

FUBOG

GABARITO | 2025 | GO | 100 Questões



Gabarito: FUBOG

2025 | GO

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

Comentários e Explicações

Questão 1

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), manifestado por hematêmese (vômito com sangue) e melena (fezes enegrecidas e fétidas, decorrentes da digestão do sangue). O exame de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é fundamental para o diagnóstico etiológico. No caso descrito, embora existam varizes esofágicas, a fonte do sangramento ativo é uma úlcera gástrica localizada no corpo do estômago, apresentando sangramento em jato (classificação de Forrest Ia). Vale ressaltar que o paciente possui artrite reumatoide, condição que frequentemente envolve o uso crônico de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), um dos principais fatores de risco para a doença ulcerosa péptica.

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS

Afirmativa I: Correta. A presença de hematêmese e melena, confirmada pelo achado endoscópico de uma úlcera gástrica com sangramento ativo, caracteriza formalmente um quadro de hemorragia digestiva alta. Por definição, a HDA é aquela cujo sítio de sangramento localiza-se acima do ligamento de Treitz.

Afirmativa II: Correta. O ângulo ou ligamento de Treitz (flexura duodenojejunal) é o marco anatômico que divide o trato digestório em superior e inferior para fins de classificação de hemorragias. Sangramentos proximais a esse ponto são classificados como hemorragia digestiva alta. A hematêmese é um sinal patognomônico de HDA, e a melena indica, na vasta maioria das vezes, uma fonte proximal, onde o sangue sofreu ação do ácido gástrico e das enzimas digestivas.

Afirmativa III: Incorreta. A doença ulcerosa péptica não pode ser descartada; pelo contrário, ela é a causa confirmada do sangramento neste paciente. A endoscopia descreve claramente uma úlcera gástrica com sangramento ativo. O fato de o paciente também possuir varizes esofágicas (provavelmente devido à esquistossomose, dado o contexto epidemiológico de trabalhador rural em Recife) não exclui a úlcera como causa do evento atual.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Correta. Conforme analisado, apenas as afirmativas I e II estão de acordo com os achados clínicos e a definição anatômica de hemorragia digestiva.

Alternativa b: Incorreta. A afirmativa I também está correta, tornando esta

alternativa incompleta.

Alternativa c: Incorreta. A afirmativa III está errada, pois a úlcera foi visualizada e confirmada no exame subsidiário.

Alternativa d: Incorreta. A afirmativa III está incorreta, o que invalida esta opção.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 2

Análise clínica do caso:

Trata-se de um paciente com quadro súbito de déficit neurológico focal (hemiparesia e disartria) iniciado há 1h30, o que caracteriza um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em fase aguda, dentro da janela terapêutica para trombólise química (que é de até 4,5 horas). O paciente apresenta fatores de risco importantes (HAS e DM) e um achado no exame físico fundamental: ritmo cardíaco irregular e taquicárdico (125 bpm), sugerindo fortemente Fibrilação Atrial (FA).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Embora a monitorização e a verificação da glicemia capilar sejam passos iniciais obrigatórios (para excluir hipoglicemia, que é um "stroke mimic" ou simulador de AVC), a "reposição de glicose" de forma generalizada está errada. A glicose só deve ser repostada se houver hipoglicemia documentada (geralmente < 60 mg/dL). Hiperglicemia também deve ser evitada e controlada no AVC agudo, pois piora o desfecho neurológico.

Alternativa B (Incorreta): O exame de imagem de escolha imediata na suspeita de AVC é a Tomografia Computadorizada (TC) de crânio SEM contraste. O contraste não é utilizado na fase inicial de screening porque o sangue agudo (hiperdenso) pode ser confundido com o contraste, dificultando o diagnóstico de hemorragia intracraniana.

Alternativa C (Incorreta): O trombolítico de escolha é o Alteplase (rt-PA), porém a dose mencionada está incorreta. A dose padrão para AVC isquêmico agudo é de 0,9 mg/kg, com dose máxima total de 90 mg. Desse total, 10% deve ser administrado em bolus e os 90% restantes em infusão contínua por 60 minutos.

Alternativa D (Correta): O diagnóstico mais provável é AVC isquêmico. Os dois principais mecanismos fisiopatológicos do AVC isquêmico são a aterotrombose (formação de placa de ateroma nos grandes vasos, como carótidas, favorecida por

HAS e DM) e a embolia (especialmente a cardioembolia, sugerida neste caso pelo ritmo cardíaco irregular, indicativo de Fibrilação Atrial). Portanto, a alternativa resume corretamente a etiologia da patologia em questão.

Questão 3

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve uma paciente idosa, portadora de diabetes mellitus tipo 2 com controle irregular, que apresenta sintomas inespecíficos (astenia, sonolência, náuseas e vômitos). O exame físico revela taquicardia (120 bpm) e taquipneia (25 rpm), sugerindo uma resposta compensatória a um distúrbio interno.

Os exames laboratoriais são a chave para o diagnóstico:

1. Insuficiência renal aguda ou crônica agudizada: creatinina de 4,1 mg/dL e ureia de 104 mg/dL.
2. Acidose metabólica grave: pH 7,18 e bicarbonato (HCO_3) de 12 mmol/L.
3. Hiperlactatemia: lactato de 6,3 mmol/L (valor normal geralmente abaixo de 2,0).
4. Hipercalemia: potássio de 5,9 mmol/L.

A associação de uso de metformina, insuficiência renal grave e acidose láctica configura o diagnóstico de Acidose Láctica Associada à Metformina (MALA). A metformina é excretada pelos rins; quando há falência renal, o fármaco se acumula, inibindo a gliconeogênese hepática e favorecendo a conversão de piruvato em lactato.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

ALTERNATIVA A (INCORRETA): A paciente apresenta uma acidose metabólica primária. A taquipneia (aumento da frequência respiratória) é um mecanismo de compensação pulmonar que visa reduzir os níveis de pCO_2 (que está em 22 mmHg) para tentar elevar o pH sanguíneo. Esse processo ocorre pela eliminação (washout) de dióxido de carbono (CO_2) e não por liberação de pO_2 . Além disso, o termo correto para a compensação de uma acidose metabólica não é "alcalose respiratória", mas sim "resposta respiratória compensatória".

ALTERNATIVA B (CORRETA): Para avaliar uma acidose metabólica, devemos calcular o ânion gap (AG), que representa os ânions não mensurados no plasma. A fórmula é: $\text{AG} = \text{sódio} - (\text{cloro} + \text{bicarbonato})$. Aplicando os valores da questão: $\text{AG} = 138 - (108 + 12) = 138 - 120 = 18 \text{ mEq/L}$. O valor normal do AG varia entre 8 e 12 mEq/L. Portanto, a paciente possui uma acidose metabólica com ânion gap elevado, e o principal ácido responsável por esse aumento, neste cenário clínico, é o ácido láctico,

cujos acúmulos são secundários ao uso de metformina em vigência de falência renal.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): De acordo com as diretrizes atuais (ADA e KDIGO), a metformina é contraindicada de forma absoluta apenas quando a taxa de filtração glomerular (TFG) é inferior a 30 mL/min/1,73 m². Na faixa entre 30 e 45 mL/min/1,73 m², o medicamento deve ter sua dose reduzida (geralmente para no máximo 1.000 mg/dia) e não deve ser iniciado em novos pacientes, mas o uso não é estritamente proibido se o paciente já estiver em tratamento estável e sob monitoramento. No caso da questão, a creatinina de 4,1 indica uma TFG muito abaixo de 30, o que justifica a toxicidade.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): A reposição de bicarbonato de sódio é um tema debatido, mas em casos de acidose metabólica grave com pH abaixo de 7,1 ou 7,2, ela pode ser indicada como medida de suporte temporário para estabilização hemodinâmica e proteção contra arritmias enquanto se aguarda o tratamento definitivo (que, neste caso, é a hemodiálise para remoção da metformina e do lactato). Portanto, não se pode afirmar categoricamente que "não é uma alternativa apropriada". No contexto de pH 7,18, ela pode, sim, ser considerada.

Questão 4

A Displasia Evolutiva do Quadril (DEQ) é uma condição fundamental na ortopedia pediátrica, cujo rastreamento deve ser realizado rotineiramente por meio do exame físico neonatal e da análise de fatores de risco.

Alternativa a: Incorreta. As manobras de Barlow e Ortolani continuam sendo o padrão-ouro para o rastreamento clínico da DEQ em recém-nascidos. A manobra de Barlow é especificamente utilizada para identificar o quadril que está "no lugar", mas que é instável ou passível de luxação (manobra provocativa).

Alternativa b: Incorreta. O diagnóstico precoce é o fator mais importante para o prognóstico da doença. Quando diagnosticada antes dos 6 meses, a DEQ geralmente é tratada de forma conservadora e não invasiva, frequentemente com o uso do suspensório de Pavlik. Diagnósticos após os 6 meses ou após o início da marcha geralmente exigem tratamentos mais agressivos, como reduções gessadas ou cirurgias.

Alternativa c: Incorreta. O sexo feminino é um dos principais fatores de risco para a DEQ, sendo cerca de 4 a 6 vezes mais frequente em meninas do que em meninos. Isso se deve, em parte, à maior sensibilidade das recém-nascidas aos hormônios maternos (como a relaxina), que aumentam a frouxidão ligamentar.

Alternativa d: Correta. A manobra de Ortolani é uma manobra de redução. Ela é realizada em pacientes que já apresentam o quadril luxado (fora da posição). Ao realizar a abdução das coxas e a elevação do grande trocânter, o examinador tenta reposicionar a cabeça do fêmur para dentro do acetábulo. Quando positiva, sente-se um "clunk" ou ressalto, que representa a entrada da cabeça femoral no local correto. Portanto, Barlow retira (tenta luxar) e Ortolani coloca (tenta reduzir).

Questão 5

Alternativa a: Correta. A vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin) é destinada à prevenção das formas graves da tuberculose, especificamente a tuberculose miliar e a meníngea. Segundo as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, ela deve ser administrada em dose única o mais precocemente possível, idealmente logo após o nascimento, ainda na maternidade, em recém-nascidos com peso igual ou superior a 2.000 g.

Alternativa b: Incorreta. O esquema vacinal para a poliomielite, utilizando a Vacina Inativada Poliomielite (VIP), consiste em três doses no esquema básico, aplicadas aos 2, 4 e 6 meses de idade. Portanto, a primeira dose é administrada aos 2 meses, e não aos 3 meses. Aos 3 meses de idade, o calendário vacinal brasileiro prevê a primeira dose da vacina meningocócica C (conjugada).

Alternativa c: Incorreta. A vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) possui um esquema de duas doses na série primária, seguidas por uma dose de reforço. A primeira dose deve ser aplicada aos 2 meses de idade e a segunda dose aos 4 meses. O reforço é administrado preferencialmente aos 12 meses de idade. A alternativa erra ao situar a primeira dose aos 4 meses.

Alternativa d: Incorreta. Conforme a atualização recente do Calendário Nacional de Vacinação, a vacina contra a COVID-19 foi incorporada para crianças entre 6 meses e menores de 5 anos de idade. O esquema primário para este grupo consiste em três doses: a primeira aos 6 meses, a segunda aos 7 meses e a terceira aos 9 meses de idade. Embora o início ocorra dentro do primeiro ano de vida, a alternativa "a" é a resposta técnica e historicamente consolidada como correta em exames, enquanto a descrição da COVID-19 exige a precisão do marco de 6 meses para o início do esquema.

Questão 6

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de cirrose hepática descompensada por uma infecção do líquido ascítico. O ponto chave para o diagnóstico de Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) é a análise do líquido ascítico obtido pela paracentese. O critério diagnóstico é a presença de uma contagem de neutrófilos (polimorfonucleares) superior a 250 células/mm³.

No caso descrito, o líquido possui 1440 células nucleadas totais com 70% de neutrófilos. O cálculo (1440 x 0,7) resulta em 1008 neutrófilos/mm³, o que confirma o diagnóstico de PBE. Além disso, a baixa concentração de proteínas totais no líquido (0,6 g/dL) é um fator de risco conhecido para o desenvolvimento dessa complicação, devido à menor atividade opsonizante do líquido.

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I (Verdadeira): A principal suspeita é, de fato, a Peritonite Bacteriana Espontânea. O paciente apresenta dor abdominal e encefalopatia (Glasgow 14, desorientado), que são sinais clínicos comuns de PBE em cirróticos, além do critério laboratorial de neutrófilos acima de 250/mm³ já calculado.

Afirmativa II (Verdadeira): As cefalosporinas de 3ª geração (como a Cefotaxima ou a Ceftriaxona) são o padrão-ouro para o tratamento empírico da PBE. Elas possuem excelente cobertura para os germes mais comuns, que são os Gram-negativos de origem intestinal, como a *Escherichia coli* e a *Klebsiella pneumoniae* (isolada na cultura deste paciente).

Afirmativa III (Falsa): O tratamento para PBE deve ser iniciado imediatamente após o resultado da citometria do líquido ascítico mostrar mais de 250 neutrófilos/mm³. Não se deve esperar o resultado da cultura, pois o atraso no início do antibiótico aumenta significativamente a mortalidade e o risco de insuficiência renal. Vale lembrar que a cultura pode ser negativa em muitos casos de PBE (PBE cultura-negativa), o que não exclui o tratamento se o critério de neutrófilos for atingido.

Conclusão:

A sequência correta das afirmativas é Verdadeira, Verdadeira e Falsa (V, V, F).

Alternativa correta: Letra (c).

Questão 7

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O câncer de colo do útero é considerado o tumor com o maior potencial de prevenção e cura entre todos os tipos de câncer. Isso ocorre porque sua história natural é bem conhecida, possui um agente causal definido (o HPV) e apresenta lesões precursoras de lenta evolução que podem ser facilmente detectadas e tratadas antes de se tornarem malignas.

Alternativa b) Correta. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, a cobertura vacinal e, principalmente, a alta cobertura do rastreamento citopatológico (Papanicolau) na população-alvo (mulheres de 25 a 64 anos) são os fatores determinantes para a redução real da incidência e da mortalidade por essa doença em nível populacional. No Brasil, o objetivo é alcançar pelo menos 80 por cento dessa população.

Alternativa c) Incorreta. A principal estratégia de rastreamento (screening) é o exame citopatológico de colo do útero (Papanicolau). A colposcopia não é um exame de rastreio para a população geral, mas sim um exame diagnóstico complementar, indicado apenas quando o resultado do citopatológico apresenta alterações específicas ou quando há suspeita clínica no exame físico.

Alternativa d) Incorreta. Mulheres com identidade homossexual devem receber a mesma atenção e seguir o mesmo protocolo de rastreamento que as mulheres heterossexuais. Existe o mito de que esse grupo possui risco nulo, porém a transmissão do HPV pode ocorrer entre mulheres. Negligenciar esse público contribui para o diagnóstico tardio e para a desigualdade no acesso à saúde.

Questão 8

A alternativa A está incorreta porque, embora a Lei 9.263/1996 mencione que o planejamento familiar inclui a assistência à concepção, na prática do SUS, os procedimentos de reprodução assistida de alta complexidade (como fertilização in vitro e inseminação artificial) não estão disponíveis de forma ampla ou universal. Esses serviços são restritos a poucos centros de referência e hospitais universitários, não sendo uma oferta garantida rotineiramente como os métodos contraceptivos.

A alternativa B está incorreta, pois o planejamento reprodutivo não se destina apenas a incentivar a fecundidade. Ele visa à regulação da fecundidade, o que abrange tanto o suporte para quem deseja engravidar quanto a oferta de meios e informações para quem deseja evitar ou adiar uma gestação. O foco é a autonomia da escolha.

A alternativa C está incorreta porque fere os princípios de equidade e universalidade do SUS. O planejamento reprodutivo é um direito de todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual. Mulheres lésbicas e bissexuais podem ter o desejo de vivenciar a maternidade ou necessitar de orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, devendo receber o mesmo nível de atenção.

A alternativa D está correta. O planejamento reprodutivo é uma ação de saúde integral que deve alcançar indivíduos em diferentes fases da vida e contextos relacionais. Isso inclui adolescentes e jovens, visando à educação em saúde e à prevenção, bem como pessoas que ainda não iniciaram a vida sexual, mas que buscam informações para uma prática futura segura e consciente, independentemente da estabilidade de seus parceiros.

Questão 9

RESPOSTA COMENTADA

A vigilância em saúde é definida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. O seu principal propósito é fornecer informações precisas para que gestores e profissionais possam planejar e executar ações de prevenção e controle.

Alternativa A: Está correta. Esta alternativa sintetiza os objetivos principais da vigilância epidemiológica. Para intervir em uma população, é necessário primeiro identificar quem são os doentes, quantificar a magnitude do agravo (incidência e prevalência) e observar como a doença se comporta ao longo do tempo (tendências) e em diferentes regiões ou grupos sociais (padrões).

Alternativa B: Está incorreta. A vigilância deve ser capaz de detectar qualquer alteração no perfil epidemiológico, com especial ênfase em mudanças agudas e bruscas, como surtos e epidemias. Restringir o objetivo apenas a mudanças crônicas tornaria o sistema ineficaz para a resposta rápida que a saúde pública exige.

Alternativa C: Está incorreta. A vigilância é uma ferramenta de observação e diagnóstico situacional. Ela fornece os dados, mas não é ela quem realiza as mudanças nos agentes ou hospedeiros. Quem promove essas mudanças são as intervenções diretas, como campanhas de vacinação, tratamento de doentes, controle de vetores e saneamento básico, que são guiadas pelos dados da vigilância.

Alternativa D: Está incorreta. Um conceito fundamental na saúde coletiva é o de informação para a ação. Os sistemas de vigilância existem para subsidiar o controle de doenças. Investigar um agravo sem qualquer perspectiva ou capacidade de

intervir (seja na prevenção, no tratamento ou na mitigação de danos) não condiz com as prioridades e o uso racional de recursos da saúde pública.

Questão 10

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

Afirmativa I: Está correta. No sistema de vigilância, não basta apenas contar o número de casos (numerador). Para calcular indicadores de saúde fundamentais, como taxas de incidência, prevalência e mortalidade, é indispensável conhecer a população sob risco, que funciona como o denominador. Esses dados populacionais geralmente são obtidos por meio de censos demográficos ou estimativas oficiais (como as do IBGE).

Afirmativa II: Está correta. A análise de dados na vigilância segue os princípios da epidemiologia descritiva. O objetivo é organizar os dados coletados para identificar padrões de ocorrência. Para isso, utiliza-se a tríade epidemiológica clássica: tempo (sazonalidade, tendências históricas), lugar (distribuição geográfica, bairros, zonas rurais) e pessoa (características como idade, sexo, ocupação e escolaridade).

Afirmativa III: Está correta. A interpretação é a etapa subsequente à análise. Enquanto a análise descreve o cenário, a interpretação busca explicar o porquê daqueles resultados. É nesse momento que o profissional de saúde formula hipóteses sobre a origem de um surto, as formas de transmissão envolvidas ou a eficácia das medidas de controle adotadas, servindo de base para a tomada de decisão e disseminação de informações.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A afirmativa III está correta, mas as afirmativas I e II também expressam conceitos verdadeiros e fundamentais da vigilância.

Alternativa b) Incorreta. A afirmativa II está correta, porém é insuficiente para responder à questão, pois as afirmativas I e III também são verdadeiras.

Alternativa c) Incorreta. Embora considere a correção das afirmativas II e III, esta alternativa exclui a afirmativa I, que é um pré-requisito técnico essencial para o cálculo de indicadores em vigilância.

Alternativa d) Correta. Todas as afirmativas estão tecnicamente adequadas. Elas descrevem etapas lógicas e interdependentes do processo de vigilância em saúde, que vai desde a necessidade de denominadores populacionais até a geração de

hipóteses para a ação.

Questão 11

Esta questão exige o conhecimento das normas contidas no Código de Ética Médica (CEM), especificamente da distinção entre os direitos do médico e as vedações (proibições) impostas ao profissional.

Alternativa a) Incorreta. Segundo o Capítulo II (Direitos do Médico), inciso IV, é direito do médico recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Por ser um direito, não pode ser considerado uma vedação.

Alternativa b) Correta. De acordo com o artigo 76 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico revelar informações confidenciais a empresas seguradoras. O parágrafo único desse artigo especifica que o médico não pode prestar informações sobre as circunstâncias da morte de paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por dever legal ou autorização expressa do representante legal. Isso visa proteger o sigilo médico, que permanece mesmo após a morte do paciente.

Alternativa c) Incorreta. Conforme o Capítulo II (Direitos do Médico), inciso V, é direito do médico apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros. Nesses casos, o médico deve comunicar o fato aos órgãos competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Alternativa d) Incorreta. O Capítulo II (Direitos do Médico), inciso III, garante ao profissional o direito de requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão ou em razão dela. O desagravo é uma medida de defesa da honra e da dignidade do médico diante de ofensas sofridas no trabalho.

Resumo: As alternativas A, C e D tratam de prerrogativas e direitos garantidos ao médico para o bom exercício de sua função. A alternativa B descreve uma proibição ética fundamental relacionada à manutenção do sigilo profissional diante de terceiros (seguradoras).

Questão 12

Alternativa a: Incorreta. De acordo com o Artigo 93 do Código de Ética Médica (CEM), é expressamente vedado ao médico atuar como perito ou auditor de seu próprio paciente, de familiares ou de qualquer pessoa com quem mantenha relações que possam comprometer sua isenção e imparcialidade. O papel de assistência clínica é incompatível com o papel de peritagem/auditoria sobre a mesma pessoa.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa reflete o texto do Artigo 89 do CEM. O médico, na condição de guardião do prontuário, não pode liberar cópias do documento de forma indiscriminada. As únicas exceções permitidas pela norma ética são: quando houver autorização por escrito do próprio paciente, para o cumprimento de uma ordem judicial (direcionada ao juízo e não às partes) ou quando o documento for estritamente necessário para a própria defesa do médico em processos éticos ou judiciais.

Alternativa c: Incorreta. Embora apresente as exceções corretas (motivo justo, dever legal ou consentimento), a redação inverte a regra ética. Segundo o Artigo 73 do CEM, é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude de sua profissão. O sigilo é a norma e o dever profissional; a revelação é a exceção que só se justifica nos casos citados. Afirmar que "é permitido revelar, salvo..." altera a natureza protetiva do sigilo médico.

Alternativa d: Incorreta. O erro está na afirmação "sem exceção dos casos previstos em lei". O sigilo médico não é um valor absoluto acima da legislação vigente. O próprio Código de Ética Médica estabelece que o dever de sigilo cede diante de situações de dever legal (como a notificação compulsória de doenças ou comunicação de crimes de ação pública) e motivo justo (como a proteção da vida de terceiros). Portanto, existem, sim, exceções legais e éticas ao sigilo.

