários e realizar a fixação (mucopexia) do tecido prolapsado.

Alternativa B: Incorreta. O fechamento da ferida cirúrgica com sutura contínua caracteriza a técnica de Ferguson, conhecida como hemorroidectomia "fechada". Ela foi desenvolvida para tentar reduzir o tempo de cicatrização e o desconforto, em oposição à técnica aberta.

Alternativa C: Incorreta. Assim como a alternativa A, esta alternativa descreve detalhadamente o princípio do THD (Transanal Hemorrhoidal Dearterialization). A Milligan-Morgan é uma técnica de ressecção (excisão) e não apenas de ligadura vascular guiada por fluxo.

Alternativa D: Incorreta. O uso de grampeador circular para remover um anel de mucosa e submucosa acima da linha pectínea define o PPH (Procedimento para Prolapso e Hemorroidas) ou Hemorroidopexia Grampeada. Nesta técnica, não há a remoção direta dos mamilos hemorroidários externos, mas sim o seu reposicionamento e a redução do fluxo sanguíneo.

Alternativa E: Correta. A técnica de Milligan-Morgan consiste na excisão dos três mamilos hemorroidários principais. O cirurgião realiza a ligadura do pedículo vascular de cada mamilo e, ao final, as feridas cutâneo-mucosas são deixadas abertas para cicatrizar por segunda intenção. Essa característica de "ferida aberta" é o que a diferencia fundamentalmente da técnica de Ferguson. É uma técnica eficaz, porém associada a dor pós-operatória significativa devido às feridas abertas na região anodérmica.

Questão 78

FASE INFLAMATÓRIA DA CICATRIZAÇÃO

A cicatrização de feridas é um processo dinâmico dividido didaticamente em três fases principais que se sobrepõem: inflamatória, proliferativa e de maturação (ou remodelamento). O enunciado descreve as características clássicas da FASE INFLAMATÓRIA.

Esta fase inicia-se imediatamente após a lesão e tem dois objetivos principais. O primeiro é a hemostasia, que envolve a interrupção do sangramento por meio da vasoconstrição inicial e da ativação da cascata de coagulação. O segundo é a fase defensiva ou de limpeza, na qual ocorre o aumento da permeabilidade vascular para permitir que células de defesa cheguem ao local por quimiotaxia. Os neutrófilos chegam primeiro para combater bactérias, seguidos pelos macrófagos, que são as

células-chave: eles removem o tecido necrótico (desbridamento autolítico) e secretam citocinas e fatores de crescimento que recrutam as células das próximas fases.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: A fase de proliferação ocorre após a fase inflamatória. Seu objetivo é o fechamento da ferida e a reconstrução do tecido. É caracterizada pela fibroplasia (produção de colágeno por fibroblastos), angiogênese (formação de novos vasos) e epitelização.

Alternativa (b) INCORRETA: A maturação, ou remodelamento, é a fase final e mais longa. Nela, ocorre a reorganização das fibras de colágeno e a substituição do colágeno tipo III pelo colágeno tipo I, visando aumentar a força tensil da cicatriz. Não envolve a limpeza inicial ou a hemostasia.

Alternativa (c) CORRETA: Conforme descrito no enunciado, a fase inflamatória é a resposta inicial ao dano, englobando os fenômenos vasculares (interrupção do sangramento e aumento da permeabilidade) e celulares (quimiotaxia, remoção de resíduos e secreção de citocinas) necessários para preparar o leito da ferida para a reparação.

Alternativa (d) INCORRETA: A granulação não é uma fase isolada, mas um evento que ocorre dentro da fase de proliferação. O tecido de granulação é composto por novos capilares e matriz extracelular, servindo de suporte para a cicatrização.

Alternativa (e) INCORRETA: A contração da ferida é um fenômeno mediado por miofibroblastos que ocorre principalmente durante a fase proliferativa para reduzir a extensão da área aberta. Não é o processo responsável pela remoção de bactérias ou interrupção de sangramento.

GABARITO: Letra (c).

Questão 79

Para compreender a questão, é necessário classificar os tipos de choque no contexto do atendimento ao paciente politraumatizado, focando na fisiopatologia de cada um. O choque restritivo, também frequentemente chamado de choque obstrutivo, ocorre quando há um impedimento mecânico ao enchimento das câmaras cardíacas ou à ejeção de sangue, reduzindo o débito cardíaco independentemente da volemia ou da contratilidade intrínseca do miocárdio.

Alternativa (a) Incorreta: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma causa de choque cardiogênico. Nesse caso, o problema primário é a falência da bomba cardíaca por perda de tecido muscular funcional ou arritmia, e não uma obstrução externa ou restrição mecânica ao fluxo. No trauma, a contusão miocárdica seria uma causa análoga de choque cardiogênico.

Alternativa (b) Incorreta: A fratura pélvica é uma das principais causas de choque hipovolêmico de origem hemorrágica. O espaço retroperitoneal associado à pelve pode acomodar grandes volumes de sangue, levando à redução do volume intravascular circulante.

Alternativa (c) Incorreta: A septicemia causa choque distributivo. Nele, ocorre uma vasodilatação sistêmica acentuada e aumento da permeabilidade capilar devido à resposta inflamatória. Embora possa ocorrer em pacientes traumatizados em estágio tardio (na UTI), não é uma etiologia comum de choque no atendimento inicial/agudo do politrauma.

Alternativa (d) Incorreta: O trauma raquimedular cervical causa o choque neurogênico, que também é um tipo de choque distributivo. A lesão da medula espinal interrompe as vias simpáticas descendentes, resultando em perda do tônus vascular (vasodilatação) e, frequentemente, bradicardia por perda da oposição ao tônus vagal.

Alternativa (e) Correta: O pneumotórax hipertensivo é a causa clássica de choque obstrutivo/restritivo no trauma. O acúmulo progressivo de ar no espaço pleural gera uma pressão positiva que desvia o mediastino para o lado oposto. Esse desvio causa a angulação e compressão das veias cavas, impedindo o retorno venoso (pré-carga) para o átrio direito. Sem sangue chegando ao coração, o débito cardíaco despenca, configurando o choque por restrição mecânica. Outro exemplo clássico nesta categoria seria o tamponamento cardíaco.

Questão 80

Alternativa (a): Esta é a alternativa correta. Epidemiologicamente, a maioria dos cânceres colorretais localiza-se no lado esquerdo (cólon descendente, sigmoide e reto), representando cerca de 50% a 60% dos casos. O lado direito (cólon ascendente e ceco) responde por aproximadamente 25% a 30% dos tumores. Essa distribuição é um dado clássico na literatura médica, embora a incidência de tumores no cólon direito venha aumentando progressivamente nas últimas décadas.

