



# PUC

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



## Gabarito: PUC

2026 | SP

---

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

## Comentários e Explicações

### Questão 1

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

O traçado evidencia um supradesnivelamento do segmento ST (o famoso "supra") nas derivações precordiais de V1 a V4, o que caracteriza um Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento de ST (IAMCSST) de parede anterior.

Conduta e Estratégia de Reperusão:

O paciente apresenta dor típica com 2 horas de evolução (janela ideal para reperusão). A decisão entre angioplastia primária (hemodinâmica) ou trombólise depende do tempo. As diretrizes estabelecem que, se o tempo estimado para a realização da angioplastia for superior a 120 minutos (2 horas), deve-se optar pela trombólise química imediata, desde que não existam contraindicações. No caso em questão, a hemodinâmica só estaria disponível em 2 horas e meia (150 minutos), ultrapassando o limite recomendado. Portanto, a conduta correta é a trombólise imediata.

Ajuste Medicamentoso pela Idade:

Um ponto crucial desta questão é a idade do paciente (76 anos). No tratamento do IAMCSST que será submetido a trombólise, existem ajustes específicos para pacientes com 75 anos ou mais:

1. Clopidogrel: Em pacientes com menos de 75 anos, faz-se dose de ataque de 300 mg. Em pacientes com 75 anos ou mais, NÃO se faz dose de ataque; utiliza-se apenas a dose de manutenção de 75 mg para reduzir o risco de sangramento intracraniano.
2. Enoxaparina: Em pacientes com 75 anos ou mais, não se faz o bolus endovenoso de 30 mg, e a dose subcutânea é reduzida para 0,75 mg/kg.

Explicação das Alternativas:

- a) Correta. O diagnóstico de parede anterior está correto conforme o ECG. A conduta de trombólise é a indicada pelo tempo de atraso para hemodinâmica (> 120 min). A dose de clopidogrel de 75 mg está correta para a idade do paciente (76 anos), respeitando a ausência de dose de ataque em idosos que serão trombolisados.
- b) Incorreta. Embora a estratégia de trombólise esteja correta pelo tempo, as doses das medicações auxiliares estão erradas para a idade do paciente. Para um paciente de 76 anos que passará por trombólise, não se deve administrar clopidogrel 300 mg (ataque) nem enoxaparina 30 mg IV (bolus), devido ao alto risco de hemorragia.
- c) Incorreta. A conduta de enviar para a sala de hemodinâmica neste cenário

causaria um atraso na reperfusão superior a 120 minutos, o que aumenta a mortalidade e a perda de miocárdio. A prioridade é abrir a artéria o mais rápido possível, neste caso, via trombólise.

d) Incorreta. Repete o erro da alternativa anterior, priorizando a hemodinâmica em um cenário onde o tempo de espera excede o limite das diretrizes internacionais e nacionais. Além disso, as alternativas C e D são idênticas na questão original.

---

## Questão 2

A imagem apresenta manchas hipocrômicas (claras) no dorso de um paciente, com a realização concomitante de um teste de sensibilidade térmica (utilizando tubos de ensaio com água quente e fria). Este conjunto é clássico para o diagnóstico de hanseníase.

Alternativa (a) Incorreta: A baciloscopia de fenda cutânea tem sensibilidade limitada. Nas formas paucibacilares da doença (como a hanseníase indeterminada ou a tuberculoide), a carga bacilar é muito baixa, resultando frequentemente em baciloscopia negativa. Portanto, o resultado negativo não exclui a patologia, cujo diagnóstico é fundamentalmente clínico.

Alternativa (b) Correta: O anti-PGL1 é um teste sorológico que detecta anticorpos contra um antígeno específico do *Mycobacterium leprae*. Embora seja muito sensível nas formas multibacilares (virchowiana e dimorfa), sua sensibilidade é muito baixa nas formas paucibacilares. Assim, um paciente com hanseníase (especialmente no polo tuberculoide) pode apresentar sorologia negativa e ainda assim ter a doença.

Alternativa (c) Incorreta: A formação de granulomas no anatomopatológico indica uma resposta imune celular eficiente, característica do polo tuberculoide (forma hiperérgica). A forma mais anérgica (baixa imunidade celular) é a virchowiana, que se caracteriza por um infiltrado inflamatório difuso com macrófagos repletos de bacilos (células de Virchow), sem a organização de granulomas típicos.

Alternativa (d) Incorreta: A sorologia anti-PGL1 positiva indica exposição ao bacilo e risco de adoecimento, mas não confirma o diagnóstico de hanseníase isoladamente. O diagnóstico depende da presença de sinais clínicos, como lesões de pele com perda de sensibilidade ou espessamento de nervos periféricos. Em áreas endêmicas, indivíduos podem ter sorologia positiva por contato com o bacilo sem necessariamente manifestar a doença clínica.

---

### Questão 3

Análise Clínica do Caso:

O paciente apresenta um quadro clássico de Cefaleia em Salvas (Cluster Headache). Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Sexo e Idade: Mais comum em homens, com início frequente na idade adulta jovem.
2. Localização e Intensidade: Dor unilateral, orbitária/supraorbitária, de altíssima intensidade.
3. Duração: Episódios de 15 a 180 minutos (o paciente relata 2 horas, o que se encaixa perfeitamente).
4. Sintomas Autonômicos Ipsilaterais: Rinorreia e hiperemia ocular (vermelhidão) do mesmo lado da dor são marcos das Cefaleias Trigêmeino-Autonômicas.
5. Comportamento: A inquietude ou agitação psicomotora durante a crise é um divisor de águas, pois pacientes com enxaqueca (migrânea) tendem a buscar o repouso e o isolamento.
6. Periodicidade: O relato de períodos de crise seguidos por remissões prolongadas (6 meses sem dor) define o caráter "em salvas".

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A presença de rinorreia e dor periocular frequentemente leva ao erro diagnóstico de sinusite. No entanto, a natureza episódica há quase 20 anos, a curta duração das crises e a ausência de sinais infecciosos (febre, secreção purulenta) descartam essa hipótese.

b) Incorreta. Embora a migrânea possa ser unilateral e pulsátil, a duração da crise de migrânea é maior (4 a 72 horas), o paciente prefere o repouso (em vez de inquietude) e os sintomas autonômicos exuberantes não são a regra. Além disso, a amitriptilina é uma droga de escolha para profilaxia de migrânea e cefaleia tensional, não para cefaleia em salvas.

c) Incorreta. O diagnóstico de cefaleia em salvas está correto, porém o propranolol não é eficaz para essa patologia. O propranolol é um betabloqueador amplamente utilizado na profilaxia da migrânea.

d) Correta. O diagnóstico é de cefaleia em salvas e o tratamento de escolha para a prevenção das crises (profilaxia) é o verapamil. O verapamil é um bloqueador dos canais de cálcio e é considerado o padrão-ouro para reduzir a frequência e a intensidade das crises durante o período de salva. Vale lembrar que, para o tratamento da crise aguda, a conduta seria oxigênio a 100% sob máscara ou triptanos (preferencialmente subcutâneo ou nasal). No caso clínico, como as crises

estão ocorrendo a cada 4 ou 5 dias há dois meses, a introdução de um tratamento preventivo como o verapamil é a conduta mais adequada.

#### Questão 4

Análise da Questão:

Esta questão aborda as recomendações da Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose, focando na estratificação de risco e nas metas terapêuticas, que são os pilares do tratamento cardiovascular moderno.

Alternativa (a) Incorreta: A decisão de iniciar o tratamento medicamentoso não se baseia em um valor isolado de LDL-colesterol para toda a população. O manejo da dislipidemia é dependente do Risco Cardiovascular Global. Pacientes de baixo risco, por exemplo, podem ter metas de LDL muito mais flexíveis (como  $< 130$  mg/dL) e, inicialmente, serem tratados apenas com mudanças no estilo de vida. O valor de LDL  $\geq 100$  mg/dL não é um gatilho universal para farmacoterapia.

Alternativa (b) Incorreta: A avaliação do risco cardiovascular deve ser feita de forma muito mais precoce. As diretrizes recomendam que a estratificação e a avaliação do perfil lipídico comecem a partir dos 20 anos de idade em adultos jovens, ou até mesmo na infância e na adolescência, caso existam fatores de risco familiares ou sinais clínicos de dislipidemia genética. Esperar até os 50 anos resultaria em perda de oportunidade para prevenção primária eficaz.

Alternativa (c) Correta: De acordo com as atualizações mais recentes das diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), pacientes classificados como de "Muito Alto Risco" (aqueles que já apresentam doença aterosclerótica clinicamente estabelecida, como infarto prévio, AVC ou doença arterial periférica) devem buscar uma meta de LDL-colesterol inferior a 50 mg/dL. Além disso, as diretrizes reforçam o conceito de que, para este grupo, quanto menor o nível de LDL, maior a proteção cardiovascular, desde que o tratamento seja bem tolerado pelo paciente.

Alternativa (d) Incorreta: A insuficiência renal crônica (IRC) é, por si só, um fator que eleva o risco cardiovascular. O uso de estatinas é indicado para a maioria desses pacientes para reduzir a incidência de eventos isquêmicos. Embora o ajuste de dose possa ser necessário para certas estatinas (como a sinvastatina) em estágios avançados da doença renal, o uso não é contraindicado. Pelo contrário, a estatina é parte fundamental da terapia nefroprotetora e cardioprotetora, especialmente em pacientes não dialíticos.

Resumo do raciocínio: A cardiologia moderna utiliza a estratificação de risco para

definir a agressividade do tratamento. Quanto maior o risco do paciente, menor deve ser a meta de LDL, chegando ao patamar de  $< 50$  mg/dL para os casos de risco muito alto.

## Questão 5

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta critérios para o diagnóstico de pré-diabetes, com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL (112 mg/dL) e HbA1c entre 5,7 e 6,4% (6,0%). Ela possui diversos fatores de risco para a progressão para Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), incluindo obesidade (IMC 31 kg/m<sup>2</sup>), sedentarismo, hipertensão arterial, histórico familiar e, crucialmente, antecedente de diabetes gestacional e circunferência abdominal aumentada.

Alternativa a) Incorreta. As mudanças no estilo de vida (MEV), visando à perda de peso de 5% a 7% e atividade física regular (pelo menos 150 minutos por semana), são a base do tratamento para todos os pacientes. No entanto, a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda intensificar a terapia com medicação em pacientes que apresentam perfis de maior risco, o que torna esta alternativa incompleta para o caso descrito.

Alternativa b) Correta. De acordo com as recomendações da SBD 2024-2025, o uso de metformina deve ser considerado em pacientes com pré-diabetes que apresentam alto risco de progressão para DM2. Os principais critérios para essa indicação são: idade inferior a 60 anos, IMC igual ou superior a 35 kg/m<sup>2</sup>, mulheres com antecedente de diabetes gestacional e indivíduos com hemoglobina glicada em ascensão ou outros componentes da síndrome metabólica. A paciente em questão preenche dois critérios fundamentais: idade abaixo de 60 anos e antecedente de diabetes gestacional, justificando a associação imediata de metformina às mudanças de estilo de vida.

Alternativa c) Incorreta. A conduta expectante (apenas observação) não é recomendada em pacientes com pré-diabetes, especialmente naqueles com múltiplos fatores de risco. O pré-diabetes é um estado de risco cardiometabólico aumentado e a intervenção ativa é necessária para prevenir a progressão para o diabetes franco e reduzir o risco de complicações macrovasculares.

Alternativa d) Incorreta. O tratamento farmacológico nunca deve ser prescrito isoladamente. A intervenção no estilo de vida é comprovadamente eficaz e, em muitos estudos (como o Diabetes Prevention Program), demonstrou ser até mais potente que o uso isolado de metformina na redução da incidência de DM2. O medicamento atua como um complemento terapêutico, e nunca como substituto das

mudanças de hábitos.

## Questão 6

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente Paulo, de 62 anos, apresenta um quadro de declínio cognitivo e funcional (dificuldade em tarefas habituais e realocação profissional) associado a sintomas neuropsiquiátricos (irritabilidade e oscilações de humor). O ponto crucial para o diagnóstico reside nos antecedentes: ele possui múltiplos fatores de risco cardiovascular (hipertensão, diabetes e tabagismo pesado) e uma história progressiva de déficit focal súbito e transitório (provável Ataque Isquêmico Transitório — AIT) há seis meses. Esse conjunto de informações direciona fortemente a suspeita clínica para Demência Vascular.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Miniexame do Estado Mental (MEEM): Incorreta. O MEEM é uma ferramenta de rastreio cognitivo fundamental na avaliação inicial de qualquer paciente com queixa de perda de memória ou confusão mental. Ele auxilia no diagnóstico sindrômico (confirmar se há ou não um déficit cognitivo), mas não é capaz de definir a etiologia (a causa) da demência.

b) Ressonância magnética de crânio: Correta. Para o diagnóstico de Demência Vascular, é necessário estabelecer uma relação temporal ou clínica entre o declínio cognitivo e a doença cerebrovascular. A ressonância magnética (RM) é muito mais sensível que a tomografia para identificar lesões isquêmicas subcorticais, pequenos infartos lacunares e a carga de doença da substância branca (leucoaraiose). No caso de Paulo, a RM poderá demonstrar as sequelas do evento isquêmico prévio e outras lesões vasculares silenciosas que justificam o quadro clínico, selando o diagnóstico etiológico.

c) Análise do Líquido cefalorraquidiano: Incorreta. A análise do líquido (LCR) é reservada para suspeitas de demências de rápida progressão, neuroinfecções (como neurosífilis ou HIV) ou para a pesquisa de biomarcadores específicos da Doença de Alzheimer (proteína tau e beta-amiloide). Embora possa ser solicitada em casos atípicos, não é o exame de escolha para investigar a etiologia vascular sugerida pela história do paciente.

d) Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH): Incorreta. A dosagem de TSH faz parte da rotina laboratorial de investigação de demências para excluir causas reversíveis de prejuízo cognitivo (hipotireoidismo). No entanto, diante do histórico de

múltiplos fatores de risco cardiovascular e evento neurológico focal prévio, o TSH dificilmente traria o diagnóstico etiológico principal, servindo apenas como um exame de exclusão de comorbidades.

## Questão 7

Esta questão aborda um cenário clássico de Cuidados Paliativos e Bioética, focando no conceito de proporcionalidade terapêutica e na prevenção da distanásia (prolongamento irracional da vida ou "obstinação terapêutica").

### Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta uma neoplasia incurável (câncer de mama triplo-negativo metastático), com baixa reserva funcional (restrita ao leito), sem possibilidades de tratamento modificador da doença e com insuficiência respiratória por causas irreversíveis. Estamos diante de um quadro de terminalidade real, no qual o foco deve ser o conforto e a dignidade, e não a manutenção artificial de funções vitais que não trarão benefício clínico ou retorno à qualidade de vida.

### Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Código de Ética Médica brasileiro, em seus princípios fundamentais e no artigo 41, veda a distanásia. O dever do médico não é manter a vida a qualquer custo (vitalismo), mas sim proteger a dignidade do paciente. Em casos de doença incurável e terminal, o médico deve oferecer cuidados paliativos apropriados em vez de procedimentos invasivos fúteis.

Alternativa b) Incorreta. Embora a autonomia (autodeterminação) seja um pilar da bioética, ela não é absoluta. O paciente ou a família não podem exigir que o médico realize um procedimento que é tecnicamente considerado fútil, sem indicação clínica ou que configure má prática. A decisão deve ser compartilhada, mas baseada na técnica e na ética profissional.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta mais adequada de acordo com as diretrizes de Cuidados Paliativos. Diante da irreversibilidade do quadro e da ausência de benefícios da ventilação mecânica invasiva (que apenas prolongaria o processo de morte e aumentaria o sofrimento), o médico deve indicar a proporcionalidade terapêutica. A comunicação franca e empática sobre o prognóstico é essencial para que o plano de cuidados seja focado no controle de sintomas (como o uso de opioides para dispneia) e no suporte humanizado.

Alternativa d) Incorreta. Embora o médico tenha a autoridade técnica para não indicar um procedimento fútil, ele tem o dever ético e legal de informar o paciente e

seus familiares sobre as decisões tomadas, o prognóstico e as metas de cuidado. O diálogo é fundamental para evitar conflitos, garantir a transparência e permitir que a família compreenda que a "não intubação" não é abandono, mas sim uma forma de cuidado focado no conforto.

Resumo Pedagógico:

Em pacientes terminais com doenças irreversíveis e sem proposta terapêutica curativa, a intubação orotraqueal é frequentemente considerada uma medida fútil (distanásia). A conduta correta (ortotanásia) envolve o estabelecimento de limites terapêuticos, priorizando o alívio do sofrimento através de cuidados paliativos, sempre mediante comunicação clara e honesta com o paciente e seus representantes legais.

---

## Questão 8

Análise da Questão:

A paciente apresenta um quadro de multimorbidade (Insuficiência Cardíaca de Fração de Ejeção Reduzida — ICFeR, pós-infarto agudo do miocárdio e diabetes mellitus tipo 2), o que justifica o uso de múltiplas medicações. O desafio clínico é equilibrar a necessidade de tratamentos que reduzem a mortalidade com os riscos inerentes à polifarmácia.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o uso de cinco ou mais medicamentos seja a definição mais aceita de polifarmácia, isso não significa que eles devam ser suspensos obrigatoriamente. No caso clínico, a maioria dos fármacos listados faz parte dos pilares do tratamento da ICFeR (terapia quádrupla: betabloqueador, sacubitril/valsartana, espironolactona e iSGLT2) ou da prevenção secundária cardiovascular (AAS e estatina). A suspensão arbitrária aumentaria significativamente o risco de morte e descompensação da paciente.

Alternativa (b) Incorreta: É verdade que as medicações estão bem indicadas conforme as diretrizes atuais. No entanto, é incorreto afirmar que não há risco de eventos adversos ou interações. Quanto maior o número de fármacos, maior a probabilidade de interações medicamentosas (ex.: risco de hipercalemia na associação de sacubitril/valsartana com espironolactona) e de efeitos colaterais, especialmente em idosos, cuja farmacocinética é alterada.

Alternativa (c) Incorreta: A desprescrição é um processo que deve ser pautado na decisão compartilhada. Envolve avaliar os objetivos de cuidado, a expectativa de vida e as preferências da paciente. Ignorar a autonomia da paciente em decisões terapêuticas fere os princípios da bioética e da medicina centrada na pessoa.

Alternativa (d) Correta: Esta é a alternativa que melhor reflete a prática clínica baseada em evidências. A polifarmácia é, muitas vezes, necessária (polifarmácia apropriada) para o manejo de pacientes com múltiplas doenças crônicas. Se a paciente desenvolver uma nova condição que exija tratamento (como uma infecção ou uma nova comorbidade), a polifarmácia preexistente não impede a prescrição de um novo fármaco necessário, desde que se avalie criteriosamente a relação risco-benefício e as possíveis interações.

Gabarito: Letra (d).

---

### Questão 9

A resolução dessa questão baseia-se na identificação do patógeno isolado na hemocultura e no conhecimento do espectro de ação dos antimicrobianos. O paciente evoluiu com sepse, e a hemocultura confirmou a presença de *Pseudomonas aeruginosa*, uma bactéria Gram-negativa não fermentadora, frequentemente associada a infecções hospitalares e conhecida por sua alta resistência intrínseca a diversos antibióticos.

Para tratar uma infecção por *Pseudomonas aeruginosa*, o médico deve, obrigatoriamente, escolher um fármaco que possua atividade antipseudomonal comprovada.

Análise das alternativas:

a) Cefuroxima: É uma cefalosporina de segunda geração. Embora tenha boa ação contra cocos Gram-positivos e alguns Gram-negativos comunitários, não possui qualquer atividade contra *Pseudomonas aeruginosa*. Portanto, é inadequada para o caso.

b) Ceftazidima: É uma cefalosporina de terceira geração com uma característica peculiar que a diferencia da ceftriaxona: ela possui excelente atividade contra *Pseudomonas aeruginosa*. É um dos fármacos de escolha para o tratamento empírico e direcionado desse patógeno, sendo a única opção viável entre as apresentadas para cobrir o agente isolado na hemocultura.

c) Ceftriaxona: Também é uma cefalosporina de terceira geração, muito utilizada em ambiente hospitalar por sua cobertura contra Gram-negativos e pneumococo. No entanto, a ceftriaxona é classicamente conhecida por NÃO ter atividade contra *Pseudomonas aeruginosa*. O enunciado inclusive cita que o paciente já havia utilizado esse medicamento no início do quadro sem sucesso.

d) Ampicilina-sulbactam: É uma associação de uma aminopenicilina com um inibidor de betalactamase. É eficaz contra bactérias Gram-positivas, algumas Gram-negativas e anaeróbios, sendo muito usada em infecções comunitárias e de topografia abdominal. Contudo, não possui cobertura contra *Pseudomonas aeruginosa*.

Conclusão: Diante de uma sepse por *Pseudomonas aeruginosa*, a única alternativa que oferece cobertura antimicrobiana adequada para o patógeno em questão é a Ceftazidima.