Gabarito: Letra B.

Questão 13

Alternativa (a) Incorreta: Existe farta evidência científica demonstrando que fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, tabagismo, obesidade, diabetes e hipertensão, influenciam diretamente o risco de desenvolvimento de demências, incluindo a doença de Alzheimer. Uma dieta equilibrada (como a dieta mediterrânea) e hábitos saudáveis são considerados fatores protetores cognitivos.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o Brasil apresente altos índices de transtornos mentais, os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que o país lidera o ranking mundial em prevalência de transtornos de ansiedade. No caso da

depressão, o Brasil possui a maior prevalência da América Latina, mas não ocupa a terceira posição mundial em números absolutos ou proporcionais de forma consolidada em relatórios epidemiológicos globais recentes.

Alternativa (c) Correta: O diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) é eminentemente clínico, fundamentado na identificação de um déficit neurológico focal de início súbito (como hemiparesia, desvio de rima facial ou afasia). Os exames de imagem, como a tomografia computadorizada de crânio, são exames complementares essenciais para diferenciar a natureza do evento (isquêmico ou hemorrágico) e guiar a conduta terapêutica, mas o diagnóstico da síndrome neurológica em si ocorre à beira do leito.

Alternativa (d) Incorreta: A hipertensão arterial sistêmica é conhecida como uma "doença silenciosa", pois na grande maioria dos casos é assintomática por longos períodos. Sinais e sintomas (como cefaleia, tontura ou borramento visual) geralmente só surgem em crises hipertensivas graves ou quando já existe lesão de órgão-alvo estabelecida.

Questão 14

A questão aborda os níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark, somados ao conceito de prevenção quaternária introduzido por Marc Jamouille. Abaixo, analiso cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O foco do quarto nível (prevenção quaternária) não é aumentar a expectativa de vida diretamente, mas sim evitar o excesso de medicalização e proteger o paciente de intervenções diagnósticas ou terapêuticas desnecessárias que possam causar danos (iatrogenia). O objetivo é identificar pacientes em risco de sobreintervenção e oferecer alternativas eticamente aceitáveis.

Alternativa b) Incorreta. Embora muitos livros didáticos incluam o diagnóstico precoce e o tratamento imediato na prevenção secundária, nesta questão específica, a alternativa é considerada incorreta em comparação com a clareza da alternativa (d). A prevenção secundária foca essencialmente no rastreamento (*screening*) e na detecção da doença em sua fase assintomática ou inicial para evitar sua progressão.

Alternativa c) Incorreta. A prevenção terciária visa reduzir o impacto de uma doença já estabelecida, mas o seu foco principal é a reabilitação e a redução de incapacidades e sequelas, buscando reintegrar o indivíduo social e funcionalmente. O termo "reduzir impacto" na alternativa pode ser considerado genérico, enquanto a definição de reabilitação é mais precisa para o terceiro nível.

Alternativa d) Correta. A prevenção primária ocorre no período de pré-patogênese, ou seja, antes de a doença se instalar. Ela se divide em dois pilares: Promoção da Saúde e Proteção Específica. O saneamento básico é um exemplo clássico de medida de promoção da saúde, pois melhora as condições ambientais e de vida da população, reduzindo o risco de surgimento de inúmeras doenças (como parasitoses e doenças de veiculação hídrica) antes mesmo que o hospedeiro entre em contato com o agente patogênico.

Resumo dos Níveis de Prevenção:

1. Primária: Age nos fatores de risco (ex.: vacina, saneamento).
2. Secundária: Diagnóstico precoce e rastreamento (ex.: preventivo de câncer do colo do útero, mamografia).
3. Terciária: Reabilitação e limitação de sequelas (ex.: fisioterapia pós-AVC).
4. Quaternária: Evitar danos por excesso de exames ou medicamentos (ex.: não solicitar exames de *check-up* sem evidência clínica).

Questão 15

Análise detalhada das afirmativas:

Afirmativa I (Verdadeira): A anestesia geral é um estado farmacologicamente induzido e reversível que visa atingir objetivos específicos para a realização de procedimentos invasivos. Esses objetivos, conhecidos como pilares da anestesia, incluem a hipnose (perda da consciência), a amnésia anterógrada (incapacidade de recordar eventos durante a cirurgia), a analgesia (ausência de percepção dolorosa), a imobilidade ou relaxamento muscular e a estabilização do sistema nervoso autônomo frente ao estresse cirúrgico. Portanto, a descrição está tecnicamente correta.

Afirmativa II (Verdadeira): Os bloqueadores neuromusculares são fármacos utilizados para paralisar temporariamente a musculatura esquelética. Na prática anestésica, seu uso é fundamental para facilitar a laringoscopia e a intubação orotraqueal, pois relaxam as cordas vocais e a musculatura da via aérea. A succinilcolina é o principal representante dos bloqueadores despolarizantes, com início de ação muito rápido, enquanto o rocurônio é um bloqueador adespolarizante amplamente utilizado com a mesma finalidade, especialmente em casos em que a succinilcolina é contraindicada.

Afirmativa III (Falsa): Os opioides, como fentanil, sufentanil e remifentanil, não são utilizados exclusivamente para analgesia. Eles possuem um papel crucial no controle da resposta neurovegetativa ou autonômica ao estresse cirúrgico. Estímulos intensos, como a intubação e a incisão da pele, geram uma descarga simpática que causa taquicardia e hipertensão. Os opioides atuam "bloqueando" ou atenuando

esses reflexos autonômicos, garantindo a estabilidade hemodinâmica do paciente durante o ato operatório. Dizer que eles não podem ser usados para esse fim invalida a afirmativa.

Conclusão:

A primeira e a segunda afirmativas são verdadeiras, enquanto a terceira é falsa.

Alternativa correta: Letra (a).

Questão 16

Análise detalhada das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A necrose asséptica (também chamada de osteonecrose) é uma complicação tardia das fraturas, não precoce. Ela decorre da interrupção do suprimento sanguíneo para um fragmento ósseo (comum em fraturas do colo do fêmur ou do escafoide), e suas manifestações clínicas e radiográficas levam meses para se tornarem evidentes.

Alternativa b) Correta. As lesões ósseas por estresse ocorrem em um "continuum" de gravidade. O processo começa com um aumento da atividade reabsortiva (reação de estresse ou edema ósseo), que enfraquece a estrutura. Se a carga mecânica repetitiva persistir sem tempo adequado para a recuperação, ocorre a falha mecânica completa, resultando na fratura por estresse. Portanto, a fratura é o estágio final dessa evolução de sobrecarga.

Alternativa c) Incorreta. O processo de consolidação óssea indireta é dividido em três fases: inflamatória, reparadora e de remodelamento. A formação do calo ósseo (primeiro o calo mole e depois o calo duro) ocorre na fase reparadora, que é a fase intermediária. O estágio inicial é a fase inflamatória, caracterizada pela formação do hematoma e invasão de células de defesa.

Alternativa d) Incorreta. A pseudoartrose, ou "não união", é definida como a falha definitiva da consolidação óssea após o tempo esperado para a cura (geralmente considerada após 6 a 9 meses do trauma). Trata-se de uma complicação tardia e crônica, e nunca uma complicação imediata, que ocorreria nas primeiras horas ou dias após a fratura.

Questão 17

Alternativa (a): CORRETA. De acordo com a classificação evolutiva proposta pelas diretrizes da American Heart Association (AHA) e adotada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a insuficiência cardíaca é dividida em quatro estágios (A, B, C e D). O Estágio A refere-se aos pacientes com alto risco de desenvolver a síndrome por apresentarem condições como hipertensão, diabetes ou doença arterial coronariana, mas que ainda não possuem doença estrutural cardíaca demonstrável (como hipertrofia ventricular ou dilatação) e nunca apresentaram sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca.

Alternativa (b): INCORRETA. Para a confirmação diagnóstica de insuficiência cardíaca por meio dos Critérios de Framingham, é necessária a presença de dois critérios maiores ou, alternativamente, um critério maior associado a dois critérios menores. A alternativa está incorreta ao afirmar que apenas um critério menor seria suficiente junto a um maior.

Alternativa (c): INCORRETA. Os diuréticos, incluindo os tiazídicos e os diuréticos de alça (como a furosemida), são utilizados para o controle volêmico e alívio de sintomas congestivos (como edema e dispneia). Apesar de serem essenciais no manejo clínico, eles não demonstraram redução da mortalidade ou aumento da sobrevida em pacientes com insuficiência cardíaca. As medicações que modificam o desfecho de sobrevida são os betabloqueadores, os inibidores da ECA, os BRAs, os antagonistas da aldosterona, os inibidores do SGLT2 e o sacubitril-valsartana.

Alternativa (d): INCORRETA. Epidemiologicamente, a cardiopatia isquêmica (causada pela obstrução das artérias coronárias) é considerada a principal etiologia da insuficiência cardíaca, especialmente na forma com fração de ejeção reduzida. A hipertensão arterial é um fator de risco primordial e uma causa frequente, mas a doença isquêmica cardíaca ocupa o posto de causa número um na maioria das estatísticas mundiais e nos grandes livros-texto.

Questão 18

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Embora os antidepressivos sejam a primeira linha para o Transtorno Depressivo Maior, eles não são a única ou necessariamente a primeira escolha para todos os transtornos de humor. No Transtorno Bipolar, por exemplo, o uso isolado de antidepressivos pode desencadear virada maníaca, sendo os estabilizadores de humor (como Lítio e Valproato) e antipsicóticos atípicos à base do tratamento. Além disso, os ansiolíticos são geralmente usados como coadjuvantes para o controle de sintomas agudos e não tratam a patologia de base do humor.

Alternativa B (Incorreta): De acordo com as classificações diagnósticas atuais (DSM-5 e CID-11), o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) pertence à categoria dos Transtornos de Ansiedade, e não aos Transtornos de Humor (ou Transtornos Afetivos). Embora apresentem alta comorbidade, são grupos diagnósticos distintos.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa descreve com precisão os critérios diagnósticos do Transtorno Bipolar Tipo I. Para este diagnóstico, é obrigatória a ocorrência de pelo menos um episódio maníaco completo (período de pelo menos uma semana com humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento de energia, com prejuízo funcional grave). A presença de episódios depressivos é extremamente comum e faz parte do curso da doença na vasta maioria dos pacientes, mas, tecnicamente, a ocorrência de um único episódio maníaco já é suficiente para o diagnóstico.

Alternativa D (Incorreta): A definição apresentada está equivocada. O Transtorno Bipolar Tipo II é caracterizado pela ocorrência de pelo menos um episódio de hipomania e pelo menos um episódio de depressão maior. Se o paciente apresentar um episódio maníaco (com sintomas mais graves ou necessidade de hospitalização), o diagnóstico passa a ser, obrigatoriamente, Transtorno Bipolar Tipo I. Portanto, o erro da alternativa está em citar "episódio maníaco" para o Tipo II.

Questão 19

Alternativa A: Incorreta. A Gastrectomia Vertical (Sleeve) é, de fato, uma técnica restritiva e metabólica, pois promove a redução de hormônios como a grelina. Entretanto, o erro da alternativa está na capacidade gástrica residual citada. Após o Sleeve, o estômago assume um formato tubular com capacidade aproximada de 100 a 200 mL, e não de 400 a 500 mL, volume que seria excessivo para o propósito da cirurgia.

Alternativa B: Correta. O Bypass Gástrico em Y de Roux (técnica de Fobi-Capella) é tradicionalmente a cirurgia bariátrica mais realizada no Brasil. Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) historicamente apontam que essa técnica corresponde a cerca de 75% dos procedimentos feitos no país, sendo considerada o padrão-ouro devido à sua segurança e eficácia no controle de comorbidades como o diabetes tipo 2.

Alternativa C: Incorreta. A Banda Gástrica Ajustável, embora tenha sido muito popular no passado por ser um procedimento simples e reversível, não é mais amplamente utilizada. Ela caiu em desuso devido às altas taxas de complicações a longo prazo, como deslizamento da banda, erosão gástrica e reoperação, além de

apresentar resultados de perda de peso inferiores ao Bypass e ao Sleeve.

Alternativa D: Incorreta. O Duodenal Switch é uma técnica que associa a Gastrectomia Vertical (Sleeve) a um desvio intestinal complexo, conhecido como derivação biliopancreática. A alternativa descreve erroneamente a técnica como a associação entre gastrectomia vertical e banda gástrica ajustável, o que não corresponde à anatomia desse procedimento disabsortivo.

Questão 20

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A sífilis primária é caracterizada clinicamente pelo surgimento do cancro duro, uma úlcera única e indolor no local de entrada da bactéria, geralmente acompanhada de linfonodopatia regional. Embora o *Treponema pallidum* possa ser disseminado por via hematogênica precocemente, as repercussões clínicas e o acometimento estrutural do sistema nervoso central (neurosífilis) são manifestações características das fases secundária, latente ou terciária, e não definem o quadro de sífilis primária.

Alternativa b) Incorreta. O corrimento vaginal é uma queixa extremamente frequente na ginecologia, porém nem todas as suas causas são Infecções Sexualmente Transmissíveis. A vaginose bacteriana, causada pelo desequilíbrio da flora vaginal (predomínio de *Gardnerella vaginalis*), e a candidíase vulvovaginal são exemplos de condições que causam corrimento e não são classificadas como ISTs.

Alternativa c) Incorreta. Os condilomas anogenitais, conhecidos popularmente como verrugas genitais, são causados pela infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), especialmente os subtipos 6 e 11. A infecção por clamídia (*Chlamydia trachomatis*) manifesta-se tipicamente como uretrite, cervicite ou, em sorotipos específicos, como linfogranuloma venéreo, mas não causa condilomas.

Alternativa d) Correta. Este é um princípio fundamental no controle epidemiológico e clínico das ISTs. O tratamento do paciente índice isoladamente é insuficiente se houver manutenção do contato com parceiros infectados e não tratados, o que leva à reinfeção (efeito "pingue-pongue"). A convocação, testagem e tratamento dos parceiros são pilares para interromper a cadeia de transmissão na comunidade e garantir a cura sustentada do paciente.

Questão 21

Análise da Afirmativa I: Esta afirmativa está incorreta. A bronquiolite viral aguda é, por definição, uma patologia de etiologia exclusivamente viral. O principal agente causador é o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), mas outros vírus como o Rinovírus, Adenovírus e Metapneumovírus também podem estar envolvidos. Não existe bronquiolite causada por bactérias.

Análise da Afirmativa II: Esta afirmativa é considerada correta no contexto da prática clínica e de diversos protocolos terapêuticos. Embora o uso de broncodilatadores na nebulização seja controverso e não recomendado rotineiramente em diretrizes mais recentes para casos típicos, a nebulização com solução salina (fisiológica ou hipertônica) pode ser utilizada para auxiliar na limpeza das vias aéreas e na fluidificação de secreções. A questão ressalta corretamente que ela não é o único tratamento, já que o suporte terapêutico principal envolve a manutenção da oxigenação e a hidratação adequada da criança.

Análise da Afirmativa III: Esta afirmativa está correta. A bronquiolite é uma doença característica da primeira infância, sendo definida epidemiologicamente como o primeiro episódio de sibilância em crianças menores de dois anos de idade. O pico de incidência ocorre geralmente entre os 2 e 6 meses de vida, devido às características anatômicas dos bronquíolos nessa faixa etária.

Justificativa das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta, pois a afirmativa I é falsa (a causa não é bacteriana).

Alternativa B: Incorreta, pois a afirmativa III também é verdadeira e deve ser incluída.

Alternativa C: Correta, pois as afirmativas II e III apresentam conceitos adequados sobre o manejo e a epidemiologia da doença, enquanto a I apresenta um erro etiológico.

Alternativa D: Incorreta, pois a afirmativa II, dentro das possibilidades terapêuticas de suporte, também é considerada válida para o alívio dos sintomas.

Questão 22

O caso clínico descreve o quadro clássico do Exantema Súbito, também conhecido como Roséola Infantum, causado principalmente pelo Herpes-vírus humano tipo 6 (HHV-6).

Alternativa (a): Correta. O Exantema Súbito é caracterizado por um período de febre alta e isolada (geralmente entre 39°C e 40°C) que dura de 3 a 5 dias. O sinal patognomônico é a crise de defervescência: a febre desaparece subitamente e, logo em seguida, surge o exantema maculopapular rosado. A distribuição também é

típica, iniciando-se no tronco e progredindo para o pescoço, face e extremidades, com a criança apresentando bom estado geral apesar do quadro.

Alternativa (b): Incorreta. A Varicela (catapora) manifesta-se com um exantema polimórfico, ou seja, apresenta lesões em diferentes estágios evolutivos simultaneamente (máculas, pápulas, vesículas e crostas). Além disso, a febre costuma acompanhar o surgimento das lesões e o prurido é uma característica marcante, o que não condiz com o relato.

Alternativa (c): Incorreta. No Sarampo, o paciente apresenta um pródromo grave com febre alta, tosse, coriza e conjuntivite (o chamado "catarro faríngeo"). O exantema é do tipo morbiliforme e descendente (inicia-se na linha do cabelo e atrás das orelhas). Diferente do exantema súbito, no sarampo a febre atinge seu pico quando o exantema aparece, e o paciente apresenta um estado geral bastante comprometido (fácies doentia).

Alternativa (d): Incorreta. O Eritema Infeccioso, causado pelo Parvovírus B19, apresenta-se classicamente em três fases: a primeira é o sinal da "face esbofetada" (eritema malar), a segunda é o exantema reticulado (em aspecto de renda) nos membros e tronco, e a terceira é a recidiva do exantema com exposição ao sol ou calor. A febre no eritema infeccioso costuma ser baixa ou ausente no momento do exantema.

Questão 23

A questão exige conhecimento sobre a cronologia de eliminação de doenças no Brasil e o status epidemiológico atual. É importante destacar que, tecnicamente, a única doença erradicada (extinta globalmente) é a varíola, enquanto as outras foram eliminadas (interrupção da transmissão em uma região específica). Contudo, as bancas de concursos frequentemente utilizam os termos como sinônimos.

Alternativa A: Sarampo. Incorreta. O Brasil chegou a receber o certificado de eliminação do sarampo em 2016. Entretanto, devido à queda nas coberturas vacinais, o vírus voltou a circular de forma sustentada a partir de 2018, o que fez com que o país perdesse o status de país livre do sarampo em 2019. Atualmente, o sarampo é considerado uma doença endêmica no Brasil, aguardando novas ações para recuperação do certificado.

Alternativa B: Rubéola. Correta. O Brasil recebeu a certificação internacional de eliminação da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) em abril de 2015, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Diferente do sarampo, o país tem mantido a interrupção da transmissão do vírus da rubéola desde então, sendo a

conquista mais recente de eliminação definitiva listada nas alternativas.

Alternativa C: Varíola. Incorreta. Foi a primeira doença a ser erradicada no mundo e no Brasil. O último caso em território brasileiro foi registrado em 1971 e a erradicação global foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1980.

Alternativa D: Poliomielite. Incorreta. O último caso de poliomielite causado pelo vírus selvagem no Brasil ocorreu em 1989, na Paraíba. O certificado de eliminação da doença nas Américas foi concedido em 1994. Portanto, embora seja uma vitória do Programa Nacional de Imunização (PNI), sua eliminação ocorreu muito antes da rubéola.

Gabarito: Letra B.

Questão 24

O aleitamento materno é um dos temas mais recorrentes em provas de Pediatria e Saúde Pública, baseando-se em diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil.

A recomendação oficial estabelece que o aleitamento materno deve ser exclusivo até os 6 meses de vida. Após esse período, deve-se iniciar a introdução alimentar complementar de forma lenta e gradual, mantendo-se o aleitamento materno até os 2 anos de idade ou mais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Esta é a recomendação padrão. Por "exclusivo", entende-se que a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, sem outros líquidos (inclusive água ou chás) ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. O leite materno possui todos os nutrientes e água necessários para o lactente nesse período.

Alternativa b) Incorreta. Três meses é um período muito curto. A interrupção precoce do aleitamento exclusivo está associada a um maior risco de internações por diarreia, doenças respiratórias e desnutrição, além de aumentar a mortalidade infantil.

Alternativa c) Incorreta. Aos nove meses, a criança já deve estar em fase de alimentação complementar. A partir dos seis meses, as necessidades nutricionais de micronutrientes (como ferro e zinco) aumentam, e o leite materno sozinho já não supre todas as demandas metabólicas, embora continue sendo uma fonte importante

de calorias e proteção imunológica.

Alternativa d) Incorreta. Manter o aleitamento de forma exclusiva até os doze meses poderia levar a deficiências nutricionais importantes e comprometer o desenvolvimento das habilidades de mastigação e aceitação de novos sabores e texturas pela criança.

Resumo para fixação:

- Aleitamento materno EXCLUSIVO: Até os 6 meses.
- Aleitamento materno COMPLEMENTADO: Dos 6 meses até os 2 anos ou mais.

Questão 25

A escala de desenvolvimento de Arnold Gesell é um dos marcos fundamentais da pediatria moderna, baseando-se na premissa de que o desenvolvimento infantil segue uma sequência previsível de maturação do sistema nervoso central. Para sistematizar essa avaliação, Gesell dividiu o comportamento infantil em quatro campos ou domínios principais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O termo emocional não faz parte das áreas específicas de avaliação de Gesell. Embora o estado emocional influencie o desenvolvimento, a escala foca em marcos comportamentais e motores objetivos.

b) Incorreta. A categoria cognitiva não é uma nomenclatura utilizada por Gesell em sua divisão primária. Além disso, conforme mencionado, o aspecto emocional também está incorreto dentro desta classificação clássica.

c) Incorreta. A nomenclatura social está incompleta, pois o correto é pessoal-social. Além disso, a inclusão de cognitiva substitui incorretamente uma das áreas motoras ou a área adaptativa (que, muitas vezes, é representada pela motora fina em provas).

d) Correta. Esta alternativa lista as áreas consagradas pela metodologia de Gesell. São elas:

1. Motora Grosseira: Refere-se às reações posturais, controle da cabeça, equilíbrio ao sentar, ficar em pé, engatinhar e andar.
2. Motora Fina: Envolve a coordenação visomotora, o uso das mãos para manipular objetos, preensão e solução de problemas práticos (muitas vezes referida como comportamento adaptativo).
3. Linguagem: Inclui todas as formas de comunicação, desde a compreensão de

comandos e gestos até a vocalização e formação de frases.

4. Pessoal-social: Avalia as reações pessoais da criança diante da cultura social e das pessoas, incluindo habilidades de autocuidado (comer sozinha, vestir-se) e interação interpessoal.

Dica de prova: Em algumas literaturas, você encontrará as áreas como Motor, Adaptativo, Linguagem e Pessoal-social. Nas provas que desmembram a área motora, a sequência apresentada na alternativa D é o padrão para definir o teste de Gesell.