Alternativa (b): Incorreta. A mutação no gene supressor de tumor APC (Adenomatous Polyposis Coli) é considerada o evento inicial e fundamental na via da instabilidade

cromossômica, que é a principal via de carcinogênese colorretal. Essa mutação ocorre em cerca de 80% dos casos de câncer colorretal esporádico, e não em apenas 5%.

Alternativa (c): Incorreta. A obesidade, o sedentarismo e o tabagismo são fatores de risco ambientais e de estilo de vida amplamente reconhecidos para o câncer colorretal. A obesidade, em particular, está associada a um estado inflamatório crônico e à resistência à insulina, que favorecem a proliferação celular neoplásica.

Alternativa (d): Incorreta. Lesões sincrônicas são definidas como dois ou mais tumores detectados simultaneamente no momento do diagnóstico inicial ou em até seis meses. A frequência de cânceres sincrônicos é baixa, ocorrendo em cerca de 3% a 5% dos pacientes. O valor citado na alternativa (40% a 50%) está incorreto e exagerado.

Alternativa (e): Incorreta. A grande maioria das neoplasias colorretais (aproximadamente 70% a 90%) surge a partir de pólipos adenomatosos preexistentes por meio da sequência adenoma-carcinoma. Este processo de transformação maligna costuma levar, em média, de 7 a 10 anos, o que fundamenta a importância da colonoscopia como método de rastreamento e prevenção. O valor de 10% indicado na alternativa está incorreto.

Questão 81

A questão descreve um caso clássico de reação vacinal à BCG (linfadenopatia regional não supurada). O lactente apresenta um linfonodo axilar à direita (mesmo lado da aplicação da vacina), com tamanho entre 1,5 e 2 cm, sem sinais inflamatórios (flogísticos), sem febre e com ótimo estado geral e desenvolvimento ponderal.

De acordo com o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação do Ministério da Saúde e as orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria, a presença de linfonodo axilar, supraclavicular ou infraclavicular, não supurado, com tamanho de até 3 cm, é considerada uma reação esperada à vacina BCG.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O tratamento com isoniazida só estaria indicado se o linfonodo fosse supurado (com flutuação ou fístula) ou se apresentasse um tamanho superior a 3 cm. Como o linfonodo tem no máximo 2 cm e não apresenta sinais de supuração, a medicação não é necessária.

b) Correta. Diante de uma linfadenopatia regional não supurada menor que 3 cm após a vacina BCG, a conduta correta é apenas a observação clínica (conduta expectante). Na grande maioria dos casos, ocorre a regressão espontânea do linfonodo sem necessidade de intervenções médicas ou farmacológicas.

c) Incorreta. O teste tuberculínico (PPD) não tem indicação neste cenário. Ele não ajudaria a diferenciar a reação vacinal de uma infecção tuberculosa ativa nessa idade, além do fato de a própria vacina BCG poder positivar o teste em crianças pequenas. O diagnóstico aqui é clínico, baseado na história vacinal e no exame físico.

d) Incorreta. Procedimentos invasivos como punção ou biópsia são desnecessários e contraindicados para reações vacinais comuns e benignas. A biópsia seria reservada apenas para casos de dúvida diagnóstica importante ou suspeita de neoplasias, o que não condiz com o quadro clínico de um lactente saudável com cicatriz de BCG em evolução normal.

e) Incorreta. O esquema de tratamento para tuberculose (com ou sem pirazinamida) é indicado para a tuberculose-doença propriamente dita. O quadro descrito é um evento adverso local/regional da vacina, e não uma tuberculose-doença. Além disso, o *M. bovis* (cepa da BCG) é naturalmente resistente à pirazinamida, mas o tratamento medicamentoso sequer está indicado para este paciente.

Questão 82

Esta questão aborda as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para a suplementação profilática de ferro na infância, um tema recorrente em provas de residência e concursos médicos.

A criança descrita no caso clínico nasceu a termo (idade gestacional igual ou superior a 37 semanas) e com peso adequado (2.890 gramas, portanto, acima de 2.500 gramas). De acordo com as diretrizes atuais da SBP (atualização de 2018/2021), o protocolo de suplementação para este perfil específico de paciente é:

- Início: Aos 6 meses de vida (momento da introdução da alimentação complementar).
- Dose: 1 mg de ferro elementar por quilo de peso ao dia.
- Duração: Até os 24 meses de vida.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A suplementação é profilática e universal para crianças

nessa faixa etária e perfil de nascimento. Não há necessidade de realizar hemograma para decidir pelo início do ferro; a conduta baseia-se na prevenção da deficiência, que ocorre pelo esgotamento das reservas fisiológicas e aumento da demanda metabólica por volta do sexto mês.

Alternativa b) Incorreta. O aleitamento materno é o melhor alimento para o lactente, mas, após os 6 meses, o aporte de ferro proveniente do leite materno e da alimentação complementar pode não ser suficiente para suprir as necessidades de crescimento acelerado. Por isso, a SBP recomenda a suplementação mesmo para crianças em aleitamento materno.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa reflete exatamente a recomendação da SBP para lactentes nascidos a termo e com peso superior a 2.500g: administração de 1 mg/kg/dia de ferro elementar dos 6 aos 24 meses de vida.

Alternativa d) Incorreta. A dose de 2 mg/kg/dia é utilizada para grupos de maior risco de deficiência, como prematuros (nascidos com menos de 37 semanas) ou recém-nascidos de baixo peso (entre 1.500g e 2.500g), com início geralmente aos 30 dias de vida. Não é o caso da criança em questão, que nasceu a termo e com peso adequado.

Alternativa e) Incorreta. A suplementação não deve ser restrita a crianças com dieta qualitativamente pobre. Por ser uma medida de saúde pública profilática, ela deve ser realizada de forma universal em todos os lactentes conforme os critérios de peso e idade gestacional, independentemente da aceitação inicial de proteínas animais ou vegetais.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 83

A questão aborda as recomendações do Manual do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) para crianças com trissomia 21 (síndrome de Down). Essas crianças apresentam um risco aumentado para infecções respiratórias e doença pneumocócica invasiva, devido a alterações imunológicas e anatômicas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a vacina pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13) faça parte do arsenal do CRIE, para crianças com síndrome de Down que já completaram o esquema básico com a VPC10 (oferecida pelo PNI aos 2, 4 e 12 meses), a principal ampliação de proteção preconizada após os 2 anos de idade é o acréscimo da vacina

polissacarídica.

b) Correta. De acordo com o Manual do CRIE, a síndrome de Down é uma indicação para a ampliação da proteção contra o *Streptococcus pneumoniae*. O esquema consiste em garantir as doses da vacina conjugada e, obrigatoriamente, administrar a vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23) a partir dos 2 anos de idade, com uma dose de reforço cinco anos após a primeira. Como o paciente tem 3 anos, ele está na faixa etária indicada para receber essa proteção adicional.