---

## Questão 10

Análise Clínica:

A paciente é uma idosa de 89 anos, com comorbidade neurológica (sequela de AVE), apresentando um quadro respiratório agudo de 4 dias. O diagnóstico etiológico foi confirmado como Influenza A. Clinicamente, ela apresenta sinais de gravidade que caracterizam a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): taquipneia e hipoxemia (saturação de 88% em ar ambiente), além de extenso comprometimento pulmonar (50% em vidro fosco na TC).

Conduta Recomendada:

O protocolo do Ministério da Saúde e as diretrizes mundiais estabelecem que, para casos de SRAG ou para pacientes com fatores de risco para complicações (como idade acima de 60 anos e doenças neurológicas), o tratamento com antiviral deve ser iniciado precocemente. O suporte de oxigênio é mandatório devido à hipoxemia apresentada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Esta alternativa foca no tratamento de pneumonia bacteriana comunitária (ceftriaxona e claritromicina). Embora a coinfeção bacteriana possa ocorrer, a questão confirma a presença de Influenza A e a conduta principal deve incluir o tratamento antiviral específico.

b) Incorreta. O remdesivir é um antiviral utilizado no tratamento da COVID-19, não sendo o tratamento de escolha para Influenza. A dexametasona não é rotina no tratamento da Influenza, a menos que haja outras indicações específicas, como choque séptico ou broncoespasmo associado.

c) Incorreta. Apresenta antibióticos de amplo espectro (linezolida e piperacilina-tazobactam) indicados para infecções hospitalares graves ou por germes multirresistentes (como MRSA e *Pseudomonas*). Não há elementos no enunciado que

justifiquem essa cobertura inicial para uma paciente vinda da comunidade com diagnóstico viral confirmado.

d) Correta. A internação é necessária pela gravidade clínica (hipoxemia e taquipneia). O oseltamivir é o antiviral de escolha para o vírus Influenza (inibidor da neuraminidase). O suporte respiratório (oxigenioterapia) é essencial para corrigir a saturação de 88%, e os sintomáticos visam ao conforto da paciente.

---

### Questão 11

Análise clínica do caso: A paciente apresenta um quadro de Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST), evidenciado pelo eletrocardiograma com infradesnivelamento de ST de 2 mm e inversão de onda T. O ponto determinante para a conduta é a presença de critérios de gravidade extrema: a paciente está hipotensa (90/70 mmHg), taquicárdica (116 bpm) e apresenta sinais claros de insuficiência ventricular esquerda e congestão pulmonar (presença de B3 e estertores subcrepitantes).

Alternativa a: Incorreta. O uso de betabloqueadores, especialmente por via endovenosa, é formalmente contraindicado em pacientes com sinais de insuficiência cardíaca aguda ou baixo débito (hipotensão, taquicardia compensatória e congestão). Administrar metoprolol neste cenário pode agravar a disfunção ventricular e levar ao choque cardiogênico irreversível.

Alternativa b: Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e diretrizes internacionais (AHA/ESC), pacientes com síndrome coronariana aguda sem supra de ST que apresentam instabilidade hemodinâmica, choque cardiogênico, insuficiência cardíaca aguda ou arritmias graves são classificados como de "muito alto risco". Para esse grupo, a recomendação é a estratégia invasiva imediata (cineangiocoronariografia/cateterismo) em até 2 horas, visando à revascularização da artéria culpada.

Alternativa c: Incorreta. A terapia fibrinolítica (como a alteplase) é indicada exclusivamente para o Infarto Agudo do Miocárdio COM Supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), quando a angioplastia primária não está disponível em tempo hábil. Nas síndromes sem supra de ST, o uso de fibrinolíticos não tem benefício e aumenta significativamente o risco de hemorragias.

Alternativa d: Incorreta. Embora a coleta de biomarcadores (troponina) seja mandatária na investigação de dor torácica, o quadro clínico desta paciente já fornece elementos suficientes para a classificação de risco. Em situações de instabilidade hemodinâmica (muito alto risco), a conduta intervencionista não deve

ser retardada pelo resultado de exames laboratoriais. O diagnóstico é clínico-eletrocardiográfico e a prioridade é a estabilização e desobstrução coronária imediata.

## Questão 12

A análise desta questão exige o conhecimento do protocolo de Taquicardia com Pulso do ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support). O paciente apresenta uma taquicardia de complexo QRS largo (0,12 s), porém está hemodinamicamente estável, uma vez que sua pressão arterial é de 110 x 70 mmHg e não há menção a sinais de choque, dor torácica isquêmica, alteração súbita de consciência ou insuficiência cardíaca aguda.

Diante de uma taquicardia de complexo largo em paciente estável, o protocolo recomenda verificar se o ritmo é regular e monomórfico. Nestes casos, a intervenção farmacológica inicial deve seguir os critérios abaixo:

Alternativa (a) Correta: A adenosina é a droga de primeira escolha para taquicardias de QRS largo, desde que o ritmo seja regular e monomórfico. Ela atua como uma ferramenta diagnóstica e terapêutica: se o ritmo for, na verdade, uma taquicardia supraventricular com condução aberrante (que se apresenta com QRS largo), a adenosina poderá reverter a arritmia. Se for uma taquicardia ventricular monomórfica, a adenosina geralmente não reverte, mas é considerada segura para a tentativa inicial no paciente estável.

Alternativa (b) Incorreta: A amiodarona é um antiarrítmico que pode ser utilizado em taquicardias ventriculares estáveis, mas, segundo os algoritmos atuais, a adenosina deve ser tentada primeiro se o complexo for regular e monomórfico. Além disso, em diretrizes internacionais, a procainamida é frequentemente preferida à amiodarona para taquicardias ventriculares monomórficas estáveis.

Alternativa (c) Incorreta: A atropina é um fármaco anticolinérgico utilizado exclusivamente no tratamento de bradicardias sintomáticas. Seu uso em uma taquicardia seria contraproducente, pois aumentaria ainda mais a frequência cardíaca.

Alternativa (d) Incorreta: A adrenalina (epinefrina) é uma catecolamina utilizada em protocolos de parada cardiorrespiratória (como TV sem pulso, FV, assistolia e AESP) ou em infusão para bradicardias e choques graves. Administrar adrenalina em um paciente com taquicardia e pulso presente agravaria severamente o quadro, aumentando a demanda metabólica do miocárdio e o risco de degeneração para uma arritmia letal.

Conclusão: Como o paciente está estável, o QRS é largo e houve falha na manobra vagal, a conduta farmacológica imediata é a administração de adenosina. Caso o paciente estivesse instável (hipotensão grave, sinais de choque), a conduta seria a cardioversão elétrica sincronizada.

### Questão 13

Para analisar o laudo da espirometria e responder à questão, devemos seguir um passo a passo sistemático de interpretação:

1. **\*\*Análise da Relação VEF1/CVF (Índice de Tiffeneau):\*\*** O primeiro passo para identificar um distúrbio obstrutivo é observar se a relação VEF1/CVF está abaixo do Limite Inferior da Normalidade (LIN). Na tabela, o valor pré-broncodilatador é 0,68, enquanto o limite inferior esperado para a paciente é 0,79. Como o valor medido é menor que o limite inferior, confirmamos a presença de um Distúrbio Ventilatório Obstrutivo (DVO).

2. **\*\*Graduação do Distúrbio Obstrutivo:\*\*** A gravidade da obstrução é definida pelo VEF1 em porcentagem do previsto. No exame pré-broncodilatador, o VEF1 da paciente é de 1,42 L, o que corresponde a 59% do previsto. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), valores de VEF1 entre 50% e 59% do previsto classificam o distúrbio como moderado.

3. **\*\*Prova Broncodilatadora (Pós-BD):\*\*** Avaliamos a variação do VEF1 e da CVF após o uso do medicamento. No rodapé da imagem, observa-se que o cálculo da variação foi feito em relação ao valor previsto.

- VEF1: Houve um aumento de 0,48 L (480 mL) e 20% em relação ao previsto.

- CVF: Houve um aumento de 0,41 L (410 mL) e 15% em relação ao previsto.

Critérios de reversibilidade (aumento > 200 mL e variação significativa) foram amplamente atingidos tanto no VEF1 quanto na CVF, o que é característico da asma, diagnóstico sugerido pela clínica da paciente (dispneia, sibilância matinal e rinite).

4. **\*\*Avaliação da CVF (Capacidade Vital Forçada):\*\*** A CVF inicial era de 2,10 L (78% do previsto), o que está acima do Limite Inferior (2,05 L). Após o broncodilatador, ela sobe para 2,51 L (93%). Não há evidência de restrição, pois a CVF é normal ou normaliza com o tratamento da obstrução (fenômeno de redução de aprisionamento aéreo).

Análise das alternativas:

a) **\*\*Correta.\*\*** O laudo apresenta um Distúrbio Ventilatório Obstrutivo Moderado

(VEF1 de 59%) com variação significativa de VEF1 e CVF após o uso de broncodilatador (reversibilidade da obstrução).

b) **\*\*Incorreta.\*\*** Um distúrbio restritivo apresentaria uma relação VEF1/CVF normal ou aumentada, com redução proporcional de CVF e VEF1. No exame, a relação está reduzida (0,68), o que define obstrução.

c) **\*\*Incorreta.\*\*** O distúrbio não é combinado (obstrutivo + restritivo). A CVF pré-broncodilatador está acima do limite inferior da normalidade ( $2,10 > 2,05$ ) e, além disso, houve variação acentuada após o broncodilatador, o que invalida a afirmação "sem variação".

d) **\*\*Incorreta.\*\*** Como discutido, o padrão é francamente obstrutivo devido à queda da relação VEF1/CVF, e existe uma variação pós-broncodilatador muito importante (reversibilidade), o que descarta essa alternativa.

---

## Questão 14

Análise do Caso Clínico:

O paciente em questão apresenta um quadro clínico clássico de Doença Pulmonar Intersticial, muito provavelmente Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI). Os principais indícios são a idade avançada, o histórico de tabagismo, a dispneia progressiva de longa data associada à tosse seca e, fundamentalmente, a presença de baqueteamento digital (hipocratismo digital), que é um sinal clínico fortemente associado a doenças fibrosantes crônicas do parênquima pulmonar.

Análise das Imagens:

A Radiografia de Tórax demonstra um infiltrado reticular bilateral, com predomínio em bases e periferia. A Tomografia de Tórax de Alta Resolução (TCAR) é diagnóstica para o padrão de Pneumonia Intersticial Usual (UIP), evidenciando o faveolamento (\*honeycombing\*) — que são estas pequenas cavidades císticas agrupadas na região subpleural —, além de bronquiectasias de tração e espessamento de septos.

Análise das Alternativas:

a) Estertores grossos difusos: Incorreta. Os estertores grossos (ou bolhosos) alteram-se com a tosse e são característicos da presença de secreção nas vias aéreas de maior calibre, como em bronquites e quadros de congestão pulmonar grave. Não é o achado típico da fibrose.

b) Estertores finos difusos: Incorreta. Embora o som da fibrose seja tecnicamente um estertor fino (que ocorre pela abertura súbita de alvéolos e pequenas vias aéreas

colapsadas), o termo "velcro" é muito mais específico para o diagnóstico de doenças intersticiais fibrosantes na semiologia médica. Além disso, na fibrose, eles costumam iniciar-se nas bases e não necessariamente de forma "difusa" por todo o pulmão no início do quadro.

c) Estertores fibróticos ou em velcro bilaterais: Correta. Este é o ruído adventício patognomônico das doenças pulmonares intersticiais. Eles são estertores finos, inspiratórios, que se assemelham ao som do abrir de um fecho de velcro. Diferentemente dos estertores da insuficiência cardíaca, eles não se modificam com a mudança de posição e são mais persistentes.

d) Roncos e sibilos difusos: Incorreta. Estes sons são típicos de doenças das vias aéreas com obstrução ao fluxo de ar, como asma ou DPOC (bronquite e enfisema). Embora o paciente seja tabagista, a clínica de tosse seca, baqueteamento e a imagem de faveolamento direcionam o diagnóstico para a patologia intersticial, e não obstrutiva pura.

Gabarito: Alternativa (c).

---

## Questão 15

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O caso descreve um paciente idoso com sangramento grave (hematúria macroscópica) no pós-operatório de cirurgia prostática, sem história prévia de coagulopatia e com exames pré-operatórios normais. O laboratório revela anemia aguda e um prolongamento isolado do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa). O ponto crucial é que o TTPa não corrige com o teste da mistura (mistura do plasma do paciente com plasma normal), o que indica a presença de um inibidor circulante neutralizando os fatores de coagulação, e não uma simples deficiência. A dosagem de Fator VIII (FVIII) muito baixa (3,4%), associada a um título elevado de inibidor de FVIII (486 Unidades Bethesda), sela o diagnóstico de Hemofilia A Adquirida.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Embora distúrbios hereditários leves (como hemofilia leve ou doença de von Willebrand) possam ocasionalmente se manifestar apenas após grandes cirurgias, o paciente em questão tem 71 anos, exames prévios normais e a presença comprovada de um autoanticorpo de alto título. Isso caracteriza uma patologia adquirida, não hereditária.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa define com precisão a Hemofilia A Adquirida (HAA). É uma condição autoimune rara na qual o organismo produz autoanticorpos contra o Fator VIII da coagulação. Diferentemente da hemofilia congênita, a HAA afeta homens e mulheres igualmente e tem um pico de incidência em idosos (média de 70 a 80 anos). Em metade dos casos não se encontra uma causa (idiopática), mas a outra metade está frequentemente associada a cânceres, doenças reumatológicas, gravidez ou ao uso de certos medicamentos.

Alternativa c) Incorreta. A doença de von Willebrand é tipicamente um distúrbio hereditário da função plaquetária e do transporte do Fator VIII. A descrição de ser uma "complicação de muitos distúrbios agudos com risco de vida" é mais característica da Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), que envolveria também queda de plaquetas e alteração do TAP/INR, o que não é o caso do paciente.

Alternativa d) Incorreta. No tratamento específico da Hemofilia A Adquirida, o Plasma Fresco Congelado (PFC) é realmente ineficaz, pois o volume necessário para superar o inibidor seria excessivo e causaria sobrecarga volêmica, além de o inibidor rapidamente neutralizar o FVIII transfundido. O manejo correto envolve agentes de bypass (Fator VII ativado ou Complexo Protrombínico Ativado) e imunossupressão. No entanto, a redação da alternativa é genérica e imprecisa quanto às recomendações de uso de hemoderivados em outras coagulopatias adquiridas.

---

## Questão 16

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de pneumonia aguda, evidenciado pela febre, tosse produtiva e as imagens de radiografia e tomografia, que mostram uma consolidação no lobo inferior direito. Simultaneamente, ela desenvolveu uma Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI) grave, diagnosticada pela palidez acentuada, hemoglobina muito baixa (5,9 g/dl), reticulocitose importante (17,8%), aumento de bilirrubina indireta e DHL elevado (marcador de hemólise e turnover celular). O Coombs direto positivo para IgM e Complemento confirma a etiologia imune, frequentemente desencadeada por processos infecciosos.

Alternativa A: Incorreta. Embora a transfusão e a antibioticoterapia sejam necessárias para estabilizar a paciente e tratar a infecção pulmonar, esta opção falha ao não abordar o mecanismo autoimune da anemia. Sem o controle da resposta imune, as hemácias transfundidas podem continuar sendo destruídas rapidamente.

Alternativa B: Incorreta. Esta alternativa ignora o tratamento da pneumonia, que é o provável gatilho para a anemia hemolítica. Sem antibioticoterapia, o foco infeccioso

(visível nas imagens de tórax) não será controlado, impedindo a recuperação plena da paciente e a remissão do estímulo imunológico.

Alternativa C: Incorreta. A plasmaferese pode ser considerada em casos específicos e refratários de AHAI por anticorpos frios (IgM), mas não é a conduta inicial de escolha em detrimento da pulsoterapia em quadros de hemólise aguda grave apresentados em provas de residência. Além disso, a pulsoterapia com corticoides é a abordagem básica para frear a destruição celular imediata.

Alternativa D: Correta. Esta é a conduta mais completa e adequada. A transfusão de hemácias fenotipadas e em alíquotas é essencial devido à gravidade da anemia (Hb 5,9 g/dl com sintomas de baixo débito) e à dificuldade de compatibilidade cruzada na AHAI, devendo ser feita com cautela. A antibioticoterapia trata a pneumonia (causa base). A pulsoterapia com corticosteroides é a intervenção necessária para interromper a destruição das hemácias pelo sistema imunológico.

Associação com as imagens:

A radiografia de tórax (imagem à esquerda) demonstra uma opacidade em base pulmonar direita, sugestiva de processo de preenchimento alveolar. A tomografia computadorizada (imagem à direita) detalha essa consolidação subsegmentar no lobo inferior direito, caracterizada por aumento da densidade do parênquima pulmonar com preservação dos contornos vasculares e brônquicos, confirmando o diagnóstico de pneumonia que acompanha o quadro de anemia.

---

### Questão 17

O quadro clínico apresenta um homem de 55 anos com sintomas constitucionais (febre, perda de peso e mal-estar), artrite migratória, lesões purpúricas em membros inferiores e sinais de comprometimento renal (elevação de creatinina e proteinúria). O achado laboratorial decisivo para a resolução da questão é a positividade do c-ANCA.

Alternativa a: Correta. A Granulomatose com Poliangeíte (GPA), anteriormente denominada Granulomatose de Wegener, é uma vasculite sistêmica de pequenos vasos. Ela é classicamente associada à presença do anticorpo c-ANCA (padrão citoplasmático), que é direcionado contra a proteinase 3 (PR3). O envolvimento renal, manifestado por glomerulonefrite (sugerida pela proteinúria e aumento da creatinina), e o acometimento cutâneo com vasculite leucocitoclástica são achados frequentes. A artrite e os sintomas constitucionais completam o espectro clínico típico desta patologia.

Alternativa b: Incorreta. A Poliarterite Nodosa (PAN) é uma vasculite que acomete

vasos de médio calibre. Duas características principais a afastam deste caso: a PAN não costuma estar associada ao ANCA (é tipicamente ANCA-negativa) e não causa glomerulonefrite. O comprometimento renal na PAN ocorre por isquemia decorrente de estenoses ou aneurismas das artérias renais, e não por lesão glomerular, o que torna a proteinúria menos comum do que na GPA.

Alternativa c: Incorreta. A Artrite Reumatoide (AR) pode apresentar vasculite cutânea, mas isso geralmente ocorre em pacientes com doença de longa data, deformidades articulares estabelecidas e sorologia positiva (Fator Reumatoide ou Anti-CCP positivos). A presença de c-ANCA positivo é um marcador altamente específico para vasculites sistêmicas primárias, como a GPA, e não faz parte do perfil laboratorial da Artrite Reumatoide.

Alternativa d: Incorreta. O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é descartado principalmente pela negatividade do FAN. O FAN é o teste de triagem para o lúpus com sensibilidade próxima a 100%; portanto, um FAN negativo em um contexto de doença multissistêmica ativa torna o diagnóstico de LES extremamente improvável. Além disso, o c-ANCA não é um anticorpo característico do lúpus.

Em resumo, a presença de sintomas multissistêmicos com evidência de lesão renal e positividade para c-ANCA define o diagnóstico de Granulomatose com Poliangeíte.

---

## Questão 18

Análise do caso clínico:

O paciente de 68 anos apresenta um quadro clínico clássico que remete ao diagnóstico de Mieloma Múltiplo. A principal pista reside na presença dos critérios definidos pelo acrônimo CRAB, frequentemente utilizado na medicina para identificar essa neoplasia de plasmócitos:

C (Cálcio): Hipercalemia (cálcio iônico de 7,0 mg/dL, acima do valor de referência).

R (Renal): Insuficiência renal (creatinina de 5,2 mg/dL).

A (Anemia): Anemia grave (hemoglobina de 6,2 g/dL).

B (Bone/Osso): Lesão óssea evidenciada por fratura patológica no úmero após esforço mínimo.

Além disso, o aumento das gamaglobulinas sugere o chamado gap proteico, indicando a presença de uma proteína monoclonal (proteína M), e a proteinúria em um paciente com função renal comprometida e sem diabetes reforça a suspeita de nefropatia por cilindros (rim do mieloma).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. No hiperparatireoidismo secundário à insuficiência renal crônica, o achado laboratorial típico é a hipocalcemia (cálcio baixo) ou cálcio normal, associado a níveis de PTH muito elevados. O organismo aumenta o PTH para tentar compensar a queda do cálcio decorrente da retenção de fósforo e da deficiência de vitamina D ativa. Neste caso, o paciente apresenta hipercalcemia.

b) Incorreta. O hiperparatireoidismo primário é uma causa importante de hipercalcemia, geralmente devido a um adenoma de paratireoide. No entanto, ele não explica o conjunto de achados do paciente, como a anemia grave, o aumento de gamaglobulinas e a rápida deterioração renal associada a uma fratura patológica de osso longo em um homem idoso.

c) Correta. O diagnóstico de Mieloma Múltiplo é o mais provável por reunir todos os componentes da síndrome CRAB. A hipercalcemia no mieloma ocorre devido à excessiva reabsorção óssea mediada por citocinas ativadoras de osteoclastos. O PTH de 76 pg/mL está levemente acima do normal, mas para um nível de cálcio tão alto, ele deveria estar suprimido; essa leve elevação ocorre pela própria disfunção renal, mas não é a causa primária da hipercalcemia observada.

d) Incorreta. A rabdomiólise é uma síndrome de lise muscular que pode causar insuficiência renal aguda e hipercalemia (potássio alto), mas tipicamente cursa com hipocalcemia na fase inicial (pela deposição de cálcio nos tecidos lesados). Não há histórico de trauma muscular intenso ou imobilização prolongada, e a rabdomiólise não explicaria a anemia crônica nem a fratura patológica.