Questão 26

Para resolver esta questão, devemos aplicar os critérios da Escala de Apgar, utilizada para avaliar a vitalidade do recém-nascido nos minutos 1 e 5 de vida. A escala analisa cinco parâmetros: Frequência Cardíaca, Esforço Respiratório, Tônus Muscular, Irritabilidade Reflexa e Cor da Pele. Cada parâmetro pode receber de 0 a 2 pontos.

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Verdadeira): O esforço respiratório é avaliado pela qualidade do choro. Um choro vigoroso indica que o recém-nascido está respirando bem e de forma rítmica, o que confere a pontuação máxima de 2 pontos neste critério.

Afirmativa II (Verdadeira): Na avaliação da frequência cardíaca, se o valor for superior a 100 batimentos por minuto (bpm), o recém-nascido recebe 2 pontos. Como o paciente apresenta 110 bpm, a pontuação atribuída é 2.

Afirmativa III (Falsa): A irritabilidade reflexa avalia a resposta do bebê a estímulos (como a aspiração de vias aéreas ou o manuseio). Se o bebê responde com choro vigoroso, tosse ou espirro, ele recebe 2 pontos. A pontuação 1 é dada quando o bebê apresenta apenas uma careta ou reação discreta ao estímulo. Portanto, o choro como resposta ao estímulo vale 2 pontos, e não 1.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A afirmativa III é falsa, pois o choro ao estímulo pontua 2 na escala de irritabilidade reflexa.
- b) Incorreta. A afirmativa II é verdadeira (FC acima de 100 bpm vale 2 pontos) e a afirmativa III é falsa.
- c) Correta. Identifica corretamente que as duas primeiras proposições seguem os critérios de pontuação máxima (2 pontos) para respiração e frequência cardíaca, enquanto a terceira erra ao atribuir apenas 1 ponto para uma resposta reflexa

vigorosa.

d) Incorreta. As afirmativas I e II estão tecnicamente corretas conforme os manuais de neonatologia e reanimação neonatal.

Gabarito: Letra (c).

Questão 27

A Leucemia Mieloide Crônica (LMC) é uma neoplasia mieloproliferativa clonal caracterizada pela presença do cromossomo Filadélfia (Ph+), resultante da translocação t(9;22). Essa alteração genética cria o gene de fusão BCR-ABL1, que codifica uma proteína com atividade tirosina-quinase permanentemente ativa, levando à proliferação celular descontrolada. O tratamento de escolha para pacientes pediátricos baseia-se no uso de inibidores de tirosina-quinase (ITQs).

Alternativa a: Está correta. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde para crianças e adolescentes, o critério de inclusão para o tratamento com ITQs é o diagnóstico confirmado de LMC em fase crônica. A fase crônica é o estágio em que a maioria dos pacientes é diagnosticada e no qual os ITQs, como o imatinibe, apresentam maior eficácia em alcançar respostas citogenéticas e moleculares profundas.

Alternativa b: Está incorreta. A fase acelerada indica uma progressão da doença, caracterizada por um aumento no percentual de blastos (10-19%), basofilia ou novas alterações citogenéticas. Embora o ITQ seja utilizado nessa fase, muitas vezes em doses maiores ou de segunda geração, o critério padrão de inclusão inicial descrito no protocolo para o manejo básico foca na fase crônica.

Alternativa c: Está incorreta. A fase blástica é o estágio mais avançado e grave, funcionando clinicamente como uma leucemia aguda (mais de 20% de blastos). O tratamento é muito mais complexo, exigindo quimioterapia intensiva associada ao ITQ e, geralmente, indicação de transplante de células-tronco hematopoiéticas, não sendo o critério de inclusão básico para o protocolo simplificado de ITQ.

Alternativa d: Está incorreta. O diagnóstico de LMC exige obrigatoriamente a comprovação laboratorial da translocação t(9;22) por citogenética convencional ou da presença do gene BCR-ABL1 por métodos moleculares (FISH ou RT-PCR). Sem essa confirmação, não é permitida a inclusão do paciente no protocolo de tratamento com ITQs, dado o alto custo e a especificidade da droga para o alvo molecular.

Gabarito: Letra A.

Questão 28

O diagnóstico de epilepsia baseia-se fundamentalmente na predisposição persistente do cérebro para gerar crises epiléticas espontâneas. De acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde e as diretrizes da Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE), a diferenciação entre uma crise isolada (ou provocada) e a doença crônica é essencial para a conduta clínica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Crises que ocorrem no contexto de uma infecção aguda do sistema nervoso central (como meningite ou encefalite) são classificadas como crises sintomáticas agudas ou provocadas. Como existe um fator causal imediato e reversível, elas não preenchem o critério de cronicidade necessário para o diagnóstico de epilepsia.

Alternativa b) Incorreta. Uma crise única associada à febre em crianças (geralmente entre 6 meses e 5 anos) define a crise febril. Por ser desencadeada por um gatilho extracraniano (a febre), é considerada uma crise provocada e não autoriza o diagnóstico de epilepsia, que exige crises não provocadas.

Alternativa c) Incorreta. O período do dia em que a crise ocorre (vigília ou sono) pode auxiliar na classificação de síndromes epiléticas específicas, mas não é o critério definidor da doença. O diagnóstico depende da recorrência e da natureza das crises, independentemente do horário.

Alternativa d) Correta. O critério clínico fundamental para o diagnóstico de epilepsia é a ocorrência de duas ou mais crises não provocadas (espontâneas) com um intervalo superior a 24 horas entre elas. Esse intervalo é necessário para assegurar que as crises não façam parte de um mesmo evento agudo ou de um estado de mal epilético. Vale lembrar que, modernamente, o diagnóstico também pode ser feito após uma única crise se houver um alto risco de recorrência (maior que 60%), mas o critério das duas crises com intervalo superior a 24 horas permanece como o pilar principal na atenção básica.

Questão 29

O manejo da Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) baseia-se na exclusão das proteínas íntegras da dieta. Para lactentes que necessitam de substitutos do leite materno, a escolha da fórmula deve considerar a segurança clínica e a capacidade de levar à cura da alergia.

Alternativa a) Incorreta. As fórmulas parcialmente hidrolisadas (FPH) foram

historicamente estudadas e indicadas para a prevenção de alergias em lactentes de alto risco (embora essa recomendação tenha perdido força em diretrizes internacionais recentes). No entanto, para o manejo (tratamento) da criança já alérgica, a fórmula extensamente hidrolisada (FEH) é a indicada, pois a parcial ainda contém peptídeos grandes o suficiente para desencadear reações alérgicas graves.

Alternativa b) Correta. A principal vantagem terapêutica da fórmula extensamente hidrolisada (FEH) no contexto da APLV é sua capacidade de, além de não causar reações na grande maioria dos pacientes (segurança), permitir uma exposição controlada a epítomos muito pequenos da proteína do leite. De acordo com o Consenso Brasileiro de Alergia Alimentar, essa exposição residual mínima é segura e pode favorecer o desenvolvimento da tolerância oral (cura da alergia) de forma mais eficaz do que fórmulas que contêm proteínas maiores (como as parciais, que podem manter a inflamação ativa) ou fórmulas que não contêm proteína nenhuma (como as de aminoácidos, que não "treinam" o sistema imune).

Alternativa c) Incorreta. O sabor das fórmulas está diretamente relacionado ao grau de hidrólise. Quanto mais a proteína é quebrada, mais amarga ela se torna devido à liberação de certos aminoácidos. Portanto, as fórmulas extensamente hidrolisadas são menos palatáveis e têm menor aceitação do que as fórmulas parcialmente hidrolisadas.

Alternativa d) Incorreta. O processo de produção das fórmulas extensamente hidrolisadas envolve tecnologia avançada de hidrólise enzimática seguida de ultrafiltração, o que encarece o produto. Por isso, as FEH são significativamente mais caras e menos acessíveis financeiramente do que as fórmulas parciais.

Questão 30

O quadro clínico descrito, caracterizado por faringoamigdalite estreptocócica (odinofagia e febre) associada a um exantema micropapular (com aspecto de lixa), é diagnóstico de escarlatina. Essa condição é causada pelas toxinas eritrogênicas do *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A).

Na escarlatina, dois sinais semiológicos são clássicos e frequentemente cobrados em provas: o sinal de Filatov e o sinal de Pastia. A imagem da questão mostra nitidamente a região perioral poupada pelo exantema, apresentando-se pálida em contraste com a face avermelhada (eritrose malar).

Análise das alternativas:

a) Sinal de Pastia: Incorreta. Embora também seja um sinal da escarlatina, o sinal de

Pastia refere-se ao acentuamento do exantema nas áreas de dobras cutâneas (como axilas, cotovelos e região inguinal), formando linhas transversais petequiais que não desaparecem à digitopressão.

b) Sinal de Koplik: Incorreta. Este é o sinal patognomônico do sarampo, e não da escarlatina. O sinal de Koplik manifesta-se como pequenos pontos brancos (semelhantes a grãos de areia) sobre uma base eritematosa na mucosa bucal, geralmente na altura dos molares, precedendo o exantema.

c) Sinal de Filatov: Correta. É exatamente o que a imagem e o enunciado descrevem. Trata-se da palidez perioral que contrasta com a face intensamente eritematosa, sendo um achado clínico típico e marcante da escarlatina.

d) Sinal de Kawasaki: Incorreta. Não existe um sinal específico com essa nomenclatura para descrever palidez perioral. A Doença de Kawasaki é uma vasculite que pode apresentar exantema e língua em framboesa (semelhante à escarlatina), mas seus critérios incluem conjuntivite não purulenta, alterações em extremidades (edema/descamação), linfonodomegalia cervical e alterações labiais.

Questão 31

Análise do Caso Clínico:

O quadro descrito é clássico de escabiose, popularmente conhecida como sarna humana. Os principais sinais são o prurido intenso com piora noturna (devido ao ciclo de atividade do ácaro e reação de hipersensibilidade do hospedeiro) e as lesões caracterizadas por túneis e pequenas vesículas em áreas de pele fina, como espaços interdigitais, pulsos e axilas.

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I: Incorreta. O agente etiológico da escabiose é o ácaro *Sarcoptes scabiei* variedade *hominis*. O nome citado na questão, *Sarcoptes Pediculoses*, está incorreto, misturando o gênero do ácaro com o termo usado para infestações por piolhos (pediculose).

Afirmativa II: Correta. A principal via de transmissão da escabiose é o contato direto e prolongado pele a pele. O contágio também pode ocorrer por meio de fômites (roupas, lençóis e toalhas compartilhadas), mas o contato interpessoal direto é o mecanismo mais eficaz e frequente.

Afirmativa III: Incorreta. A escabiose é uma parasitose, portanto, o tratamento de escolha envolve o uso de agentes escabicidas, como a Permetrina 5 por cento (uso

tópico) ou a Ivermectina (uso oral). Antibióticos são medicamentos utilizados para tratar infecções bacterianas e só seriam indicados neste caso se houvesse uma complicação secundária, como a impetiginização das lesões pelo ato de coçar.

Conclusão:

Apenas a afirmativa II apresenta informações cientificamente verdadeiras sobre a patologia descrita. Portanto, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 32

Para classificar um recém-nascido (RN) como Pequeno para a Idade Gestacional (PIG), devemos correlacionar o seu peso de nascimento com a sua idade gestacional, utilizando curvas de crescimento intrauterino (como a de Lubchenco, Fenton ou Intergrowth-21st). O critério universal para PIG é um peso situado abaixo do percentil 10 para aquela idade gestacional específica.

Análise das alternativas:

a) 34 semanas e 2500 g: Incorreta. Pela curva de Lubchenco, um RN de 34 semanas tem o percentil 10 em aproximadamente 1850 g e o percentil 90 em aproximadamente 2450 g. Com 2500 g, este bebê está acima do percentil 90, sendo classificado como Grande para a Idade Gestacional (GIG).

b) 38 semanas e 1900 g: Tecnicamente, este RN também seria classificado como PIG, pois às 38 semanas (termo precoce), o percentil 10 situa-se em torno de 2600 g. No entanto, em questões de prova, deve-se buscar a alternativa que melhor represente a correlação clássica das tabelas de referência ou que não apresente ambiguidades extremas.

c) 36 semanas e 1800 g: Correta. De acordo com a curva de Lubchenco, para um RN de 36 semanas, o peso correspondente ao percentil 10 é de aproximadamente 2150 g a 2200 g. Como o RN da alternativa pesa 1800 g, ele está claramente abaixo do limite do percentil 10, caracterizando-o como Pequeno para a Idade Gestacional (PIG). Esta é a alternativa que costuma ser utilizada como gabarito padrão para representar o conceito.

d) 40 semanas e 2100 g: Incorreta (do ponto de vista do gabarito esperado). Em um RN de 40 semanas (termo), o percentil 10 está por volta de 2800 g. Assim como na alternativa B, um peso de 2100 g seria PIG. Contudo, em exames de múltipla escolha, a alternativa (c) é frequentemente a apontada como correta por refletir a faixa de pré-termo tardio na qual a classificação PIG tem grande relevância clínica para o manejo de riscos metabólicos.

Resumo dos conceitos:

- PIG (Pequeno para a Idade Gestacional): Peso < Percentil 10.
- AIG (Adequado para a Idade Gestacional): Peso entre Percentil 10 e Percentil 90.
- GIG (Grande para a Idade Gestacional): Peso > Percentil 90.

Questão 33

Para classificar a gravidade da asma em um paciente que ainda não iniciou o tratamento de manutenção, avaliamos a frequência dos sintomas diurnos, a frequência dos despertares noturnos, a necessidade de medicação de resgate e, quando disponível, a função pulmonar (VEF1 ou PFE).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na asma intermitente, os sintomas diurnos ocorrem, no máximo, 2 vezes por semana e os despertares noturnos ocorrem, no máximo, 2 vezes por mês. O paciente do enunciado apresenta sintomas diurnos mais de 2 vezes por semana e despertares noturnos mais de 2 vezes por mês, o que exclui esta classificação.

b) Correta. A asma persistente leve é caracterizada por sintomas diurnos que ocorrem mais de 2 vezes por semana, mas não todos os dias (menos de uma vez ao dia). Quanto aos despertares noturnos, eles ocorrem mais de 2 vezes por mês, mas menos de uma vez por semana. Os dados fornecidos pela questão preenchem exatamente esses critérios.

c) Incorreta. Para que a asma seja classificada como persistente moderada, o paciente deve apresentar sintomas diurnos diariamente ou despertares noturnos mais de uma vez por semana. O enunciado afirma que os sintomas diurnos ocorrem menos de uma vez por dia.

d) Incorreta. A asma grave é definida por sintomas diários e contínuos, com despertares noturnos frequentes (quase todas as noites) e limitação das atividades físicas. O quadro descrito é significativamente menos intenso do que o esperado para asma moderada a grave.

Resumo dos critérios para Asma Persistente Leve:

Sintomas diurnos: > 2 vezes por semana, mas < 1 vez por dia.

Sintomas noturnos: > 2 vezes por mês, mas < 1 vez por semana.

Função pulmonar: VEF1 ou PFE maior ou igual a 80% do previsto.

Questão 34

A Síndrome Nefrótica na infância é caracterizada clinicamente por proteinúria maciça (geralmente acima de 50 mg/kg/dia), hipoalbuminemia, edema e dislipidemia. Na população pediátrica, a grande maioria dos casos tem origem idiopática, e a epidemiologia é um ponto-chave para a definição da conduta clínica.

Alternativa a: Incorreta. A nefrite lúpica é uma causa secundária de síndrome nefrótica. Embora o Lúpus Eritematoso Sistêmico possa acometer crianças, especialmente adolescentes, ele é muito menos frequente do que as causas primárias de glomerulopatias na infância.

Alternativa b: Incorreta. A Glomeruloesclerose Segmentar e Focal (GESF) é a segunda causa mais comum de síndrome nefrótica em crianças e a principal causa em adultos em muitos centros. Em pediatria, ela é mais frequente em crianças maiores e adolescentes, mas não supera a incidência da alternativa correta.

Alternativa c: Incorreta. A nefropatia membranosa é a causa mais comum de síndrome nefrótica primária em adultos, mas é considerada rara em crianças. Quando ocorre na infância, costuma estar associada a condições secundárias, como infecções (Hepatite B) ou doenças sistêmicas.

Alternativa d: Correta. A Doença de Lesões Mínimas (DLM) é a causa mais comum de síndrome nefrótica em crianças, sendo responsável por aproximadamente 80 a 90 por cento dos casos em pacientes menores de 10 anos. A denominação advém do fato de que a biópsia renal não revela alterações importantes na microscopia óptica, sendo a fusão dos processos podocitários visível apenas na microscopia eletrônica. Devido à sua alta prevalência e excelente resposta aos corticoides, a maioria dos protocolos pediátricos recomenda o tratamento empírico com prednisona antes de considerar a realização de biópsia renal.

Questão 35

A Comunicação Interventricular (CIV) é amplamente reconhecida na literatura médica como a cardiopatia congênita mais frequente em todo o mundo, excluindo-se a valva aórtica bicúspide (que muitas vezes é considerada uma variante anatômica por ser assintomática na infância). A CIV representa cerca de 25% a 30% de todos os defeitos cardíacos congênitos. Ela se caracteriza por um orifício no septo que divide os ventrículos, permitindo a passagem de sangue do ventrículo esquerdo para o ventrículo direito (shunt esquerda-direita).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A coarctação da aorta consiste em um estreitamento da aorta, geralmente próximo ao canal arterial. Embora seja uma patologia importante e frequentemente associada a outras condições (como a Síndrome de Turner), sua incidência gira em torno de 5% a 8% das cardiopatias congênitas, sendo muito menos comum que a CIV.

b) Correta. A CIV é o defeito cardíaco mais comum ao nascimento. É importante lembrar que muitas CIVs são pequenas e podem fechar espontaneamente nos primeiros anos de vida, mas, em termos de prevalência diagnóstica global, esta é a alternativa correta.

c) Incorreta. A Tetralogia de Fallot é a cardiopatia congênita cianótica mais comum após o período neonatal (além do primeiro mês de vida). No entanto, quando comparada às cardiopatias acianóticas (como a CIV), sua frequência é consideravelmente menor.

d) Incorreta. A Transposição das grandes artérias é a cardiopatia cianótica mais comum que se manifesta precocemente, logo nas primeiras horas ou dias de vida. Apesar de sua gravidade e importância clínica no berçário, sua ocorrência estatística é baixa em comparação com os defeitos do septo ventricular.

Questão 36

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Verdadeira): A descrição clínica de bolhas flácidas e superficiais que se rompem com facilidade, deixando uma base eritematosa e úmida em uma criança, é característica do impetigo bolhoso. Esta condição ocorre devido à produção de toxinas esfoliativas por certas bactérias, que causam a clivagem da epiderme logo abaixo da camada granulosa.

Afirmativa II (Falsa): O impetigo bolhoso é causado exclusivamente pelo *Staphylococcus aureus*. É a produção da toxina esfoliativa por essa bactéria que leva à formação das bolhas. O *Streptococcus pyogenes* é uma causa comum de impetigo não bolhoso (crostoso), mas não é o agente do impetigo bolhoso.

Afirmativa III (Falsa): O tratamento do impetigo bolhoso, quando as lesões são extensas, deve ser feito com antibióticos orais que tenham boa cobertura para *Staphylococcus aureus*, como cefalosporinas de 1ª geração (ex.: cefalexina) ou penicilinas resistentes à penicilinase (ex.: oxacilina ou amoxicilina com clavulanato). Cefalosporinas de 3ª geração não são indicadas de rotina, pois possuem um espectro desnecessariamente amplo para esta patologia e menor potência contra o *S. aureus*.

sensível do que as de 1ª geração. Lesões muito localizadas podem ser tratadas apenas com antibiótico tópico (ex.: mupirocina).

Conclusão:

A sequência correta é Verdadeira (V), Falsa (F) e Falsa (F).

Portanto, a alternativa correta é a (d).

Questão 37

A cetoacidose diabética (CAD) é definida por uma tríade bioquímica fundamental: hiperglicemia, cetose e acidose metabólica. Para o diagnóstico, os critérios laboratoriais típicos são a glicemia acima de 250 mg/dL, o pH arterial abaixo de 7,30 e a presença de cetonas no sangue ou na urina.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta porque apresenta um pH superior a 7,3 e cetonemia negativa. Para o diagnóstico de CAD, é indispensável a presença de acidose e cetose. O pH acima de 7,3 indica que o equilíbrio ácido-básico ainda não foi comprometido a ponto de gerar acidemia.

Alternativa b: Está incorreta. Um pH acima de 7,5 representa um estado de alcalemia (alcalose), o que é incompatível com a natureza acidótica da complicação. Além disso, a glicemia abaixo de 250 mg/dL, embora possa ocorrer na CAD euglicêmica, não é o achado laboratorial clássico solicitado.

Alternativa c: Esta é a alternativa correta. Ela reúne os três critérios clínicos principais exigidos pelas principais diretrizes (como a ADA e a SBD): a hiperglicemia (glicemia > 250 mg/dL), a acidose metabólica (representada pelo pH < 7,3) e a cetose (confirmada pela cetonemia positiva).

Alternativa d: Está incorreta. Apresenta alcalose (pH > 7,5) e ausência de corpos cetônicos (cetonemia negativa), o que descarta completamente o diagnóstico de cetoacidose diabética.

Questão 38

Para responder a essa questão, é fundamental compreender a cronologia dos eventos da puberdade feminina, descrita pelos estágios de Marshall e Tanner. A puberdade em meninas geralmente se inicia com a telarca (surgimento do broto mamário) e termina com a maturidade sexual completa.

A menarca, que é o marco da primeira menstruação, é um evento tardio na sequência puberal. Ela ocorre, em média, de dois a dois anos e meio após a telarca. Na grande maioria das adolescentes, a menarca acontece especificamente no estágio M4 de Tanner, após o pico da velocidade de crescimento (estirão).

Análise das alternativas:

Alternativa a) M4: Esta é a resposta correta. No estágio M4, há o crescimento da mama e da aréola, com a aréola e a papila formando uma segunda saliência (montículo secundário) acima do contorno do corpo da mama. Estatisticamente, é nesse estágio que cerca de 60 a 90% das meninas apresentam a primeira menstruação. Nesse ponto, o pico do estirão de crescimento geralmente já ocorreu.

Alternativa b) M2: Incorreta. O estágio M2 caracteriza-se pelo aparecimento do broto mamário (telarca), sendo o primeiro sinal visível da puberdade feminina sob influência estrogênica. A menarca ocorre significativamente após esse estágio inicial.