c) Incorreta. A vacina meningocócica conjugada ACWY é disponibilizada pelo CRIE para grupos específicos, como pacientes com asplenia anatômica ou funcional, deficiências de complemento ou em uso de eculizumabe. A síndrome de Down, isoladamente, não é uma indicação para a vacina ACWY pelo CRIE fora do calendário vacinal de rotina (que a prevê para adolescentes).

d) Incorreta. A vacina influenza é oferecida anualmente para todas as crianças de 6 meses a menores de 6 anos pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Não existe um esquema "especial" de ampliação para influenza no CRIE especificamente para a síndrome de Down que difira do que já é ofertado na rotina para essa faixa etária.

e) Incorreta. A vacina tríplice bacteriana acelular (DTPa) é indicada no CRIE para crianças que apresentaram eventos adversos graves à vacina de células inteiras (DTP) ou para aquelas com cardiopatias ou pneumopatias crônicas. O enunciado especifica que a criança não possui cardiopatia congênita, logo, não haveria indicação de um esquema especial com a vacina acelular apenas pela síndrome de Down. Além disso, não há previsão de um "segundo reforço" aos 3 anos, uma vez que os reforços de rotina ocorrem aos 15 meses e aos 4 anos.

Questão 84

Para resolver essa questão, é necessário classificar o estado de hidratação de cada criança seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (AIDPI) e aplicar a conduta correta para cada caso.

Análise do caso Lucas:

Lucas tem 11 meses de idade e apresenta sinais clínicos graves: sonolência (alteração de consciência), turgor de pele pastoso e tempo de perfusão periférica de 4 segundos (muito acima do normal, que é de até 2 segundos). Esses sinais indicam desidratação grave ou choque, o que exige o Plano C de reidratação (via parenteral/venosa). De acordo com o Ministério da Saúde, a fase de expansão para menores de 1 ano deve ser feita em 6 horas, sendo a primeira etapa de 30 mL/kg em 1 hora e a segunda etapa de 70 mL/kg em 5 horas.

Análise do caso Mateus:

Mateus tem 4 anos e está em bom estado geral, com lágrimas presentes, saliva fluida e perfusão de 1 segundo. Ele não apresenta sinais de desidratação, sendo classificado no Plano A (tratamento domiciliar). No Plano A, deve-se aumentar a oferta de líquidos, manter a alimentação e prescrever zinco por 10 a 14 dias. A dose do zinco é de 10 mg/dia para menores de 6 meses e 20 mg/dia para crianças com 6 meses ou mais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Lucas não pode receber terapia de reidratação oral inicial, pois seu estado é grave (Plano C), exigindo hidratação venosa. A dose de zinco para Mateus também está incorreta, pois ele deve receber 20 mg/dia por ter mais de 6 meses.

Alternativa b) Incorreta. Novamente, Lucas necessita de hidratação parenteral (venosa), e não oral. A conduta para Mateus (20 mg de zinco) está correta isoladamente, mas a alternativa como um todo está errada.

Alternativa c) Incorreta. O tempo de 30 minutos para a primeira fase de expansão (30 mL/kg) é reservado para crianças com 1 ano ou mais. Como Lucas tem 11 meses, o tempo correto é 1 hora. Além disso, a dose de zinco para Mateus deve ser de 20 mg.

Alternativa d) Incorreta. Embora a prescrição para Lucas esteja correta (30 mL/kg em 1 hora), a dose de zinco para Mateus está errada. Ele tem 4 anos, logo a dose correta é 20 mg/dia.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa preenche todos os critérios: Lucas recebe hidratação parenteral com soro fisiológico na dose de 30 mL/kg em 1 hora (tempo correto para menores de 1 ano no Plano C) e Mateus recebe a dose correta de zinco para sua idade (20 mg/dia).

Questão 85

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma criança com a tríade clássica da síndrome nefrítica: edema (periorbital e de membros inferiores), hipertensão arterial e hematúria (urina escura). O fato de os sintomas terem surgido 2 semanas após um quadro febril tratado com antibióticos estabelece o período de latência característico de uma reação imunomediada pós-infecciosa. O achado laboratorial de hipocomplementemia (C3

diminuído) é o principal marcador para confirmar a suspeita de glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE) neste contexto.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A síndrome nefrótica idiopática manifesta-se tipicamente com proteinúria maciça, hipoalbuminemia e edema intenso. Diferente do caso apresentado, na síndrome nefrótica os níveis de complemento (C3) estão normais e raramente ocorre hematúria ou hipertensão arterial significativa no início do quadro em crianças.

Alternativa b) Incorreta. A Nefropatia por IgA (Doença de Berger) é uma causa comum de hematúria glomerular, mas diferencia-se da GNPE por dois motivos principais: o período de latência e o complemento. Na Doença de Berger, a hematúria é sinfaringítica (ocorre junto com a infecção respiratória, sem latência de semanas) e os níveis de C3 são rigorosamente normais.

Alternativa c) Correta. A Síndrome Nefrítica Pós-Infecção Estreptocócica é a principal causa de síndrome nefrítica na infância. O perfil epidemiológico (criança em idade escolar), a clínica de início súbito (edema, hipertensão e hematúria), o período de latência de aproximadamente 1 a 3 semanas após uma faringite ou piodermite e a queda transitória do C3 são os pilares diagnósticos que se encaixam perfeitamente na descrição da questão.

Alternativa d) Incorreta. A Glomerulonefrite Membranoproliferativa pode cursar com hipocomplementemia e síndrome nefrítica, porém é uma doença mais rara, com apresentação clínica muitas vezes mista (nefrítica e nefrótica) e de caráter mais persistente. Na GNPE, o C3 volta ao normal em até 8 semanas, enquanto na membranoproliferativa a queda é prolongada.

Alternativa e) Incorreta. A Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU) é uma microangiopatia trombótica caracterizada pela tríade de anemia hemolítica microangiopática (presença de esquizócitos), trombocitopenia e insuficiência renal aguda. Geralmente é precedida por um quadro de diarreia sanguinolenta e não costuma cursar com queda do complemento C3 na sua forma típica.

Questão 86

O Teste do Coraçãozinho (triagem neonatal para cardiopatias congênitas críticas) deve ser realizado em todo recém-nascido com idade gestacional superior a 35 semanas, entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar. A técnica consiste na aferição da oximetria de pulso no membro superior direito (pré-ductal) e em um dos membros inferiores (pós-ductal).

Para interpretar o teste, seguimos os seguintes critérios:

1. Teste Negativo (Normal): Saturação maior ou igual a 95% em ambos os membros e diferença entre os membros menor que 4% (ou seja, no máximo 3%).
2. Teste Positivo (Alterado): Saturação menor que 89% em qualquer um dos membros.
3. Resultado Duvidoso: Saturação entre 90% e 94% em qualquer um dos membros OU diferença entre os membros maior ou igual a 4%.