---

### Questão 19

A intoxicação por metanol (álcool metílico) é uma emergência médica grave. O metanol em si não é altamente tóxico, mas ele é convertido pela enzima álcool desidrogenase em formaldeído e, posteriormente, em ácido fórmico, que é o responsável pela toxicidade sistêmica e ocular.

Alternativa A: Incorreta. O metanol causa acidose metabólica com hiato aniônico (\*anion gap\*) aumentado, devido ao acúmulo de ácido fórmico. A acidose hiperclorêmica é aquela que apresenta hiato aniônico normal, o que não ocorre nesse caso. O cloro costuma estar em níveis normais, enquanto o bicarbonato é consumido pelo excesso de ácidos orgânicos.

Alternativa B: Incorreta. O fomepizol é, de fato, o antídoto de escolha, mas sua função não é aumentar a excreção ou degradação dos metabólitos. Ele atua como

um inibidor competitivo potente da enzima álcool desidrogenase. Ao bloquear essa enzima, ele impede que o metanol seja transformado em seus produtos tóxicos (formaldeído e ácido fórmico), permitindo que o metanol seja eliminado pelos rins de forma inalterada.

Alternativa C: Incorreta. O distúrbio gasométrico esperado é a acidose metabólica isolada com hiato aniônico aumentado. Embora o paciente apresente uma resposta respiratória compensatória (redução da  $p\text{CO}_2$ ), isso é uma consequência esperada da acidose e não necessariamente um distúrbio misto primário. O distúrbio misto de acidose metabólica com alcalose respiratória é o padrão clássico da intoxicação por salicilatos (aspirina).

Alternativa D: Correta. O metanol é uma substância de baixo peso molecular e osmoticamente ativa. Quando presente no sangue, ele eleva a osmolalidade medida diretamente pelo osmômetro. No entanto, as fórmulas matemáticas utilizadas para estimar a osmolalidade plasmática levam em conta apenas o sódio, a glicose e a ureia. Como o metanol não faz parte da fórmula, surge uma diferença (hiato ou \*gap\*) entre a osmolalidade real medida e a calculada. Esse aumento do hiato osmolar (geralmente acima de 10-15 mOsm/kg) é um marcador laboratorial precoce e crucial para o diagnóstico de intoxicação por álcoois tóxicos antes mesmo da instalação da acidose grave.

## Questão 20

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um paciente idoso com câncer de pulmão e hiponatremia severa (116 mEq/L). O câncer de pulmão, especialmente o carcinoma de pequenas células, é uma causa clássica de Síndrome da Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIADH) por produção ectópica de ADH. A questão informa que o paciente tem funções cardíaca, renal, adrenal, hepática e tireoidiana normais, o que é fundamental, pois o diagnóstico de SIADH é feito por exclusão dessas outras patologias.

### FISIOPATOLOGIA DA SIADH

Na SIADH, ocorre uma secreção contínua de ADH, independentemente da osmolalidade plasmática. O ADH atua nos túbulos coletores renais, promovendo a reabsorção de água livre. Isso gera três consequências principais: o sangue fica diluído (hiponatremia hipotônica), a urina fica inadequadamente concentrada e o volume extracelular sofre uma leve expansão. Essa expansão de volume leva à excreção urinária de sódio (natriurese) para tentar manter o equilíbrio, o que faz com

que o paciente permaneça clinicamente euvolêmico (sem edemas e com pressão normal).

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O paciente com SIADH é clinicamente euvolêmico, não hipovolêmico. Além disso, a hiponatremia da SIADH é obrigatoriamente hipotônica, o que significa que a osmolalidade plasmática (sanguínea) deve estar diminuída, e não elevada. Uma osmolalidade sanguínea elevada com sódio baixo poderia sugerir estados de hiperglicemia severa.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa define os critérios diagnósticos essenciais da SIADH:

1. Euvolemia: O paciente não tem sinais de desidratação (como na hipovolemia) nem de edema/ascite (como na hipervolemia).
2. Osmolalidade urinária maior que 100 mOsm/kg: Indica que o rim está concentrando a urina de forma inapropriada, já que, em uma hiponatremia normal, o rim deveria estar eliminando urina maximamente diluída (menor que 100 mOsm/kg).
3. Osmolalidade sérica diminuída: Reflete a diluição do sangue pelo excesso de água retida (hiponatremia hipotônica).

Alternativa (c) INCORRETA: A hipervolemia com hiponatremia é característica de estados edematosos, como Insuficiência Cardíaca, Cirrose Hepática ou Síndrome Nefrótica. Além disso, na SIADH a urina deve estar concentrada (maior que 100 mOsm/kg), refletindo a ação do ADH, e não diluída como afirma a alternativa.

Alternativa (d) INCORRETA: A SIADH é uma causa específica de hiponatremia euvolêmica. Se a osmolalidade urinária estivesse abaixo de 100 mOsm/kg (como os 80 mOsm/kg citados), isso indicaria que o ADH está adequadamente suprimido e que a causa da hiponatremia seria outra, como a Polidipsia Primária (ingestão excessiva de água) ou a síndrome de potomania (baixa ingestão de solutos). Na SIADH, o ADH está presente e "segura" a água, impedindo que a urina fique tão diluída.

---

## Questão 21

Análise do quadro clínico:

O cenário descrito é compatível com uma embolia gasosa por dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), uma complicação grave e potencialmente fatal do pneumoperitônio. A tríade de queda súbita do CO<sub>2</sub> expirado (ETCO<sub>2</sub>), queda da saturação de oxigênio e taquicardia, associada ao fato de o pneumoperitônio não estar sendo estabelecido adequadamente, indica que a agulha de Veress provavelmente foi inserida em um vaso sanguíneo (como a veia cava ou veias ilíacas) e o gás está sendo insuflado

diretamente na circulação venosa. O gás no ventrículo direito obstrui a saída de sangue para os pulmões, gerando um efeito de "gas lock" (bloqueio gasoso).

Alternativa (a) Incorreta: Colocar o paciente em posição de Trendelenburg (cabeça para baixo) isoladamente não é a conduta inicial. Embora o Trendelenburg possa ajudar a evitar que bolhas de ar atinjam a circulação cerebral em embolias arteriais, na embolia gasosa venosa o objetivo é deslocar o gás da via de saída do ventrículo direito. A posição de Trendelenburg pode ser usada como parte da Manobra de Durant, mas nunca antes de interromper a fonte do gás.

Alternativa (b) Incorreta: O decúbito lateral esquerdo é parte integrante da Manobra de Durant (Trendelenburg + Decúbito Lateral Esquerdo). Essa posição visa manter a bolha de gás no ápice do ventrículo direito, longe da artéria pulmonar, tentando restaurar o fluxo sanguíneo. No entanto, o manejo de qualquer emergência iatrogênica exige que, primeiramente, o insulto causal seja interrompido antes de realizar manobras de posicionamento.

Alternativa (c) Correta: O passo imediato e mais importante é interromper a insuflação de gás e remover a fonte de entrada. Se a agulha de Veress está dentro de um vaso e injetando CO<sub>2</sub> na circulação, mantê-la no local apenas agravará a embolia. Ao remover a agulha e interromper o fluxo de gás, você impede que o volume do êmbolo gasoso aumente, permitindo que as outras medidas de ressuscitação e posicionamento tenham efeito. É o princípio básico de remover o fator agressor.

Alternativa (d) Incorreta: Aumentar a FiO<sub>2</sub> para 100% é uma medida de suporte necessária no manejo da embolia gasosa para tratar a hipóxia e ajudar na eliminação do gás, mas não é o primeiro passo. Primeiro interrompe-se a causa (o fluxo de gás pela agulha) e, simultaneamente ou logo em sequência, realizam-se as medidas de suporte ventilatório e hemodinâmico.

Resumo do manejo:

1. Interromper a insuflação e remover a agulha de Veress/Trocarte.
2. Desinsuflar o abdome (liberar o pneumoperitônio).
3. Posicionar em decúbito lateral esquerdo e Trendelenburg (Manobra de Durant).
4. Administrar oxigênio a 100%.
5. Se necessário, aspirar o gás através de um cateter venoso central.

## Questão 22

A introdução do trocarte em cirurgias laparoscópicas é um dos momentos mais críticos do procedimento, pois pode atingir vasos da parede abdominal (como a artéria epigástrica) ou vasos maiores intra-abdominais e retroperitoneais. A identificação de uma lesão vascular nesse cenário é essencialmente direta e visual.

Alternativa a) Correta: Assim que a óptica (câmera) é introduzida através do trocarte, o cirurgião realiza uma inspeção da cavidade. O sangramento visível, seja ele um escorrimento pela parede abdominal ou o acúmulo de sangue livre no abdome, é o sinal mais comum, precoce e fidedigno de que houve uma lesão vascular durante a punção.

Alternativa b) Incorreta: O hematoma retroperitoneal pode ocorrer em lesões de grandes vasos, como a aorta ou a veia cava. No entanto, ele pode ser de difícil visualização inicial por estar localizado atrás do peritônio parietal posterior, não sendo a forma mais comum de identificação imediata comparada ao sangramento livre.

Alternativa c) Incorreta: A bradicardia durante a laparoscopia está frequentemente associada ao reflexo vagal, desencadeado pela distensão súbita do peritônio durante a insuflação do gás (pneumoperitônio) ou pela manipulação de vísceras. Não é um sinal clássico ou específico de lesão de vaso abdominal.

Alternativa d) Incorreta: A hipóxia é uma manifestação tardia de choque hemorrágico grave ou pode decorrer de complicações ventilatórias relacionadas à pressão do pneumoperitônio. Ela não é o sinal primário utilizado para identificar uma lesão vascular no momento da colocação do trocarte.

---

## Questão 23

Alternativa a: Incorreta. Lesões térmicas podem ocorrer mesmo sem o contato direto entre o instrumento ativo e outra estrutura. Isso acontece devido ao fenômeno chamado acoplamento capacitivo, no qual a corrente elétrica é transferida do instrumento eletrocondutor para outro material condutor próximo (como outro instrumento ou o trocarte) através de uma camada isolante intacta.

Alternativa b: Correta. As falhas de isolamento (insulation failure) são um dos perigos mais críticos na laparoscopia. Pequenas rachaduras ou poros no revestimento do instrumento, muitas vezes invisíveis a olho nu, permitem a fuga de corrente elétrica. Como essa fuga ocorre em uma área muito pequena, a densidade da corrente é extremamente alta, o que pode causar queimaduras graves e inadvertidas em órgãos vizinhos, como o intestino, frequentemente fora do campo de visão do cirurgião.

Alternativa c: Incorreta. No modo de coagulação, o eletrocautério utiliza tensões (voltagens) muito mais altas e ondas intermitentes para romper a resistência do ar e do tecido. Essa voltagem elevada resulta em maior dispersão térmica lateral e maior carbonização tecidual quando comparada ao modo de corte, que utiliza baixa voltagem e corrente contínua.

Alternativa d: Incorreta. Embora o acoplamento capacitivo possa ocorrer em diferentes cenários, o risco clássico de lesão na parede abdominal ou em órgãos internos está associado ao uso de trocartes híbridos (uma combinação de metal e plástico). Em um sistema totalmente plástico (não metálico), a energia acoplada capacitivamente não consegue ser dissipada com segurança na parede abdominal do paciente, podendo se acumular e descarregar em órgãos internos caso estes toquem o instrumento. No entanto, a alternativa b descreve de forma mais direta e correta um dos principais mecanismos de falha e risco de segurança em cirurgia minimamente invasiva.

---

## Questão 24

Esta questão aborda a segurança eletrocirúrgica em procedimentos minimamente invasivos, especificamente durante a dissecação da parede abdominal posterior, onde a proximidade com as alças intestinais exige cautela extrema para evitar lesões térmicas inadvertidas.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A - INCORRETA: O uso de cânulas híbridas (metal com âncoras ou colares de plástico) é, na verdade, um fator de risco para o acoplamento capacitivo, e não uma proteção. Quando uma cânula metálica está isolada da parede abdominal por uma bucha de plástico, a carga elétrica acumulada nela por indução não consegue se dissipar com segurança para a parede do paciente. Isso pode gerar uma descarga de alta densidade (arco elétrico) para qualquer órgão interno que toque na cânula, como o intestino delgado. O ideal é o uso de sistemas totalmente metálicos ou totalmente plásticos.

Alternativa B - INCORRETA: Ao contrário do que muitos pensam, o modo "coagulação" utiliza uma voltagem muito mais alta do que o modo "corte" (cut). A alta voltagem do modo coagulação favorece a dispersão lateral de calor e aumenta o risco de formação de arcos elétricos para tecidos adjacentes. Para dissecação próxima a órgãos nobres, o modo "corte" é geralmente preferível por ter menor voltagem e causar menos dano térmico lateral.

Alternativa C - INCORRETA: A ativação contínua do dispositivo monopolar deve ser evitada. O acionamento prolongado causa o superaquecimento da ponta do instrumento e aumenta significativamente a propagação térmica para os tecidos vizinhos. A recomendação é que a ativação seja intermitente, curta e apenas quando o instrumento estiver em contato visual direto com o tecido-alvo.

Alternativa D - CORRETA: Esta é a medida fundamental de segurança em eletrocirurgia (princípio ALARA - tão baixo quanto razoavelmente viável). Utilizar a menor potência eficaz reduz a quantidade de energia total entregue ao tecido, minimizando a profundidade e a extensão lateral da zona de necrose térmica. Na separação de componentes posteriores (como na técnica de TAR - Transversus Abdominis Release), a camada muscular é fina e o intestino está logo abaixo; portanto, limitar a potência é a forma mais direta de controlar o risco de lesão por condução térmica profunda.

GABARITO: Letra (d).

---

### Questão 25

O caso apresenta uma paciente com obstrução intestinal de alto grau e sinais de gravidade (aumento de lactato e piora da dor), indicando sofrimento de alça e necessidade de cirurgia de urgência. A paciente recusa o procedimento, porém ela claramente não possui capacidade de decisão no momento, pois apresenta desorientação e alucinações (fala com o marido falecido e acredita que vai cozinhar para ele). Além disso, ela é uma paciente desassistida ou não representada, pois não possui familiares, representantes legais ou diretivas antecipadas de vontade.

Alternativa A: Incorreta. O acionamento do sistema judiciário é um processo lento e inadequado para situações de emergência ou urgência com risco de morte iminente. Aguardar uma ordem judicial neste contexto atrasaria o tratamento e aumentaria a morbimortalidade da paciente.

Alternativa B: Correta. De acordo com os princípios da bioética e normas de ética médica, quando um paciente não possui capacidade de decisão e não há um representante legal disponível em uma situação de urgência, a conduta adequada é prosseguir com o tratamento necessário para salvar a vida ou prevenir danos graves. No entanto, para fins éticos e de proteção legal, o protocolo padrão em muitas instituições (e frequentemente cobrado em exames baseados em diretrizes internacionais de bioética) orienta que a necessidade da intervenção e a incapacidade do paciente sejam validadas por um segundo médico que não esteja diretamente envolvido no caso.

Alternativa C: Incorreta. O respeito à autonomia do paciente exige que este tenha capacidade de discernimento. Como a paciente está em estado confusional (delirium sobreposto à demência), sua recusa não é válida. Seguir sua vontade verbal e encaminhá-la para cuidados paliativos, sem que haja uma diretiva prévia ou uma condição terminal irreversível, configuraria omissão de socorro e negligência médica.

Alternativa D: Incorreta. Embora a cirurgia seja de fato necessária e a paciente não possa recusá-la legalmente devido à sua incapacidade, a alternativa B é considerada mais completa e correta sob o ponto de vista formal e ético. O passo administrativo e ético recomendado antes de levar um paciente incapaz e sem representante à sala de cirurgia (quando há tempo mínimo para tal) é a obtenção de uma segunda opinião médica para corroborar a urgência e a incapacidade, dividindo a responsabilidade da decisão.

---

## Questão 26

A questão aborda um dilema bioético clássico em uma situação de urgência médica: como proceder quando um paciente, sem capacidade de decisão e sem representantes legais, recusa um tratamento vital.

A análise do caso mostra que a paciente apresenta um quadro de abdome agudo obstrutivo com sinais de complicação (aumento de lactato e piora da dor), o que caracteriza uma emergência cirúrgica. Apesar de ter o diagnóstico prévio de demência leve, no momento da avaliação, ela apresenta uma desorientação franca e perda de contato com a realidade (alucinação/delírio sobre o marido falecido), o que retira sua capacidade de exercer a autonomia.

Explicação das alternativas:

a) Autonomia: Incorreta. A autonomia é o princípio que garante ao paciente o direito de decidir sobre seu próprio corpo e tratamento. No entanto, para ser exercida, exige que o paciente tenha capacidade de compreensão, processamento das informações e manifestação de vontade lúcida. No caso, a paciente está em estado confusional agudo e não possui condições mentais para exercer sua autonomia. Prosseguir com a cirurgia contra a vontade verbal dela é, justamente, uma flexibilização da autonomia em favor de outros princípios.

b) Beneficência: Correta. O princípio da beneficência estabelece o dever do médico de agir no melhor interesse do paciente, promovendo o seu bem-estar e saúde. Em situações de emergência com risco de morte iminente, em que o paciente não possui capacidade de decisão e não há diretivas antecipadas ou familiares responsáveis, o médico deve intervir para salvar a vida da paciente. É a busca pelo benefício

(preservação da vida e resolução da obstrução) que justifica a cirurgia.

c) Não-maleficência: Incorreta. Este princípio determina que o médico deve evitar causar danos intencionais ao paciente (\*primum non nocere\*). Embora a cirurgia em si cause um trauma cirúrgico, o objetivo principal da intervenção não é evitar um dano, mas sim promover a cura de uma patologia fatal. Em questões de prova, quando o foco é a intervenção ativa para salvar a vida de quem não pode consentir, a beneficência é o princípio mais adequado para justificar a ação.

d) Justiça: Incorreta. O princípio da justiça refere-se à equidade na distribuição de recursos de saúde e ao tratamento justo dos indivíduos na sociedade. Não se aplica diretamente à decisão clínica e ética de intervir cirurgicamente em um paciente individual que recusa tratamento por incapacidade cognitiva.

Conclusão: Diante de uma emergência com risco de morte, na ausência de capacidade de decisão da paciente e de representantes legais, o médico tem o dever ético e legal de agir com base na beneficência para preservar a vida.

---

## Questão 27

Esta questão aborda dois temas principais: a capacidade de tomada de decisão do paciente (ética e autonomia) e as normas de conduta para profissionais de saúde portadores de HIV (biossegurança e ética profissional).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta. De acordo com as diretrizes de organizações de saúde e comitês de ética (como o CDC e a SHEA — Society for Healthcare Epidemiology of America), profissionais de saúde infectados pelo HIV podem realizar procedimentos cirúrgicos, desde que sigam critérios rigorosos. O principal critério é a carga viral. Se a carga viral estiver acima de um limite preestabelecido (geralmente 200 cópias/mL, embora alguns protocolos cite valores mais restritos), o cirurgião deve abster-se de realizar procedimentos considerados de alto risco de exposição (procedimentos invasivos nos quais há risco de ferimento percutâneo) até que a carga viral seja adequadamente suprimida pelo tratamento antirretroviral.

Alternativa (b) Incorreta. O cirurgião não tem a obrigação ética ou legal de revelar seu estado sorológico para HIV ao paciente. O sigilo sobre a condição de saúde do profissional é protegido, desde que ele esteja sob acompanhamento médico, com carga viral controlada e seguindo as precauções-padrão de biossegurança. A segurança do paciente é garantida pelo controle biológico e técnico, e não pela divulgação do diagnóstico.

Alternativa (c) Incorreta. O diagnóstico de HIV, por si só, não impede o exercício da medicina ou da cirurgia. Com o advento da terapia antirretroviral (TARV), a maioria dos profissionais mantém carga viral indetectável, o que reduz o risco de transmissão a níveis insignificantes, permitindo a continuidade da prática profissional de forma segura.

Alternativa (d) Incorreta. O risco de transmissão do HIV de um profissional de saúde para um paciente durante um procedimento cirúrgico é extremamente baixo, e não alto. Estudos epidemiológicos estimam que esse risco seja de aproximadamente 0,0003% (ou 1 em cada 300.000 a 1.000.000 de procedimentos). O valor de 33% citado na alternativa é totalmente desproporcional à realidade clínica e científica.