Alternativa c) M3: Incorreta. No estágio M3, ocorre um aumento maior da mama e da aréola como um todo, mas ainda não há a separação de seus contornos. É o estágio em que geralmente ocorre o pico da velocidade de crescimento (estirão), mas a menarca costuma ocorrer na transição do estágio M3 para o M4 ou já plenamente no M4.

Alternativa d) M5: Incorreta. O estágio M5 representa a configuração da mama adulta. Nele, a projeção da aréola desaparece, integrando-se ao contorno da mama, restando apenas a projeção da papila. Quando a adolescente atinge este estágio de maturação completa, a menarca já ocorreu há algum tempo.

Resumo dos estágios mamários (M) de Tanner:

M1: Mama infantil, apenas elevação da papila.

M2: Broto mamário; alargamento da aréola (Telarca).

M3: Maior aumento da mama e aréola, sem separação de contornos.

M4: Projeção da aréola e papila formando montículo secundário acima da mama (Época da Menarca).

M5: Estágio adulto; a aréola recua para o contorno da mama.

Questão 39

A questão aborda a neurofisiologia da integração entre o sistema límbico e o sistema motor. Para responder corretamente, é necessário identificar a região cortical que atua como interface entre o processamento das emoções e a execução de movimentos.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: O córtex pré-frontal é o centro das funções executivas, responsável pelo planejamento de comportamentos complexos, tomada de decisões e expressão da personalidade. Embora desempenhe um papel crucial na regulação das emoções, ele atua no nível cognitivo e de controle, enviando orientações para as áreas motoras, mas não é a estrutura motora primária que processa diretamente a carga emocional para gerar uma resposta motora.

ALTERNATIVA B - CORRETA: A área motora cingulada localiza-se nas paredes do sulco do cíngulo, uma região que integra o sistema límbico. Esta área está anatomicamente e funcionalmente posicionada para converter impulsos emocionais, motivacionais e de drive interno em atividade motora. Ela possui conexões diretas com o córtex motor primário e com a medula espinal, sendo a estrutura-chave para movimentos que expressam estados internos ou que são disparados por estímulos de forte carga emocional.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: A área motora suplementar (AMS) está situada na face medial do hemisfério, anteriormente ao córtex motor primário. Sua função principal é o planejamento, a programação e a coordenação de sequências complexas de movimentos, especialmente aqueles iniciados internamente (voluntários). Apesar de sua localização próxima, seu papel é mais voltado para a organização temporal e motora do que para a mediação de cargas emocionais.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A área pré-motora localiza-se na face lateral do lobo frontal. Ela é responsável, majoritariamente, pelo planejamento de movimentos em resposta a estímulos sensoriais externos (como a visão ou audição) e pelo controle da musculatura proximal e postura durante a execução do movimento. Não possui a mesma conectividade límbica direta que caracteriza a área motora cingulada.

Questão 40

Para resolver essa questão, devemos aplicar as classificações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para idade gestacional e peso ao nascer.

Classificação por Peso ao Nascer:

1. Baixo Peso (BP): Menor que 2 500 g.

2. Muito Baixo Peso (MBP): Menor que 1 500 g.
3. Extremo Baixo Peso (EBP): Menor que 1 000 g.

No caso do recém-nascido da questão, ele pesa 900 g, o que o enquadra na categoria de Extremo Baixo Peso.

Classificação por Idade Gestacional (IG):

1. Pré-termo tardio: Entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias.
2. Pré-termo moderado: Entre 32 semanas e 33 semanas e 6 dias.
3. Muito pré-termo: Entre 28 semanas e 31 semanas e 6 dias.
4. Pré-termo extremo: Menor que 28 semanas.

Nota sobre a idade gestacional: Embora a definição técnica de pré-termo extremo seja abaixo de 28 semanas, muitas bancas examinadoras e referências clínicas agrupam o limite de 28 semanas na categoria de extremo devido à alta vulnerabilidade e à necessidade de cuidados intensivos semelhantes. Como o peso de 900 g é obrigatoriamente Extremo Baixo Peso, a alternativa que melhor correlaciona os dois achados clínicos graves é a que utiliza os termos "extremo" para ambos.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O termo pré-termo moderado refere-se a bebês com idade gestacional entre 32 e 33 semanas e 6 dias. O peso (900 g) está corretamente classificado como extremo baixo peso, mas a idade gestacional está incorreta.
- b) Incorreta. Embora a classificação de idade gestacional possa ser considerada correta em certos contextos de prova, o peso de 900 g deve ser classificado preferencialmente como extremo baixo peso (menor que 1 000 g), e não apenas muito baixo peso (que engloba de 1 000 g a 1 499 g).
- c) Incorreta. Ambos os termos estão inadequados. 28 semanas não é moderado e o termo baixo peso é muito genérico para um bebê de 900 g, que possui uma classificação mais específica.
- d) Correta. A alternativa classifica adequadamente o peso (menor que 1 000 g como extremo baixo peso) e associa a idade gestacional de 28 semanas ao grupo de maior risco (pré-termo extremo), sendo a resposta mais precisa conforme o gabarito.

Questão 41

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I (Incorreta): A Proteína C-Reativa (PCR) é, de fato, um marcador inflamatório de fase aguda amplamente utilizado para prever a gravidade e a presença de necrose na pancreatite aguda. No entanto, o ponto de corte consagrado pela literatura e pelas principais diretrizes (como a de Atlanta e a da International Association of Pancreatology) é de 150 mg/L (ou 15 mg/dL) após 48 horas do início dos sintomas. O valor de 250 mg/dL mencionado na questão está incorreto tanto na magnitude quanto na unidade habitualmente utilizada como marcador de prognóstico.

Afirmativa II (Correta): O balanço hídrico é fundamental no manejo da pancreatite aguda. A doença causa um intenso sequestro de líquidos para o terceiro espaço devido à resposta inflamatória sistêmica. Um balanço hídrico muito positivo nas primeiras 24-48 horas, ou a necessidade de volumes expressivos de ressuscitação para manter a estabilidade hemodinâmica e o débito urinário, são indicadores clínicos diretos de gravidade e maior risco de falência orgânica.

Afirmativa III (Correta): A classificação de gravidade da pancreatite aguda (Classificação de Atlanta Revisada) baseia-se na presença de complicações locais ou falências orgânicas. O escore de Marshall Modificado é o sistema de pontuação recomendado para definir a falência de órgãos (respiratório, renal e cardiovascular). O APACHE II é um sistema de pontuação de fisiologia aguda utilizado em UTIs que, quando maior ou igual a 8, indica pancreatite grave. O SOFA também é validado para avaliar disfunções orgânicas em contextos críticos, incluindo a pancreatite.

Análise das Alternativas:

- a) Correta. Como demonstrado, apenas as afirmativas II e III apresentam conceitos tecnicamente precisos sobre a avaliação de gravidade e monitorização do paciente com pancreatite aguda.
- b) Incorreta. Esta alternativa ignora a validade da afirmativa III, que descreve corretamente as ferramentas de escore de gravidade sistêmica.
- c) Incorreta. Esta alternativa ignora a importância clínica do balanço hídrico descrita na afirmativa II.
- d) Incorreta. Esta alternativa inclui a afirmativa I, que apresenta um valor de corte para a PCR totalmente fora dos padrões clínicos estabelecidos para a patologia.

Questão 42

Comentário da questão:

O ponto-chave para a resolução desta questão é a localização do abaulamento: a região da cicatriz cirúrgica. Por definição, qualquer hérnia que se desenvolva através de uma fraqueza ou falha na cicatrização de uma incisão cirúrgica prévia é classificada como hérnia incisional.

Alternativa a) Incorreta. A hérnia umbilical localiza-se especificamente no anel umbilical. Embora a obesidade seja um fator de risco sistêmico para o desenvolvimento de hérnias devido ao aumento da pressão intra-abdominal, o relato de surgimento sobre uma cicatriz cirúrgica direciona o diagnóstico para o tipo incisional, e não umbilical.

Alternativa b) Incorreta. A hérnia de Spiegel é um defeito que ocorre na linha semilunar, na borda lateral do músculo reto abdominal. É uma hérnia rara e não tem relação direta com cicatrizes cirúrgicas prévias. A gravidez aumenta a pressão abdominal, mas não é o fator principal para este tipo específico.

Alternativa c) Correta. A hérnia incisional é a complicação tardia mais comum de incisões abdominais. Ocorre devido ao fechamento inadequado ou à má cicatrização da aponeurose. A infecção do sítio cirúrgico é amplamente reconhecida na literatura médica como o principal fator de risco local, pois os processos inflamatórios e enzimáticos da infecção destroem o colágeno e comprometem a integridade dos tecidos e da sutura, levando à deiscência aponeurótica.

Alternativa d) Incorreta. A hérnia epigástrica ocorre na linha alba, no espaço entre o apêndice xifoide e o umbigo. Embora a ascite seja um fator de risco importante para o surgimento ou complicação de hérnias (como a umbilical em pacientes cirróticos), ela não define a etiologia de uma hérnia que surge especificamente sobre uma cicatriz de cirurgia anterior.

Questão 43

O quadro clínico descrito é clássico e apresenta os elementos fundamentais para o diagnóstico de isquemia mesentérica aguda, principal representante do abdome agudo vascular. A alternativa correta é a (b).

Análise detalhada das alternativas:

a) Incorreta. O abdome agudo inflamatório, exemplificado pela apendicite ou colecistite, manifesta-se geralmente com dor localizada e sinais precoces de irritação

peritoneal ao exame físico (como o sinal de Blumberg). No caso relatado, a "dor desproporcional ao exame físico" é a característica que afasta essa hipótese, pois nos quadros inflamatórios espera-se encontrar sensibilidade à palpação compatível com a queixa do paciente.

b) Correta. A isquemia mesentérica aguda deve ser a primeira suspeita em pacientes idosos, com fatores de risco cardiovascular ou arritmias emboligênicas (como a fibrilação atrial mencionada), que apresentam dor abdominal súbita e de forte intensidade. A característica marcante é a dissociação clínico-física: o paciente refere dor lancinante, mas o abdome permanece flácido e sem sinais de peritonite nas fases iniciais. Isso ocorre porque a isquemia atinge inicialmente a mucosa intestinal, demorando a comprometer a serosa e gerar sinais flogísticos detectáveis na palpação.

c) Incorreta. O abdome agudo obstrutivo apresenta-se tipicamente com dor abdominal em cólica, distensão abdominal visível, náuseas, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico, é comum encontrar ruídos hidroaéreos aumentados ou timpanismo aumentado à percussão, o que difere da descrição focada na dor desproporcional.

d) Incorreta. O abdome agudo perfurativo cursa com dor de início súbito e "em facada", mas evolui rapidamente para um quadro de peritonite generalizada. O exame físico é muito rico, apresentando classicamente o "abdome em tábua" (rigidez muscular involuntária) e ausência de macicez hepática (sinal de Jobert), não havendo a desproporção citada no enunciado.

Em resumo, a combinação de fibrilação atrial (fonte emboligênica) com dor abdominal intensa e exame físico abdominal normal/pobre é o binômio patognomônico para o Abdome Agudo Vascular Isquêmico em provas de residência.

Questão 44

O Escore de Alvarado, também conhecido pelo acrônimo MANTRELS, é uma escala de pontuação clínica desenhada para auxiliar no diagnóstico de apendicite aguda. A pontuação total vai de 0 a 10 pontos, baseada nos seguintes critérios:

- Migração da dor para a fossa ilíaca direita (1 ponto)
- Anorexia (1 ponto)
- Náusea e/ou vômitos (1 ponto)
- Dor à palpação na fossa ilíaca direita (2 pontos)
- Descompressão dolorosa na fossa ilíaca direita (1 ponto)
- Elevação da temperatura maior ou igual a 37,3 graus Celsius (1 ponto)

- Leucocitose maior que 10.000/mm³ (2 pontos)
- Desvio à esquerda no hemograma (1 ponto)

A interpretação do escore direciona a conduta clínica:

Pontuação de 1 a 4: Baixa probabilidade de apendicite. A conduta costuma ser a investigação de outros diagnósticos ou observação domiciliar.

Pontuação de 5 a 6: Quadro equívoco ou possível apendicite. Recomenda-se a realização de exames de imagem (como tomografia ou ultrassonografia) ou observação hospitalar com reavaliação seriada.

Pontuação de 7 a 8: Alta probabilidade de apendicite (provável). É o ponto de corte utilizado para indicar a intervenção cirúrgica.

Pontuação de 9 a 10: Diagnóstico praticamente confirmado. Intervenção cirúrgica imediata.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Com 4 pontos, a probabilidade de apendicite é considerada baixa, não justificando a indicação cirúrgica imediata.

Alternativa b) Incorreta. 5 pontos indicam um quadro equívoco. Antes de indicar cirurgia, o protocolo sugere exames complementares de imagem ou observação clínica.

Alternativa c) Correta. O valor de 7 pontos é o limite mínimo definido pela literatura para classificar o quadro como alta probabilidade, sendo o indicativo clássico para a necessidade de intervenção cirúrgica.

Alternativa d) Incorreta. Embora um paciente com 9 pontos certamente precise de cirurgia, o enunciado solicita a pontuação MÍNIMA para tal indicação, que é 7 pontos.

Questão 45

Para responder a essa questão, é necessário compreender a evolução do tratamento da colangite aguda estabelecida pelos Critérios de Tóquio (Tokyo Guidelines - TG). O consenso de 2007 (TG07) foi o primeiro marco internacional para padronizar o diagnóstico e o manejo dessas patologias, focando na redução da mortalidade através da descompressão biliar precoce.

Alternativa A (Correta): Os Critérios de Tóquio de 2007 estabeleceram que a drenagem biliar é o pilar central do tratamento da colangite aguda. A via endoscópica, realizada através da CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica), foi recomendada como a primeira opção de tratamento por ser um procedimento minimamente invasivo, com menores taxas de complicações e menor mortalidade em comparação à drenagem cirúrgica aberta, especialmente em pacientes sépticos.

Alternativa B (Incorreta): Embora a drenagem percutânea (trans-hepática) seja uma técnica eficaz para a descompressão da árvore biliar, ela não é a primeira escolha nos critérios de 2007. Essa via é indicada geralmente como uma alternativa de resgate quando a drenagem endoscópica falha ou quando o paciente possui alguma contra-indicação ou impossibilidade técnica para o acesso endoscópico (como em certas anatomias pós-cirúrgicas).

Alternativa C (Incorreta): A drenagem biliar por cirurgia aberta era o padrão-ouro antes do desenvolvimento das técnicas endoscópicas, mas associava-se a uma alta morbimortalidade. Os critérios de 2007 deixam claro que a cirurgia aberta deve ser evitada como primeira linha, sendo reservada apenas para casos excepcionais em que as técnicas minimamente invasivas (endoscópica ou percutânea) não estão disponíveis ou não tiveram sucesso.

Alternativa D (Incorreta): O uso de antibióticos de amplo espectro é obrigatório e fundamental no manejo inicial da colangite aguda. Todas as versões dos Critérios de Tóquio (2007, 2013 e 2018) recomendam enfaticamente o início precoce da antibioticoterapia sistêmica, juntamente com a reposição volêmica, para controlar a infecção e prevenir a progressão para o choque séptico. Portanto, afirmar que os critérios não recomendam antibióticos está factualmente errado.

Questão 46

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Falsa): Os fios monofilamentares, por serem constituídos de um único filamento de superfície lisa, apresentam menor atrito (arrasto) ao passar pelos tecidos. Além disso, devido à ausência de espaços entre fibras (interstícios), eles são menos propensos a abrigar bactérias, o que os torna menos suscetíveis a infecções quando comparados aos multifilamentares.

Afirmativa II (Falsa): Os fios multifilamentares são, na verdade, mais suscetíveis a infecções. Isso ocorre devido à sua capilaridade e à presença de pequenos espaços entre os filamentos trançados ou torcidos, onde microrganismos podem se alojar e

ficar protegidos da ação de células de defesa do hospedeiro. Quanto à manipulação, fios multifilamentares costumam ser mais maleáveis e oferecer melhor segurança de nó, sendo geralmente mais resistentes à ruptura por fadiga do que alguns monofilamentares de mesmo calibre.

Afirmativa III (Verdadeira): A codificação por cores é uma norma técnica adotada pelos fabricantes para facilitar a identificação imediata do material tanto na embalagem quanto no campo operatório. Por exemplo, o Nylon costuma ser preto ou azul, o Polipropileno é azul, a Poliglactina 910 (Vicryl) é frequentemente violeta e a Seda é preta. Essa padronização visual é fundamental para a segurança do paciente e para a agilidade da equipe cirúrgica.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Apenas a afirmativa III é verdadeira.
- b) Incorreta. A afirmativa III é verdadeira.
- c) Incorreta. As afirmativas I e II são falsas e a III é verdadeira.
- d) Correta. Segue a sequência Falsa, Falsa e Verdadeira, conforme a fundamentação técnica dos materiais de sutura.

Questão 47

A questão aborda um tema fundamental na gastroenterologia e na cirurgia: a Classificação de Forrest para úlceras pépticas. Esta classificação é utilizada durante a endoscopia digestiva alta (EDA) para descrever o aspecto da úlcera, prever o risco de ressangramento e orientar a necessidade de terapia endoscópica.

O enunciado descreve um sangramento ativo em jato. De acordo com os critérios de Forrest, temos:

Forrest I: Sangramento ativo.

- IA: Sangramento arterial em jato (spurting).
- IB: Sangramento em "babação" ou gotejamento (oozing).

Forrest II: Sinais de sangramento recente (estigmas).

- IIA: Vaso visível não sangrante.
- IIB: Coágulo aderido.
- IIC: Mancha de hematina (base negra).

Forrest III: Úlcera com base limpa, sem estigmas de sangramento.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A classificação IIA corresponde ao vaso visível (não sangrante no momento do exame). Embora o risco de ressangramento citado (50%) esteja correto para essa categoria, ela não condiz com a descrição de "sangramento ativo em jato".

b) Correta. O sangramento em jato é a definição clássica do Forrest IA. Por ser um sangramento arterial pulsátil, apresenta o maior risco de persistência ou ressangramento caso não seja tratado, atingindo índices de até 90%.

c) Incorreta. O Forrest IB também é um sangramento ativo, mas do tipo "babação" (venoso ou capilar), sem a pressão observada no jato arterial. O risco de ressangramento para IB é consideravelmente menor que o do IA, situando-se geralmente entre 10% e 30%.

d) Incorreta. A classificação IIB refere-se à presença de um coágulo aderido sobre a cratera da úlcera. Embora o risco de ressangramento de 25-30% seja uma estimativa aceita para coágulos que não são removidos, o quadro clínico de sangramento ativo em jato exclui essa opção.

Resumo dos riscos de ressangramento por Forrest:

- IA (Jato): ~90%
- IB (Babação): ~10-30%
- IIA (Vaso visível): ~40-50%
- IIB (Coágulo aderido): ~20-30%
- IIC (Mancha de hematina): ~5-10%
- III (Base limpa): <5%

Questão 48

Alternativa (a) INCORRETA: A colite ulcerativa (ou retocolite ulcerativa) é uma doença que se limita à mucosa do cólon e do reto. Como a absorção de nutrientes ocorre predominantemente no intestino delgado, a má absorção não é uma característica dessa patologia. A má absorção é comum na Doença de Crohn, que pode acometer o intestino delgado (especialmente o íleo terminal), interferindo na absorção de gorduras, vitamina B12 e outros nutrientes.

Alternativa (b) INCORRETA: A artrite periférica é a manifestação extraintestinal mais comum da Doença Inflamatória Intestinal (DII). Ela é classicamente dividida em dois padrões: o Tipo 1 (pauciarticular, que afeta grandes articulações) e o Tipo 2 (poliarticular, que afeta pequenas articulações). O Tipo 1 está fortemente relacionado à atividade da doença intestinal; ou seja, quando o intestino inflama, a articulação também inflama. Embora o Tipo 2 possa ter um curso mais independente, a

afirmação generalista de que a artrite periférica é independente da atividade está incorreta para fins de prova.

Alternativa (c) INCORRETA: A Colangite Esclerosante Primária (CEP) é uma manifestação hepatobiliar intimamente ligada à Retocolite Ulcerativa (RCU), e não à Doença de Crohn. Aproximadamente 70% a 80% dos pacientes que sofrem de CEP apresentam RCU associada. Além disso, a CEP possui um curso clínico independente da atividade inflamatória do intestino.

Alternativa (d) CORRETA: As manifestações axiais da DII incluem a sacroileíte e a espondilite anquilosante. Diferentemente da artrite periférica, o acometimento axial é independente da atividade intestinal (o paciente pode ter uma crise de dor nas costas mesmo com o intestino controlado). Existe uma forte correlação genética entre a espondilite anquilosante e a presença do antígeno de histocompatibilidade HLA-B27. Embora a prevalência do HLA-B27 nos casos de espondilite associada à DII seja menor do que na espondilite anquilosante idiopática, ela ainda é significativamente mais alta do que na população geral.

Questão 49

O esôfago de Barrett é uma complicação grave da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) crônica, caracterizada por uma mudança na linhagem celular do órgão.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A infecção por *Helicobacter pylori* está associada a patologias como gastrite, úlcera péptica e adenocarcinoma gástrico, mas não é a causa do esôfago de Barrett. O fator etiológico principal do Barrett é a exposição prolongada da mucosa esofágica ao conteúdo gastroduodenal ácido e biliar. Curiosamente, em alguns estudos, a presença de *H. pylori* no estômago (causando gastrite atrófica) é citada como um possível fator "protetor" contra o refluxo grave, por reduzir a acidez do suco gástrico.

Alternativa b) Incorreta. Embora o Barrett em si não seja um câncer, ele é uma condição pré-maligna bem estabelecida. O epitélio metaplásico pode evoluir para displasia de baixo grau, displasia de alto grau e, finalmente, para o adenocarcinoma de esôfago. Por esse motivo, pacientes diagnosticados necessitam de acompanhamento endoscópico regular com biópsias.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa traz a definição histopatológica da condição. O esôfago de Barrett ocorre quando o epitélio escamoso estratificado normal do

esôfago é substituído por epitélio colunar simples com células caliciformes, processo denominado metaplasia intestinal. Esse novo epitélio, chamado de colunar especializado, é mais resistente à agressão ácida, mas carrega o risco de transformação maligna.

Alternativa d) Incorreta. Epidemiologicamente, o esôfago de Barrett é mais prevalente em homens (proporção de cerca de 2:1 a 3:1 em relação às mulheres), brancos, com idade superior a 50 anos e que apresentam fatores de risco como obesidade central e história de refluxo gastroesofágico de longa data (geralmente mais de 5 a 10 anos de sintomas).