No caso clínico apresentado, o recém-nascido tem 30 horas de vida e as saturações foram de 94% no membro superior e 93% no membro inferior. Como houve um valor de 94%, o resultado é considerado duvidoso. Segundo o protocolo da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde, nessa situação, o teste deve ser repetido em 1 hora. Se o resultado permanecer duvidoso após duas reavaliações (totalizando três medidas com intervalo de 1 hora entre elas), o teste é considerado positivo e um ecocardiograma deve ser solicitado.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tempo recomendado para a realização do teste é entre 24 e 48 horas de vida. O recém-nascido tem 30 horas, portanto, está no período ideal.

Alternativa b) Incorreta. A técnica de aferir no membro superior direito e em um membro inferior está correta. O membro superior direito capta o sangue pré-ductal, essencial para a comparação.

Alternativa c) Correta. Como os valores encontrados (94% e 93%) se enquadram no critério de resultado duvidoso (saturação entre 90% e 94%), a conduta imediata é repetir o teste em 1 hora.

Alternativa d) Incorreta. Para ser considerado negativo (normal), ambos os valores deveriam ser maiores ou iguais a 95% e a diferença entre eles menor que 4%. No caso, os valores estão abaixo de 95%.

Alternativa e) Incorreta. O ecocardiograma só deve ser solicitado de imediato se a

saturação for menor que 89% ou se, após as repetições de hora em hora (até a terceira aferição), os valores continuarem na faixa de dúvida (90% a 94% ou diferença maior ou igual a 4%).

Questão 87

Esta questão aborda o tema da prevenção primária de alergias alimentares em lactentes considerados de alto risco (aqueles com parentes de primeiro grau portadores de doenças atópicas, como a mãe asmática e o irmão com alergia ao leite de vaca descritos no caso).

A alternativa (a) está correta e reflete o consenso atual das principais sociedades de pediatria e alergia, como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a ASBAI. A recomendação padrão para a prevenção de alergias é o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Não há evidências científicas de que a restrição dietética materna durante a gestação ou a lactação previna o desenvolvimento de alergias no bebê. Portanto, a mãe deve manter uma dieta normal e balanceada, a menos que o lactente apresente sintomas clínicos que sugiram sensibilidade a algum componente da dieta materna.

A alternativa (b) está incorreta, porque o uso de fórmulas parcialmente hidrolisadas não é mais recomendado de forma rotineira para a prevenção de alergia alimentar. Além disso, a recomendação de postergar a introdução de alimentos potencialmente alergênicos até os 12 meses caiu em desuso. Estudos atuais demonstram que o atraso na introdução desses alimentos pode, na verdade, aumentar o risco de alergia, sendo preconizada a introdução de alimentos variados a partir do sexto mês para promover a tolerância oral.

A alternativa (c) está incorreta pelo mesmo motivo da anterior. Antigamente, acreditava-se que adiar a oferta de ovo (geralmente para após 1 ou 2 anos) ou de peixe protegeria a criança. Hoje, sabe-se que a introdução do ovo e de outros alimentos alergênicos deve ocorrer no momento habitual da introdução alimentar (a partir dos 6 meses), o que favorece o sistema imunológico a aceitar esses alimentos.

A alternativa (d) está incorreta ao sugerir a exclusão de alimentos alergênicos da dieta materna durante a gestação e a lactação. Essa prática não previne alergias no lactente e pode causar prejuízos nutricionais à mãe. Além disso, as fórmulas extensamente hidrolisadas são indicadas primordialmente para o tratamento de crianças já diagnosticadas com alergia ou em situações muito específicas, não sendo a primeira escolha para prevenção em substituição ao leite materno.

A alternativa (e) está incorreta, pois o marco temporal recomendado para o

aleitamento materno exclusivo pelas organizações de saúde (OMS e SBP) é de seis meses, e não quatro meses. Embora se discuta a "janela de oportunidade" para a introdução de sólidos entre o quarto e o sexto mês, a recomendação de saúde pública e de prevenção primária sólida permanece sendo o aleitamento exclusivo até os seis meses.

Questão 88

O quadro clínico descrito é clássico de Melanose Pustulosa Transitória Neonatal (MPTN), uma dermatose benigna e idiopática que acomete recém-nascidos.

Análise das características do caso:

As lesões da MPTN caracterizam-se por três estágios evolutivos que podem coexistir: 1) pequenas pústulas superficiais que se rompem facilmente; 2) um colarete de descamação fina ao redor da base da pústula rompida; e 3) máculas hipercrômicas (manchas escuras) residuais. Diferentemente de outras condições, a MPTN não apresenta halo eritematoso (vermelhidão) ao redor das pústulas, e as lesões costumam estar presentes já no momento do nascimento. O estado geral do recém-nascido é sempre bom.

Análise das alternativas:

a) Correta. A descrição de vesicopústulas sem eritema que evoluem para descamação em colarete e manchas hipercrômicas é patognomônica da melanose pustulosa transitória neonatal. Por ser uma condição benigna e autolimitada, a conduta correta é apenas a observação clínica e a orientação dos pais, já que as manchas desaparecem espontaneamente em semanas ou meses.

b) Incorreta. O impetigo neonatal (geralmente causado por *Staphylococcus aureus*) costuma apresentar pústulas sobre uma base eritematosa, pode evoluir com crostas melicéricas e o recém-nascido pode apresentar sinais de instabilidade clínica. A evolução para manchas hipercrômicas após a ruptura da pústula não é o padrão esperado para impetigo.

c) Incorreta. O eritema tóxico neonatal é o principal diagnóstico diferencial, mas difere da melanose pustulosa em pontos fundamentais: as lesões do eritema tóxico raramente estão presentes ao nascimento (surgem geralmente entre 24-48h de vida) e apresentam-se como pápulas ou pústulas sobre uma base intensamente eritematosa (aspecto de picada de inseto). Além disso, o eritema tóxico não deixa manchas hipercrômicas após a resolução.

d) Incorreta. O herpes neonatal tipicamente se manifesta com vesículas agrupadas

sobre base eritematosa. Embora possa haver lesões ao nascimento (herpes congênito), o quadro costuma ser grave, com comprometimento sistêmico ou do sistema nervoso central. A presença de manchas hipercrômicas residuais e o excelente estado geral do paciente afastam essa hipótese.

e) Incorreta. A acne neonatal surge habitualmente por volta da terceira semana de vida, raramente estando presente ao nascimento. Localiza-se predominantemente na face (bochechas, testa e queixo) e consiste em pápulas e pústulas, mas sem a característica de deixar manchas hipercrômicas residuais ou descamação em colarete em um padrão disseminado pelo corpo logo no primeiro dia de vida.