Sobre o contexto clínico da paciente:

Embora a paciente recuse a cirurgia, ela claramente carece de capacidade de discernimento no momento (devido à demência e ao quadro confusional/alucinações sobre o marido falecido). Em casos de urgência com risco de morte (obstrução intestinal com sinais de isquemia/lactato alto), nos quais a paciente não possui diretivas antecipadas ou representantes legais disponíveis, o médico deve agir baseando-se no princípio da beneficência, realizando o procedimento necessário para salvar a vida da paciente. No entanto, o foco da pergunta é especificamente sobre a condição do cirurgião.

---

## Questão 28

ANÁLISE DO CENÁRIO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro de isquemia mesentérica extensa, com necrose inviabilizando qualquer ressecção cirúrgica curativa (desde o ligamento de Treitz até o cólon transversal). Trata-se de uma condição fatal e irreversível no contexto apresentado. A conduta após o fechamento do abdome deve ser focada exclusivamente em cuidados paliativos para garantir o conforto e a dignidade da paciente em seus momentos finais.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: Os cuidados paliativos não excluem tratamentos que possam prolongar a vida, desde que esses tratamentos estejam alinhados com os objetivos de cuidado do paciente e foquem na manutenção da qualidade de vida. O foco não é apressar nem adiar a morte, mas oferecer suporte integral. No entanto, o erro da alternativa é dizer que tais tratamentos "não são um componente", quando na verdade podem ser integrados conforme a proporcionalidade terapêutica.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa reflete uma realidade documentada na literatura médica. Historicamente, a formação do cirurgião é voltada para a intervenção resolutiva e a "cura". A escassez de treinamento específico em cuidados paliativos, comunicação de notícias difíceis e bioética durante a residência médica pode levar o profissional a realizar procedimentos agressivos ou manter suportes artificiais fúteis (obstinação terapêutica), muitas vezes por dificuldade em aceitar a irreversibilidade do quadro ou por falta de ferramentas para dialogar com a família sobre a finitude.

Alternativa (c) INCORRETA: De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são obrigatoriamente multidisciplinares. Eles visam melhorar a qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento, o que exige obrigatoriamente o suporte psicológico, social e espiritual, além do controle impecável da dor e outros sintomas físicos.

Alternativa (d) INCORRETA: Infelizmente, existe um grande abismo entre a necessidade de cuidados paliativos e a sua oferta real. Devido a barreiras culturais, falta de treinamento médico e escassez de equipes especializadas, a maioria dos pacientes que se qualificariam para essa modalidade de cuidado ainda não os recebe de forma adequada ou em tempo oportuno, muitas vezes sendo encaminhados apenas nas últimas horas de vida.

---

## Questão 29

### ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta um quadro de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) de longa data, com piora recente dos sintomas (regurgitação crescente nos últimos seis meses), a despeito do tratamento clínico otimizado com inibidor da bomba de prótons (IBP) em dose dobrada. Além disso, ela possui fatores de risco epidemiológicos importantes: idade superior a 50 anos, obesidade (IMC 39) e tabagismo. Diante de sintomas refratários ao tratamento médico e da necessidade de rastrear complicações ou diagnósticos diferenciais (como o esôfago de Barrett ou neoplasia de esôfago), a propedêutica inicial deve focar na avaliação estrutural do órgão.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Radiografia de tórax: Incorreta. Este exame não possui papel no diagnóstico ou seguimento da DRGE. Embora possa ocasionalmente sugerir a presença de uma grande hérnia de hiato através de uma imagem de bolha gástrica retrocardíaca, a radiografia não permite avaliar a mucosa esofágica, identificar

esofagite, Barrett ou tumores.

Alternativa (b) Manometria esofágica: Incorreta. A manometria avalia a atividade motora do esôfago e a pressão dos esfíncteres. Ela é fundamental no planejamento pré-operatório da cirurgia de refluxo ou quando há suspeita de distúrbios motores (como acalasia), mas não é o primeiro exame a ser solicitado em um paciente com sintomas refratários que precisa de avaliação da integridade da mucosa.

Alternativa (c) Endoscopia: Correta. A endoscopia digestiva alta (EDA) é o exame de escolha inicial para esta paciente. Ela está indicada devido à refratariedade dos sintomas ao uso de IBP e à presença de múltiplos fatores de risco (idade > 50 anos, tabagismo e obesidade) para complicações da DRGE, como o esôfago de Barrett e o adenocarcinoma de esôfago. A EDA permite visualizar lesões inflamatórias, estenoses, realizar biópsias e excluir malignidade.

Alternativa (d) Monitoramento de pH 24 horas: Incorreta. A pH-metria é o padrão-ouro para confirmar o refluxo ácido, sendo útil quando a endoscopia é normal e o diagnóstico é incerto, ou para avaliar a eficácia do bloqueio ácido em casos refratários. Entretanto, na hierarquia diagnóstica, a avaliação macroscópica por endoscopia deve sempre preceder os testes funcionais (pH-metria e manometria) para descartar lesões orgânicas e anatômicas primeiro.

---

### Questão 30

Esta questão aborda o manejo da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) em uma paciente com comorbidades significativas, especificamente obesidade e tabagismo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O Bypass gástrico em Y de Roux é considerado o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da DRGE em pacientes com obesidade mórbida (IMC maior ou igual a 35 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades ou IMC maior ou igual a 40 kg/m<sup>2</sup>). No entanto, o enunciado pergunta pelo "próximo passo". Antes de qualquer intervenção cirúrgica de grande porte, é fundamental instituir medidas conservadoras e preparar a paciente, o que inclui o controle de fatores de risco modificáveis. Além disso, a cessação do tabagismo é obrigatória antes de realizar cirurgias bariátricas para reduzir complicações perioperatórias e riscos de úlceras marginais.

b) Correta. O manejo inicial e contínuo de qualquer paciente com DRGE deve focar na modificação do estilo de vida. Nesta paciente, o tabagismo e a obesidade são os dois principais fatores contribuintes para a falha do tratamento medicamentoso. O

tabagismo reduz a pressão do esfíncter esofágico inferior e a salivação, enquanto a obesidade aumenta a pressão intra-abdominal, favorecendo o refluxo. A perda de peso e a interrupção do fumo são medidas não invasivas que devem preceder ou acompanhar qualquer decisão cirúrgica.

c) Incorreta. O reparo isolado de uma hérnia hiatal ou a realização de uma fundoplicatura (como a de Nissen) em pacientes com obesidade importante apresentam altos índices de falha e recorrência dos sintomas devido à pressão intra-abdominal elevada. Em pacientes com IMC acima de 35 kg/m<sup>2</sup>, a cirurgia bariátrica (Bypass em Y de Roux) é preferível à fundoplicatura convencional, mas, como mencionado, não é o passo imediato antes das mudanças comportamentais.

d) Incorreta. A paciente já utiliza inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose dobrada (duas vezes ao dia), o que representa a otimização máxima da terapia medicamentosa para o controle ácido. Aumentar ainda mais a dose dificilmente trará benefícios adicionais, especialmente para o sintoma de regurgitação, que é um componente mecânico do refluxo e responde menos ao bloqueio ácido do que a pirose. Além disso, o uso prolongado de doses muito altas de IBP está associado a efeitos colaterais.

Em resumo, diante de uma paciente com DRGE refratária e fatores de risco comportamentais claros, a conduta inicial mais adequada é atuar sobre esses fatores antes de progredir para intervenções invasivas.

---

### Questão 31

O quadro clínico descreve uma paciente obesa com falha de uma cirurgia prévia de Nissen, apresentando migração da válvula para o tórax e retorno dos sintomas de refluxo. A migração da fundoplicatura ocorre, na maioria das vezes, quando há tensão excessiva na linha de sutura, frequentemente causada por um esôfago curto (braquiesôfago), que exerce uma força de tração superior, levando o estômago de volta para a cavidade torácica.

Alternativa a) Gastroplastia de Collis: Esta é a alternativa correta. A técnica de Collis é o procedimento cirúrgico indicado especificamente para o alongamento do esôfago. Ela consiste em realizar um grampeamento vertical na pequena curvatura gástrica, criando um tubo gástrico que funciona como uma extensão do esôfago (neoesôfago). Com esse comprimento adicional, é possível posicionar a fundoplicatura no compartimento abdominal, abaixo do diafragma e sem tensão, o que previne a recidiva da migração. É a manobra técnica clássica para lidar com o encurtamento esofágico identificado em reoperações.

Alternativa b) Esofagectomia de Ivor-Lewis: Esta alternativa está incorreta. A esofagectomia é a remoção cirúrgica do esôfago, sendo um procedimento de grande porte indicado para neoplasias malignas ou doenças terminais do órgão, como o megaesôfago avançado (grau IV). Não tem indicação no tratamento de complicações mecânicas de uma cirurgia de refluxo em paciente sem câncer.

Alternativa c) Bypass Gástrico em Y de Roux: Esta alternativa está incorreta conforme o gabarito indicado, embora seja um ponto importante de discussão médica. Em pacientes com obesidade mórbida (IMC acima de 35 ou 40 kg/m<sup>2</sup>) que sofrem de refluxo gastroesofágico grave ou recidivado, o Bypass Gástrico é frequentemente o procedimento de escolha, pois trata a obesidade e elimina o refluxo ao desviar o ácido. Entretanto, como o enunciado foca na migração da válvula e na necessidade de correção anatômica do comprimento esofágico, a Gastroplastia de Collis é a resposta técnica esperada pela banca para corrigir a falha da funduplicatura anterior.

Alternativa d) Esofagomiotomia: Esta alternativa está incorreta. A esofagomiotomia (ou miotomia de Heller) é a seção das fibras musculares do esfíncter inferior do esôfago, indicada para o tratamento da acalásia, na qual o esfíncter não relaxa adequadamente. No caso da doença do refluxo, o objetivo é reforçar a barreira contra o retorno do conteúdo gástrico; realizar uma miotomia nesta paciente agravaria severamente os sintomas de azia e regurgitação.

---

### Questão 32

A questão aborda as indicações específicas e as vantagens técnicas da cirurgia robótica em comparação à laparoscopia convencional no tratamento do câncer colorretal. Embora a laparoscopia seja o padrão-ouro para a maioria das ressecções de cólon, a plataforma robótica oferece benefícios superiores em cenários de anatomia complexa e espaços reduzidos.

Alternativa (a) Incorreta: Pacientes com tumores de ceco (cólon direito) são submetidos à hemicolectomia direita. Nesse procedimento, o campo cirúrgico é amplo e a dissecação é relativamente linear. Estudos mostram que a laparoscopia convencional é extremamente eficiente e segura para esses casos, não havendo evidências de benefício clínico significativo que justifique o uso da plataforma robótica de rotina para tumores de cólon direito não complicados.

Alternativa (b) Correta: O câncer de reto baixo, especialmente em pacientes do sexo masculino, representa o maior desafio técnico na cirurgia colorretal. A pelve masculina é estreita e profunda, o que limita a amplitude de movimento dos instrumentos laparoscópicos rígidos. O robô oferece visão 3D estável, filtragem de

tremores e, principalmente, pinças com articulações (EndoWrist) que permitem uma dissecação muito mais precisa no espaço estreito entre o reto e a próstata. Isso facilita a Excisão Total do Mesorreto (ETM), a preservação dos nervos autonômicos pélvicos e a obtenção de margens cirúrgicas adequadas.

Alternativa (c) Incorreta: O tumor de cólon descendente requer uma colectomia esquerda ou hemicolectomia esquerda. Assim como no cólon direito, a cirurgia é realizada em um espaço abdominal aberto e não em um espaço confinado como a pelve. A laparoscopia tradicional apresenta excelentes resultados oncológicos e funcionais para essa localização, tornando o uso do robô opcional e sem clara vantagem clínica demonstrada.

Alternativa (d) Incorreta: Quadros obstrutivos agudos geralmente resultam em distensão de alças intestinais, o que reduz drasticamente o espaço de trabalho para a videocirurgia e aumenta o risco de lesões inadvertidas. Além disso, a cirurgia robótica exige um tempo de montagem e acoplamento (docking) que pode não ser ideal em cenários de urgência. O tumor de sigmoide, em condições eletivas, é bem manejado por laparoscopia; em condições obstrutivas, a prioridade é a descompressão e a segurança, muitas vezes optando-se pela via aberta ou laparoscópica convencional, dependendo da experiência do cirurgião.

---

### Questão 33

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Estudos clínicos e metanálises que comparam as duas técnicas demonstram de forma consistente que a cirurgia robótica está associada a tempos operatórios mais longos em comparação com a laparoscopia convencional. Esse tempo adicional deve-se principalmente à etapa de preparação e acoplamento dos braços robóticos ao paciente (processo chamado de docking), além da necessidade de trocas de instrumentos e calibração do sistema, que não ocorrem na laparoscopia comum.

Alternativa b) Incorreta. Até o momento, a literatura médica indica que as taxas de complicações pós-operatórias (como formação de hematomas, seromas ou infecções) são equivalentes entre o reparo robótico e o laparoscópico. A plataforma robótica oferece maior ergonomia e visão 3D ao cirurgião, mas isso não se traduziu, nos estudos atuais, em uma redução significativa na taxa global de complicações para o reparo de hérnias inguinais.

Alternativa c) Incorreta. Tanto a abordagem laparoscópica quanto a robótica são técnicas minimamente invasivas que visam à recuperação precoce do paciente. O

tempo de internação hospitalar é praticamente o mesmo para ambas, com a grande maioria dos pacientes recebendo alta no mesmo dia ou em até 24 horas após o procedimento.

Alternativa d) Incorreta. As taxas de recorrência da hérnia inguinal são semelhantes entre as duas abordagens. A recorrência depende mais da técnica cirúrgica aplicada (dissecção adequada do espaço pré-peritoneal e uso de tela de tamanho apropriado) do que da interface utilizada para realizar a operação. Ambas as técnicas apresentam resultados de longo prazo comparáveis e superiores à técnica aberta em termos de dor crônica, mas equivalentes entre si quanto à recidiva.

---

### Questão 34

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta a Pêntade de Reynolds, caracterizada pela tríade de Charcot (dor abdominal, febre e icterícia) somada a hipotensão e alteração do estado mental. Este quadro indica uma colangite aguda grave, ou Grau III segundo os Critérios de Tokyo, o que representa uma emergência médica com alta mortalidade se não tratada rapidamente. O pilar do tratamento, além do suporte de terapia intensiva e antibioticoterapia, é a descompressão biliar urgente.

Alternativa a (Correta): A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é o procedimento de escolha e o padrão-ouro para o tratamento da colangite aguda. Em mãos experientes, a taxa de sucesso para atingir a descompressão e drenagem do trato biliar é de aproximadamente 95%. Por ser um método minimamente invasivo comparado à cirurgia, é a opção ideal para pacientes críticos e instáveis.

Alternativa b (Incorreta): A colangiografia percutânea trans-hepática (CPTH) é uma alternativa importante de drenagem biliar, mas é considerada de segunda linha, indicada geralmente quando a CPRE falha ou é inviável (como em pacientes com anatomia cirúrgica alterada). Embora permita a drenagem, a realização de esfínterectomia e a extração de cálculos são tecnicamente mais complexas por essa via e não são a conduta inicial de rotina.

Alternativa c (Incorreta): A CPRE com esfínterectomia resolve a obstrução atual no ducto biliar comum, mas não remove a vesícula biliar, que é a fonte original dos cálculos na maioria dos casos de coledocolitíase. Para reduzir as taxas de recorrência de eventos biliares, a colecistectomia é necessária após a estabilização da paciente, não sendo a CPRE isolada equivalente à cirurgia na prevenção de novos episódios.

Alternativa d (Incorreta): Se os métodos minimamente invasivos (CPRE e CPTH)

falharem, a descompressão cirúrgica torna-se mandatária para salvar a vida da paciente. Embora a via laparoscópica seja preferível pela menor agressão, a cirurgia aberta (coledocotomia com dreno de Kehr/tubo em T) não é proibida. Em situações de extrema urgência e instabilidade, a prioridade é a descompressão biliar rápida, e a escolha da via (aberta ou laparoscópica) dependerá da experiência da equipe e das condições locais.

### Questão 35

A questão aborda a conduta definitiva para uma paciente idosa que apresentou um quadro grave de colangite aguda por coledocolitíase, já tratada inicialmente com descompressão das vias biliares via CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica). O foco aqui é a prevenção de novos eventos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A esfínterectomia facilita a drenagem biliar e pode auxiliar na passagem de microcálculos, mas ela não elimina a fonte dos cálculos: a vesícula biliar. Pacientes que mantêm a vesícula biliar após um episódio de coledocolitíase apresentam alto risco de novos eventos biliares, como colecistite aguda ou nova obstrução do colédoco. Portanto, a colecistectomia permanece indicada.

b) Incorreta. Realizar a colecistectomia imediatamente após a CPRE, sob a mesma anestesia, geralmente não é a conduta padrão, especialmente em pacientes que acabaram de sair de um quadro séptico. É necessário um período de estabilização clínica, melhora da função renal (se afetada) e normalização de parâmetros inflamatórios para que o procedimento cirúrgico seja mais seguro.

c) Incorreta. Essa alternativa sugere uma conduta expectante ("esperar para ver"), o que é perigoso em uma paciente que já manifestou uma complicação grave (colangite). O risco de recorrência de complicações biliares antes de uma cirurgia tardia é de aproximadamente 25% a 50%. Não se deve aguardar um novo evento potencialmente fatal para indicar a cirurgia.

d) Correta. Esta é a conduta preconizada pelas principais diretrizes mundiais (como as da Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal — ASGE). Uma vez resolvido o quadro de colangite e com a paciente estabilizada clinicamente, a colecistectomia deve ser realizada ainda durante a mesma internação. Isso reduz significativamente as taxas de readmissão hospitalar e a ocorrência de novas complicações biliares graves.

Conclusão: O tratamento da coledocolitíase consiste em dois pilares: a limpeza da via

biliar principal (geralmente por CPRE) e o tratamento da fonte dos cálculos (colecistectomia). A realização da cirurgia na mesma internação é a estratégia que oferece a maior segurança à paciente.

---

### Questão 36

Esta questão aborda o diagnóstico de apendicite aguda, uma das causas mais comuns de abdome agudo cirúrgico. O caso clínico descreve um quadro clássico: dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita (migração de Kocher), acompanhada de anorexia, febre e sinal de sensibilidade no ponto de McBurney.

Alternativa a) Incorreta. Embora a ultrassonografia seja um exame útil, especialmente em crianças e gestantes por não utilizar radiação ionizante, ela não é o exame mais específico. A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve é considerada o padrão-ouro em termos de sensibilidade (95-100%) e especificidade (95-98%) para o diagnóstico de apendicite em adultos, superando a ultrassonografia, que é operador-dependente e pode ser limitada pela obesidade ou gases intestinais.

Alternativa b) Incorreta. Historicamente, uma taxa de apendicectomia negativa de 15% a 20% era considerada aceitável quando o diagnóstico era puramente clínico. Com o advento e a ampla utilização de exames de imagem, especialmente a tomografia, o objetivo é reduzir essa taxa para valores bem menores, geralmente abaixo de 5% a 10%. Portanto, o uso de imagens visa a patamares de excelência diagnóstica muito mais rigorosos do que os 20% mencionados.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico da apendicite aguda é, fundamentalmente, clínico. Em pacientes com apresentação clássica (como o jovem do enunciado que apresenta dor migratória, anorexia e sinal de McBurney positivo), a probabilidade diagnóstica é muito alta. Nesses casos, a realização de exames de imagem pode atrasar o tratamento definitivo e aumentar os custos sem mudar a conduta. Portanto, as diretrizes permitem a indicação cirúrgica baseada apenas no quadro clínico e em exames laboratoriais básicos em apresentações típicas em homens jovens.

Alternativa d) Incorreta. Na suspeita de apendicite em gestantes, o primeiro exame a ser solicitado é a ultrassonografia. Caso esta seja inconclusiva, a ressonância magnética (RM) é o exame de escolha subsequente. A RM é recomendada justamente por oferecer excelente acurácia diagnóstica sem expor o feto aos riscos da radiação ionizante da tomografia computadorizada.

---

### Questão 37

A questão aborda o manejo intraoperatório da apendicite aguda por via laparoscópica, um tema frequente em provas de cirurgia.

Alternativa a: Incorreta. Quando a exploração cirúrgica revela um apêndice com aspecto macroscópico normal, a conduta mais aceita, especialmente se nenhuma outra patologia for encontrada para explicar os sintomas, é a realização da apendicectomia incidental. Isso evita que o paciente seja submetido a uma nova cirurgia no futuro, caso apresente dor abdominal, além de tratar possíveis casos de inflamação puramente mucosa que não são visíveis externamente.