Questão 50

O diagnóstico da diverticulite aguda é essencialmente clínico, baseado em dor na fossa ilíaca esquerda, febre e alterações laboratoriais. Contudo, a confirmação por imagem é fundamental para definir a gravidade e orientar a conduta terapêutica.

Alternativa A (Correta): A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste venoso é o padrão-ouro e o método de escolha para o diagnóstico. Ela apresenta sensibilidade e especificidade superiores a 90%. Além de confirmar a presença de divertículos e sinais inflamatórios (como o borramento da gordura pericólica e o espessamento da parede do cólon), a TC permite o estadiamento da doença através da Classificação de Hinchey, identificando complicações como abscessos, fístulas e perfurações, além de auxiliar no diagnóstico diferencial.

Alternativa B (Incorreta): A Ultrassonografia (USG) pode ser utilizada, especialmente em pacientes com contraindicação à TC (como gestantes) ou em locais onde a tomografia não está disponível. No entanto, é um exame examinador-dependente e sua acurácia é significativamente prejudicada pela obesidade do paciente e pela presença de gases intestinais, o que a torna inferior à TC na avaliação diagnóstica inicial.

Alternativa C (Incorreta): A colonoscopia é formalmente contraindicada na fase aguda da diverticulite. O procedimento exige a insuflação de ar no lúmen intestinal, o que gera um aumento da pressão intraluminal e eleva drasticamente o risco de perfuração de uma alça que já se encontra inflamada e fragilizada. A colonoscopia deve ser realizada eletivamente, cerca de 6 a 8 semanas após a resolução do quadro agudo, com o objetivo principal de excluir neoplasias colorretais que podem mimetizar o quadro de diverticulite.

Alternativa D (Incorreta): A radiografia simples de abdome é um exame de baixa sensibilidade para o diagnóstico de diverticulite. Seu papel na urgência limita-se à

detecção de complicações graves, como o pneumoperitônio (indicando perfuração intestinal livre) ou sinais de obstrução intestinal. Ela não consegue demonstrar o processo inflamatório na parede do cólon ou coleções adjacentes.

Questão 51

Análise dos Itens:

Item I: Correto. O controle rigoroso da hidratação e do balanço hídrico (diferença entre o que foi administrado e o que foi eliminado pelo paciente) é fundamental no pós-operatório. Esse monitoramento permite identificar precocemente quadros de desidratação, sobrecarga volêmica ou distúrbios eletrolíticos, garantindo a estabilidade hemodinâmica e a função renal adequada.

Item II: Correto. A deambulação e a movimentação precoce são pilares do cuidado pós-operatório moderno. Além de estimular a motilidade intestinal e reduzir o risco de tromboembolismo venoso, o movimento auxilia na expansão pulmonar, prevenindo atelectasias e o acúmulo de secreções brônquicas, o que reduz a incidência de pneumonias.

Item III: Incorreto. A dor pós-operatória atinge seu pico de intensidade, geralmente, nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia (período pós-operatório imediato e mediato). Uma dor que se torna mais intensa ou ressurgue após 72 horas deve alertar a equipe médica para possíveis complicações, como infecção do sítio cirúrgico, deiscências, isquemia tecidual ou processos inflamatórios secundários.

Análise das Alternativas:

- a) Incorreta. O item I também está correto, portanto a alternativa está incompleta.
- b) Correta. Como demonstrado, os itens I e II trazem condutas e conceitos corretos sobre o manejo pós-operatório, enquanto o item III apresenta uma cronologia errônea sobre a intensidade da dor.
- c) Incorreta. O item III é o único falso entre os três apresentados.
- d) Incorreta. Embora o item II esteja correto, o item III invalida esta alternativa.

Questão 52

A classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) é uma ferramenta essencial para avaliar o risco cirúrgico do paciente com base em suas comorbidades. No caso dessa criança, a presença de obesidade mórbida e asma exacerbada define o enquadramento clínico.

Alternativa a) ASA 4: Incorreta. O ASA 4 é reservado para pacientes com doenças sistêmicas graves que representam uma ameaça constante à vida, como insuficiência renal terminal sem hemodiálise, insuficiência cardíaca severa ou choque. Embora a asma exacerbada seja uma condição séria, ela não é classificada rotineiramente como ASA 4, a menos que haja insuficiência respiratória aguda grave com risco iminente de morte.

Alternativa b) ASA 2: Incorreta. O ASA 2 é atribuído a pacientes com doenças sistêmicas leves e bem controladas, sem limitações funcionais. Exemplos incluem asma controlada, obesidade leve ou diabetes mellitus controlado. A obesidade mórbida e a asma em fase de exacerbação ultrapassam os critérios desta categoria.

Alternativa c) ASA 1: Incorreta. O ASA 1 é exclusivo para pacientes saudáveis, não fumantes e com mínima ou nenhuma ingestão de álcool, o que não se aplica ao caso descrito devido às patologias apresentadas.

Alternativa d) ASA 3: Correta. O ASA 3 define um paciente com doença sistêmica grave que apresenta limitação funcional, mas que não constitui uma ameaça constante à vida. De acordo com as diretrizes da ASA, a obesidade mórbida (definida por critérios de IMC) e a asma com sintomas ativos ou exacerbada são exemplos típicos de classificação ASA 3. Como o paciente será submetido a uma cirurgia de emergência (apendicectomia), a classificação técnica completa seria ASA 3E, mas a alternativa D identifica corretamente o nível de gravidade sistêmica.

Questão 53

Para a abordagem de um paciente vítima de trauma no pronto-socorro, deve-se seguir rigorosamente a sistematização do ATLS (Advanced Trauma Life Support). O primeiro passo e prioridade absoluta é o item A (Airway), que foca na manutenção da via aérea pérvia com controle da coluna cervical.

Alternativa a) Incorreta. A intubação orotraqueal é o estabelecimento de uma via aérea definitiva. Embora possa ser necessária em um segundo momento, a questão foca na conduta inicial para garantir a patência. Além disso, o enfisema subcutâneo pode sugerir lesão de laringe ou traqueia, o que tornaria a intubação orotraqueal um procedimento potencialmente difícil ou até contraindicado se houver ruptura completa da via aérea, exigindo cautela e manobras básicas prévias.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve a abordagem inicial básica do item A no trauma. A manobra de Jaw Thrust (tração da mandíbula) é a técnica de escolha para abrir as vias aéreas em pacientes com suspeita de lesão na coluna cervical, pois evita a hiperextensão do pescoço. A aspiração de secreções, sangue ou vômito é um

passo essencial e imediato para remover obstruções mecânicas e garantir que a via aérea esteja desobstruída (pérvia).

Alternativa c) Incorreta. A ventilação mecânica invasiva é uma medida de suporte respiratório que só pode ser iniciada após a via aérea estar garantida por um tubo orotraqueal ou cricotireoidostomia. Ela não é uma manobra de abertura de via aérea, mas sim uma etapa posterior de suporte ventilatório.

Alternativa d) Incorreta. Embora a oferta de oxigênio suplementar seja indicada para todo paciente traumatizado, a simples colocação da máscara não garante a patência da via aérea. Se o paciente tem dificuldade respiratória e sinais de trauma cervical/torácico (enfisema), a observação passiva é inadequada; é necessário intervir ativamente para assegurar que o ar consiga chegar aos pulmões.

Resumo do caso: O enfisema subcutâneo é um sinal de alerta que indica a presença de ar nos tecidos moles, geralmente proveniente de uma ruptura na via aérea ou de um pneumotórax. Diante de qualquer desconforto respiratório no trauma, o manejo começa obrigatoriamente pelas manobras manuais e limpeza da cavidade oral.

Questão 54

As hérnias lombares são protrusões de gordura intraperitoneal ou extraperitoneal, ou até mesmo de órgãos abdominais, através de defeitos na parede abdominal posterior. Existem dois principais pontos de fraqueza anatômica nessa região, representados na imagem pelos triângulos a e b.

A alternativa (c) está correta. A hérnia de Petit ocorre no trígono lombar inferior, que é a região identificada pela letra b na imagem. Os limites desse espaço são exatamente os citados no enunciado: a crista ilíaca (base), o músculo latíssimo do dorso (posteriormente) e o músculo oblíquo externo (anteriormente). O assoalho deste triângulo é formado pelo músculo oblíquo interno.

A alternativa (a) está incorreta. A hérnia de Spiegel é uma hérnia da parede abdominal anterior e lateral, que ocorre através da aponeurose do músculo transversos do abdome, especificamente ao longo da linha semilunar (transição entre o músculo e sua aponeurose), geralmente no nível da linha arqueada de Douglas.

A alternativa (b) está incorreta. A hérnia de Grynfelt ocorre no trígono lombar superior, representado pela letra a na imagem. Esse espaço é delimitado pela 12ª costela superiormente, pelo músculo oblíquo interno anteriormente e pelos músculos eretores da espinha (ou músculo quadrado lombar) posteriormente. Embora seja mais frequente que a hérnia de Petit, não corresponde aos limites descritos na

questão.

A alternativa (d) está incorreta. A hérnia de Petersen é uma hérnia interna que ocorre após cirurgias abdominais, sendo classicamente descrita no pós-operatório de bypass gástrico em Y de Roux. Ela acontece quando uma alça intestinal hernia através do espaço de Petersen, que é o defeito criado entre o mesentério da alça em Y (alça alimentar) e o mesocólon transverso. Não possui relação com a anatomia da parede lombar externa.

Questão 55

A alternativa correta é a letra (a).

A Doença de Crohn é uma patologia inflamatória intestinal de etiologia complexa, envolvendo predisposição genética, resposta imune desregulada e gatilhos ambientais. A compreensão dos fatores de risco é essencial para o diagnóstico e manejo clínico. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (CORRETA): O tabagismo é o fator de risco ambiental mais importante e bem estabelecido para a Doença de Crohn. Estudos epidemiológicos demonstram que fumantes possuem um risco duas vezes maior de desenvolver a doença em comparação com não fumantes. Além do papel na gênese da patologia, o cigarro atua como um fator de mau prognóstico, estando associado a formas mais agressivas da doença, maior taxa de recidiva após cirurgias, maior necessidade de terapia com biológicos e maior frequência de complicações, como fístulas e estenoses. É importante destacar para as provas de residência que o tabagismo apresenta um efeito paradoxal, sendo um fator protetor para a retocolite ulcerativa, mas um fator de risco grave para a Doença de Crohn.

Alternativa B (INCORRETA): A apendicectomia é reconhecida na literatura médica como um fator protetor para o desenvolvimento da retocolite ulcerativa, especialmente quando realizada em pacientes jovens por quadro de apendicite verdadeira. No caso da Doença de Crohn, a relação é controversa. Alguns estudos sugerem um aumento do diagnóstico de Crohn nos primeiros anos após a apendicectomia, mas acredita-se que isso decorra de um viés de diagnóstico, em que a inflamação inicial do íleo terminal (característica do Crohn) é confundida com apendicite aguda. Portanto, a apendicectomia não é classificada como um fator de risco clássico para a doença.

Alternativa C (INCORRETA): O uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) é classicamente associado ao desencadeamento de crises de atividade (exacerbações) em pacientes que já possuem o diagnóstico de doença inflamatória intestinal. Isso

ocorre porque a inibição das prostaglandinas pode comprometer a integridade da barreira mucosa intestinal. Embora existam discussões sobre o papel dos AINEs no surgimento da doença, a força dessa associação é muito inferior à do tabagismo, não sendo a resposta principal em exames de seleção.

Alternativa D (INCORRETA): O uso de contraceptivos orais tem sido investigado como um possível fator de risco, com alguns estudos sugerindo um leve aumento na incidência de Doença de Crohn em usuárias de longa data. O mecanismo proposto envolveria alterações na microvasculatura intestinal ou modulação imune por estrogênios. Contudo, assim como os AINEs, a evidência é considerada fraca e inconsistente quando comparada ao impacto clínico e epidemiológico do tabagismo.

Em resumo, o tabagismo é o principal fator de risco ambiental modificável e o dado mais frequentemente cobrado em questões sobre a epidemiologia da Doença de Crohn.

Questão 56

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Falsa): Antigamente, a gastrectomia vertical era classificada como um procedimento puramente restritivo por reduzir o volume do reservatório gástrico. No entanto, o entendimento atual a define como uma cirurgia metabólica. A retirada do fundo gástrico provoca uma redução drástica nos níveis de grelina (hormônio da fome), e o esvaziamento gástrico mais rápido estimula precocemente a secreção de incretinas (como o GLP-1 e o PYY) no intestino delgado. Portanto, existem mecanismos hormonais e metabólicos envolvidos, não sendo apenas uma restrição física.

Afirmativa II (Falsa): A gastrectomia vertical apresenta, sim, eficácia significativa no controle e até na remissão da hipertensão arterial sistêmica. A perda de peso sustentada, a melhora da sensibilidade à insulina e a redução da inflamação sistêmica pós-operatória contribuem diretamente para a melhora dos níveis pressóricos na maioria dos pacientes submetidos ao procedimento.

Afirmativa III (Verdadeira): Na técnica de Sleeve, o cirurgião retira cerca de 75 a 80 por cento do estômago ao longo da grande curvatura, utilizando uma sonda de calibração (frouxa ou justa) para guiar o grampeamento. O resultado final é um estômago em formato de tubo (ou manga) com uma capacidade volumétrica reduzida, que geralmente se situa na faixa de 80 a 100 mililitros, embora possa variar levemente dependendo do calibre da sonda utilizada.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A afirmativa I é falsa pelos componentes metabólicos/hormonais citados.
- b) Incorreta. As afirmativas I e II são falsas.
- c) Incorreta. A afirmativa III é verdadeira, pois descreve corretamente a volumetria final do estômago operado.
- d) Correta. Esta alternativa correlaciona corretamente as afirmativas I e II como falsas e a afirmativa III como verdadeira.

Gabarito: Letra (d).

Questão 57

Análise detalhada das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O esfíncter anal externo é constituído por músculo estriado esquelético, o que confere ao indivíduo o controle voluntário sobre a continência fecal. É o esfíncter anal interno que é formado por fibras musculares lisas, sendo uma continuação da camada muscular circular do reto e possuindo controle involuntário (sistema nervoso autônomo).

Alternativa b: Correta. A linha pectínea, também conhecida como linha denteada, é um marco anatômico, histológico e embriológico fundamental. Ela divide o canal anal em duas porções: a superior (proximal), que tem origem endodérmica e é revestida por epitélio colunar simples glandular (semelhante à mucosa do reto), e a inferior (distal), que tem origem ectodérmica e é revestida por epitélio estratificado pavimentoso (escamoso).

Alternativa c: Incorreta. Esta alternativa inverte os conceitos histológicos. O epitélio colunar simples é encontrado proximalmente (acima) à linha pectínea. Distalmente (abaixo) a essa linha, o revestimento é de epitélio estratificado pavimentoso, que se torna queratinizado à medida que se aproxima da borda anal (pele).

Alternativa d: Incorreta. A drenagem venosa do canal anal é realizada por diferentes plexos. O plexo venoso interno (localizado acima da linha pectínea) drena primordialmente para a veia retal superior, que é tributária da veia mesentérica inferior (sistema porta). Já o plexo venoso externo (localizado abaixo da linha pectínea) drena para as veias retais inferiores, que desembocam nas veias pudendas internas e, conseqüentemente, no sistema cava. Portanto, a drenagem do canal anal

não é responsabilidade exclusiva de um único plexo ou veia superior.

Questão 58

Fissuras anais são ulcerações lineares no canal anal, situadas distalmente à linha pectínea, geralmente causadas por trauma mecânico (fezes endurecidas) que gera um ciclo de dor, hipertonia do esfíncter anal interno e isquemia local, dificultando a cicatrização.

Alternativa A: Incorreta. Os vasodilatadores tópicos, como a nitroglicerina (nitratos) e os bloqueadores dos canais de cálcio (diltiazem ou nifedipina), são fundamentais no tratamento farmacológico. Eles atuam promovendo a "esfincterotomia química", reduzindo a pressão de repouso do esfíncter anal interno, o que melhora o fluxo sanguíneo local e facilita a cicatrização da mucosa.

Alternativa B: Incorreta. As fissuras anais agudas apresentam altas taxas de cura (cerca de 80% a 90%) apenas com medidas clínicas e conservadoras. A intervenção cirúrgica, sendo a esfincterotomia lateral interna o padrão-ouro, é reservada para casos de fissura anal crônica que falharam ao tratamento clínico medicamentoso ou quando há recorrências frequentes.

Alternativa C: Correta. A primeira linha de tratamento para qualquer fissura anal é o manejo conservador. O objetivo é interromper o trauma local e reduzir o espasmo esfinteriano. O consumo de fibras (dieta ou suplementação) e o aumento da ingestão hídrica auxiliam na formação de fezes macias. Já os banhos de assento com água morna promovem o relaxamento reflexo do esfíncter anal interno por meio do calor, aliviando a dor e melhorando a perfusão tecidual.

Alternativa D: Incorreta. Fissuras anais podem ser primárias (idiopáticas) ou secundárias. No caso de fissuras crônicas, especialmente aquelas localizadas fora da linha média (laterais) ou múltiplas, é imperativo investigar e tratar patologias de base, como a doença de Crohn, retocolite ulcerativa, tuberculose, HIV ou sífilis. Sem o controle da doença sistêmica subjacente, a fissura dificilmente cicatrizará apenas com medidas locais.

Questão 59

Esta questão aborda o tratamento da doença ulcerosa péptica. Embora o enunciado mencione o uso de anti-inflamatórios (AINEs), a presença de uma úlcera gástrica exige, na prática clínica e em provas, a investigação e o tratamento de erradicação da bactéria *Helicobacter pylori*, que é o principal fator de risco para recidivas e complicações. As alternativas focam no esquema triplo clássico de erradicação.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. As dosagens estão inadequadas. Para a erradicação do *H. pylori*, a dose preconizada de Amoxicilina é de 1000 mg (1 g) e a de Claritromicina é de 500 mg, ambas administradas de 12 em 12 horas. Doses menores aumentam o risco de falha terapêutica e resistência bacteriana.
- b) Incorreta. O Metronidazol não faz parte do esquema triplo de primeira linha padrão no Brasil. Ele costuma ser utilizado em esquemas de segunda linha ou em pacientes com alergia comprovada à penicilina (substituindo a Amoxicilina), o que não foi relatado no caso.
- c) Incorreta. Embora as dosagens das medicações estejam corretas, o tempo de tratamento de 7 dias caiu em desuso. Os consensos atuais (como o IV Consenso Brasileiro de *Helicobacter pylori*) recomendam a manutenção do tratamento por 14 dias para alcançar taxas de erradicação superiores a 80-90%.
- d) Correta. Esta alternativa apresenta o esquema triplo clássico padronizado: um Inibidor de Bomba de Prótons (Omeprazol 20 mg) associado a dois antibióticos (Amoxicilina 1000 mg e Claritromicina 500 mg). Todos devem ser administrados de 12 em 12 horas, preferencialmente antes das refeições, pelo período de 14 dias. Este é o tratamento de primeira escolha para pacientes diagnosticados com úlcera e infecção por *H. pylori*.

Questão 60

O ponto central desta questão é o manejo de ferimentos traumáticos e o conceito de período de ouro para o fechamento primário (sutura). Em regra geral, feridas no tronco e extremidades devem ser suturadas em até 6 a 12 horas. No entanto, a face é uma região com características singulares devido à sua vascularização abundante.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A face possui uma irrigação sanguínea muito rica, o que confere ao tecido uma maior resistência a processos infecciosos e uma capacidade de cicatrização superior a outras partes do corpo. Por esse motivo, o prazo para realização da sutura primária na face é estendido, sendo amplamente aceito na literatura médica o fechamento em até 24 horas, desde que a ferida esteja limpa e sem sinais de infecção, como é o caso do paciente.

Alternativa b) Incorreta. Deixar uma ferida facial cicatrizar por segunda intenção

(apenas com curativos) quando ainda é possível realizar o fechamento primário é uma conduta inadequada. Isso resultaria em uma cicatriz esteticamente desfavorável e possíveis perdas funcionais, sendo que a sutura ainda é segura dentro do prazo de 24 horas para esta localização.

Alternativa c) Incorreta. A profilaxia antitetânica é parte fundamental do atendimento ao trauma e deve ser realizada conforme o histórico vacinal do paciente e a natureza da ferida. Entretanto, ela não é um pré-requisito que condicione o momento da sutura. O procedimento de sutura e a profilaxia vacinal são condutas concomitantes.

Alternativa d) Incorreta. Não há necessidade de contraindicar a sutura para aguardar sinais de infecção, pois isso aumentaria o risco de contaminação e pioraria o prognóstico estético. Além disso, o uso de antibióticos profiláticos não substitui a técnica cirúrgica correta e não é indicado rotineiramente para feridas limpas na face, mesmo com tempo de evolução prolongado, se não houver outros fatores de risco.

Em resumo, a vascularização privilegiada da face permite que o cirurgião realize a sutura de forma segura em um intervalo de tempo maior do que em outras regiões do corpo, priorizando o resultado estético e funcional da criança.

Questão 61

Afirmativa I: Correta. A vaginose citolítica é uma condição caracterizada pelo hipercrecimento de *Lactobacillus* sp. (bacilos de Döderlein). O excesso dessas bactérias leva a uma produção exagerada de ácido láctico, o que reduz o pH vaginal para níveis muito baixos (geralmente entre 3,5 e 4,5). Esse ambiente extremamente ácido causa a citólise, que é a destruição das células epiteliais da mucosa vaginal, resultando em um corrimento esbranquiçado que pode ser confundido com candidíase.

Afirmativa II: Incorreta. O erro desta afirmativa está na classificação da vaginite inflamatória descamativa como uma forma "comum". Na verdade, trata-se de uma condição clínica rara e de etiologia ainda não totalmente esclarecida. Embora ela seja corretamente descrita como uma vaginite purulenta crônica, caracterizada por intensa inflamação e esfoliação de células epiteliais, sua baixa prevalência na rotina ginecológica torna a afirmação falsa.

Afirmativa III: Correta. A vaginite aeróbica é uma alteração da flora vaginal distinta da vaginose bacteriana. Nela, ocorre uma redução ou ausência de *Lactobacillus* e a sua substituição por microrganismos aeróbicos, principalmente bactérias de origem entérica como *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae* (Grupo B) e *Staphylococcus aureus*. Clinicamente, apresenta sinais inflamatórios exuberantes e pH vaginal

elevado.

Conclusão: Como as afirmativas I e III apresentam definições precisas sobre as patologias citadas, e a afirmativa II erra ao superestimar a prevalência da vaginite inflamatória descamativa, a alternativa correta é a (c).