Questão 89

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente de 14 anos apresenta um quadro clássico de mononucleose infecciosa, uma condição frequentemente causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Os pontos fundamentais para o diagnóstico neste caso são:

1. Faixa etária: Adolescentes e adultos jovens são o grupo epidemiológico principal.
2. Tríade clínica: Febre prolongada (duas semanas), faringite com exsudato e linfadenopatia cervical (que classicamente envolve a cadeia posterior).
3. Achados sistêmicos: Fadiga intensa, hepatoesplenomegalia e exantema inespecífico.
4. Laboratório: Presença de linfocitose com linfócitos atípicos, que são células T citotóxicas ativadas em resposta à infecção das células B pelo vírus.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A faringite estreptocócica geralmente apresenta um início mais agudo e duração menor que duas semanas. Embora cause exsudato e linfadenopatia cervical (predominantemente anterior), não costuma causar esplenomegalia ou linfocitose atípica. O teste rápido negativo reforça que o *Streptococcus pyogenes* não é o agente causal.

Alternativa b) Correta. A infecção aguda pelo vírus Epstein-Barr (EBV) é a causa mais comum da síndrome da mononucleose. O caso descreve perfeitamente a apresentação típica: febre persistente, dor de garganta com exsudato, adenomegalia cervical posterior, fadiga, hepatoesplenomegalia e a presença característica de linfócitos atípicos no sangue periférico.

Alternativa c) Incorreta. A infecção aguda pelo HIV (síndrome retroviral aguda) pode mimetizar a mononucleose. No entanto, o enunciado afirma que a paciente não

iniciou atividade sexual, o que torna essa hipótese improvável no contexto clínico e epidemiológico apresentado. Além disso, o exsudato amigdaliano é muito mais frequente na infecção pelo EBV.

Alternativa d) Incorreta. O Zika vírus manifesta-se tipicamente com exantema maculopapular pruriginoso, febre baixa, conjuntivite não purulenta e artralgia. Não é uma causa comum de faringite exsudativa grave, linfadenopatia cervical marcante ou linfocitose atípica significativa.

Alternativa e) Incorreta. O Linfoma de Hodgkin pode cursar com febre e linfadenopatia persistente (sintomas B). Entretanto, a presença de dor de garganta com exsudato amigdaliano e linfócitos atípicos aponta fortemente para um processo infeccioso agudo e autolimitado como a mononucleose, e não para uma neoplasia hematológica.

Questão 90

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU), uma das principais causas de insuficiência renal aguda em crianças. O diagnóstico baseia-se na presença de uma tríade característica: anemia hemolítica microangiopática (com presença de esquizócitos), trombocitopenia (redução de plaquetas) e insuficiência renal aguda. O relato de diarreia sanguinolenta após viagem a uma fazenda sugere uma infecção por *Escherichia coli* produtora de toxina Shiga (STEC), frequentemente associada ao consumo de alimentos ou água contaminados em ambientes rurais.

Análise das alternativas:

a) Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI): A PTI manifesta-se tipicamente com trombocitopenia isolada, sem anemia hemolítica ou disfunção renal. Geralmente ocorre após uma infecção viral das vias aéreas superiores e o paciente mantém um bom estado geral, o que diverge da letargia e da palidez intensa apresentadas pela criança.

b) Síndrome hemolítico-urêmica (SHU): Alternativa correta. A tríade de anemia (palidez e esquizócitos), plaquetopenia (petéquias) e lesão renal (oligúria e aumento de creatinina), precedida por um pródromo de diarreia sanguinolenta, é o quadro patognomônico da SHU típica. Os esquizócitos são fragmentos de hemácias resultantes da destruição mecânica dessas células ao passarem por microtrombos nos vasos capilares renais.

c) Nefrite intersticial aguda: É uma causa de insuficiência renal aguda frequentemente associada a reações de hipersensibilidade a medicamentos (como

antibióticos e anti-inflamatórios). Pode apresentar febre, exantema e eosinofilia, mas não explica a anemia hemolítica microangiopática com esquizócitos nem a história prévia de diarreia sanguinolenta.

d) Glomerulonefrite pós-infecciosa (GNPE): A GNPE costuma ocorrer após infecções por estreptococo (faringite ou piodermite). O quadro típico envolve hematúria (urina cor de chá ou cola), hipertensão e edema. Embora possa haver elevação de creatinina, ela não cursa com a tríade de hemólise microangiopática e plaquetopenia observada nesta questão.

e) Doença de von Willebrand: É o distúrbio hemorrágico hereditário mais comum, decorrente de uma deficiência qualitativa ou quantitativa do fator de von Willebrand. Manifesta-se com sangramentos de mucosas (epistaxe, gengivorragia) e aumento do tempo de sangramento, mas não causa anemia hemolítica, esquizocitose ou insuficiência renal aguda.

Questão 91

Para resolver essa questão, é fundamental identificar a faixa etária da criança e aplicar os critérios de classificação nutricional da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotados pelo Ministério da Saúde (SISVAN).

A criança tem 5 anos e 6 meses. Na avaliação nutricional pediátrica, os pontos de corte dos escores-z para o Índice de Massa Corporal (IMC) por idade mudam quando a criança completa 5 anos.

Classificação do IMC por idade para crianças de 5 a 10 anos:

- Abaixo de escore-z -3: Magreza acentuada.
- Entre escore-z -3 e -2: Magreza.
- Entre escore-z -2 e +1: Eutrofia (Peso adequado).
- Entre escore-z +1 e +2: Sobrepeso.
- Entre escore-z +2 e +3: Obesidade.
- Acima de escore-z +3: Obesidade grave.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Para ser considerada eutrófica nessa faixa etária, a criança deveria apresentar o escore-z do IMC entre -2 e +1. O paciente apresenta escore-z de +1,63, situando-se acima do limite da normalidade.

b) Incorreta. A classificação "risco de sobrepeso" (escore-z entre +1 e +2) é utilizada apenas para crianças menores de 5 anos (0 a 5 anos incompletos). A partir dos 5

anos de idade, esse mesmo intervalo (+1 a +2) já é classificado diretamente como sobrepeso.

c) Correta. Como a criança tem 5 anos e 6 meses e seu escore-z de IMC é +1,63 (está entre +1 e +2), a classificação correta, segundo os critérios da OMS e do Ministério da Saúde, é sobrepeso.

d) Incorreta. A obesidade na faixa etária de 5 a 10 anos é definida quando o escore-z do IMC está entre +2 e +3. O valor do paciente (+1,63) é inferior a esse patamar.

e) Incorreta. A obesidade grave para crianças de 5 a 10 anos é caracterizada por um escore-z de IMC superior a +3. O valor apresentado pelo paciente está bem abaixo desse limite.

Em resumo, o ponto-chave da questão é notar que a criança já passou dos 5 anos, o que torna o intervalo de escore-z entre +1 e +2 classificável como sobrepeso, e não mais como risco de sobrepeso. Os dados de peso isolado e estatura (escore-z +0,27) servem para confirmar que o crescimento estatural está normal, mas o diagnóstico nutricional principal de excesso de peso é dado pelo IMC por idade.