Alternativa b: Incorreta. Achados incidentais de massas no apêndice geralmente sugerem tumores neuroendócrinos (carcinoides). Para lesões menores que 1 cm localizadas na ponta do órgão, a apendicectomia simples é o tratamento definitivo e suficiente. Ressecções maiores, como a colectomia direita ou ileotiflectomia, são reservadas para tumores maiores que 2 cm, envolvimento da base do apêndice ou invasão do mesoapêndice.

Alternativa c: Incorreta. Lesões intestinais acidentais (enterotomias) causadas por trocartes podem ser manejadas com sutura primária (rafia) na maioria dos casos. A ressecção intestinal segmentar só é necessária em casos de lesões extensas, desvitalização de um segmento ou múltiplos ferimentos próximos que inviabilizem a sutura simples.

Alternativa d: Correta. Estudos clínicos e meta-análises demonstram que, mesmo em casos de apendicite complicada com perfuração ou peritonite, a colocação de drenos no pós-operatório não reduz a incidência de abscessos intra-abdominais. A drenagem pode, inclusive, aumentar o tempo de internação e o risco de complicações. O manejo adequado consiste na aspiração de secreções e, se necessário, irrigação da cavidade, sem a necessidade de deixar um dreno de rotina.

---

### Questão 38

Análise do caso: O paciente foi vítima de trauma torácico de alta energia, apresentando dor, hematoma e fratura de esterno confirmada por tomografia. Diante desse cenário, a principal suspeita clínica é a Lesão Cardíaca Contusa (LCC), anteriormente chamada de contusão miocárdica. O manejo dessa condição baseia-se primordialmente no eletrocardiograma (ECG) de admissão.

Alternativa (a): Correta. O paciente apresenta um ECG alterado (taquicardia sinusal de 110 bpm) que não é justificada por dor ou outras causas aparentes. Segundo as diretrizes da EAST (Eastern Association for the Surgery of Trauma) e os princípios do

ATLS, pacientes com trauma torácico fechado que apresentam qualquer alteração no ECG inicial (arritmias, alterações de ST, bloqueios ou taquicardia sinusal persistente) devem ser internados para monitorização cardíaca contínua por um período de 24 a 48 horas. Isso ocorre devido ao risco de desenvolvimento de arritmias fatais ou disfunção miocárdica nas primeiras horas após o impacto.

Alternativa (b): Incorreta. Embora o monitoramento esteja correto, o ecocardiograma não é indicado de rotina para todos os pacientes com suspeita de lesão cardíaca contusa. Ele deve ser reservado para pacientes que apresentam instabilidade hemodinâmica (hipotensão), sinais de insuficiência cardíaca ou alterações eletrocardiográficas significativas que sugiram lesão estrutural ou valvular. Para um paciente estável com taquicardia sinusal, a prioridade é a vigilância do ritmo em unidade monitorada.

Alternativa (c): Incorreta. A alta hospitalar é perigosa neste contexto. O fato de o ECG estar alterado (taquicardia) em um paciente com fratura de esterno (marcador de transferência de energia para o tórax) exige observação. Apenas pacientes com trauma contuso de tórax que apresentam ECG de admissão totalmente normal podem ser liberados com segurança, pois o valor preditivo negativo do ECG normal para complicações cardíacas graves é próximo de 100%.

Alternativa (d): Incorreta. Repetir a tomografia computadorizada de tórax em 12 horas não traz benefício clínico para este paciente. A lesão óssea já foi diagnosticada e não sofrerá mudanças agudas que alterem a conduta. O risco imediato do paciente é de ordem funcional/elétrica (arritmias) e não anatômica progressiva detectável por nova tomografia. A conduta deve ser guiada pela clínica e pela monitorização do ritmo cardíaco.

---

### Questão 39

Análise do caso:

Estamos diante de um paciente jovem com ferimento penetrante em zona de transição torácica (área precordial), apresentando sinais de choque obstrutivo (hipotensão, taquicardia e taquipneia) e confirmação de derrame pericárdico pelo exame FAST. O diagnóstico é de tamponamento cardíaco decorrente de trauma cardíaco penetrante. Embora o paciente tenha respondido à reposição volêmica inicial, ele continua sendo uma emergência cirúrgica.

Alternativa (a) Incorreta. A angiotomografia computadorizada é um exame excelente para pacientes estáveis em que há dúvida diagnóstica sobre lesões vasculares ou mediastinais. No caso descrito, o diagnóstico de tamponamento cardíaco já foi estabelecido pelo FAST em um paciente com instabilidade hemodinâmica prévia.

Postergar o tratamento definitivo para realizar uma tomografia coloca a vida do paciente em risco desnecessário.

Alternativa (b) Correta. O tratamento definitivo do tamponamento cardíaco traumático é a esternotomia mediana ou a toracotomia para a realização de pericardiotomia, evacuação dos coágulos e sutura da lesão cardíaca (cardiorrafia). Como o paciente apresentou melhora com a volemia (estabilização temporária), a conduta mais adequada é o transporte imediato para o centro cirúrgico para a realização da esternotomia em ambiente controlado. A esternotomia mediana é a via de escolha por oferecer ampla exposição do coração e dos grandes vasos.

Alternativa (c) Incorreta. A pericardiocentese (punção de Marfan) não é o tratamento definitivo no trauma. No contexto do trauma, o sangue no saco pericárdico frequentemente está coagulado, o que torna a aspiração por agulha ineficaz em muitos casos. Além disso, ela não trata a lesão sangrante no miocárdio. É considerada apenas uma medida de exceção e temporária (ponte para a cirurgia) quando não há disponibilidade imediata de um cirurgião ou de um centro cirúrgico.

Alternativa (d) Incorreta. A toracotomia anterolateral esquerda na sala de trauma (toracotomia de reanimação) é reservada para pacientes in extremis, ou seja, aqueles que apresentam parada cardiorrespiratória presenciada ou perda súbita de sinais vitais após o trauma. O paciente do caso ainda possui sinais vitais e respondeu à reposição, portanto, deve ser operado no centro cirúrgico e não na sala de emergência. Além disso, para acesso completo ao coração, a esternotomia costuma ser superior à toracotomia anterolateral isolada.

---

## Questão 40

Análise do Caso Clínico:

A paciente é uma gestante no segundo trimestre com quadro clássico de cólica nefrética (dor no flanco e náuseas) e hematúria microscópica. A ultrassonografia confirmou um cálculo ureteral de 5 mm. Na ausência de sinais de complicações, como infecção (nitritos e leucócitos negativos), insuficiência renal ou dor intratável, a conduta inicial deve ser conservadora.

Alternativa (a) Correta:

A observação, acompanhada de analgesia e hidratação (tratamento conservador), é a conduta inicial preferencial para cálculos ureterais em gestantes. Estudos demonstram que cerca de 70% a 80% dos cálculos ureterais em pacientes grávidas são eliminados espontaneamente com medidas conservadoras. O tamanho do cálculo (5 mm) favorece a eliminação espontânea, e a estabilidade clínica da paciente permite essa abordagem.

Alternativa (b) Incorreta:

A terapia expulsiva medicamentosa (TEM), geralmente feita com alfa-bloqueadores como a tansulosina, é amplamente utilizada na população geral. No entanto, na gestação, seu uso é controverso devido à escassez de dados robustos sobre a segurança fetal (categoria B/C do FDA). Embora alguns protocolos a considerem em casos selecionados, ela não é a conduta "preferencial" de primeira linha antes da observação simples.

Alternativa (c) Incorreta:

A ureteroscopia é considerada o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico de cálculos ureterais durante a gravidez quando a terapia conservadora falha. No entanto, por ser um procedimento invasivo que requer anestesia, ela é reservada para casos de dor persistente, obstrução grave, risco de parto prematuro induzido pela cólica ou falha na eliminação espontânea após um período de observação. Não é a primeira escolha para um cálculo de 5 mm sem complicações.

Alternativa (d) Incorreta:

A nefrostomia percutânea é um procedimento de derivação urinária invasivo. Ela é indicada em situações de emergência, como urosepse (obstrução associada à infecção) ou quando a ureteroscopia e o cateterismo duplo J não são viáveis ou falham em desobstruir a via urinária. Não se aplica como conduta inicial para um quadro estável de cálculo de 5 mm.

---

## Questão 41

A Síndrome Nefrótica Idiopática (SNI) na infância, representada em cerca de 80% a 90% dos casos pela Doença de Lesões Mínimas, apresenta características clínicas e laboratoriais bem definidas que permitem diferenciá-la de outras glomerulopatias.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): A SNI é predominantemente uma doença da infância, com seu pico de incidência ocorrendo na idade pré-escolar, geralmente entre os 2 e 6 anos de idade.

Alternativa B (Correta): Estatisticamente, observa-se uma maior prevalência no sexo masculino, com uma proporção aproximada de 2 meninos para cada 1 menina acometida na faixa etária pediátrica.

Alternativa C (Incorreta - Gabarito): Esta é a alternativa incorreta porque a Síndrome Nefrótica Idiopática (especialmente a Doença de Lesões Mínimas) caracteriza-se por

manter níveis de complemento (C3 e C4) normais. O consumo de complemento (hipocomplementemia) é um marcador importante para outras patologias, como a Glomerulonefrite Difusa Aguda (Pós-estreptocócica), Nefrite Lúpica ou Glomerulonefrite Membranoproliferativa. Portanto, a normalidade do complemento é um critério essencial para o diagnóstico de SNI.

Alternativa D (Correta): O curso clínico da SNI é marcado por recidivas frequentes. Embora a maioria dos pacientes responda bem à corticoterapia inicial (sendo classificados como corticossensíveis), cerca de 60% a 80% desses pacientes podem apresentar novos episódios de proteinúria (recidivas) ao longo do acompanhamento, necessitando de novos ciclos de tratamento ou do uso de imunossuppressores poupadores de corticoide.

---

## Questão 42

Para resolver essa questão, é necessário correlacionar cada doença exantemática ao seu respectivo agente etiológico (vírus ou bactéria).

1. Escarlatina (3): Diferente das demais doenças citadas, que são virais, a escarlatina é uma complicação de uma infecção bacteriana, geralmente uma faringite ou infecção cutânea. O agente causador é o estreptococo beta-hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), produtor de toxinas eritrogênicas. Portanto, o primeiro parêntese deve ser preenchido com o número 3.

2. Rubéola (4): O agente causador da rubéola é um vírus de RNA de fita simples, pertencente à família *Togaviridae* e ao gênero *Rubivirus*. Assim, o segundo parêntese recebe o número 4.

3. Varicela (2): A varicela (catapora) é causada pelo vírus varicela-zóster (VZV). Este vírus pertence à família *Herpesviridae*, sendo classificado tecnicamente como herpesvírus humano tipo 3. Logo, o terceiro parêntese deve ser preenchido com o número 2.

4. Sarampo (1): O sarampo é provocado por um vírus de RNA pertencente à família *Paramyxoviridae*, do gênero *Morbillivirus*. Dessa forma, o último parêntese recebe o número 1.

Seguindo essa lógica, a sequência correta de preenchimento dos parênteses é 3-4-2-1.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 3-4-2-1: CORRETA. Apresenta a correlação biológica exata entre os patógenos e as patologias descritas.

Alternativa b) 1-2-3-4: INCORRETA. Apenas repete a sequência numérica da primeira coluna, sem realizar a associação com os agentes etiológicos.

Alternativa c) 4-3-2-1: INCORRETA. Inverte a relação entre a rubéola (Togavirus) e a escarlatina (estreptococo).

Alternativa d) 3-4-1-2: INCORRETA. Embora identifique corretamente os dois primeiros agentes, inverte a associação do sarampo (paramixovírus) com a varicela (herpesvírus).

Gabarito: Letra A.

---

### Questão 43

A síndrome nefrótica que se manifesta desde o nascimento até os 3 meses de idade é tecnicamente definida como síndrome nefrótica congênita (SNC). O entendimento dessa cronologia é fundamental para a diferenciação etiológica.

Alternativa A - Incorreta: A toxoplasmose faz parte do grupo de causas secundárias da síndrome nefrótica congênita, juntamente com a sífilis (que é a causa infecciosa mais comum), o citomegalovírus e o HIV. Embora devam ser sempre investigadas devido à possibilidade de tratamento específico, as causas infecciosas são menos frequentes do que as causas primárias (genéticas).

Alternativa B - Incorreta: A associação entre malária e síndrome nefrótica ocorre principalmente com o *Plasmodium malariae*. No entanto, essa condição é observada em crianças em idade escolar e adolescentes que vivem em áreas endêmicas, não sendo uma causa comum ou esperada em lactentes de até 3 meses.

Alternativa C - Incorreta: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma causa importante de síndrome nefrótica em crianças maiores, adolescentes e adultos. No período neonatal, existe o lúpus neonatal (por passagem transplacentária de anticorpos anti-Ro e anti-La), mas suas manifestações típicas são bloqueio cardíaco congênito e lesões cutâneas fotossensíveis, não a síndrome nefrótica.

Alternativa D - Correta: A maioria absoluta dos casos de síndrome nefrótica que surgem nos primeiros 90 dias de vida tem origem genética. Essas mutações ocorrem em genes que codificam proteínas estruturais essenciais do podócito e da fenda de filtração glomerular. O exemplo mais clássico e frequente é a síndrome nefrótica

congenita do tipo finlandês, causada por uma mutação no gene NPHS1 (que codifica a nefrina). Outras mutações importantes incluem os genes NPHS2 (podocina) e WT1. Por serem doenças estruturais e hereditárias, costumam ser resistentes à corticoterapia e apresentam prognóstico reservado, frequentemente evoluindo para insuficiência renal terminal.

---

#### Questão 44

A Doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica que afeta predominantemente crianças menores de cinco anos. O diagnóstico é essencialmente clínico, fundamentado na presença de febre alta por cinco dias ou mais, associada a pelo menos quatro de cinco critérios classicamente descritos.

Alternativa A (Gabarito): A hepatoesplenomegalia não compõe os critérios diagnósticos da Doença de Kawasaki e não é considerada um sinal característico da patologia. Embora possam ocorrer queixas gastrointestinais, como dor abdominal, vômitos ou até hidropsia de vesícula biliar, o aumento do fígado e do baço deve levar o examinador a considerar outros diagnósticos diferenciais, como doenças infecciosas, reumatológicas (como a Artrite Idiopática Juvenil sistêmica) ou neoplasias.

Alternativa B: A linfadenopatia cervical é um dos critérios diagnósticos oficiais. Ela é tipicamente unilateral, firme e envolve pelo menos um linfonodo com diâmetro superior a 1,5 cm. É o critério que menos aparece entre os pacientes, mas é altamente característico quando presente.

Alternativa C: A hiperemia conjuntival bulbar bilateral é outra manifestação clássica. Sua principal característica é ser não exsudativa, ou seja, não apresenta secreção purulenta. Geralmente poupa a região ao redor da íris (halo perilímbico).

Alternativa D: As alterações labiais e da cavidade oral estão entre os sinais cardinais. Isso inclui o eritema (vermelhidão), o edema (inchaço) e as fissuras nos lábios, além da língua em morango (ou framboesa) e o enantema difuso da orofaringe.

Portanto, como a questão solicita a alternativa que NÃO representa um sinal característico da doença, a resposta correta é a letra A.

---

### Questão 45

A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica febril aguda que acomete preferencialmente crianças menores de cinco anos. Sua principal complicação são os aneurismas de artérias coronárias, e o tratamento visa justamente reduzir a inflamação e prevenir essas lesões vasculares.

Alternativa a: Incorreta. A vancomicina e a ceftriaxona são antibióticos de amplo espectro utilizados para o tratamento de infecções bacterianas graves, como sepse e meningite. Como a doença de Kawasaki é uma vasculite de caráter inflamatório e imunomediado, o uso de antimicrobianos não possui efeito terapêutico sobre a patologia.

Alternativa b: Correta. A administração de Imunoglobulina Intravenosa (IGIV) na dose de 2 g/kg, em infusão única, é o tratamento padrão-ouro. Quando administrada nos primeiros dez dias do início da febre, a imunoglobulina reduz significativamente o risco de desenvolvimento de aneurismas coronarianos (de cerca de 25% para menos de 5%). Geralmente, esse tratamento é associado ao ácido acetilsalicílico (AAS).

Alternativa c: Incorreta. O tocilizumabe é um anticorpo monoclonal inibidor da interleucina-6, indicado para doenças como a Artrite Idiopática Juvenil. Não é utilizado como tratamento de primeira linha na doença de Kawasaki. Em casos de refratariedade, outros agentes biológicos, como o infliximabe, são mais comumente estudados e utilizados.

Alternativa d: Incorreta. A pulsoterapia com corticoides não é a conduta inicial de escolha para a população geral. O uso de corticosteroides costuma ser reservado para pacientes que não respondem à dose inicial de imunoglobulina ou para casos selecionados de altíssimo risco para complicações cardíacas, de acordo com protocolos e escores específicos.

Gabarito: Letra (b).

---

### Questão 46

DIAGNÓSTICO: ESCARLATINA

A questão descreve um quadro clássico de escarlatina, uma doença exantemática causada pela ação de exotoxinas pirogênicas produzidas pelo *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A), geralmente associada a um quadro de faringite estreptocócica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O eritema infeccioso, causado pelo parvovírus B19, manifesta-se tipicamente em três fases: o eritema malar (sinal da face esbofetada), seguido por um exantema rendilhado ou reticulado em tronco e membros, que pode recorrer com calor ou sol. No eritema infeccioso, a criança costuma estar em bom estado geral e não apresenta o quadro de faringite e prostração intensa descrito.

Alternativa b) Incorreta. A mononucleose infecciosa, causada pelo vírus Epstein-Barr, cursa com febre, faringite exsudativa, linfonodomegalia (especialmente em cadeia cervical posterior) e esplenomegalia. O exantema não é um achado obrigatório, ocorrendo mais comumente após o uso inadvertido de amoxicilina ou ampicilina, apresentando característica maculopapular morbiliforme, e não em pápulas puntiformes com os sinais de Pastia e Filatov.

Alternativa c) Correta. A descrição clínica preenche os critérios clássicos para escarlatina:

1. Pródromo: febre alta, dor de garganta (faringite) e prostração.
2. Exantema: caracterizado como micropapular ou puntiforme, conferindo à pele uma textura de lixa ao tato.
3. Sinal de Pastia: intensificação do exantema nas áreas de dobras (pregas cutâneas), como axilas e fossas cubitais, formando linhas hemorrágicas.
4. Sinal de Filatov: palidez ao redor da boca (perioral) que contrasta com o rubor das bochechas.

Alternativa d) Incorreta. A rubéola é uma doença viral que apresenta exantema maculopapular rosado de progressão cefalocaudal rápida. É acompanhada caracteristicamente por linfonodomegalia retroauricular, occipital e cervical posterior. O quadro clínico costuma ser muito mais leve que o descrito na questão e não apresenta a textura de lixa ou os sinais específicos da escarlatina.

---

### Questão 47

Para entender a questão, é necessário revisar a definição de sopro contínuo. Um sopro cardíaco é classificado como contínuo quando se inicia na sístole e persiste durante o fechamento das valvas semilunares (segunda bulha), avançando por toda ou parte da diástole. Isso ocorre quando existe um gradiente de pressão constante entre duas estruturas (vasos ou câmaras) durante todo o ciclo cardíaco.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na Comunicação Interatrial (CIA), o gradiente de pressão entre os átrios é muito pequeno, o que geralmente não produz sopro no local do defeito. O sopro

característico da CIA é um sopro sistólico de ejeção no foco pulmonar, causado pelo aumento do fluxo de sangue através da valva pulmonar (hiperfluxo), acompanhado do desdobramento fixo da segunda bulha (B2).

b) Incorreta. O Defeito de Septo Atrioventricular (DSAV) Total caracteriza-se por uma grande comunicação entre os átrios e os ventrículos, além de uma valva atrioventricular única. O achado auscultatório predominante é um sopro holossistólico (restrito à sístole), resultante da comunicação interventricular e da regurgitação da valva atrioventricular comum.

c) Incorreta. Na Comunicação Interventricular (CIV), o shunt (passagem de sangue) ocorre do ventrículo esquerdo para o ventrículo direito prioritariamente durante a sístole, quando o gradiente pressórico entre as câmaras é elevado. Isso gera um sopro holossistólico (ou pansistólico) rude, que termina na segunda bulha, não sendo contínuo.

d) Correta. Na Persistência do Canal Arterial (PCA), há uma comunicação entre a aorta e a artéria pulmonar. Em condições normais, a pressão na aorta é significativamente maior do que na artéria pulmonar tanto durante a sístole quanto na diástole. Esse gradiente pressórico persistente mantém o fluxo de sangue através do canal arterial durante todo o ciclo cardíaco, gerando o sopro contínuo, classicamente descrito como sopro em maquinaria ou sopro de Gibson, melhor audível na região infraclavicular esquerda.

---

### Questão 48

A questão descreve um quadro clássico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) em uma adolescente, caracterizado por hiperandrogenismo clínico (hirsutismo), ganho de peso e irregularidade menstrual (amenorreia secundária). O ponto central para responder a essa questão é identificar qual hormônio é o principal responsável pelas manifestações clínicas de excesso de pelos e pelas alterações laboratoriais típicas da síndrome.