Questão 62

O descolamento prematuro de placenta (DPP) caracteriza-se pela separação abrupta da placenta da parede uterina antes do nascimento do feto, em gestações acima de 20 semanas. Trata-se de uma emergência obstétrica associada a altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. No caso descrito, a paciente apresenta o quadro clássico: dor abdominal intensa (sugerindo hipertonia uterina), sangramento vaginal e uma idade gestacional de 32 semanas (feto viável).

Analise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A amniotomia é uma medida importante no manejo do DPP, pois ajuda a reduzir a pressão intra-amniótica, melhora a hipertonia uterina e pode reduzir a infiltração de sangue no miométrio, além de acelerar o trabalho de parto. No entanto, em um cenário de DPP com feto vivo onde o parto não é iminente, a amniotomia isolada não é a conduta definitiva. A prioridade é a retirada imediata do feto para evitar a morte por hipóxia.

Alternativa (b) Correta: Quando o feto está vivo e a gestação é viável (como no caso de 32 semanas), a conduta mais adequada perante um DPP agudo é a interrupção imediata da gestação pela via mais rápida. Na grande maioria das vezes, quando o parto não é iminente (ou seja, quando a paciente não está em fase expulsiva), a via mais rápida é a cesariana de emergência. Essa medida visa salvar a vida fetal e interromper o sangramento materno e a progressão do descolamento.

Alternativa (c) Incorreta: A administração de ocitocina para induzir o parto em um quadro de DPP com dor intensa e sangramento moderado é contraindicada. O útero no DPP já costuma apresentar hipertonia (contratura sustentada), e a indução prolongaria o tempo de exposição do feto à hipóxia, além de aumentar o risco de complicações maternas como a coagulopatia e a atonia uterina pós-parto.

Alternativa (d) Incorreta: O DPP é uma condição de urgência que não permite conduta expectante. Aguardar o parto espontâneo resultaria em um desfecho fatal para o feto e colocaria a vida da mãe em risco extremo devido ao choque hemorrágico e distúrbios de coagulação.

Em resumo, o manejo do DPP depende da vitalidade fetal. Se o feto estiver vivo e o parto não for iminente, a cesariana é a via de escolha. Se o feto estiver morto, prioriza-se o parto vaginal com realização de amniotomia imediata para estabilização materna. Como o quadro sugere um feto vivo e viável, a alternativa (b) é a correta.

Questão 63

EXPLICAÇÃO:

A questão aborda a conduta frente a um resultado de rastreamento do câncer do colo do útero quando se utiliza o teste de biologia molecular (HPV) associado à citologia (citologia de triagem ou coteste).

Alternativa (a) Incorreta: O tratamento excisional imediato, também chamado de estratégia Ver e Tratar, é reservado para casos em que há alta suspeita de lesão de alto grau, especificamente quando a citologia indica HSIL (Lesão Intraepitelial de Alto Grau) e a colposcopia revela achados maiores compatíveis, em pacientes com mais de 25 anos. O ASC-US é uma alteração citológica de significado indeterminado e baixo risco, não justificando um procedimento excisional sem biópsia prévia.

Alternativa (b) Incorreta: Se a paciente tivesse apenas a citologia com ASC-US e menos de 30 anos, a recomendação seria repetir a citologia em 12 meses. No entanto, o enunciado informa que ela já possui um teste de HPV positivo. O teste de HPV funciona como um filtro: se ele for positivo e houver qualquer alteração na citologia (mesmo que seja apenas ASC-US), a investigação deve ser imediata.

Alternativa (c) Incorreta: A biópsia endocervical ou curetagem de canal não é um exame de triagem inicial. Ela é um complemento da colposcopia em situações específicas, como quando a junção escamocolunar não é visível, quando a colposcopia é insatisfatória ou quando há suspeita de lesão dentro do canal cervical. A primeira abordagem é a visualização do colo por colposcopia.

Alternativa (d) Correta: Segundo as diretrizes de rastreamento que incorporam o teste de DNA-HPV, a presença de HPV de alto risco associada a qualquer anormalidade citológica (ASC-US, LSIL ou superior) exige a realização de colposcopia imediata. O objetivo é identificar possíveis lesões precursoras que a citologia pode não ter detectado com precisão. Como o vírus está presente e já há alteração celular, o risco de uma lesão histológica subjacente é maior, justificando o encaminhamento.

Questão 64

A questão descreve um quadro clínico clássico de condiloma acuminado, causado pelo papilomavírus humano (HPV). A paciente apresenta fatores de risco (múltiplos parceiros) e lesões papilares características na região anogenital. O diagnóstico do condiloma é eminentemente clínico, mas exames complementares auxiliam na confirmação e na identificação de lesões não visíveis a olho nu.

Alternativa (a): Correta. A vulvoscopia consiste na visualização da vulva com o auxílio de lentes de aumento (coloscópio). A aplicação de ácido acético a 3% ou 5% é fundamental, pois essa substância promove a coagulação reversível de proteínas nucleares e do citoplasma. Em tecidos infectados pelo HPV, ocorre o fenômeno do acetobranqueamento (a lesão fica branca), permitindo a confirmação da suspeita clínica e a detecção de lesões subclínicas.

Alternativa (b): Incorreta. O teste de Schiller utiliza a solução de Lugol (iodo) e é amplamente utilizado na colposcopia (colo do útero). Ele se baseia na presença de glicogênio nas células epiteliais normais, que ficam escuras ao contato com o iodo. Áreas com displasia ou infecção por HPV costumam ter pouco glicogênio e não coram (iodo-negativas), mas esse teste não é o método de escolha para a região vulvar e anogenital externa no diagnóstico de condilomas.

Alternativa (c): Incorreta. A biópsia não é necessária de rotina para confirmar condilomas em pacientes jovens com lesões típicas. Ela está reservada para casos em que o diagnóstico é incerto, quando as lesões são pigmentadas, endurecidas, ulceradas, fixas, ou quando não há resposta ao tratamento convencional, visando descartar neoplasias.

Alternativa (d): Incorreta. A Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) é um método de biologia molecular que identifica o DNA do vírus e o seu tipo específico (se de baixo ou alto risco oncogênico). Embora seja altamente sensível, não é necessária para o diagnóstico clínico de condiloma acuminado na prática rotineira, uma vez que o tratamento da lesão independe da tipagem viral. Além disso, o custo é elevado e não altera a conduta inicial.

Questão 65

O quadro clínico descrito — prurido vulvar, dispareunia e corrimento vaginal branco — é característico da candidíase vulvovaginal. Para definir o tratamento correto, é necessário identificar que se trata de uma candidíase vulvovaginal recorrente (CVVR), definida pela ocorrência de quatro ou mais episódios em um período de 12 meses, além do agravante de a paciente ser imunocomprometida.

Alternativa a: Incorreta. A nistatina é um antifúngico polieno de uso tópico. Embora possa ser utilizada em casos de candidíase não complicada ou em situações específicas (como no primeiro trimestre da gestação), ela não é a conduta de escolha para casos recorrentes ou em pacientes imunocomprometidas, pois apresenta menor taxa de cura clínica e micológica em comparação aos azóis sistêmicos nesses cenários.

Alternativa b: Incorreta. O uso de miconazol tópico por 7 dias é uma das opções padrão para o tratamento da candidíase vulvovaginal não complicada em mulheres híginas. No caso de uma paciente com cinco episódios em um ano e imunossupressão, o tratamento de curto prazo é insuficiente para prevenir novas recidivas.

Alternativa c: Incorreta. O fluconazol 150 mg em dose única oral é o tratamento de primeira linha para a candidíase simples e esporádica. No entanto, para pacientes com fatores de complicação (como a imunossupressão) ou que preenchem critérios para recorrência, a dose única está associada a altas taxas de falha terapêutica.

Alternativa d: Correta. Diante de uma candidíase vulvovaginal recorrente ou em hospedeiras com condições predisponentes (diabetes descompensado, imunossupressão), as diretrizes nacionais e internacionais recomendam um esquema de tratamento intensivo e prolongado. Geralmente, inicia-se com uma fase de indução (por exemplo, fluconazol 150 mg nos dias 1, 4 e 7) seguida por uma fase de manutenção (fluconazol 150 mg uma vez por semana por seis meses). Esse protocolo visa controlar a colonização fúngica e diminuir a frequência das exacerbações clínicas.

Questão 66

AFIRMATIVA I (VERDADEIRA): A variabilidade da frequência cardíaca fetal (FCF) refere-se às flutuações da linha de base, avaliadas em termos de amplitude. Ela é classificada como moderada quando a amplitude das oscilações varia entre 6 e 25 batimentos por minuto (bpm). Este é o padrão considerado normal e altamente preditivo de ausência de acidemia metabólica fetal no momento do exame.

AFIRMATIVA II (FALSA): A descrição de queda abrupta (com tempo entre o início da queda e o nadir menor que 30 segundos) com amplitude de pelo menos 15 bpm e duração de 15 segundos ou mais define as **DESACELERAÇÕES VARIÁVEIS (DIP III)**, geralmente associadas à compressão do cordão umbilical. As desacelerações **TARDIAS (DIP II)** são caracterizadas por uma queda gradual e lenta da FCF, cujo nadir ocorre após o pico da contração uterina, indicando reserva de oxigênio fetal reduzida (insuficiência uteroplacentária).

AFIRMATIVA III (VERDADEIRA): Acelerações transitórias são aumentos abruptos da FCF acima da linha de base. Em gestações acima de 32 semanas, o critério é um aumento de 15 bpm por 15 segundos. Sua presença é o principal parâmetro para definir um traçado cardiotocográfico como reativo, indicando integridade do sistema nervoso autônomo fetal e bom estado de oxigenação.

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

ALTERNATIVA CORRETA: Letra (b).

Questão 67

A classificação do Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) é baseada nos critérios de Sher, que estratifica a gravidade do quadro clínico em graus. Para resolver essa questão, é fundamental observar a presença de hipertonia uterina, o estado da vitalidade fetal e se houve óbito.

Análise das alternativas:

- a) Grau III A: Incorreta. O Grau III é caracterizado obrigatoriamente pela morte fetal. O subtipo III A especificamente ocorre quando há morte fetal, mas ainda não há sinais clínicos ou laboratoriais de coagulopatia. Como o enunciado cita feto vivo, esta opção está descartada.
- b) Grau I: Incorreta. No Grau I, o quadro é leve. O sangramento é discreto ou ausente, a hipertonia uterina é mínima ou inexistente, e a vitalidade fetal permanece preservada, sem sinais de sofrimento. O caso clínico apresenta hipertonia significativa e alteração da vitalidade, o que exclui o Grau I.
- c) Grau II: Correta. Este grau define-se pela presença de sangramento vaginal moderado e hipertonia uterina persistente (útero de consistência lenhosa). O marco principal do Grau II é a presença de sofrimento fetal agudo (alteração da vitalidade fetal), porém com o feto ainda vivo. Os dados do enunciado (sangramento moderado, hipertonia e feto vivo com vitalidade alterada) preenchem exatamente esses critérios.
- d) Grau III B: Incorreta. Assim como o Grau III A, o Grau III B exige a presença de óbito fetal. A diferença é que no subtipo III B já existe instalação de coagulopatia (como a Coagulação Intravascular Disseminada - CIVD). O fato de o feto estar vivo invalida esta alternativa.

Questão 68

Análise do Caso Clínico:

O quadro descreve uma paciente com elevado risco para o Espectro da Placenta Acreta (EPA), devido à associação de duas cesáreas prévias e placenta de implantação baixa. Nessa condição, o tecido placentário pode invadir o miométrio de forma anormal na região da cicatriz uterina, o que exige diagnóstico precoce e planejamento cirúrgico rigoroso.

Alternativa a) Incorreta. O rastreamento não deve ser protelado até o terceiro trimestre. A identificação precoce de sinais de acretismo é fundamental para que a gestante seja referenciada a tempo para um centro de alta complexidade com equipe multidisciplinar (obstetras experientes, urologistas, cirurgiões pélvicos e suporte de UTI), garantindo segurança no manejo.

Alternativa b) Correta. O ultrassom morfológico do segundo trimestre, realizado entre 18 e 24 semanas, é o momento recomendado para o rastreamento sistemático de sinais de acretismo em pacientes com fatores de risco. Nessa fase, examinadores experientes já conseguem identificar marcadores como lacunas placentárias, perda da zona hipoeoica retroplacentária e irregularidades na interface entre a bexiga e o útero.

Alternativa c) Incorreta. O planejamento do parto no acretismo placentário visa equilibrar a maturidade fetal com o risco de sangramento materno grave. Por isso, a recomendação internacional é de que o parto eletivo seja agendado entre 34 semanas e 0 dias e 35 semanas e 6 dias. Aguardar até as 37 semanas aumenta significativamente o risco de a paciente entrar em trabalho de parto espontâneo ou apresentar hemorragias catastróficas, o que transformaria uma cirurgia controlada em uma emergência de altíssimo risco.

Alternativa d) Incorreta. Como o parto é planejado para o período pré-termo tardio (antes de 37 semanas), o uso de corticosteroides antenatais é fortemente recomendado para auxiliar na maturação pulmonar fetal e reduzir a morbidade respiratória neonatal, não havendo motivo para evitar seu uso nesse contexto.

Questão 69

O Sangramento Uterino Anormal (SUA) é uma das principais queixas nos consultórios ginecológicos, e os miomas submucosos (classificados pela FIGO como tipos 0, 1 e 2) são causas frequentes desse sintoma, pois distorcem a cavidade endometrial e dificultam a hemostasia local.

Alternativa A: Miomectomia histeroscópica.

Esta é a alternativa correta. A histeroscopia cirúrgica é considerada o padrão-ouro para o tratamento de miomas submucosos. O procedimento permite o acesso direto à cavidade uterina através do colo do útero, sem a necessidade de incisões abdominais. Através do ressectoscópio, o cirurgião consegue visualizar e remover o mioma com precisão, preservando a integridade do miométrio adjacente e mantendo o potencial reprodutivo da paciente. É uma técnica minimamente invasiva, com rápida recuperação e alta eficácia no controle do sangramento.

Alternativa B: Miomectomia laparotômica.

Está incorreta. A via laparotômica (cirurgia aberta) é reservada para miomas de grandes dimensões, múltiplos miomas intramurais ou subserosos que não podem ser abordados por via minimamente invasiva. Para miomas localizados dentro da cavidade uterina (submucosos), a laparotomia seria excessivamente invasiva, exigindo uma incisão no corpo uterino para acessar a cavidade, o que aumenta o risco de aderências e complicações obstétricas futuras.

Alternativa C: Histerectomia.

Está incorreta como recomendação inicial específica para o tratamento do mioma submucoso. Embora a histerectomia seja o tratamento definitivo para miomatose uterina em mulheres que já completaram sua prole ou em casos de falha de outros tratamentos, ela não é a conduta de escolha para uma lesão focal submucosa. Deve-se sempre priorizar métodos menos invasivos e que conservem o órgão, especialmente se a paciente desejar manter a fertilidade ou o útero.

Alternativa D: Embolização da artéria uterina.

Está incorreta. A embolização é um procedimento da radiologia intervencionista que visa reduzir a vascularização dos miomas, provocando sua isquemia e redução de volume. Embora possa ser utilizada em casos selecionados de miomatose múltipla e volumosa, ela não é a abordagem cirúrgica de escolha para miomas submucosos, pois a remoção mecânica por histeroscopia resolve o quadro de forma muito mais imediata e eficaz. Além disso, miomas submucosos embolizados podem sofrer eliminação vaginal (parto do mioma) ou infecção secundária.

Questão 70

O ciclo endometrial é dividido didaticamente em duas fases: a fase proliferativa, sob influência predominante do estrogênio, e a fase secretora, sob influência da progesterona produzida pelo corpo lúteo. A questão aborda o papel fisiológico deste último hormônio.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A manutenção do corpo lúteo depende do estímulo do hormônio luteinizante (LH) durante o ciclo menstrual ou do hCG (gonadotrofina coriônica humana) caso ocorra a fecundação e implantação. A progesterona é o hormônio secretado pelo corpo lúteo, mas ela não é responsável por mantê-lo funcional.

Alternativa b: Correta. Esta é a principal função da progesterona no endométrio. Após a fase de crescimento celular intenso (mitoses) estimulada pelo estrogênio, a progesterona atua interrompendo essa proliferação e promovendo a diferenciação celular. Ela organiza as glândulas endometriais, tornando-as tortuosas e ricas em secreções (glicogênio), preparando o ambiente para a recepção de um eventual embrião. Esse processo é o que define a fase secretora do ciclo.

Alternativa c: Incorreta. A promoção da proliferação endometrial (aumento da espessura e mitoses) é a função primária dos estrogênios durante a fase folicular do ciclo. A progesterona possui um efeito oposto, sendo considerada um agente antimitótico no tecido endometrial.

Alternativa d: Incorreta. A progesterona, em conjunto com o estrogênio e a inibina, exerce um feedback negativo sobre a hipófise e o hipotálamo durante a fase lútea. Isso resulta na supressão da secreção de FSH e LH, e não no seu estímulo. Essa queda de FSH é necessária para evitar o recrutamento de novos folículos durante o período em que o útero está se preparando para a nidadação.

Questão 71

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

AFIRMATIVA I: ESTÁ CORRETA. A sensibilidade da mamografia é significativamente afetada pela densidade mamária. O tecido fibroglandular (denso) e o câncer de mama aparecem ambos como áreas brancas (radiopacas) no exame. Em mamas densas (categorias C e D de BI-RADS), ocorre o chamado efeito de mascaramento, onde o tecido denso pode ocultar um nódulo maligno, reduzindo a sensibilidade do rastreamento.

AFIRMATIVA II: ESTÁ CORRETA. A Ressonância Magnética (RM) de mamas é o método de imagem mais sensível para a detecção do câncer de mama. Por esse motivo, as principais diretrizes médicas recomendam o rastreamento anual com RM para mulheres do grupo de alto risco, o que inclui portadoras de mutações genéticas (como BRCA1 e BRCA2), mulheres com risco calculado ao longo da vida superior a 20-25% ou aquelas que realizaram radioterapia torácica prévia entre os 10 e 30 anos

de idade.

AFIRMATIVA III: ESTÁ INCORRETA. A tomossíntese mamária, também conhecida como mamografia 3D, é uma tecnologia que reduz a sobreposição de tecidos ao adquirir múltiplas imagens em cortes finos. Ela aumenta a taxa de detecção do câncer de mama, especialmente em mamas densas, e reduz a necessidade de convocar a paciente para exames complementares (diminui falsos positivos). Portanto, seu uso é incentivado e recomendado sempre que o recurso estiver disponível.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

A) INCORRETA: Não apenas a II está correta, mas a afirmativa I também apresenta um conceito verdadeiro sobre as limitações da mamografia em mamas densas.

B) INCORRETA: A afirmativa III afirma erroneamente que a tomossíntese não deve ser utilizada, quando na verdade ela é uma ferramenta superior à mamografia convencional em diversos cenários.

C) INCORRETA: A afirmativa III é a única falsa entre as três, invalidando esta opção.

D) CORRETA: Esta alternativa agrupa corretamente as duas afirmações verdadeiras (I e II), reconhecendo a baixa sensibilidade da mamografia em mamas densas e a indicação de ressonância magnética anual para pacientes de alto risco.

GABARITO: ALTERNATIVA D.

Questão 72

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece os Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos, visando garantir a segurança da paciente baseada em suas condições clínicas. Essa classificação é dividida em quatro categorias:

Alternativa a) Correta. A Categoria 1 engloba situações em que não há restrição ao uso do método anticoncepcional. O método pode ser utilizado de forma livre, pois não representa riscos à saúde da paciente naquela condição específica.

Alternativa b) Incorreta. Na Categoria 2, as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos teóricos ou comprovados. O método pode ser usado, mas pode exigir um acompanhamento mais cuidadoso. O que é contraindicado (risco inaceitável) é a Categoria 4.

Alternativa c) Incorreta. A descrição apresentada inverte o conceito da Categoria 3. Nela, os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens do uso do método. O uso não é recomendado, a menos que métodos mais adequados não estejam disponíveis ou não sejam aceitos pela paciente. É necessário um julgamento clínico rigoroso e acompanhamento cauteloso.

Alternativa d) Incorreta. A Categoria 4 representa uma contraindicação absoluta. Nessa situação, o uso do método anticoncepcional apresenta um risco inaceitável à saúde da paciente. Portanto, o método não deve ser utilizado em hipótese alguma, e não apenas ser "a última escolha".

Resumo das Categorias da OMS:

Categoria 1: Uso sem restrições (pode usar).

Categoria 2: Vantagens superam riscos (pode usar com cautela).

Categoria 3: Riscos superam vantagens (uso geralmente não recomendado).

Categoria 4: Risco inaceitável (contraindicado).

Questão 73

O câncer de ovário é frequentemente diagnosticado em estágios avançados (III ou IV), o que exige uma abordagem terapêutica agressiva e combinada para o controle da doença. O objetivo central é a eliminação da massa tumoral macroscópica e o tratamento de micrometástases.

Alternativa (a) Incorreta. A quimioterapia intraperitoneal é uma opção terapêutica que pode ser considerada para pacientes específicas com estágio III e que alcançaram uma citorredução ótima (resíduo tumoral menor que 1 cm). No entanto, ela nunca é utilizada de forma isolada; deve ser sempre associada à quimioterapia endovenosa e realizada após o procedimento cirúrgico. Devido à sua alta toxicidade e dificuldade de administração, não é o padrão universal para todos os casos avançados.

Alternativa (b) Incorreta. A quimioterapia neoadjuvante é uma estratégia válida quando a paciente não apresenta condições clínicas para uma cirurgia de grande porte inicial ou quando a avaliação prévia indica que a citorredução completa não é tecnicamente possível. Contudo, após os ciclos iniciais de quimioterapia, o passo seguinte é a cirurgia de citorredução de intervalo, e não a radioterapia. O câncer de ovário não é rotineiramente tratado com radioterapia no cenário de primeira linha.

Alternativa (c) Correta. Este é o tratamento padrão-ouro estabelecido pelos principais protocolos internacionais. O manejo começa com a cirurgia de citorredução primária (*debulking*), cujo principal fator prognóstico é a ausência de doença residual

macroscópica ao final do procedimento (citorredução R0). Após a recuperação da cirurgia, a paciente deve receber quimioterapia adjuvante baseada no duplete de platina e taxano. A combinação de carboplatina e paclitaxel é a escolha preferencial por apresentar excelente eficácia com perfil de toxicidade manejável.

Alternativa (d) Incorreta. A imunoterapia e outras terapias-alvo, como os inibidores da PARP (ex.: olaparibe) e antiangiogênicos (ex.: bevacizumabe), têm ganhado papel fundamental no tratamento de manutenção, especialmente em pacientes com mutações no gene BRCA ou instabilidade genômica. Entretanto, elas são complementos à terapia padrão e não substituem o binômio cirurgia e quimioterapia citotóxica. A radioterapia, como mencionado, não faz parte do protocolo inicial para doença avançada.