Questão 92

A alternativa correta é a (a).

Para compreender a questão, devemos analisar os critérios diagnósticos para o Transtorno Depressivo Maior segundo o DSM-5-TR, com foco especial nas particularidades da faixa etária pediátrica e adolescente.

Alternativa (a) Correta: O DSM-5-TR estabelece que o sintoma fundamental da depressão é o humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias. Uma observação crucial para a pediatria e hebiatria é que, em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste. Portanto, a irritabilidade é um substituto válido para o humor deprimido nessa população específica.

Alternativa (b) Incorreta: Os critérios diagnósticos da depressão incluem, obrigatoriamente, variáveis fisiológicas. O clínico deve observar alterações no sono (insônia ou hipersonia) e alterações significativas de peso ou apetite. No caso de crianças e adolescentes, considera-se, inclusive, a falha em apresentar os ganhos ponderais esperados para a idade.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a fadiga ou a perda de energia quase todos os dias seja um dos sintomas listados no DSM-5-TR, o critério temporal para o diagnóstico de

um episódio depressivo maior é de, no mínimo, duas semanas (14 dias) de sintomas persistentes, e não apenas três dias.

Alternativa (d) Incorreta: Sentimentos de euforia são característicos de episódios de mania ou hipomania, que direcionam o diagnóstico para o Transtorno Bipolar. No Transtorno Depressivo Maior, o foco está na baixa do humor, na anedonia (perda de interesse ou prazer) e em sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, sem a presença de polos de euforia.

Alternativa (e) Incorreta: O critério diagnóstico refere-se a pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Além disso, por definição, os sintomas de um transtorno mental no DSM-5-TR devem, obrigatoriamente, causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, escolar ou em outras áreas importantes da vida do paciente.

Questão 93

O quadro clínico descreve um lactente com Refluxo Gastroesofágico Fisiológico, popularmente conhecido como lactente gorfador. Os pontos-chave para esse diagnóstico são: idade (2 meses), aleitamento materno exclusivo, bom ganho de peso e ausência de sinais de alerta ou complicações (como esofagite, baixo ganho ponderal ou sintomas respiratórios graves). Nesse cenário, a conduta deve ser expectante e baseada em orientações comportamentais e de segurança.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A recomendação atual das sociedades de pediatria (como a SBP e a AAP) é que todo lactente deve dormir em posição supina (barriga para cima). Essa orientação visa prevenir a Síndrome da Morte Súbita do Lactente. Antigamente, acreditava-se que a posição de lado ou de bruços ajudaria no refluxo, mas o risco de morte súbita sobrepõe-se a qualquer benefício teórico posicional para o refluxo fisiológico. Além disso, estudos mostram que a posição supina é segura para a via aérea, mesmo em bebês que gorfam.

Alternativa b) Incorreta. O paciente está em aleitamento materno exclusivo e apresenta bom ganho ponderal. Não há qualquer indicação de substituir o leite materno por fórmulas hidrolisadas, que seriam aventadas apenas em suspeitas de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) com sintomas clínicos compatíveis, o que não é o caso de um bebê que cresce bem e apenas apresenta refluxo simples.

Alternativa c) Incorreta. Pelo mesmo motivo da alternativa anterior, não se deve

interromper o aleitamento materno. O leite materno é o melhor alimento e possui digestão mais rápida que as fórmulas, podendo até ajudar na redução dos sintomas em comparação ao uso de fórmulas artificiais comuns.

Alternativa d) Incorreta. A bromoprida é um procinético. O uso de procinéticos não é recomendado de rotina para o refluxo gastroesofágico fisiológico, pois não há evidências de que tragam benefícios significativos nesse perfil de paciente, além de apresentarem riscos de efeitos colaterais.

Alternativa e) Incorreta. A metoclopramida é outro procinético que pode causar efeitos adversos neurológicos importantes em lactentes, como reações extrapiramidais e irritabilidade. Não há indicação de tratamento medicamentoso para um bebê com ganho de peso adequado e sem complicações da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). O quadro do paciente é apenas Refluxo Fisiológico, que tende a melhorar espontaneamente com o amadurecimento do esfíncter esofágico inferior ao longo do primeiro ano de vida.

Questão 94

A Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) é uma forma de suporte respiratório não invasivo que fornece uma mistura de ar e oxigênio aquecida e umidificada, com fluxos que geralmente excedem a demanda inspiratória do paciente.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. Um dos principais mecanismos de ação da CNAF é justamente a redução do espaço morto anatômico da nasofaringe (washout de CO₂). Ao fornecer um fluxo constante de gás fresco, o sistema "limpa" o gás rico em gás carbônico que fica acumulado nas vias aéreas superiores ao final da expiração, facilitando a ventilação e as trocas gasosas.

Alternativa B: Correta. Esta é uma das características fundamentais da CNAF. Devido aos altos fluxos utilizados (que podem chegar a 60 L/min em adultos ou 2 L/kg/min em pediatria), o gás deve ser obrigatoriamente condicionado. O aquecimento (geralmente a 37 graus Celsius) e a umidificação (umidade relativa de 100%) são essenciais para evitar o ressecamento da mucosa, prevenir lesões no epitélio respiratório, manter a fluidez das secreções e preservar a função do transporte mucociliar.

Alternativa C: Incorreta. Para que a CNAF exerça seu efeito terapêutico pleno e garanta uma fração inspirada de oxigênio (FiO₂) estável, o fluxo fornecido deve ser igual ou superior ao pico de fluxo inspiratório do paciente. Se o fluxo for menor que a

demanda do paciente, haverá entrada de ar ambiente durante a inspiração, diluindo a mistura de gases e reduzindo a eficácia do suporte.

Alternativa D: Incorreta. A CNAF utiliza altos fluxos e velocidades de gás. Além do washout do espaço morto, esse fluxo gera uma pressão positiva nas vias aéreas, agindo de forma semelhante a uma pressão positiva expiratória final (PEEP). Embora essa pressão seja variável e dependente de fatores como o tamanho da cânula em relação à narina e se o paciente está com a boca aberta ou fechada, ela contribui para o recrutamento alveolar e redução do trabalho respiratório.

Alternativa E: Incorreta. Na verdade, ocorre o oposto. Ao fornecer um gás já aquecido e umidificado, a CNAF reduz o gasto metabólico do paciente, pois o organismo não precisa gastar energia para condicionar o gás inspirado (aquecer e umidificar). Além disso, o sistema ajuda a reduzir as perdas insensíveis de água pela via respiratória, o que é especialmente importante em lactentes e recém-nascidos.