Análise das alternativas:

a) Estrogênio: Incorreta. Na SOP, pode haver um estado de hiperestrogenismo relativo e crônico (principalmente estrona, derivada da conversão periférica de androgênios no tecido adiposo), devido à anovulação e à ausência de oposição pela progesterona. No entanto, o estrogênio não é o responsável pelo hirsutismo (crescimento de pelos); pelo contrário, o excesso de estrogênio não causa as características masculinizantes descritas.

b) Luteinizante (LH): Incorreta. É comum observar um aumento na secreção pulsátil de LH e uma inversão da relação LH/FSH na SOP. O LH estimula as células da teca nos ovários a produzirem androgênios. Embora o LH esteja elevado e seja parte da fisiopatologia, ele é um estímulo hormonal superior. Os achados clínicos diretos, como o hirsutismo, são causados pelo produto final dessa estimulação: os androgênios.

c) Testosterona: Correta. O hiperandrogenismo é o pilar central da Síndrome dos Ovários Policísticos. A testosterona (em sua forma livre e total) é o principal hormônio cujos níveis elevados explicam o hirsutismo (transformação de pelos finos em pelos terminais em áreas dependentes de androgênios), a acne e, em conjunto com a resistência insulínica, contribui para as alterações metabólicas e a anovulação. Portanto, os achados clínico-laboratoriais mencionados decorrem diretamente do aumento da testosterona.

d) Folículo-estimulante (FSH): Incorreta. Na SOP, os níveis de FSH costumam estar baixos ou no limite inferior da normalidade. Essa deficiência relativa de FSH, comparada aos níveis de LH, é um dos fatores que impedem o crescimento e a maturação folicular adequada, levando aos ciclos anovulatórios e à morfologia policística dos ovários. O FSH não causa ganho de peso nem excesso de pelos.

---

### Questão 49

Esta questão aborda as associações clássicas entre síndromes genéticas e cardiopatias congênitas, um tema frequente em provas de residência. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. Na Síndrome de Turner (cariótipo 45,X), as malformações cardíacas mais comuns são as lesões obstrutivas do lado esquerdo. A valva aórtica bicúspide é a alteração mais frequente (presente em cerca de 30% dos casos), seguida pela coarctação da aorta. A comunicação interatrial não é a associação principal.

Alternativa B: Correta. A Síndrome de Down (trissomia do 21) é a síndrome genética mais comumente associada a cardiopatias congênitas (cerca de 40% a 50% dos pacientes). Dentre estas, o Defeito do Septo Atrioventricular (DSAV) total, também conhecido como defeito do canal atrioventricular, é a patologia mais característica e frequente, ocorrendo devido a uma falha na fusão dos coxins endocárdicos.

Alternativa C: Incorreta. A Síndrome de Noonan apresenta como principal alteração cardíaca a estenose valvar pulmonar (muitas vezes com valva displásica) e a cardiomiopatia hipertrófica. A estenose aórtica supravalvar é a cardiopatia típica da

Síndrome de Williams (fácies de "fada", hipercalcemia e deficiência intelectual).

Alternativa D: Incorreta. A Síndrome de Edwards (trissomia do 18) está associada a múltiplas malformações, sendo a comunicação interventricular (CIV) e as doenças polivalvares (displasias de múltiplas valvas) as mais comuns. O bloqueio atrioventricular (BAV) congênito não é característico desta trissomia; ele está classicamente associado ao Lúpus Eritematoso Sistêmico materno, devido à passagem transplacentária de anticorpos anti-Ro e anti-La.

## Questão 50

Para analisar esta questão, devemos focar no tempo de aparecimento da icterícia e na tipagem sanguínea do binômio mãe-filho.

A icterícia que surge precocemente, nas primeiras 24 horas de vida (neste caso, com apenas 6 horas), é sempre considerada patológica até que se prove o contrário. O principal mecanismo para icterícia tão precoce é a hemólise por incompatibilidade sanguínea.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A icterícia fisiológica nunca se manifesta antes de 24 a 48 horas de vida. O pico de bilirrubina na icterícia fisiológica ocorre entre o 3º e o 5º dia de vida no recém-nascido a termo. O surgimento com 6 horas de vida exclui esta hipótese.

b) Incorreta. Para haver incompatibilidade ABO com relevância clínica, a mãe deve ser obrigatoriamente do tipo sanguíneo O e o bebê A ou B. Isso ocorre porque mães do grupo O produzem anticorpos anti-A e anti-B da classe IgG (que atravessam a placenta). Mães do grupo B, como no caso, produzem anticorpos anti-A predominantemente da classe IgM, que não atravessam a barreira placentária, tornando a doença hemolítica por ABO improvável neste cenário.

c) Correta. A mãe é Rh negativo e o bebê é Rh positivo. Esta configuração é o cenário clássico para a isoimunização Rh (doença hemolítica perinatal). A incompatibilidade Rh é a causa mais comum e importante de icterícia hemolítica grave nas primeiras 24 horas de vida, justificando o quadro clínico apresentado. O fato de a icterícia estar em Zona II (até a região umbilical), com poucas horas de vida, reforça a gravidade e a velocidade do processo hemolítico.

d) Incorreta. Embora a prematuridade tardia (35 semanas e 4/7) seja um fator de risco para níveis mais elevados de bilirrubina e maior vulnerabilidade do sistema nervoso central, ela não é a causa primária de uma icterícia que surge com 6 horas

de vida. A prematuridade agrava o quadro, mas a etiologia aqui é imunomodulada pela diferença de fator Rh.

---

### Questão 51

A meningocele é a forma mais comum e grave de defeito do tubo neural (DTN). A compreensão de sua etiologia e do aconselhamento genético é fundamental na prática obstétrica e pediátrica.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A etiologia da meningocele não é determinada por um único gene com padrão de herança mendeliano (como autossômico recessivo ou dominante). Trata-se de uma condição de herança multifatorial, resultante da interação entre múltiplos fatores genéticos de suscetibilidade e fatores ambientais, sendo o mais clássico a deficiência de folato (vitamina B9).

Alternativa (b) Correta: Devido ao padrão de herança multifatorial, o risco de recorrência em famílias com um caso prévio é significativamente maior do que na população geral. Na população sem antecedentes, o risco é de aproximadamente 0,1% a 0,2%. Após o nascimento de um filho com DTN, o risco para a próxima gestação sobe para cerca de 2% a 5%. Esse aumento de 2 a 5 pontos percentuais em relação ao risco basal corresponde a uma probabilidade 10 a 20 vezes maior de reincidência.

Alternativa (c) Incorreta: O histórico de um filho anterior com DTN é um dos fatores de risco mais importantes para a ocorrência em gestações subsequentes. Justamente por esse risco aumentado, o protocolo de suplementação de ácido fólico para essas mulheres é diferenciado, utilizando doses dez vezes maiores (4 mg/dia) do que a dose profilática padrão (0,4 mg/dia) para mulheres sem antecedentes.

Alternativa (d) Incorreta: O diagnóstico pré-natal de defeitos abertos do tubo neural correlaciona-se com níveis elevados de alfa-fetoproteína (AFP) no soro materno e, principalmente, no líquido amniótico. Como a lesão é aberta, há o extravasamento dessa proteína fetal para o meio externo. Níveis baixos de alfa-fetoproteína no rastreamento pré-natal estão, na verdade, associados a um risco aumentado de cromossomopatias, como a Síndrome de Down (Trissomia do 21).

---

## Questão 52

O caso clínico descreve um lactente de 24 meses com um quadro clássico de crise convulsiva febril simples. Os critérios para esse diagnóstico são: idade entre 6 meses e 5 anos, crise de caráter generalizado, duração curta (menor do que 15 minutos), sem recorrência nas últimas 24 horas e recuperação rápida do estado de consciência no período pós-ictal. Além disso, o exame físico aponta um foco infeccioso provável (quadro gripal com hiperemia de orofaringe) e ausência de sinais de irritação meníngea ou déficits focais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O uso de anticonvulsivantes de forma profilática (como o fenobarbital ou o ácido valproico) não é indicado para crises febris simples. Os riscos e efeitos colaterais dessas medicações superam os benefícios, visto que a crise febril simples tem curso benigno e não causa danos neurológicos ou prejuízo cognitivo a longo prazo.

b) Incorreta. A punção lombar deve ser considerada se houver suspeita clínica de meningite (rigidez de nuca, abaulamento de fontanela, letargia persistente) ou em crianças que não possuem o esquema vacinal completo (principalmente contra *Haemophilus influenzae* tipo b e pneumococo). No caso descrito, o paciente está clinicamente bem, sem sinais meníngeos e com recuperação completa 30 minutos após a crise, o que torna o procedimento desnecessário. A hemocultura também não é rotina, a menos que haja suspeita de sepsse.

c) Correta. A conduta primordial na crise febril simples é a orientação aos pais. Deve-se explicar que o quadro é benigno, que não se trata de epilepsia e que o risco de sequelas neurológicas é inexistente. O foco deve ser o controle da febre para o conforto da criança e a observação clínica.

d) Incorreta. O quadro clínico de coriza, tosse e eritema de tonsilas sugere uma infecção viral de vias aéreas superiores. O uso de antibióticos como a amoxicilina não está indicado na ausência de critérios para faringite bacteriana (que é rara nessa faixa etária e geralmente não cursa com sintomas gripais como tosse e coriza) ou de outros focos bacterianos como otite média aguda ou pneumonia.

### Questão 53

Para resolver essa questão, devemos identificar a síndrome clínica apresentada pelo paciente. O quadro clínico de um pré-escolar com edema, hipertensão arterial (130/90 mmHg) e hematuria (55.000 hemácias/ml no exame de urina) compõe a clássica tríade da Síndrome Nefrítica.

A presença de lesões crostosas na pele é um dado fundamental, sugerindo um quadro prévio de piodermite (impetigo), que é a causa mais comum de Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNDA) pós-estreptocócica em crianças. Os sinais de congestão volêmica, como os estertores pulmonares, o aumento do fígado e o discreto aumento da área cardíaca no raio X, são consequências diretas da retenção de sódio e água característica dessa patologia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hipertensão arterial essencial (primária) é extremamente rara em crianças de 4 anos. Nessa faixa etária, a hipertensão é quase sempre secundária a alguma patologia subjacente, sendo a doença renal a principal causa. No caso clínico, a hipertensão está claramente associada a um quadro de edema e hematuria.

b) Incorreta. A Síndrome Nefrótica manifesta-se tipicamente com edema intenso (anasarca) e proteinúria maciça (geralmente 3+ ou 4+ no parcial de urina). Embora o paciente apresente edema, o quadro é dominado pela hipertensão e hematuria, e a proteinúria descrita é leve (apenas uma cruz), o que aponta para síndrome nefrítica e não nefrótica.

c) Incorreta. A Infecção do Trato Urinário (ITU) costuma cursar com sintomas irritativos miccionais (disúria, polaciúria), febre e, no exame de urina, uma piúria significativa (leucocitúria importante). O paciente em questão apresenta um quadro sistêmico de sobrecarga volêmica e hipertensão, que não são achados típicos de uma infecção urinária isolada.

d) Correta. A Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNDA), especificamente a pós-estreptocócica, é a principal hipótese. O paciente apresenta a clínica clássica: história de lesão de pele (porta de entrada para o estreptococo), seguida, após um período de latência, por edema, hipertensão arterial e hematuria. Os sinais de insuficiência cardíaca e congestão pulmonar descritos (estertores e hepatomegalia) ocorrem devido à queda súbita da taxa de filtração glomerular, levando à expansão do volume extracelular.

### Questão 54

A sepse neonatal é dividida em precoce e tardia, baseando-se no momento do início dos sintomas e na via de transmissão dos patógenos. A sepse precoce ocorre geralmente nas primeiras 48 a 72 horas de vida e está relacionada a microrganismos presentes no canal de parto (transmissão vertical).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Os estafilococos coagulase-negativos (como o *Staphylococcus epidermidis*) são os principais agentes da sepse neonatal tardia (após 72 horas de vida), especialmente em recém-nascidos prematuros internados em UTIs neonatais e em uso de dispositivos invasivos, como cateteres venosos centrais.

b) Correta. O estreptococo beta-hemolítico do grupo B (*Streptococcus agalactiae* ou GBS) permanece, historicamente e na literatura global, como a causa mais frequente de sepse neonatal precoce. A colonização vaginal e retal materna é o principal fator de risco, o que justifica a triagem universal com *swab* entre 35 e 37 semanas de gestação para a realização de antibioticoprofilaxia intraparto.

c) Incorreta. Embora o *Haemophilus influenzae* (não tipável) possa causar sepse neonatal, sua incidência é significativamente menor quando comparada ao estreptococo do grupo B e à *E. coli*.

d) Incorreta. A *Escherichia coli* é o segundo agente mais comum de sepse neonatal precoce em termos gerais e assume o primeiro lugar em alguns grupos específicos, como recém-nascidos de muito baixo peso (prematuros extremos). No entanto, para fins de provas de residência e estatística epidemiológica clássica, o GBS ainda é considerado o agente mais frequente de forma global.

Resumo: Diante de um quadro de sepse nas primeiras 72 horas de vida, os agentes de transmissão vertical devem ser priorizados, sendo o estreptococo do grupo B o líder das estatísticas, seguido pela *E. coli* e pela *Listeria monocytogenes*.

---

### Questão 55

A anemia ferropriva é a causa mais comum de anemia no mundo e decorre da deficiência de ferro para a síntese de hemoglobina. O diagnóstico laboratorial baseia-se na análise do hemograma e do perfil de ferro (cinética do ferro).

Alternativa (a) Incorreta. Embora apresente microcitose (VCM baixo) e ferro sérico baixo, a anemia ferropriva é tipicamente hipocrômica (redução de HCM e CHCM) em fases instaladas, e não normocrômica. A normocromia pode ocorrer apenas em fases

muito precoces da deficiência.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa descreve o padrão clássico da deficiência de ferro: a ferritina baixa é o marcador mais sensível e específico para a depleção dos estoques de ferro; o ferro sérico baixo indica a carência do mineral circulante; e a microcitose reflete a produção de hemácias menores devido à falta de substrato para a formação da hemoglobina.

Alternativa (c) Incorreta. Na anemia ferropriva, a saturação de transferrina encontra-se obrigatoriamente reduzida (geralmente abaixo de 16%), uma vez que há pouco ferro disponível para se ligar à proteína de transporte (transferrina). Dizer que a saturação está normal invalida a alternativa.

Alternativa (d) Incorreta. A capacidade total de ligação do ferro (TIBC) costuma estar aumentada na anemia ferropriva, pois o fígado aumenta a síntese de transferrina na tentativa de otimizar a captação de qualquer quantidade residual de ferro disponível. Portanto, a capacidade de ligação não está normal, mas sim elevada.

---

### Questão 56

O acompanhamento do perímetro cefálico (PC) é um dos pilares da puericultura, pois reflete diretamente o crescimento do parênquima cerebral e a integridade do desenvolvimento craniano. No primeiro ano de vida, esse crescimento é acelerado e segue uma regra prática de progressão que é frequentemente cobrada em exames de pediatria.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O valor de 6 cm corresponde ao aumento esperado apenas no primeiro trimestre de vida. Nesse período, o lactente cresce cerca de 2 cm por mês ( $2 + 2 + 2 = 6$  cm).

Alternativa B: Incorreta. O aumento de 7 cm é insuficiente para o primeiro ano completo, não correspondendo aos padrões de normalidade das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Alternativa C: Incorreta. Embora seja um valor maior, 8 cm ainda subestima o crescimento total anual, que é mais expressivo nos meses iniciais.

Alternativa D: Correta. O aumento total do perímetro cefálico ao final do primeiro ano de vida é de aproximadamente 12 cm. Para facilitar a memorização e o raciocínio clínico, os pediatras utilizam a seguinte divisão:

- 1º Trimestre: 2 cm por mês (total de 6 cm).
- 2º Trimestre: 1 cm por mês (total de 3 cm).
- 2º Semestre: 0,5 cm por mês (total de 3 cm).

A soma desses períodos (6 + 3 + 3) resulta no aumento total de 12 cm no ano.

Considerando que um recém-nascido a termo nasce, em média, com 35 cm de perímetro cefálico, é esperado que ele atinja aproximadamente 47 cm aos 12 meses de idade. Valores significativamente acima ou abaixo dessa progressão devem levantar a suspeita de condições como macrocefalia, microcefalia ou craniossinostoses.

### Questão 57

A febre de origem indeterminada em lactentes de 3 meses é uma situação clínica que exige alta suspeição para Infecção do Trato Urinário (ITU). A conduta deve priorizar o diagnóstico preciso e o rastreamento de malformações associadas.

Alternativa A: **ESTÁ CORRETA.** Em lactentes jovens (geralmente definidos como menores de 2 anos) com o primeiro episódio de ITU febril confirmada, a realização da ultrassonografia de rins e vias urinárias é recomendada pelas principais diretrizes (como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria). Esse exame serve como triagem inicial para identificar anomalias estruturais grosseiras ou sinais de obstrução, permitindo intervenções precoces para proteger a função renal.

Alternativa B: **ESTÁ INCORRETA.** Nos lactentes pequenos, a investigação por imagem não deve ser postergada até uma reinfecção. Devido à alta prevalência de anomalias congênitas do trato urinário nessa faixa etária e ao maior risco de formação de cicatrizes renais após um único episódio febril, a propedêutica de imagem deve ser iniciada já no primeiro episódio documentado.

Alternativa C: **ESTÁ INCORRETA.** Em um bebê de 3 meses com febre, a conduta inicial diante de uma suspeita laboratorial de ITU (presença de leucocitúria ou nitrito positivo no sumário de urina) é a coleta da urocultura seguida do início imediato da antibioticoterapia empírica. Aguardar o resultado da urocultura e do antibiograma, que pode levar de 2 a 3 dias, é perigoso, pois aumenta o risco de evolução para urosepse e danos renais permanentes.

Alternativa D: **ESTÁ INCORRETA.** O saco coletor apresenta taxas de contaminação extremamente elevadas, o que gera muitos resultados falso-positivos, não sendo o método adequado para confirmar o diagnóstico por meio de cultura. O jato médio é tecnicamente difícil em bebês sem controle esfinteriano. Para uma urocultura

confiável em lactentes, os métodos preferenciais são o cateterismo vesical (sondagem uretral) ou a aspiração suprapúbica.

### Questão 58

A questão descreve um quadro clínico clássico de uma síndrome de hipercrecimento associada ao desenvolvimento de neoplasias na infância. Os sinais descritos (massa abdominal, macroglossia e hemi-hipertrofia lateral) são marcos fundamentais para o diagnóstico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Síndrome de Down (trissomia do 21) apresenta características como fendas palpebrais oblíquas, prega palmar única e hipotonia. A atresia duodenal é uma malformação comum nessa síndrome, mas manifesta-se precocemente com vômitos biliosos e o sinal da dupla bolha no raio X, não como uma massa abdominal sólida e indolor aos 6 meses. Além disso, a hemi-hipertrofia não faz parte do fenótipo de Down.

b) Incorreta. A Síndrome de Alagille é caracterizada por colestase (paucidade de ductos biliares), fácies característica (testa proeminente, olhos profundos), vértebras em borboleta e sopros cardíacos. A atresia biliar causa icterícia obstrutiva e hepatomegalia, mas não explica a macroglossia nem a hemi-hipertrofia corporal.

c) Correta. A Síndrome de Beckwith-Wiedemann (SBW) é um distúrbio de hipercrecimento decorrente de alterações genéticas e epigenéticas no cromossomo 11p15. Suas principais manifestações incluem macroglossia, defeitos na parede abdominal (como onfalocele), hemi-hipertrofia (crescimento assimétrico de membros ou face) e visceromegalias. Pacientes com SBW apresentam um risco aumentado (cerca de 5% a 10%) de desenvolver tumores embrionários, sendo o tumor de Wilms (nefroblastoma) o mais frequente, seguido pelo hepatoblastoma. A detecção de uma massa abdominal em um lactente com esse fenótipo deve sempre levantar a suspeita de tumor de Wilms.

d) Incorreta. A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) cursa com manchas café com leite, sardas axilares/inguinais e neurofibromas cutâneos ou plexiformes. Embora neurofibromas abdominais possam ocorrer, eles não são comuns nessa faixa etária e a síndrome não apresenta macroglossia ou o padrão de hemi-hipertrofia característico da SBW.

Resumo: A tríade de macroglossia, hemi-hipertrofia e massa abdominal em um lactente é o cenário clássico de prova para o diagnóstico de Síndrome de

Beckwith-Wiedemann associada ao tumor de Wilms. O seguimento desses pacientes exige triagem periódica com ultrassonografia abdominal para detecção precoce de neoplasias.

### Questão 59

O quadro clínico descrito é clássico de invaginação intestinal (ou intussuscepção), que ocorre quando um segmento do intestino desliza para dentro do segmento distal adjacente, agindo como um "telescópio".