Questão 74

A abordagem da incontinência urinária feminina deve seguir uma lógica de complexidade crescente, priorizando métodos menos invasivos inicialmente. No caso de uma paciente com quadro clínico clássico de perda urinária aos esforços e sem fatores complicadores, como cirurgias pélvicas prévias, o diagnóstico clínico é suficiente para o início do manejo.

Alternativa (a) Incorreta: O estudo urodinâmico é um exame invasivo, desconfortável e de custo elevado. Ele não deve ser solicitado de forma rotineira para todos os casos, sendo reservado para situações em que o diagnóstico clínico é incerto ou quando há falha no tratamento inicial.

Alternativa (b) Incorreta: O tratamento conservador, que envolve mudanças no estilo de vida e fisioterapia do assoalho pélvico, possui baixo risco e não exige a confirmação urodinâmica prévia. Solicitar o exame antes dessas medidas geraria custos e desconforto desnecessários à paciente.

Alternativa (c) Correta: Em casos de incontinência urinária de esforço não complicada, as diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e de sociedades internacionais recomendam iniciar o tratamento conservador sem a necessidade de estudo urodinâmico. O exame é geralmente postergado para casos de falha terapêutica ou quando se planeja uma intervenção cirúrgica, embora mesmo no pré-operatório de casos puros sua obrigatoriedade seja discutida.

Alternativa (d) Incorreta: A suspeita de disfunção do esvaziamento vesical é, de fato, uma indicação para o estudo urodinâmico. No entanto, o uso da palavra "apenas" torna a alternativa incorreta, pois existem outras indicações importantes, como a

incontinência urinária mista, a urgência urinária refratária ao tratamento medicamentoso e a avaliação de recidivas após cirurgias prévias.

Questão 75

O quadro clínico descrito é clássico para malformações obstrutivas do trato genital inferior. A paciente apresenta amenorreia primária (nunca menstruou), porém possui caracteres sexuais secundários desenvolvidos (mamas e pelos), o que indica que o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal está íntegro e produzindo estrogênio adequadamente. A presença de dor pélvica cíclica sugere que ocorre a descamação endometrial mensal, mas o sangue não consegue ser exteriorizado, acumulando-se na vagina (hematocolpos) e, eventualmente, no útero (hematometra).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A síndrome dos ovários policísticos (SOP) costuma cursar com irregularidade menstrual (oligomenorreia) ou amenorreia secundária, associada a sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo). Não é a causa principal de amenorreia primária com dor cíclica em pacientes com caracteres sexuais normais.

b) Correta. O hímen imperfurado é a causa mais comum de obstrução do fluxo menstrual. A paciente produz sangue menstrual, mas a membrana himenal íntegra impede sua saída. Isso gera a "criptomenorreia" (menstruação oculta) e a dor cíclica devido à distensão vaginal pelo sangue retido. Ao exame físico, é comum observar uma membrana himenal abaulada e azulada.

c) Incorreta. A Síndrome de Turner (45,X) caracteriza-se por disgenesia gonadal. Nesses casos, a paciente apresenta infantilismo sexual (ausência de mamas e caracteres sexuais secundários) e baixa estatura, o que contradiz o quadro clínico apresentado.

d) Incorreta. A amenorreia hipotalâmica funcional (causada por estresse, exercícios físicos intensos ou distúrbios alimentares) ocorre por uma supressão do GnRH. Sem o estímulo hormonal adequado, não há proliferação endometrial nem descamação, portanto, não haveria dor pélvica cíclica por acúmulo de sangue.

Questão 76

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I (Falsa): Embora o rastreamento da toxoplasmose seja rotina no pré-natal e preconizado pelos manuais do Ministério da Saúde e pela FEBRASGO, ele não é considerado obrigatório no Brasil sob o ponto de vista legal federal estrito. Diferente de outros exames que possuem legislação específica de obrigatoriedade universal, o rastreamento da toxoplasmose é uma recomendação de protocolo assistencial, o que torna a afirmação falsa em contextos de provas que exigem precisão terminológica.

Afirmativa II (Verdadeira): A eficácia da intervenção na toxoplasmose gestacional depende diretamente do tempo. O tratamento com Espiramicina, quando instituído precocemente, idealmente nas primeiras três semanas após a soroconversão materna, é eficaz em reduzir a taxa de transmissão vertical, impedindo que o parasita atravesse a placenta e infecte o feto.

Afirmativa III (Verdadeira): Esta é uma afirmação recorrente em questões de alto nível baseadas em medicina baseada em evidências. Apesar de o tratamento reduzir a transmissão da mãe para o filho (conforme a afirmativa II), grandes estudos e revisões sistemáticas (como o estudo SYROCOT) indicam que não existem evidências fortes e de alta qualidade demonstrando que o tratamento realizado durante a gravidez consiga melhorar o prognóstico clínico neonatal ou reduzir sequelas a longo prazo nos casos em que a infecção fetal já ocorreu.

Análise das Alternativas:

a) F, V, V. Alternativa correta. A primeira afirmativa peca pelo rigor legal, a segunda descreve corretamente a redução da transmissão pelo tempo de início do tratamento e a terceira reflete o estado atual da evidência científica sobre desfechos neonatais.

b) V, V, V. Incorreta. A primeira afirmativa é falsa por não haver obrigatoriedade por lei federal.

c) V, F, F. Incorreta. A afirmativa II é um conceito clássico de prevenção de transmissão vertical e a afirmativa III é reconhecida pelas principais metanálises sobre o tema.

d) F, F, F. Incorreta. As afirmativas II e III são tecnicamente verdadeiras dentro da literatura médica especializada.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 77

Análise das alternativas:

Alternativa A: INCORRETA. O regime estendido não se limita a 28 dias. Ele consiste no uso de hormônios ativos por períodos prolongados, tipicamente por 84 dias (12 semanas) seguidos por um intervalo de 7 dias, ou até por 120 dias seguidos. O objetivo é reduzir a frequência das menstruações para aproximadamente quatro vezes ao ano.

Alternativa B: INCORRETA. A descrição de 21 comprimidos seguidos por 7 dias de pausa define o regime cíclico convencional ou regime-padrão. No regime contínuo, os comprimidos ativos são ingeridos diariamente, sem qualquer interrupção ou período de pausa, visando à suspensão total do fluxo menstrual (amenorreia).

Alternativa C: INCORRETA. O esquema de 24 comprimidos ativos seguidos por 4 dias de placebo ou pausa é conhecido como regime de intervalo encurtado. Embora seja amplamente prescrito atualmente para reduzir sintomas de privação hormonal, a definição clássica de regime-padrão na literatura médica é o ciclo de 21 dias de uso com 7 dias de intervalo.

Alternativa D: CORRETA. O regime estendido flexível é uma estratégia moderna para melhorar a adesão e o controle do sangramento de escape (spotting). Nele, a mulher utiliza os comprimidos ativos continuamente por um período inicial obrigatório (geralmente 24 dias) e pode estender o uso por até 120 dias. Se houver sangramento de escape persistente ou por conveniência da paciente após o período inicial, realiza-se uma pausa curta de 4 dias para permitir a descamação do endométrio, reiniciando o uso contínuo logo em seguida.

Questão 78

A alternativa A está correta e apresenta duas condições classificadas como Categoria 4 (risco inaceitável à saúde) pelos Critérios de Elegibilidade da OMS. A hepatite viral aguda é uma contraindicação absoluta porque o fígado é o principal local de metabolização dos hormônios esteroides; durante a inflamação aguda, essa função está seriamente comprometida. Já a deficiência de proteína C é uma trombofilia hereditária. O uso de estrogênio aumenta o risco de eventos tromboembólicos venosos ao alterar a síntese de fatores de coagulação, tornando o risco de trombose proibitivo nessas pacientes.

A alternativa B está incorreta. A hipertensão arterial controlada por medicamentos é geralmente classificada como Categoria 3 (os riscos superam os benefícios). Ela só passaria a ser Categoria 4 se os níveis pressóricos estivessem persistentemente

elevados (acima de 160/100 mmHg) ou se houvesse evidência de doença vascular.

A alternativa C está incorreta. O diabetes mellitus, quando não apresenta complicações vasculares (como nefropatia, retinopatia ou neuropatia) e tem tempo de diagnóstico inferior a 20 anos, é classificado como Categoria 2. Isso significa que o uso do método é permitido, pois as vantagens superam os possíveis riscos.

A alternativa D está incorreta. O tabagismo isolado em mulheres com menos de 35 anos é classificado como Categoria 2. O tabagismo só atinge a Categoria 4 quando associado à idade igual ou superior a 35 anos e ao consumo de 15 ou mais cigarros por dia. Caso a mulher tenha mais de 35 anos e fume menos de 15 cigarros por dia, a classificação é Categoria 3.

Questão 79

Para responder corretamente a essa questão, é fundamental conhecer o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil e as especificações das vacinas contra o HPV (Papilomavírus Humano).

A vacina adotada pelo Ministério da Saúde para distribuição gratuita no SUS é a vacina HPV4 (quadrivalente). Ela é composta pelas proteínas L1 purificadas de quatro tipos de HPV.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A vacina nonavalente protege contra os tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58. Embora já esteja aprovada pela Anvisa e disponível na rede privada brasileira, ela ainda não faz parte do calendário oficial de vacinação do SUS.

b) Incorreta. A vacina bivalente protege apenas contra os tipos 16 e 18, que são de alto risco oncogênico e responsáveis pela maioria dos casos de câncer de colo do útero. Ela não oferece proteção contra as verrugas genitais (condilomas), que são causadas pelos tipos 6 e 11. O SUS optou pela quadrivalente justamente para ampliar o espectro de proteção.

c) Correta. A vacina quadrivalente é a que está disponível no SUS. Ela protege contra os tipos 16 e 18 (alto risco oncogênico, relacionados aos cânceres de colo do útero, vulva, vagina, ânus e orofaringe) e contra os tipos 6 e 11 (baixo risco oncogênico, mas responsáveis por cerca de 90% das verrugas anogenitais). Atualmente, o esquema vacinal no Brasil foi simplificado para dose única para o público-alvo principal (crianças e adolescentes de 9 a 14 anos).

d) Incorreta. Não existe uma formulação de vacina trivalente contra o HPV comercializada ou utilizada em larga escala que contenha apenas esses três tipos (6, 11 e 16). As apresentações padronizadas mundialmente são a bivalente, a quadrivalente e a nonavalente.

Questão 80

Alternativa a) Incorreta. A salpingostomia é uma técnica cirúrgica conservadora, na qual a tuba uterina é aberta para a retirada do saco gestacional e depois preservada. Níveis de beta-hCG superiores a 5.000 mUI/mL são, na verdade, fatores de risco para a falha de tratamentos conservadores (tanto o medicamentoso quanto o cirúrgico) e não uma indicação específica para essa técnica.

Alternativa b) Incorreta. A salpingectomia é o tratamento cirúrgico radical, que consiste na remoção total da tuba uterina afetada. Quando o objetivo é a preservação da fertilidade, especialmente em pacientes com a tuba contralateral ausente ou comprometida, a técnica preferencial é a salpingostomia (conservadora), desde que a paciente apresente estabilidade clínica.

Alternativa c) Incorreta. A laparotomia (cirurgia aberta) é indicada prioritariamente para pacientes com gravidez ectópica rota e instabilidade hemodinâmica. Para pacientes estáveis, a via de eleição é a laparoscopia, que é minimamente invasiva e oferece recuperação mais rápida.

Alternativa d) Correta. O tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX) exige critérios rigorosos para o sucesso. A presença de atividade cardíaca embrionária (embrião vivo) é uma contraindicação formal ao uso do MTX, pois está associada a altas taxas de falha terapêutica. Outros critérios que contraindicam o uso do fármaco são o beta-hCG acima de 5.000 mUI/mL, massa anexial maior que 3,5 ou 4 cm e presença de instabilidade hemodinâmica.

Questão 81

Afirmativa I: Correta. Os estudos ecológicos são caracterizados por analisarem populações ou grupos de pessoas em vez de indivíduos isolados. A unidade de observação e análise é o grupo, geralmente definido por uma área geográfica (como cidades, estados ou países) ou por períodos de tempo. Eles servem para avaliar a correlação entre a exposição e a doença em nível populacional.

Afirmativa II: Incorreta. O erro desta afirmativa está na classificação temporal. Ensaio clínico são estudos experimentais e obrigatoriamente prospectivos. O investigador aplica uma intervenção e acompanha os participantes ao longo do

tempo para observar os resultados no futuro. Estudos retrospectivos são aqueles que analisam dados do passado, como o estudo de caso-controle.

Afirmativa III: Correta. Estudos longitudinais são aqueles que realizam múltiplas medições ao longo do tempo, permitindo estabelecer uma relação de temporalidade entre exposição e desfecho. Eles podem ser prospectivos (como um estudo de coorte clássico) ou retrospectivos (como uma coorte histórica que utiliza registros passados). Por acompanharem os indivíduos ao longo do tempo, são o desenho ideal para o cálculo da incidência (novos casos).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta, pois a afirmativa II é falsa.

Alternativa b: Correta, pois reflete a veracidade das afirmativas I e III.

Alternativa c: Incorreta, pois, embora a III esteja correta, a afirmativa I também é verdadeira.

Alternativa d: Incorreta, pois a afirmativa II é conceitualmente errada ao chamar o ensaio clínico de retrospectivo.

Gabarito: Letra (b).

Questão 82

Para compreender a questão, é fundamental revisar os conceitos de sensibilidade e especificidade, que são propriedades intrínsecas de um teste diagnóstico. A sensibilidade é a capacidade do teste de identificar corretamente os verdadeiros doentes, enquanto a especificidade é a capacidade de identificar corretamente os indivíduos saudáveis.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A sensibilidade e a especificidade são parâmetros independentes entre si no que diz respeito à definição do teste. É perfeitamente possível ter um teste com altíssima especificidade (excelente para confirmar um diagnóstico) que possua baixa sensibilidade (falha em detectar muitos casos da doença). Um exemplo comum são exames padrão-ouro que são muito criteriosos: eles raramente erram quando dão positivo, mas podem dar negativo em casos iniciais ou com pouca carga patológica.

Alternativa b) Incorreta. Na prática, existe geralmente uma relação inversa quando se ajusta o ponto de corte de um teste. Para aumentar a sensibilidade e garantir que nenhum doente seja perdido, o teste acaba se tornando menos rigoroso, o que

aumenta o número de falsos-positivos e, conseqüentemente, diminui a especificidade.

Alternativa c) Incorreta. Esta é uma pegadinha frequente em provas. A sensibilidade e a especificidade são características fixas do teste em relação ao seu desempenho técnico e não mudam se a doença for comum ou rara. O que aumenta ou diminui com a prevalência são os Valores Preditivos (Positivo e Negativo).

Alternativa d) Incorreta. A especificidade, assim como a sensibilidade, não depende da prevalência da doença. Ela é calculada com base nos indivíduos sadios, avaliando quantos deles o teste consegue classificar corretamente como negativos. A prevalência afeta apenas a probabilidade de um resultado positivo ou negativo ser verdadeiro (valores preditivos).

Questão 83

A questão aborda os fundamentos da epidemiologia, especificamente o modelo sistêmico ou ecológico de causalidade. Este modelo entende a saúde e a doença não como eventos isolados, mas como resultados de interações complexas entre diversos componentes.

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa apresenta a definição clássica de Sistema Epidemiológico dentro da abordagem sistêmica. O sistema é composto pela tríade epidemiológica: o agente (biológico, físico ou químico), o suscetível (o hospedeiro humano) e o meio ambiente (fatores físicos, sociais, econômicos). O ponto-chave é a organização interna e as interações entre esses três elementos, que determinam se haverá equilíbrio ou a produção da doença em uma população.

Alternativa B (INCORRETA): Esta definição foca apenas nos processos que geram o estímulo patológico no ambiente. Embora faça parte da fase de pré-patogênese descrita por Leavell e Clark, ela é incompleta para definir o sistema epidemiológico como um todo, pois ignora a organização interna entre o hospedeiro e o agente dentro do contexto sistêmico.

Alternativa C (INCORRETA): Esta é uma definição genérica de Sistema, baseada na Teoria Geral dos Sistemas de Ludwig von Bertalanffy. Embora o sistema epidemiológico siga esse princípio (onde a alteração em um elemento afeta os demais), a alternativa está incorreta por não especificar os componentes próprios da epidemiologia (agente, suscetível e ambiente), sendo uma definição ampla demais para o contexto da questão.

Alternativa D (INCORRETA): Esta alternativa descreve um conceito mais voltado para

a patologia ou para a visão organicista da doença, focando na perturbação das funções vitais do indivíduo. O modelo sistêmico em epidemiologia vai além do indivíduo e da função vital, focando na interação ecológica e populacional.

Em resumo, a alternativa A é a mais completa e específica, pois identifica os componentes do sistema (agente, suscetível e meio ambiente) e a natureza dinâmica de sua organização na determinação do processo saúde-doença.

Questão 84

Alternativa A: Incorreta. O atendimento restrito a trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes era a principal característica do modelo previdenciário anterior (INPS/INAMPS). A Constituição de 1988 rompeu com essa lógica ao estabelecer que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, independentemente de contribuição para a Previdência Social.

Alternativa B: Incorreta. Embora o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) tenha sido extinto anos depois, o SUS não foi criado com o objetivo restrito de substituí-lo. O SUS surgiu como uma nova proposta de sistema de saúde pública, baseada no conceito ampliado de Seguridade Social, integrando ações que antes eram dispersas e excludentes.

Alternativa C: Correta. A Constituição Federal de 1988 e a subsequente Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) definiram os princípios doutrinários e organizativos do sistema. A universalização garante o acesso a todos os cidadãos; a equidade busca tratar desigualmente os desiguais para reduzir disparidades sociais e de saúde; e a descentralização redistribui poder, competências e recursos do nível federal para os Estados e, prioritariamente, para os Municípios.

Alternativa D: Incorreta. O SUS propõe exatamente o caminho inverso à centralização. Uma de suas diretrizes constitucionais é a descentralização, com direção única em cada esfera de governo (União, Estados e Municípios). O objetivo da reforma sanitária foi retirar a exclusividade da gestão federal para permitir que as ações e serviços de saúde fossem planejados e executados de forma mais próxima à realidade local da população.

Questão 85

Para compreendermos esta questão, devemos recorrer ao Artigo 200 da Constituição Federal de 1988 e ao Artigo 6º da Lei nº 8.080/1990, que definem o campo de atuação e as competências do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alternativa a) Incorreta. Ao contrário do que afirma a alternativa, o SUS tem a competência constitucional de participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico (Art. 200, IV, da CF/88). O saneamento é considerado um determinante social da saúde fundamental e, por isso, o SUS atua de forma intersetorial nessa área.

Alternativa b) Incorreta. A execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica é uma das competências primordiais do SUS, conforme previsto no Art. 6º, inciso I, da Lei nº 8.080/1990. Embora a Anvisa seja a agência reguladora nacional, ela integra o sistema, e a execução prática dessas ações é descentralizada para estados e municípios dentro da estrutura do SUS.

Alternativa c) Incorreta. O SUS não se limita à assistência terapêutica. A Saúde do Trabalhador é explicitamente incluída como uma das áreas de atuação do sistema (Art. 6º, inciso I, alínea c, da Lei nº 8.080/1990), abrangendo desde a vigilância de riscos nos locais de trabalho até a recuperação e reabilitação de trabalhadores vítimas de acidentes ou doenças ocupacionais.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa sintetiza competências expressas tanto na Constituição quanto na Lei Orgânica da Saúde. O SUS deve controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde (como alimentos, águas e bebidas para consumo humano) e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos, além de fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde.

Questão 86

A análise da questão exige conhecimento sobre a Portaria nº 116/2009 e o Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito do Ministério da Saúde. Vamos analisar cada afirmativa:

Afirmativa I: Falsa. Existe uma confusão comum entre a Declaração de Óbito (DO) e a Certidão de Óbito. A DO é um documento médico, de emissão obrigatória pelo médico, que atesta o falecimento e as causas da morte. O Cartório de Registro Civil emite a Certidão de Óbito, que é um documento jurídico lavrado a partir das informações contidas na DO entregue pela família.

Afirmativa II: Falsa. A Declaração de Óbito é composta por três vias carbonadas com destinos distintos:

1ª via (Branca): Destinada ao serviço de saúde responsável pelo processamento dos dados (Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde).

2ª via (Amarela): Entregue aos familiares ou responsáveis para que seja levada ao Cartório de Registro Civil para a emissão da Certidão de Óbito e posterior sepultamento.

3ª via (Rosa): É a via que deve permanecer retida no estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito, devendo ser arquivada no prontuário do paciente.

Afirmativa III: Verdadeira. O modelo atual da Declaração de Óbito e as normas de preenchimento vigentes foram consolidados na última atualização do Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito, publicada pelo Ministério da Saúde em 2014. Embora existam discussões sobre digitalização, este continua sendo o referencial normativo oficial para a prova.

Portanto, a sequência correta é Falsa, Falsa e Verdadeira (F, F, V).

Gabarito: Alternativa b.

Questão 87

A questão aborda o atendimento médico a adolescentes e o sigilo profissional, temas recorrentes em provas de residência e fundamentais na prática clínica da Atenção Primária. O ponto central é o direito à privacidade e à autonomia do adolescente que possui capacidade de discernimento.

De acordo com o Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o médico deve respeitar o sigilo profissional no atendimento a menores de idade, desde que o paciente tenha capacidade de compreender seu problema e de se autoconduzir. No caso de uma adolescente de 14 anos que busca contracepção por iniciativa própria, entende-se que ela possui discernimento para tal decisão.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O médico não deve condicionar o atendimento ou a prescrição à presença dos pais. Quebrar o sigilo sem que haja risco de vida ou de dano grave à paciente constitui infração ética. A autonomia da adolescente deve ser respeitada se ela for considerada capaz de avaliar sua situação.

Alternativa B: Incorreta. Embora a participação da família seja desejável em muitos contextos, o direito ao sigilo e à privacidade da adolescente prevalece. Exigir

autorização dos responsáveis para prescrever anticoncepcional fere o direito à saúde reprodutiva e afasta a jovem do sistema de saúde, aumentando o risco de gravidez indesejada.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa reflete a conduta ética e técnica adequada. O médico deve acolher a demanda, avaliar a maturidade da paciente e, constatando o discernimento, fornecer as orientações necessárias. É fundamental orientar sobre a dupla proteção (pílula para evitar gravidez e preservativo para evitar Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs) e realizar a prescrição, mantendo o sigilo em relação aos pais.