Questão 95

O quadro clínico descrito é clássico de laringotraqueobronquite viral aguda, também conhecida como crupe viral. Os elementos fundamentais para o diagnóstico são: a faixa etária (lactente), o pródromo viral (coriza e febre baixa) e a instalação de tosse metálica (em latido), rouquidão e estridor inspiratório, com a característica piora noturna e na agitação.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A bronquiolite viral aguda é uma infecção que acomete as vias aéreas inferiores (bronquíolos). Clinicamente, manifesta-se com taquipneia, sibilos e estertores, e não com estridor. O estridor é um ruído tipicamente inspiratório decorrente da obstrução da via aérea superior. Além disso, o uso de broncodilatadores não é a conduta inicial recomendada para obstrução laríngea.

Alternativa b: Incorreta. A asma brônquica é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores que cursa com episódios de sibilância expiratória e dispneia. Embora possa haver tosse, ela não apresenta o timbre rouco ou metálico característico da laringite, e o estridor não é um achado da asma.

Alternativa c: Correta. O diagnóstico é de laringite viral (crupe). Para pacientes que apresentam sinais de desconforto respiratório moderado (como as retrações intercostais observadas e estridor em repouso), o tratamento inicial indicado é a administração de corticoides (como a dexametasona), que reduzem o edema inflamatório da região subglótica, associada à nebulização com epinefrina

(adrenalina). A epinefrina promove vasoconstrição local e alívio imediato da obstrução da via aérea.

Alternativa d: Incorreta. A pneumonia bacteriana apresenta-se habitualmente com febre alta, comprometimento do estado geral e alterações focais na ausculta pulmonar, como estertores crepitantes ou redução do murmúrio vesicular. O estridor inspiratório e a tosse latidosa não fazem parte do quadro clínico de pneumonia.

Alternativa e: Incorreta. A aspiração de corpo estranho deve ser suspeitada em casos de início súbito de sufocação e estridor, geralmente sem sintomas infecciosos prévios. No caso relatado, o paciente apresentava coriza e febre há dois dias, o que direciona o diagnóstico para uma etiologia infecciosa viral.

Questão 96

O ponto central desta questão é identificar o protocolo correto para a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), popularmente conhecida como Teste da Orelhinha, em um recém-nascido com Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA).

No caso descrito, o paciente apresenta três indicadores importantes: prematuridade (35 semanas), internação em UTI Neonatal por mais de cinco dias e uso de medicação ototóxica (aminoglicosídeo).

Segundo as diretrizes do Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) e do Ministério da Saúde do Brasil, a escolha do exame de triagem deve seguir este critério:

1. Recém-nascidos sem indicadores de risco: o exame inicial é a Emissão Otoacústica Evocada (EOA).
2. Recém-nascidos com indicadores de risco (IRDA): o exame inicial deve ser o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), também conhecido como BERA.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A audiometria é um exame comportamental que exige a colaboração ativa do paciente (levantar a mão ou apertar um botão ao ouvir o som). É impossível de ser realizada em um recém-nascido de forma fidedigna para triagem.

b) Incorreta. O reflexo cócleo-palpebral é uma avaliação rudimentar em que se observa se o bebê pisca diante de um som súbito e intenso. Não possui sensibilidade nem especificidade para ser utilizado como método de triagem auditiva moderno.

c) Incorreta. As emissões otoacústicas (EOA) avaliam apenas a integridade das células ciliadas externas da cóclea. Em bebês que passaram pela UTI Neonatal, existe um risco aumentado de neuropatia auditiva (perda retrococlear). Se fizermos apenas a EOA, esse bebê pode passar no teste (pois a cóclea pode estar normal), mas ter uma surdez de origem nervosa que não seria detectada.

d) Correta. O PEATE avalia toda a via auditiva, desde a cóclea e o nervo auditivo até o tronco encefálico. Por ser mais completo e capaz de detectar neuropatias auditivas (frequentes em prematuros e crianças de UTI), é o padrão-ouro e o exame indicado para recém-nascidos com indicadores de risco.

e) Incorreta. A impedanciometria avalia a complacência da membrana timpânica e o funcionamento da orelha média (presença de secreção ou problemas nos ossículos). Não é um teste de triagem para avaliar a capacidade auditiva ou a integridade neural do sistema auditivo no recém-nascido.

Questão 97

Nesta questão, o cenário clínico descreve uma parada cardiorrespiratória (PCR) em uma criança de 3 anos dentro de um ambiente monitorado (UTI Pediátrica). O ponto crucial para a resolução é a identificação do ritmo cardíaco no monitor: Taquicardia Ventricular (TV) em um paciente sem pulso.

De acordo com as diretrizes de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), os ritmos de parada cardíaca são divididos em dois grupos: ritmos chocáveis e ritmos não chocáveis.

1. Ritmos Chocáveis: Fibrilação Ventricular (FV) e Taquicardia Ventricular sem pulso (TVSP).
2. Ritmos Não Chocáveis: Assistolia e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP).

Para ritmos chocáveis como a TV sem pulso identificada no caso, a prioridade absoluta é a desfibrilação rápida para tentar restaurar o ritmo sinusal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A epinefrina (adrenalina) é a primeira droga a ser administrada em ritmos não chocáveis (assistolia/AESP). Em ritmos chocáveis (FV/TVSP), a prioridade é o choque. A epinefrina só será administrada após o segundo choque, caso a parada persista após os ciclos de RCP.

b) Correta. Identificada uma TV sem pulso, a conduta imediata é realizar a desfibrilação (com carga inicial de 2 J/kg) e retomar imediatamente as compressões torácicas por 2 minutos antes de uma nova checagem de ritmo. O objetivo é cessar a atividade elétrica caótica e permitir que o marca-passo natural do coração retome o comando.

c) Incorreta. A amiodarona (ou lidocaína) é um antiarrítmico indicado apenas em casos de FV ou TV sem pulso refratários, ou seja, após a aplicação do terceiro choque e manutenção do ritmo chocável. Não é a primeira medida.

d) Incorreta. Se o ritmo já foi identificado no monitor como chocável, não se deve aguardar mais tempo de RCP. O atraso na desfibrilação reduz drasticamente as chances de sucesso na reanimação cardiopulmonar. O protocolo manda chocar assim que o desfibrilador estiver disponível e carregado.

e) Incorreta. A atropina não faz parte do algoritmo atual de parada cardiorrespiratória. Ela pode ser utilizada em situações específicas de bradicardia sintomática (geralmente associada a aumento do tônus vagal), mas não tem indicação na TV sem pulso.

Questão 98

A questão apresenta um quadro clínico clássico da doença de Kawasaki, uma vasculite sistêmica primária que acomete preferencialmente vasos de médio calibre e ocorre predominantemente em crianças menores de 5 anos.

Para o diagnóstico da forma completa da doença de Kawasaki, o critério obrigatório é a presença de febre persistente por, no mínimo, cinco dias, associada a, pelo menos, quatro dos cinco critérios clínicos seguintes:

1. Alterações nas extremidades (edema e eritema de mãos e pés na fase aguda ou descamação periungueal na fase subaguda).
2. Exantema polimorfo (geralmente maculopapular).
3. Hiperemia conjuntival bilateral não exsudativa (sem secreção).
4. Alterações nos lábios e na cavidade oral (lábios fissurados/eritematosos, língua em morango, orofaringe hiperemiada).
5. Linfadenopatia cervical (geralmente unilateral, maior que 1,5 cm).