Por que a alternativa (a) está correta:

A invaginação intestinal é a causa mais comum de obstrução intestinal em lactentes entre 3 meses e 3 anos de idade. O caso apresenta elementos típicos: dor abdominal paroxística (manifestada pelo choro e recusa da mamadeira), massa abdominal palpável (descrita no flanco direito) e fezes com muco e sangue (aspecto em "geleia de framboesa"). A distensão abdominal, o aumento do peristaltismo e os vômitos confirmam o quadro obstrutivo. Um detalhe importante é a história vacinal recente: a vacina contra o rotavírus (especialmente a primeira dose ou o período de 1 a 2 semanas após a administração) possui uma associação epidemiológica conhecida com o aumento do risco de invaginação intestinal.

Por que a alternativa (b) está incorreta:

A estenose hipertrófica do piloro acomete tipicamente lactentes mais jovens, geralmente entre a 3ª e a 6ª semana de vida. Caracteriza-se por vômitos não biliosos, em jato, que ocorrem logo após as mamadas, e a palpação de uma massa em formato de oliva no epigástrico (oliva pilórica). Não costuma apresentar sangue nas fezes ou massa no flanco direito.

Por que a alternativa (c) está incorreta:

O divertículo de Meckel é uma causa frequente de sangramento digestivo baixo em pediatria, mas sua apresentação clássica é de hematoquezia (sangue vivo nas fezes) indolor e volumosa. Embora o divertículo possa servir como "ponto de partida" para uma invaginação intestinal, o quadro de obstrução aguda com massa palpável e dor intensa torna a invaginação o diagnóstico principal e mais provável para a emergência.

Por que a alternativa (d) está incorreta:

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) pode causar a presença de muco e sangue nas fezes (proctocolite alérgica), mas o quadro clínico é habitualmente crônico ou subagudo. A APLV não evolui com sinais de obstrução intestinal aguda, massa abdominal palpável, distensão abdominal importante ou defesa à palpação, sintomas que indicam uma urgência cirúrgica ou obstrutiva. Além disso, o paciente é

descrito como eutrófico, o que é menos comum em casos graves de alergia alimentar sem manejo.

---

### Questão 60

Alternativa a: Incorreta. A imunidade conferida pela vacina contra a Bordetella pertussis não é permanente. Tanto a infecção natural quanto a vacinação não garantem proteção por toda a vida, ocorrendo uma queda progressiva dos níveis de anticorpos (fenômeno conhecido como waning immunity) após um período que varia de 5 a 10 anos. Portanto, indivíduos vacinados podem, sim, desenvolver a doença ao longo da vida, embora geralmente apresentem formas clínicas mais leves e atípicas.

Alternativa b: Correta. Esta é uma informação epidemiológica fundamental. Como a imunidade vacinal decai com o tempo, adolescentes e adultos jovens tornam-se suscetíveis novamente. Nesses indivíduos, a coqueluche costuma se manifestar apenas como uma tosse persistente, sem os sintomas clássicos, fazendo com que eles não busquem assistência médica e acabem transmitindo a bactéria para lactentes jovens (que ainda não completaram o esquema vacinal básico), sendo estes a principal fonte de infecção no ambiente familiar.

Alternativa c: Incorreta. Há três erros nesta alternativa. Primeiro, os antibióticos de escolha são os macrolídeos (azitromicina, claritromicina ou eritromicina) e não os beta-lactâmicos. Segundo, o tratamento antibiótico só é capaz de encurtar a duração e diminuir a gravidade da doença se for iniciado precocemente, na fase catarral; uma vez instalada a fase paroxística, o antibiótico serve apenas para eliminar a transmissão. Terceiro, o uso de antitussígenos não tem eficácia comprovada e não é recomendado no manejo da coqueluche.

Alternativa d: Incorreta. A maior gravidade, o maior índice de complicações (como apneia, convulsão e pneumonia) e a maior letalidade da coqueluche ocorrem nos lactentes menores de 6 meses de idade, e não na faixa de 12 a 24 meses. Quanto menor a idade da criança e menos doses de vacina ela tiver recebido, maior é o risco de evolução para formas graves da doença.

---

### Questão 61

A questão aborda um tema recorrente em provas de residência e de extrema importância na prática médica: o manejo de casos de violência contra a mulher. No Brasil, a conduta médica nesses casos é regida por normas técnicas do Ministério da Saúde e por legislações específicas, como a Lei 10.778/2003 e a Lei Maria da Penha.

A alternativa A é a correta. Diante de um caso suspeito ou confirmado de violência, o

médico deve realizar o atendimento clínico completo (anamnese e exame físico) e registrar detalhadamente as lesões no prontuário, o que serve como prova documental. Além disso, a violência contra a mulher é um evento de notificação compulsória. A notificação deve ser feita para fins epidemiológicos e para acionar a rede de proteção. Vale ressaltar que, conforme a Lei 13.931/2019, nos casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados, a autoridade policial deve ser comunicada em até 24 horas para providências cabíveis. Por fim, o médico deve orientar a paciente sobre a rede de apoio (CRAS, CREAS, delegacias especializadas, abrigos) para garantir sua segurança.

A alternativa B está incorreta porque a notificação compulsória de violência contra a mulher é obrigatória para o profissional de saúde, independentemente do desejo da paciente de realizar ou não uma denúncia policial formal. O sigilo médico não é absoluto e cede diante do dever legal de notificação e da proteção à integridade da vítima.

A alternativa C está incorreta. Embora o acolhimento e a orientação para procurar a delegacia sejam passos importantes, a questão afirma que não há necessidade de notificação compulsória, o que contraria a legislação vigente. A notificação por parte do serviço de saúde é um dever legal e administrativo do profissional e da instituição.

A alternativa D está incorreta. Deixar de registrar as ocorrências e não realizar a notificação constitui uma omissão grave. O registro no prontuário é um direito da paciente e um dever do médico, enquanto a notificação é uma ferramenta essencial de vigilância em saúde e proteção social. O simples agendamento de retorno não garante a segurança de uma paciente em situação de risco iminente.

---

## Questão 62

Essa questão aborda a atuação do Médico de Família e Comunidade (MFC) diante dos Determinantes Sociais da Saúde e a organização da Rede de Atenção Psicossocial. O cenário descreve uma comunidade vulnerável onde o sofrimento mental está intrinsecamente ligado a problemas sociais (desemprego, violência, isolamento) e há escassez de recursos.

Alternativa A: Incorreta. Essa abordagem é puramente biomédica e foca na patologização do sofrimento. Ao priorizar apenas medicação para casos leves e encaminhamento para os graves, o médico ignora as causas sociais do problema. Além disso, o enunciado deixa claro que há dificuldade de encaminhamento, tornando essa estratégia pouco resolutiva para a realidade local.

Alternativa B: Correta. Esta é a abordagem mais abrangente, pois utiliza os princípios da Atenção Primária à Saúde. A capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) amplia o olhar sobre o território. Os grupos de apoio permitem o compartilhamento de experiências e o fortalecimento de vínculos comunitários, o que é terapêutico para questões de isolamento e estresse social. As parcerias com ONGs buscam a intersetorialidade, necessária para enfrentar determinantes como o desemprego e a violência, otimizando os recursos escassos da unidade.

Alternativa C: Incorreta. Focar no tratamento medicamentoso diante de problemas sociais é uma forma de medicalização da pobreza. Embora a triagem seja importante, restringir a atuação ao consultório e à medicação não resolve a raiz do problema apresentado e sobrecarrega a equipe com uma demanda que poderia ser melhor manejada coletivamente.

Alternativa D: Incorreta. O combate ao estigma é uma ação importante de promoção da saúde, mas é insuficiente como estratégia única. O médico não pode abrir mão da assistência direta aos indivíduos que já apresentam quadros de ansiedade e depressão estabelecidos, sob risco de negligência assistencial.

Em resumo, a alternativa B é a que melhor integra a clínica ampliada com a realidade do território, promovendo autonomia e utilizando a rede comunitária como recurso terapêutico fundamental.

---

### Questão 63

A questão aborda os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. Para responder corretamente, é necessário identificar qual das alternativas apresenta uma afirmação falsa sobre a legislação.

Alternativa a: Esta afirmação está correta. De acordo com o artigo 7º, inciso II, e o artigo 8º da Lei nº 8.080/90, as ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. A integralidade é um princípio que assegura ao cidadão um atendimento que engloba promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma articulada.

Alternativa b: Esta afirmação está correta. A participação da comunidade é um dos princípios organizativos do SUS previstos expressamente no artigo 7º, inciso VIII, da Lei nº 8.080/90. Embora a Lei nº 8.142/90 detalhe os instrumentos dessa participação (Conselhos e Conferências de Saúde), o princípio já está estabelecido na lei principal.

Alternativa c: Esta afirmação está incorreta, sendo, portanto, o gabarito da questão. Embora a saúde seja um direito de todos e dever do Estado, a atuação do setor privado não é vedada. A Constituição Federal e a própria Lei nº 8.080/90 (artigos 4º e 24) preveem que a iniciativa privada pode participar do SUS de forma complementar. Isso ocorre quando as disponibilidades do setor público são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Alternativa d: Esta afirmação está correta. A universalidade (acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência) e a igualdade (assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie) são princípios doutrinários fundamentais do SUS, conforme descritos no artigo 7º, incisos I e IV, da Lei nº 8.080/90.

Conclusão: O erro da alternativa C está no termo vedada, uma vez que o sistema permite e regulamenta a participação complementar da rede privada.

---

## Questão 64

### ANÁLISE DO TIPO DE ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Para identificar corretamente o delineamento de um estudo, devemos observar o ponto de partida do pesquisador e o sentido da análise (se ele parte da causa para o efeito ou do efeito para a causa).

No caso apresentado, o pesquisador iniciou o estudo selecionando dois grupos baseados no DESFECHO (o status do crescimento):

1. Grupo de Casos: 150 crianças com crescimento abaixo do esperado.
2. Grupo de Controles: 150 crianças com crescimento dentro do esperado.

A partir dessa seleção, ele olhou para o PASSADO (retrospectivamente), por meio de entrevistas, para verificar a EXPOSIÇÃO (uso de dispositivos eletrônicos nos últimos três anos). Essa estrutura é a definição clássica de um estudo de caso-controle.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

A) ESTUDO SECCIONAL: Incorreta. Também conhecido como transversal, esse estudo realiza a medição da exposição e do desfecho simultaneamente, em um único momento (como uma "fotografia"). Ele não seleciona grupos com base na doença preexistente para olhar para o passado, como foi feito na questão.

B) ESTUDO DE PREVALÊNCIA: Incorreta. Este é apenas outro nome para o estudo seccional ou transversal. Sua principal utilidade é descrever a frequência de uma condição em uma população em um dado momento, não sendo o método ideal para testar hipóteses de causalidade baseadas em exposição pregressa longa.

C) ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO: Incorreta. Embora também utilize dados do passado, a lógica da coorte é inversa. Em uma coorte retrospectiva, o pesquisador formaria os grupos baseando-se na EXPOSIÇÃO (exemplo: crianças que usavam eletrônicos vs. crianças que não usavam, segundo registros de três anos atrás) e depois verificaria quem desenvolveu o desfecho. Na questão, o critério de entrada foi o desfecho (crescimento alterado), o que caracteriza o caso-controle.

D) ESTUDO DE CASO-CONTROLE: Correta. É o desenho de estudo observacional e analítico no qual se selecionam indivíduos com o desfecho de interesse (casos) e indivíduos sem o desfecho (controles) para comparar a frequência de exposições prévias entre os dois grupos. É eficiente para estudar condições já manifestas e investigar múltiplas exposições simultaneamente.

---

### Questão 65

A questão descreve um estudo de coorte, caracterizado pelo acompanhamento de dois grupos (expostos/vacinados e não expostos/não vacinados) ao longo do tempo para observar o surgimento de casos novos (incidência).

Alternativa a) Correta. O Risco Relativo (RR) é a medida de associação e efeito-padrão para estudos de coorte e ensaios clínicos controlados. Ele é calculado pela razão entre a incidência do evento no grupo exposto (vacinados) e a incidência no grupo não exposto. Como o estudo permite o cálculo direto da incidência ao longo de cinco anos, o RR é a forma mais apropriada de comparar o risco entre os grupos.

Alternativa b) Incorreta. A Razão de Chances (Odds Ratio - OR) é a medida de efeito utilizada primordialmente em estudos de caso-controle, nos quais não é possível calcular a incidência diretamente, pois os participantes já são selecionados com base na presença ou ausência da doença. Embora possa ser calculada em coortes, o RR é a medida preferencial e tecnicamente mais precisa para esse desenho de estudo.

Alternativa c) Incorreta. O Risco Atribuível (RA), também chamado de Diferença de Riscos, mede o excesso de risco (ou proteção) em termos absolutos. Ele subtrai a incidência de um grupo da do outro. Embora seja fundamental para a saúde pública por indicar a quantidade de doença que pode ser evitada, não é a medida de escolha para expressar a força do efeito ou a redução da incidência de forma comparativa e proporcional como o RR.

Alternativa d) Incorreta. A Redução do Risco Relativo (RRR) é uma medida de eficácia derivada do RR (geralmente expressa como 1 menos RR). Embora seja muito utilizada para comunicar o benefício de intervenções como vacinas em termos percentuais, a medida epidemiológica fundamental que sustenta essa análise e que estabelece a comparação direta da incidência entre os dois grupos acompanhados é o Risco Relativo.

### Questão 66

O conceito de transição epidemiológica refere-se às modificações a longo prazo nos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica. No Brasil, essa transição não ocorre de forma linear, mas sim por meio de uma tripla carga de doenças: a persistência das doenças infectoparasitárias, o aumento das causas externas e o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis.

Para analisar esse processo, os epidemiologistas utilizam indicadores que medem diretamente a ocorrência de agravos e mortes por causas específicas.

Alternativa A (Incorreta/Gabarito): O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador composto que avalia três dimensões básicas: saúde (expectativa de vida), educação (anos de escolaridade) e renda (PIB per capita). Embora a saúde faça parte de sua composição, o IDH é um indicador socioeconômico global, e não uma ferramenta específica para medir a mudança nos padrões de doenças e causas de morte. Por ser uma medida muito ampla e agregada, é o indicador que está MENOS diretamente relacionado à análise técnica da transição epidemiológica quando comparado aos demais.

Alternativa B (Correta): A Taxa de Mortalidade Infantil é um dos indicadores mais sensíveis da transição epidemiológica. No início da transição, essa taxa é elevada devido a doenças infecciosas e nutricionais. À medida que a transição avança, observa-se uma redução drástica desses óbitos, refletindo melhorias no saneamento e na assistência à saúde.

Alternativa C (Correta): A Prevalência de Doenças Cardiovasculares é um marcador fundamental da transição. Ela reflete o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, que passam a ser a principal causa de morbimortalidade à medida que a população envelhece e adota hábitos de vida urbanos e ocidentalizados.

Alternativa D (Correta): A Taxa de Mortalidade por Doenças Respiratórias é essencial para o monitoramento epidemiológico. Ela permite observar tanto o peso de doenças

infecciosas (como pneumonias, comuns em fases iniciais da transição ou em populações vulneráveis) quanto o peso de doenças crônicas (como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica — DPOC), auxiliando na compreensão do estágio de transição da localidade.

### Questão 67

A questão aborda as ferramentas da Abordagem Familiar, fundamentais na Estratégia de Saúde da Família para compreender a dinâmica e as necessidades dos núcleos familiares atendidos na Atenção Primária.

Análise das alternativas:

a) Entrevista familiar: Incorreta. A entrevista familiar é uma técnica ou um processo de coleta de dados e abordagem clínica, e não um instrumento específico de análise do desenvolvimento temporal da família. Embora seja por meio dela que as informações são colhidas, ela não é a ferramenta conceitual desenhada especificamente para mapear as transições e crises de desenvolvimento.

b) Genograma: Incorreta. O genograma é uma representação gráfica da estrutura familiar e das relações entre seus membros, geralmente abrangendo pelo menos três gerações. Ele é excelente para visualizar a composição familiar, padrões hereditários e a qualidade dos vínculos, mas foca mais na estrutura e no histórico do que nas fases de transição e crises evolutivas ao longo do tempo.

c) Ecomapa: Incorreta. O ecomapa é um diagrama que representa as relações da família com o meio externo (escola, trabalho, igreja, serviços de saúde, lazer). Sua função principal é identificar a rede de apoio social e os estresses ambientais, não sendo o instrumento focado nas fases internas de desenvolvimento da família.

d) Ciclo de Vida Familiar: Correta. O Ciclo de Vida Familiar é o instrumento que estuda as etapas previsíveis pelas quais as famílias passam (como o casamento, o nascimento dos filhos, a adolescência, a saída dos filhos de casa e a velhice). Cada etapa exige mudanças de papéis e tarefas de desenvolvimento. É nessa ferramenta que se identificam as "crises normativas" (inerentes às transições de fase) e as "crises não normativas" (inesperadas), permitindo ao médico compreender os desafios atuais da família e planejar intervenções preventivas ou terapêuticas adequadas para cada momento de transição.

Em resumo, enquanto o Genograma olha para a estrutura e o Ecomapa para o contexto externo, o Ciclo de Vida Familiar olha para a dimensão temporal e evolutiva, sendo o mais adequado para compreender transições e crises.

### Questão 68

A situação descrita no enunciado evidencia uma falha na continuidade da assistência ao paciente dentro do sistema público de saúde. O paciente conseguiu o acesso inicial, mas o sistema não foi capaz de prover os recursos necessários para a resolução completa do seu problema.

Alternativa a) Incorreta. A Equidade é o princípio que busca tratar desigualmente os desiguais, direcionando mais recursos e esforços para aqueles que possuem maiores necessidades, visando reduzir disparidades sociais e de saúde. Embora a fila de espera prejudique a todos, o foco do problema narrado é a incapacidade do sistema de oferecer o cuidado total e articulado.

Alternativa b) Incorreta. A Universalidade garante que todo e qualquer cidadão tenha direito ao acesso às ações e serviços de saúde, sem discriminação. O paciente em questão teve o acesso universal garantido ao ser atendido na Unidade Básica de Saúde (UBS). O problema não foi a entrada no sistema, mas sim a progressão do cuidado para os níveis de maior complexidade.

Alternativa c) Correta. A Integralidade é a diretriz que determina que o SUS deve oferecer um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema. No caso apresentado, a falha na articulação entre a Atenção Primária (UBS) e a Atenção Secundária (especialista) impede que o paciente receba o cuidado completo (integral) que sua condição neurológica exige, atrasando o diagnóstico e o tratamento definitivo.

Alternativa d) Incorreta. O Primeiro Contato é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Ele estabelece que a UBS deve ser a porta de entrada preferencial do sistema e o primeiro serviço a ser procurado diante de uma nova necessidade de saúde. Este atributo foi respeitado no enunciado, uma vez que o paciente buscou e foi atendido primeiramente na UBS. A falha ocorreu no encaminhamento, e não no acesso inicial.

---

### Questão 69

Análise da questão

O estudo proposto baseia-se na coleta de dados de registros já existentes (prontuários) de um determinado período (últimos 3 anos) para avaliar a ocorrência de complicações em pacientes com diabetes tipo 1 em um momento específico (o ano de 2026).

Alternativa a: Está correta. O estudo transversal, também chamado de seccional, funciona como uma fotografia de uma situação em um determinado momento ou período. Ao coletar dados de prontuários para observar a frequência (prevalência) de complicações em uma população já assistida, sem realizar o acompanhamento desses pacientes ao longo do tempo para observar a mudança de status de saúde ou o surgimento de novos casos (incidência), o desenho se caracteriza como transversal. Em provas de residência, o levantamento de dados de um banco de dados ou arquivos para verificar a situação de uma população em um ponto do tempo é frequentemente classificado desta forma.

Alternativa b: Está incorreta. O termo retrospectivo descreve apenas a direção temporal da coleta de dados, indicando que o pesquisador olha para fatos que já ocorreram. No entanto, retrospectivo não é considerado um nome de desenho de estudo por si só nos manuais de epidemiologia, mas sim uma característica que pode ser aplicada a uma coorte ou a um estudo de caso-controle.

Alternativa c: Está incorreta. Estudos longitudinais exigem o acompanhamento (seguimento) de indivíduos ao longo do tempo para comparar a ocorrência de eventos entre grupos expostos e não expostos, permitindo calcular a incidência. O enunciado descreve uma coleta pontual de dados passados para verificar o que já está registrado, o que caracteriza uma análise de prevalência no período, e não um seguimento ativo de uma coorte.

Alternativa d: Está incorreta. O estudo ecológico analisa dados populacionais e agregados, como comparar a taxa de mortalidade por diabetes entre diferentes cidades ou países. Como a pesquisa em questão utilizará dados individuais de cada paciente do ambulatório, ela é classificada como um estudo de base individual.

---

## Questão 70

A questão exige conhecimento sobre as atualizações recentes da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, especificamente sob a Portaria GM/MS nº 6.734, de 2025.