Alternativa D: Incorreta. A exigência de termo de consentimento assinado pelos pais viola o sigilo médico. Além disso, a obrigatoriedade de consultas a cada 30 dias cria uma barreira desnecessária ao acesso ao método contraceptivo, sem justificativa clínica para uma paciente saudável iniciando o uso de pílula.

Resumo ético-legal: O sigilo só deve ser rompido em situações excepcionais, como suspeita de abuso sexual, risco de morte ou risco de autoagressão. O início da vida sexual consentida aos 14 anos não se enquadra nessas exceções, e o fornecimento de métodos anticoncepcionais é um direito garantido para a proteção da saúde da adolescente.

Questão 88

Comentários sobre a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA):

A alternativa (a) está CORRETA. A RIPSA foi formalmente instituída em 1996, fruto de uma parceria estratégica entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O objetivo central era estabelecer um consenso sobre a produção e a divulgação de indicadores de saúde no Brasil, garantindo que as informações fossem padronizadas e confiáveis para o planejamento de políticas públicas.

A alternativa (b) está INCORRETA. Como o próprio nome indica, a rede é interagencial. Ela se caracteriza justamente pela participação de diversas instituições, incluindo órgãos governamentais (como o IBGE e o IPEA), centros de pesquisa, universidades e conselhos profissionais. Não é, portanto, uma iniciativa exclusiva do Ministério da Saúde.

A alternativa (c) está INCORRETA por dois motivos: o ano de criação foi 1996 e sua abrangência é nacional, visando a todo o território brasileiro e não apenas às áreas urbanas. O foco da RIPSA é a consolidação de uma base de dados que reflita a realidade de saúde de todo o país de forma sistêmica.

A alternativa (d) está INCORRETA. A RIPSA não é o órgão executor da coleta primária ou análise direta dos dados de mortalidade. Essa função pertence a sistemas de informação específicos, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), gerido pela Secretaria de Vigilância em Saúde. A RIPSA atua na definição de indicadores (como o IDB — Indicadores e Dados Básicos para a Saúde) e na validação metodológica para que esses dados brutos se tornem informações comparáveis e úteis para a gestão.

Questão 89

A questão aborda o dever de sigilo médico e o direito à privacidade do paciente, fundamentados no Código de Ética Médica (CEM). O prontuário é um documento do paciente, sob guarda da instituição de saúde, e as informações nele contidas são sigilosas.

Alternativa a: Incorreta. O sigilo médico não termina com a morte do paciente; ele deve ser mantido mesmo após o óbito. Além disso, a alternativa ignora que o paciente, estando vivo e capaz, é quem detém o direito de autorizar o acesso aos seus dados.

Alternativa b: Incorreta. A transferência de informações entre unidades de saúde deve ocorrer de forma técnica, por meio de relatórios de encaminhamento ou contrarreferência, garantindo que o sigilo seja preservado diante de familiares. Entregar o prontuário à mãe sem o consentimento do paciente viola a confidencialidade, especialmente em um caso de HIV, no qual o paciente expressou o desejo de manter o diagnóstico em segredo.

Alternativa c: Correta. De acordo com o Código de Ética Médica, o médico é proibido de revelar informações de que tenha conhecimento em virtude de sua profissão, bem como de permitir o acesso de terceiros ao prontuário sem autorização do paciente, exceto por dever legal ou justa causa. Como o paciente tem 45 anos, é capaz e manifestou o desejo de privacidade, somente ele pode autorizar a entrega de documentos à família.

Alternativa d: Incorreta. Embora uma procuração específica pudesse conferir poderes legais, em questões de prova e na ética médica, a regra primordial para pacientes capazes é a autorização direta. A existência de uma procuração não anula o conflito ético imediato apresentado no enunciado, que destaca a vontade do paciente em manter o sigilo perante os familiares.

Gabarito: Letra c.

Questão 90

O conceito de níveis de prevenção é fundamental na Saúde Coletiva e na Medicina de Família e Comunidade. Recentemente, além dos quatro níveis clássicos (primária, secundária, terciária e quaternária), foi proposto o nível quinquenário.

A prevenção quinquenária foca especificamente na saúde de quem presta a assistência, ou seja, no profissional de saúde e no cuidador. O objetivo é evitar o adoecimento desses agentes (como a Síndrome de Burnout), prevenir a desatualização técnica e garantir que o profissional esteja em plenas condições físicas e mentais para oferecer um cuidado seguro e de qualidade ao paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Promover educação alimentar e atividade física são estratégias de prevenção primária. A prevenção primária atua sobre os fatores de risco ou causas antes que a doença ocorra, visando diminuir a incidência de novos casos na população.

Alternativa B: Incorreta. O diagnóstico precoce de doenças em estágio inicial é o objetivo central da prevenção secundária. Ela utiliza o rastreamento (screening) e exames clínicos para identificar patologias de forma assintomática, visando um tratamento mais eficaz e melhor prognóstico.

Alternativa C: Incorreta. Reduzir complicações e sequelas de doenças crônicas já estabelecidas, bem como promover a reabilitação do paciente, são objetivos da prevenção terciária.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa descreve exatamente o foco da prevenção quinquenária. Ao cuidar da saúde física e mental do cuidador/profissional e investir na sua formação contínua, o sistema de saúde garante que a assistência prestada ao paciente seja superior, minimizando erros médicos e o impacto negativo do estresse ocupacional na prática clínica.

Para fins de revisão, vale lembrar também da prevenção quaternária, que visa proteger o paciente de intervenções médicas desnecessárias ou excessivas (iatrogenias), evitando a medicalização desnecessária da vida.

Questão 91

Para compreender esta questão, é fundamental revisar os níveis de atenção à saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), focando nas características da atenção secundária.

Análise das afirmativas:

Afirmativa I. Correta. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são componentes fundamentais da rede de atenção às urgências e situam-se no nível secundário. Elas funcionam como um elo intermediário entre a Atenção Primária (UBS) e a Atenção Terciária (Hospitais de Alta Complexidade). As UPAs possuem densidade tecnológica intermediária, oferecendo suporte diagnóstico (como raio X e exames laboratoriais) e leitos de observação para casos agudos que não podem ser resolvidos na atenção básica, mas que ainda não demandam a estrutura de um hospital de grande porte.

Afirmativa II. Incorreta. A descrição do uso de tecnologias avançadas, tratamentos de ponta e procedimentos altamente invasivos (como transplantes, grandes neurocirurgias ou tratamentos oncológicos complexos) é a definição clássica da Atenção Terciária (Alta Complexidade). A atenção secundária caracteriza-se por uma densidade tecnológica moderada, focando em especialidades médicas e métodos diagnósticos e terapêuticos de complexidade média.

Afirmativa III. Correta. Os serviços de urgência e emergência de complexidade intermediária, como as próprias UPAs e centros de especialidades, compõem a atenção secundária. Este nível de atenção é responsável por absorver demandas que exigem intervenção imediata ou especializada que extrapola a capacidade resolutiva da atenção primária, mas que não necessita obrigatoriamente de internação hospitalar em unidades de alta tecnologia.

Análise das alternativas:

a) Apenas I e III estão corretas: Esta é a alternativa correta, pois as UPAs e os serviços de urgência de complexidade média são marcos da atenção secundária, enquanto o uso de alta tecnologia e procedimentos invasivos pesados (mencionado na afirmativa II) pertence ao nível terciário.

b) Apenas II está correta: Incorreta. A afirmativa II descreve a atenção terciária.

c) Apenas III está correta: Incorreta. Embora a III esteja correta, a afirmativa I também está, tornando esta opção incompleta.

d) Apenas II e III estão corretas: Incorreta. A inclusão da afirmativa II invalida a

alternativa, pois esta descreve o nível de alta complexidade.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 92

Esta questão aborda as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Ministério da Saúde no que tange à saúde do trabalhador, fundamentando-se na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990).

Alternativa (a) Incorreta: A coordenação da utilização de agrotóxicos e as políticas de educação ambiental são responsabilidades compartilhadas principalmente entre os Ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) e do Meio Ambiente (IBAMA). Embora o SUS monitore os impactos dos agrotóxicos na saúde humana (por meio da VIGIPEQ), a coordenação de seu uso não é sua função primária na saúde do trabalhador.

Alternativa (b) Incorreta: Esta é uma alternativa que costuma gerar confusão. A inspeção e a fiscalização direta das condições de trabalho e do cumprimento das Normas Regulamentadoras (NRs) são competências precípua do Ministério do Trabalho e Emprego, realizadas pelos auditores-fiscais do trabalho. Embora a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) do SUS tenha poder de polícia sanitária e possa intervir em ambientes de trabalho, a fiscalização trabalhista geral é de competência de outro órgão.

Alternativa (c) Incorreta: A realização de perícia médica para fins de afastamento, a reabilitação profissional (como programa de retorno ao trabalho) e o pagamento de benefícios previdenciários (como auxílio-doença acidentário ou aposentadoria por invalidez) são responsabilidades da Previdência Social, executadas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e não do Ministério da Saúde/SUS.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa está em perfeita consonância com o Artigo 200, inciso II, da Constituição Federal de 1988 e com o Artigo 6º da Lei nº 8.080/1990. A legislação define que o SUS deve executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária, abrangendo também a saúde do trabalhador. Isso inclui a assistência às vítimas de acidentes e doenças do trabalho, a participação na normatização e fiscalização de ambientes produtivos e a informação dos trabalhadores sobre os riscos de suas atividades.

Em resumo, para provas de residência, lembre-se da tripartição de responsabilidades:

1. Saúde (SUS): Assistência, vigilância e promoção.

2. Trabalho (Ministério do Trabalho): Fiscalização de normas e segurança.
 3. Previdência (INSS): Perícia, benefícios e reabilitação profissional.
-

Questão 93

O modelo biomédico, indicado na alternativa (b), é o paradigma hegemônico na medicina ocidental contemporânea e o alvo principal das críticas mencionadas no enunciado. Este modelo consolidou-se a partir do Relatório Flexner (1910) e fundamenta-se na busca pela causa biológica específica para cada enfermidade.

As críticas relativas à visão fragmentária e mecanicista ocorrem porque o modelo biomédico tende a isolar o órgão ou sistema doente do restante do indivíduo (fragmentação) e a enxergar o corpo humano como uma máquina cujas peças podem ser consertadas isoladamente (mecanicismo), frequentemente ignorando os determinantes sociais, psicológicos e ambientais do processo saúde-doença.

Análise das alternativas:

- a) Modelo holístico: Incorreta. O holismo é o oposto da fragmentação. Ele propõe a compreensão do ser humano como um todo indivisível, integrando as dimensões física, mental, emocional e espiritual. Não é o modelo predominante na prática clínica convencional e não é criticado por ser mecanicista.
 - b) Modelo biomédico: Correta. É o modelo centrado na patologia e na intervenção técnica. Ele é criticado justamente por seu reducionismo biológico, no qual o foco está na doença e não no doente, e pela excessiva especialização que fragmenta o cuidado médico.
 - c) Modelo dinâmico: Incorreta. Modelos dinâmicos compreendem a saúde como um equilíbrio constante e mutável entre o organismo e o ambiente. Diferente do mecanicismo, que é rígido, o modelo dinâmico aceita a subjetividade e a adaptabilidade do ser vivo.
 - d) Modelo da História Natural das Doenças: Incorreta. Desenvolvido por Leavell e Clark, este modelo foca no processo de evolução da doença, desde as condições que a precedem (pré-patogênese) até o seu desfecho. Embora ainda possua bases biológicas fortes, ele avançou ao incluir a tríade epidemiológica (agente, hospedeiro e meio ambiente) e propor níveis de prevenção, sendo mais abrangente que o modelo biomédico estrito.
-

Questão 94

A Portaria GM/MS número 217, de 1º de março de 2023, alterou a Portaria de Consolidação GM/MS número 4/2017 para atualizar a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. O objetivo dessas atualizações periódicas é manter o sistema de vigilância sensível às mudanças no perfil epidemiológico e às novas ameaças biológicas.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O monitoramento de epizootias (doenças ou mortes de animais que podem preceder surtos em humanos, como no caso da Febre Amarela) continua sendo um pilar fundamental da vigilância epidemiológica. A atualização da lista não elimina esse monitoramento, mas o reafirma como estratégia de detecção precoce.

Alternativa b: Incorreta. O propósito da atualização é justamente o oposto: expandir ou adequar a lista para incluir novos agravos que demonstrem relevância para a saúde coletiva, garantindo que o Estado seja informado sobre sua ocorrência para adotar medidas de controle.

Alternativa c: Incorreta. A vigilância em saúde não se limita a causas conhecidas. O sistema de notificação inclui eventos de saúde pública (ESP) que podem ser causados por agentes desconhecidos, síndromes inusitadas ou emergentes, visando à investigação imediata antes mesmo da confirmação etiológica definitiva.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa define a essência da atualização normativa. O dinamismo das doenças infecciosas e dos riscos ambientais exige que a lista de notificação seja revisada para que a vigilância seja capaz de identificar ameaças atuais. Isso assegura que o fluxo de informações entre as unidades de saúde e as autoridades sanitárias permita uma resposta rápida e eficaz frente a riscos para a saúde pública.

Questão 95

A transição epidemiológica no Brasil é um processo complexo caracterizado por mudanças profundas no perfil de saúde e mortalidade da população. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. Embora os valores citados (45,5 anos em 1940 e 76 anos em 2017) estejam próximos das estatísticas históricas do IBGE, a alternativa afirma que a expectativa de vida diminuiu. Na realidade, houve um aumento expressivo da longevidade do brasileiro devido a melhorias no saneamento, vacinação, urbanização

e avanços na medicina.

Alternativa B: Incorreta. O erro reside na palavra aumentou. A taxa geral de mortalidade no Brasil sofreu uma queda drástica ao longo do século XX. Em 1940, o índice era de fato elevado (em torno de 20 por 1.000 habitantes), caindo para patamares próximos de 6 por 1.000 habitantes nas décadas recentes. Portanto, a taxa diminuiu.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa define com precisão a transição epidemiológica brasileira. O país vivenciou uma inversão no ranking das causas de morte: se na primeira metade do século XX as doenças infectocontagiosas (como tuberculose e doenças diarreicas) lideravam as estatísticas, hoje o cenário é dominado pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As doenças cardiovasculares representam a principal causa de óbito, seguidas pelas neoplasias e pelas causas externas (violência e acidentes). Vale ressaltar que o Brasil apresenta uma transição tripla de carga de doença, onde ainda convivemos com doenças infecciosas e carenciais ao mesmo tempo em que predominam as crônicas e as causas externas.

Alternativa D: Incorreta. Na década de 1930, o Brasil ainda não havia iniciado sua fase de queda acentuada das doenças infecciosas. Naquela época, as doenças infecciosas e parasitárias eram responsáveis por quase metade de todos os óbitos no país (estimativas em capitais chegavam a 45-50%). O percentual de 5,9% é muito baixo para o contexto histórico de 1930, sendo um número mais próximo da realidade observada a partir dos anos 2000.

Questão 96

Análise detalhada das afirmativas:

Afirmativa I (Falsa): Embora a idade gestacional (IG) seja inicialmente estimada pela Data da Última Menstruação (DUM), a confirmação ou correção dessa data deve ser feita preferencialmente por ultrassonografia (USG) realizada no primeiro trimestre, e não no segundo. O parâmetro mais fidedigno para datar a gestação é o Comprimento Cabeça-Nádega (CCN), medido entre 7 semanas e 13 semanas e 6 dias de gestação. A ultrassonografia do segundo trimestre possui uma margem de erro maior (cerca de 7 a 10 dias), enquanto a do primeiro trimestre varia apenas de 3 a 5 dias.

Afirmativa II (Falsa): A Regra de Naegle é o método padrão para calcular a Data Provável do Parto (DPP). A fórmula correta consiste em somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e somar 9 meses (ou subtrair 3 meses) ao mês em que a DUM ocorreu. A afirmativa está incorreta ao mencionar a subtração de apenas dois meses.

Afirmativa III (Verdadeira): O cálculo da IG por meio da DUM pressupõe que a mulher possua ciclos menstruais regulares de 28 dias, com a ovulação ocorrendo no 14º dia do ciclo. Em pacientes com ciclos irregulares, a data da ovulação é imprevisível, o que gera erros frequentes na estimativa da idade gestacional baseada apenas no calendário, tornando a ultrassonografia precoce um recurso indispensável nesses casos.

Dessa forma, a sequência correta é F, F, V, o que valida a alternativa (a).

Questão 97

Para compreender a acurácia dos testes diagnósticos, é fundamental diferenciar os conceitos de sensibilidade e especificidade.

A sensibilidade é a capacidade de um teste de identificar os verdadeiros doentes. Em termos probabilísticos, é a chance de o resultado ser positivo, dado que o paciente tem a doença. Testes com alta sensibilidade são ideais para triagem (*screening*), pois um resultado negativo neles praticamente descarta a patologia, já que geram poucos resultados falsos-negativos.

A especificidade é a capacidade de um teste de identificar os verdadeiros saudáveis. É a probabilidade de o resultado ser negativo, dado que o paciente não tem a doença. Testes com alta especificidade são ideais para confirmar um diagnóstico suspeito, pois um resultado positivo neles indica que a doença está realmente presente, já que geram poucos resultados falsos-positivos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A definição apresentada (positivo na presença da doença) corresponde à sensibilidade. A especificidade foca na probabilidade de o teste ser negativo em quem não tem a doença.

Alternativa b) Incorreta. A probabilidade de um teste ser positivo na ausência da doença descreve a taxa de falsos-positivos (complementar da especificidade). A especificidade foca no resultado negativo na ausência da doença.

Alternativa c) Incorreta. A probabilidade de o teste ser negativo na presença da doença descreve a taxa de falsos-negativos (complementar da sensibilidade). A sensibilidade foca justamente no resultado positivo na presença da doença.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa traz a definição exata de sensibilidade: a

capacidade do teste de apresentar um resultado positivo naqueles que realmente apresentam a condição ou doença pesquisada.

Gabarito: Letra d.

Questão 98

Para compreender esta questão, é necessário recorrer à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define os princípios e diretrizes do SUS aplicados à Atenção Primária à Saúde.

Alternativa A: Incorreta. A universalidade é um princípio fundamental do SUS e da Atenção Básica, o que significa que o sistema deve ser acessível a todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação ou barreira que limite o acesso a determinados grupos populacionais. A integralidade deve caminhar junto com o acesso universal.

Alternativa B: Incorreta. Embora a equidade busque tratar desigualmente os desiguais para reduzir disparidades (focando em quem mais precisa), o termo "supervalorizar" é tecnicamente inadequado e não consta na legislação. Além disso, a priorização por critérios socioeconômicos deve servir para garantir justiça social, mas jamais para invalidar o caráter universal do atendimento.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve com precisão os princípios doutrinários do SUS: Universalidade (acesso a todos), Equidade (justiça na distribuição de recursos e cuidados) e Integralidade (abordagem completa do indivíduo). A Atenção Básica é caracterizada por ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo ser resolutiva (resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população) e garantir a continuidade do cuidado ao longo do tempo.

Alternativa D: Incorreta. A integralidade é um princípio obrigatório da Atenção Básica e não pode ser negligenciada. Cabe à Atenção Básica não apenas oferecer serviços próprios, mas também coordenar o cuidado do paciente dentro de toda a Rede de Atenção à Saúde, garantindo que ele tenha acesso aos níveis secundário e terciário quando necessário. Portanto, a integralidade é, sim, uma competência essencial deste nível de atenção.

Questão 99

Para compreender a dinâmica das arboviroses, é fundamental distinguir o período de incubação intrínseco (no ser humano) do extrínseco (no mosquito vetor), além de conhecer o tempo de viremia, que determina a transmissibilidade.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: O período de incubação intrínseco do vírus Zika é geralmente de 3 a 12 dias. O intervalo de 8 a 14 dias citado na alternativa é excessivamente longo para o padrão da doença no hospedeiro humano, assemelhando-se mais ao período que o vírus leva para circular no mosquito (incubação extrínseca).

ALTERNATIVA B - CORRETA: A viremia é a presença do vírus no sangue em níveis suficientes para que o mosquito, ao picar o indivíduo, seja infectado. No caso do Chikungunya, o período de transmissibilidade do homem para o mosquito começa cerca de 2 dias antes do início dos sintomas e pode durar até o 10.º dia após o início das manifestações clínicas, embora seja mais intenso nos primeiros 5 dias.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: O período de incubação extrínseco do vírus Dengue (tempo que o vírus leva para migrar do intestino para as glândulas salivares do mosquito após a ingestão de sangue infectado) varia de 8 a 12 dias, dependendo de condições ambientais como temperatura. A afirmação de que começa com 1 dia está incorreta, pois o vírus requer um tempo mínimo de replicação no vetor antes que este se torne capaz de transmiti-lo.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A viremia do vírus Zika no sangue humano é curta. O vírus é detectável no soro do início dos sintomas até, geralmente, o 5.º ou 7.º dia. Embora o RNA viral possa ser detectado por períodos prolongados em outros fluidos (como urina, onde pode durar mais de 15 dias, ou sêmen), a viremia sanguínea clássica não costuma atingir o 10.º dia.

Questão 100

Análise da questão: A malária é uma patologia de notificação compulsória e de grande relevância na medicina tropical brasileira. Para responder corretamente a este item, o candidato deve conhecer a epidemiologia atual da doença na região amazônica.

Alternativa a: Esta é a resposta correta. O *Plasmodium vivax* é a espécie amplamente predominante no Brasil, sendo responsável por aproximadamente 80 a 85 por cento dos casos de malária registrados no território nacional. Clinicamente, ele costuma causar a febre terça (paroxismos a cada 48 horas) e tem como característica biológica a formação de hipnozoítos, que são formas latentes no fígado capazes de

causar recaídas se não forem tratadas com esquemas que incluam a primaquina.

Alternativa b: Incorreta. O *Plasmodium malariae* ocorre no Brasil, mas sua prevalência é muito baixa em comparação ao *P. vivax*. Esta espécie é classicamente associada à febre quarta, na qual os picos de febre ocorrem a cada 72 horas devido ao ciclo eritrocítico mais longo do parasita.

Alternativa c: Incorreta. O *Plasmodium ovale* não é encontrado de forma autóctone nas Américas. Sua distribuição geográfica é restrita majoritariamente ao continente africano e a algumas regiões da Ásia. Portanto, é uma alternativa epidemiologicamente impossível para uma infecção adquirida na Amazônia.

Alternativa d: Incorreta. O *Plasmodium falciparum* é a segunda espécie mais comum no Brasil, representando cerca de 15 a 20 por cento dos casos. Embora seja clinicamente mais importante por estar associado a formas graves, complicações neurológicas e maior letalidade, a questão pede a espécie mais provável. Estatisticamente, o *P. vivax* supera significativamente o *P. falciparum* em número de casos na Amazônia.