No caso descrito, a criança apresenta febre há seis dias, exantema, hiperemia conjuntival sem secreção, alterações orais (lábios inchados e língua em morango) e alterações nas extremidades (edema e descamação). Portanto, o diagnóstico é preenchido com clareza.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A escarlatina, causada pelo *Streptococcus pyogenes*, também pode cursar com língua em morango e exantema. No entanto, o exantema da escarlatina tem aspecto de lixa (micropapular) e é acompanhado de faringite exsudativa e palidez perioral (sinal de Filatov), além de não apresentar a hiperemia conjuntival característica do caso.

b) Correta. O paciente preenche os critérios diagnósticos para a doença de Kawasaki: febre prolongada (6 dias) + conjuntivite não purulenta + alterações orais + alterações nas extremidades + exantema. A irritabilidade é um sintoma muito comum e característico dessa patologia.

c) Incorreta. A síndrome de Stevens-Johnson é uma reação de hipersensibilidade grave, geralmente induzida por fármacos (como a dipirona citada). Caracteriza-se por necrose e descolamento da epiderme, com acometimento de mucosas (erosões e crostas hemorrágicas), o que difere das alterações inflamatórias descritas na questão.

d) Incorreta. Embora a criança tenha usado dipirona, o quadro é sistêmico demais para ser apenas uma farmacodermia. A presença de conjuntivite, língua em morango e o tempo de febre direcionam especificamente para a vasculite de Kawasaki, e não apenas para uma reação cutânea à droga.

e) Incorreta. A síndrome do choque tóxico (estafilocócica ou estreptocócica) cursa com febre, exantema e descamação, mas o quadro clínico é marcado por instabilidade hemodinâmica grave (choque), falência de múltiplos órgãos e progressão muito mais rápida e fulminante do que a descrita no enunciado.

Questão 99

Para resolver essa questão, é fundamental analisar os dados clínicos e laboratoriais fornecidos. Estamos diante de um lactente de 15 meses com um quadro agudo de febre e vômitos, mas que se encontra em bom estado geral e consciente. O ponto crucial é a interpretação do líquido cefalorraquidiano (LCR).

A análise do LCR revela:

1. Pleocitose leve (40 leucócitos/mL).
2. Predomínio linfocitário absoluto.
3. Glicorraquia normal.
4. Proteínas normais.

Este padrão (aumento discreto de células com predomínio de linfócitos e bioquímica normal) é clássico das meningites virais, também chamadas de meningites assépticas. Diferente da meningite bacteriana, na qual esperaríamos um líquido turbido, com centenas ou milhares de células (predomínio de polimorfonucleares/neutrófilos), hipoglicorraquia (glicose baixa) e hiperproteíorraquia (proteína alta).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Como o quadro clínico é estável (bom estado geral) e o perfil do líquido é fortemente sugestivo de etiologia viral, a conduta inicial correta é o suporte sintomático (analgésicos, antitérmicos e hidratação) enquanto se aguarda a evolução clínica e exames complementares de confirmação. Na maioria das meningites virais, não há tratamento específico necessário além do suporte.

Alternativa (b) Incorreta: O aciclovir é indicado nos casos de encefalite herpética ou meningite por Herpes Simplex em recém-nascidos. No caso em questão, o paciente está consciente, sem sinais de comprometimento do parênquima cerebral (encefalite) e fora do período neonatal, não havendo indicação rotineira para o uso de antiviral.

Alternativa (c) Incorreta: Esta alternativa sugere tratamento para meningite bacteriana. Além de o perfil do LCR não ser compatível com bactéria, a penicilina cristalina não é a droga de escolha inicial para esta faixa etária, e a dexametasona é um adjuvante usado especificamente antes ou junto com a primeira dose de antibiótico na suspeita bacteriana (principalmente por *H. influenzae* ou pneumococo) para reduzir sequelas auditivas e neurológicas.

Alternativa (d) Incorreta: A dexametasona isolada não trata a inflamação meníngea de origem viral e não tem indicação como monoterapia no manejo inicial da meningite.

Alternativa (e) Incorreta: Ceftriaxona associada à vancomicina constitui o esquema antibiótico empírico de amplo espectro para meningite bacteriana comunitária. Embora seja uma conduta comum em casos de líquido purulento ou paciente grave, os achados deste LCR (linfocitose e bioquímica normal) e o bom estado geral do paciente permitem a conduta expectante sem o uso imediato de antibióticos potentes.

Questão 100

O ponto fundamental para resolver esta questão é identificar que o recém-nascido é de termo (gestação a termo) e se apresenta vigoroso, ou seja, está chorando/respirando e possui bom tônus muscular. Segundo as diretrizes mais recentes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) sobre Reanimação Neonatal, a presença de líquido meconial não altera a conduta inicial se o bebê estiver vigoroso.

Alternativa a) Incorreta. Bebês vigorosos não devem ser levados rotineiramente ao berço de reanimação. Além disso, a aspiração de vias aéreas (boca e nariz) não é mais recomendada de forma rotineira, mesmo em casos de líquido meconial, devendo ser realizada apenas se houver obstrução evidente que impeça a respiração.

Alternativa b) Incorreta. A visualização traqueal com laringoscópio para aspiração traqueal rotineira em bebês nascidos com líquido meconial caiu em desuso há vários anos. Mesmo para bebês não vigorosos, a prioridade atual é a ventilação com pressão positiva, e não a aspiração traqueal sistemática. Para um bebê vigoroso, esse procedimento é totalmente contraindicado.

Alternativa c) Incorreta. Embora o contato pele a pele esteja correto, o clampeamento do cordão não deve ser imediato. Em recém-nascidos de termo ou pré-termo tardio (maior ou igual a 34 semanas) que nascem vigorosos, o clampeamento deve ser tardio para garantir os benefícios hematológicos e de estoques de ferro.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa reflete exatamente a recomendação da SBP para recém-nascidos com idade gestacional de 34 semanas ou mais que apresentam boa vitalidade ao nascer (respirando/chorando e com bom tônus muscular), independentemente do aspecto do líquido amniótico. A conduta é promover o contato pele a pele imediato com a mãe, prover calor, manter vias aéreas pérvias e realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 e 3 minutos (no mínimo 60 segundos).

Alternativa e) Incorreta. O encaminhamento ao berço de reanimação, o estímulo tátil e a monitorização da oximetria são passos iniciais indicados para bebês que NÃO nascem vigorosos (que não respiram ou têm tônus flácido). Como o bebê do enunciado está bem, ele deve permanecer com a mãe.