Alternativa A: Incorreta. A Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à COVID-19 foi integrada ao sistema de vigilância em momentos anteriores da pandemia (atualizações de 2022). Portanto, não é a condição que passou a ser de notificação compulsória por este ato normativo específico de 2025.

Alternativa B: Incorreta. A notificação de casos suspeitos de Síndrome Gripal por COVID-19 está estabelecida desde 2020. As regras de notificação para essa condição já estavam consolidadas muito antes da referida Portaria, seguindo fluxos de

vigilância epidemiológica e sentinela já conhecidos.

Alternativa C: Incorreta. A Monkeypox (Mpox) foi inserida na lista de notificação compulsória em 2022, devido ao surto global e à emergência de saúde pública. Além disso, a Mpox exige notificação imediata (em até 24 horas) para as autoridades sanitárias, e não semanal, dada a sua natureza de rápida propagação.

Alternativa D: Correta. A esporotricose humana é uma micose profunda que apresentou grande expansão epidemiológica no Brasil nos últimos anos, principalmente pela transmissão zoonótica (contato com gatos infectados). Embora alguns estados e municípios já tivessem implementado a notificação em âmbito local, a Portaria GM/MS nº 6.734, de 2025 formalizou sua inclusão na Lista Nacional de Notificação Compulsória para todo o território brasileiro. A periodicidade definida para essa condição é a notificação semanal, visando ao monitoramento e ao controle da dispersão do fungo.

---

## Questão 71

Texto Original:

A metodologia do Acesso Avançado tem como lema "faça hoje o trabalho de hoje", visando eliminar filas de espera e reduzir o absenteísmo ao oferecer consultas no momento em que o paciente sente a necessidade. Entretanto, para que essa estratégia seja efetiva na Atenção Primária à Saúde (APS), ela deve estar alinhada aos atributos essenciais do setor, especialmente à longitudinalidade e à integralidade.

Alternativa A - Incorreta: O enunciado afirma que houve redução da demanda reprimida e do absenteísmo. Isso demonstra que a organização da agenda foi eficaz em termos quantitativos para absorver a demanda existente. O problema identificado na questão é de ordem qualitativa (falta de evolução para um cuidado longitudinal) e não de sobrecarga por falta de vagas reservadas.

Alternativa B - Correta: Esta alternativa aponta a falha na execução do atributo da longitudinalidade dentro da lógica do Acesso Avançado. O encontro clínico, mesmo que motivado por uma queixa aguda e pontual (demanda espontânea), deve ser visto pela equipe como uma oportunidade para fortalecer o vínculo, revisar o histórico do paciente, atualizar ações preventivas e planejar o acompanhamento de longo prazo. Se a equipe foca apenas na resolução da queixa imediata, a unidade de saúde passa a funcionar como um serviço de pronto atendimento, perdendo sua essência de APS.

Alternativa C - Incorreta: O Acesso Avançado é uma ferramenta robusta para o

manejo de condições crônicas, pois permite que o paciente tenha acesso à equipe no momento em que necessita de ajustes terapêuticos ou apresenta intercorrências. A criação de "dias específicos" para grupos programáticos (como o "dia do hipertenso") é considerada uma barreira ao acesso e uma prática que o Acesso Avançado busca justamente extinguir para dar mais flexibilidade à gestão do cuidado.

Alternativa D - Incorreta: A APS deve ser resolutive e capaz de manejar a grande maioria das queixas agudas da população adscrita. Estimular o encaminhamento de casos agudos para as UPAs contraria os princípios de coordenação do cuidado e de porta de entrada preferencial. Além disso, essa conduta fragmenta a assistência e impede que a equipe conheça as necessidades agudas frequentes de sua comunidade, o que é fundamental para o planejamento em saúde.

---

## Questão 72

A Lei nº 14.510/2022 regulamentou a telessaúde no Brasil, inserindo o Artigo 26-A na Lei nº 8.080/1990. Ela estabelece que a telessaúde abrange a prestação de serviços de saúde em todas as suas modalidades (assistência, educação, pesquisa e gestão). O objetivo da questão é identificar a diretriz que contraria essa legislação ou os princípios organizativos do SUS.

Alternativa a) Esta afirmativa está correta e é compatível com o SUS. Um dos grandes objetivos da telessaúde é superar barreiras geográficas. Ao levar suporte assistencial a regiões de difícil acesso ou com escassez de profissionais, o sistema promove a equidade, garantindo que populações remotas tenham acesso a serviços de saúde qualificados.

Alternativa b) Esta afirmativa está correta. A legislação é explícita ao determinar que a prática da telessaúde deve ser realizada mediante o consentimento livre e informado do paciente. Além disso, a lei assegura ao paciente o direito de optar pelo atendimento presencial sempre que desejar, respeitando a autonomia do usuário.

Alternativa c) Esta afirmativa está correta. De acordo com a Lei nº 12.401/2011, qualquer nova tecnologia ou ferramenta a ser incorporada ao SUS deve passar pela avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Isso garante que o uso de ferramentas digitais seja baseado em evidências de eficácia, segurança e viabilidade econômica.

Alternativa d) Esta afirmativa está incorreta e é o gabarito da questão. A telessaúde é uma ferramenta complementar e não deve ser utilizada para substituir o atendimento presencial na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é a porta de entrada preferencial e o centro ordenador do cuidado, exigindo presença física para

ações essenciais como exames físicos, procedimentos, vacinação e o fortalecimento de vínculos territoriais. A ideia de reservar o atendimento presencial apenas para a "alta complexidade" fere o princípio da integralidade e a lógica de organização do SUS, na qual o atendimento presencial deve estar disponível em todos os níveis de complexidade sempre que a condição clínica do paciente exigir.

## Questão 73

### CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Para resolver esta questão, o candidato deve dominar os conceitos de níveis de prevenção, fundamentais na Medicina de Família e Comunidade e na Saúde Coletiva.

**Prevenção Primordial:** Visa evitar a emergência e o estabelecimento de padrões de vida sociais, econômicos e culturais que contribuem para o aumento do risco de doenças. Foca em hábitos saudáveis e políticas públicas antes mesmo dos fatores de risco aparecerem.

**Prevenção Primária:** Atua no período pré-patogênico. São medidas destinadas a diminuir a incidência de uma doença, removendo suas causas ou aumentando a resistência do hospedeiro (ex: vacinação e proteção específica).

**Prevenção Secundária:** Foca no diagnóstico precoce e tratamento imediato para evitar a evolução da doença. O rastreamento (screening) em pacientes assintomáticos é o exemplo clássico.

**Prevenção Terciária:** Ocorre quando a doença já está estabelecida. Visa reduzir as complicações, as incapacidades e promover a reabilitação.

**Prevenção Quaternária:** Conjunto de medidas que visa identificar pacientes em risco de excesso de intervenção médica (overmedicalization), protegendo-os de intervenções desnecessárias e sugerindo alternativas eticamente aceitáveis. O objetivo é evitar a iatrogenia.

### ANÁLISE DAS AÇÕES DA QUESTÃO

**Ação 1:** Rastreamento oportunístico de diabetes e hipertensão. O rastreamento busca identificar a doença em fase inicial ou assintomática. Classifica-se como **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA**.

**Ação 2:** Campanha de vacinação. A imunização é uma intervenção para evitar que a doença ocorra, agindo sobre a suscetibilidade. Classifica-se como **PREVENÇÃO**

PRIMÁRIA.

Ação 3: Grupos de caminhada e orientação para vida saudável. Estas ações visam evitar a consolidação de fatores de risco (como sedentarismo e tabagismo) na população através de mudanças no estilo de vida. Classifica-se como PREVENÇÃO PRIMORDIAL.

Ação 4: Questionar exames complexos em idosos assintomáticos para evitar falso-positivos e danos. O foco é a proteção contra o excesso de intervenção diagnóstica/terapêutica. Classifica-se como PREVENÇÃO QUATERNÁRIA.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. Classifica o rastreamento (1) como primária e a vacinação (2) como secundária, invertendo os conceitos básicos de Leavell e Clark.

Alternativa b) CORRETA. Associa cada ação exatamente ao seu nível correspondente: 1-Secundária, 2-Primária, 3-Primordial e 4-Quaternária.

Alternativa c) INCORRETA. Embora acerte as duas primeiras, erra ao classificar a promoção de hábitos saudáveis (3) como quaternária e o questionamento de exames desnecessários (4) como terciária.

Alternativa d) INCORRETA. Apresenta definições equivocadas para todas as ações listadas no enunciado.

GABARITO: B

---

### Questão 74

A questão aborda a organização do fluxo de atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, focando na substituição da ordem de chegada por critérios de gravidade e na prática da escuta qualificada. Esses conceitos são fundamentais dentro da Política Nacional de Humanização (PNH).

Alternativa (a) Gestão Participativa e Cogestão: Incorreta. Esta diretriz busca incluir trabalhadores e usuários nos processos de tomada de decisão e na gestão das unidades de saúde. Ela trata da democratização das relações de trabalho e do compartilhamento de poder, não sendo o termo que define especificamente o processo de triagem e classificação de risco descrito no enunciado.

Alternativa (b) Acolhimento: Correta. O acolhimento é a diretriz da PNH que

pressupõe uma postura ética de recepção ao usuário, desde sua chegada até sua saída. Envolve a escuta qualificada das necessidades, a responsabilização pelo paciente e, crucialmente, a reorganização dos serviços de saúde para que o atendimento seja priorizado com base em critérios de vulnerabilidade e risco, e não apenas por ordem de chegada. É exatamente o que o médico recém-formado propõe ao sugerir a triagem baseada na gravidade.

Alternativa (c) Defesa dos Direitos dos Usuários: Incorreta. Esta diretriz refere-se à garantia de que os usuários do SUS conheçam seus direitos (como o acesso a informações, o respeito à dignidade e o direito a acompanhante) e tenham espaços para participar do controle social. Embora o atendimento adequado seja um direito, o mecanismo técnico de organizar a entrada por gravidade é classificado como acolhimento.

Alternativa (d) Clínica Ampliada: Incorreta. A Clínica Ampliada é uma diretriz que propõe que o profissional de saúde não foque apenas no diagnóstico biológico da doença, mas considere o sujeito em sua totalidade (contexto social, psicológico e afetivo). Ela é aplicada principalmente durante a consulta e na elaboração de projetos terapêuticos, enquanto a situação narrada foca no fluxo de entrada e na priorização do atendimento inicial na unidade.

---

## Questão 75

### ANÁLISE DO CASO

O caso clínico apresenta Dona Maria, uma idosa de 72 anos que vive no contexto rural e enfrenta o desafio de manter sua autonomia frente ao envelhecimento e a possíveis condições patológicas (fadiga, desnutrição, palidez e hipertensão leve). A questão exige do médico não apenas o conhecimento técnico-biológico, mas a aplicação dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente o Método Clínico Centrado na Pessoa e a abordagem humanizada e integral.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): Esta alternativa foca exclusivamente no modelo biomédico tradicional. Embora a pressão arterial esteja elevada (155 x 95 mmHg), na primeira visita e em uma paciente com queixas emocionais e dores, não se deve priorizar a prescrição imediata de anti-hipertensivos sem antes realizar um monitoramento adequado (como o MRPA ou MAPA) e entender o contexto da paciente. Focar apenas na estabilização biológica ignora o sofrimento psíquico (sentir-se inútil) e o impacto social relatado, o que fere o princípio da integralidade.

Alternativa B (Incorreta): Encaminhar a paciente para especialistas logo no primeiro contato caracteriza uma fragmentação do cuidado. A equipe de Saúde da Família deve ser a coordenadora do cuidado e resolver cerca de 80 a 90 por cento dos problemas de saúde da sua população. O encaminhamento precoce, antes mesmo de estabelecer um vínculo ou uma investigação inicial, retira a responsabilidade da atenção primária e pode gerar ansiedade na paciente, além de sobrecarregar o sistema sem necessidade imediata comprovada.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa reflete o cuidado integral e humanizado. A escuta ativa permite entender que, para Dona Maria, a horta e a casa são fundamentais para sua identidade e senso de utilidade. Ao considerar as dimensões físicas e emocionais e construir um plano de cuidados compartilhado com a paciente e sua filha, o médico garante a adesão ao tratamento e respeita a autonomia da idosa. O monitoramento da pressão arterial e as orientações nutricionais tratam as condições biológicas de forma gradual e segura, sem desconsiderar o contexto de vida da paciente.

Alternativa D (Incorreta): Embora a suplementação e o acompanhamento domiciliar possam vir a ser necessários, esta alternativa é excessivamente intervencionista e tecnicista para um primeiro contato. Iniciar suplementos imediatamente sem investigar a causa da desnutrição e da palidez (que pode ser desde uma depressão até uma anemia ferropriva ou neoplasia) é uma conduta precipitada. Além disso, a alternativa falha ao não enfatizar a construção do vínculo e a compreensão das percepções subjetivas da paciente, que são o cerne da queixa de "desânimo".

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

---

## Questão 76

A alternativa correta é a letra (c).

A questão descreve um cenário clássico de gestão de caso na Atenção Primária à Saúde (APS). Para identificar o atributo principal, devemos analisar as ações da equipe.

a) Primeiro Contato: Este atributo se refere à acessibilidade e ao papel da UBS como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde para cada nova necessidade. Embora a paciente já utilize a unidade, o foco do texto não está na facilidade de acesso ou no momento da recepção da paciente, mas sim no que é feito após a identificação de suas demandas complexas.

b) Longitudinalidade: Este atributo diz respeito ao acompanhamento do paciente ao

longo do tempo por uma mesma equipe ou profissional, criando um vínculo de confiança. O enunciado cita que Dona Vera é acompanhada há alguns anos, o que confirma a existência da longitudinalidade. No entanto, as ações específicas descritas (ajuste de agenda, fisioterapia, encaminhamento externo e visitas domiciliares articuladas) focam na organização do fluxo de assistência, o que torna outro atributo mais central no enunciado.

c) Coordenação do Cuidado: É a resposta correta. A coordenação é o atributo que permite à APS atuar como o centro de comunicação do sistema. Ela envolve a capacidade de integrar e sincronizar as diversas ações de saúde necessárias ao paciente, independentemente de onde ocorram. No caso de Dona Vera, a equipe está "orquestrando" o cuidado: ajustando a clínica interna (medicamentos), providenciando reabilitação na própria unidade (fisioterapia), conectando a paciente com a rede social e intersetorial (Centro de Convivência) e monitorando o ambiente domiciliar por meio da ACS. Essa articulação de diferentes pontos de atenção e profissionais é a essência da coordenação.

d) Integralidade: Este atributo preconiza que a equipe deve olhar o indivíduo como um todo, atendendo às suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, além de oferecer serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Embora o plano de cuidados de Dona Vera seja integral, a alternativa (c) é mais precisa para descrever a "organização" mencionada no enunciado. A integralidade foca no leque de serviços oferecidos, enquanto a coordenação foca no elo entre esses serviços e na continuidade das informações. Em provas de residência, quando há uma rede de ações coordenadas (referenciamento e visitas domiciliares), a coordenação costuma ser o gabarito.

---

## Questão 77

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO:

Esta questão aborda as diretrizes de rastreamento do Ministério da Saúde (MS) e do INCA, exigindo do candidato o conhecimento das atualizações mais recentes, especialmente no que diz respeito ao câncer do colo do útero.

Alternativa (a) Incorreta: Diferentemente de algumas sociedades de especialidade, o Ministério da Saúde e o INCA não recomendam o rastreamento populacional organizado para o câncer de próstata. A orientação oficial é de que o exame (PSA e toque retal) não seja oferecido de rotina. Caso o paciente solicite, deve haver uma estratégia de "decisão compartilhada", informando o homem sobre os riscos de sobrediagnóstico e sobretratamento.

Alternativa (b) Incorreta: Segundo as diretrizes de citopatologia (Papanicolaou) que ainda vigoram em muitos serviços, o exame deve ser realizado anualmente apenas nos dois primeiros anos. Se os dois resultados forem normais, o intervalo passa a ser de três em três anos até os 64 anos de idade. Portanto, o erro está em afirmar que deve ser anual para todas as mulheres.

Alternativa (c) Incorreta: O rastreamento mamográfico recomendado pelo Ministério da Saúde/INCA é direcionado a mulheres de 50 a 69 anos, com periodicidade bienal (a cada dois anos). A faixa etária mencionada na alternativa (até 74 anos) é utilizada por outras diretrizes internacionais (como a USPSTF) ou pela Sociedade Brasileira de Mastologia, mas não é o padrão adotado pelo SUS/MS.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa reflete a atualização mais recente e importante do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 3.388, de 2024). O Brasil está em processo de transição do modelo de rastreamento do câncer do colo do útero. O novo protocolo estabelece o teste molecular de DNA-HPV como o método preferencial e primário de rastreio para mulheres de 25 a 64 anos. Quando o teste de DNA-HPV resulta negativo, a periodicidade de repetição do exame passa a ser de cinco anos, em substituição ao modelo anterior de citopatologia a cada três anos.

---

## Questão 78

Para compreender esta questão, é essencial dominar a relação fundamental entre os conceitos de prevalência, incidência e duração da doença. A prevalência pode ser entendida como o estoque total de casos em um determinado momento, enquanto a incidência representa o fluxo de novos casos que entram nesse estoque. A relação matemática simplificada entre esses indicadores é:  $\text{Prevalência} = \text{Incidência} \times \text{Duração média da doença}$ .

Alternativa a) Correta. De acordo com a fórmula citada, se uma doença apresenta muitos casos novos (alta incidência), mas o número total de doentes em um dado momento permanece baixo (baixa prevalência), isso significa que as pessoas permanecem pouco tempo na condição de doentes. Os indivíduos deixam de compor a prevalência por dois motivos: cura ou óbito. Portanto, se a incidência é alta e a prevalência é baixa, a doença necessariamente tem uma curta duração.

Alternativa b) Incorreta. O índice de ataque é uma medida de incidência utilizada especificamente em populações bem definidas e em períodos curtos, como em surtos de intoxicação alimentar. Embora uma doença com alta incidência possa ter um alto índice de ataque, isso não explica a baixa prevalência. O fator determinante para a baixa prevalência, nesse caso, continua sendo a duração da enfermidade.

Alternativa c) Incorreta. A magnitude refere-se à dimensão do problema de saúde, geralmente medida por taxas de morbidade e mortalidade. Uma doença com alta incidência já possui uma magnitude importante em termos de propagação na população, independentemente de os casos durarem muito ou pouco tempo.

Alternativa d) Incorreta. O risco atribuível na população (RAP) é uma medida de impacto que estima a proporção de casos de uma doença que deixariam de existir se um determinado fator de risco fosse eliminado. É um conceito voltado para a causalidade e prevenção, não servindo para explicar a dinâmica temporal de duração de uma patologia em relação ao seu estoque de casos.

---

### Questão 79

A questão aborda a identificação de sinais de alerta para o risco de suicídio em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), focando em um sinal que pode ser paradoxal ou enganoso para observadores leigos e profissionais.

Alternativa (a) Incorreta: A impulsividade é um traço central e um critério diagnóstico do TPB. Ela é amplamente reconhecida como um fator que aumenta a letalidade das tentativas de suicídio, pois o paciente pode agir sem planejamento prévio diante de uma crise. No entanto, a impulsividade é um fator agravante evidente e esperado, não se encaixando na descrição de algo que "não parece ser um fator agravante".

Alternativa (b) Incorreta: Crises interpessoais, como o rompimento amoroso e a perda de pessoas próximas, são gatilhos clássicos e bem documentados para o comportamento suicida em indivíduos com TPB. Tanto a equipe de saúde quanto os familiares costumam identificar esses eventos imediatamente como fatores de risco, sendo claros agravantes do quadro clínico.

Alternativa (c) Correta: Este é um dos sinais de alerta mais críticos e, por vezes, negligenciados. O aumento súbito e inexplicável da energia ou uma melhora aparente e rápida no humor podem indicar que o paciente tomou a decisão de cometer suicídio. Essa decisão pode trazer uma sensação de 'paz' ou alívio ao paciente, pois ele sente que seu sofrimento terá fim, o que é interpretado erroneamente pela família como uma recuperação. Além disso, a melhora da disposição física (energia) pode dar ao paciente a capacidade motora necessária para executar um plano suicida que ele, antes, não tinha forças para realizar devido ao estado de prostração emocional.

Alternativa (d) Incorreta: A capacidade de verbalizar a dor e buscar ajuda é, na verdade, um fator de proteção. Quando o paciente consegue comunicar seu sofrimento e procurar tratamento, ele demonstra que ainda possui recursos de

enfrentamento e mantém um vínculo com a rede de apoio. O maior risco geralmente ocorre quando o paciente se isola, para de comunicar seus sentimentos ou desiste de buscar auxílio.

## Questão 80

A Declaração de Óbito (DO) é o documento fundamental para o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). O preenchimento correto do bloco "Condições e Causas do Óbito" deve seguir uma lógica fisiopatológica e cronológica específica, conforme as normas do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A estrutura é dividida em duas partes principais:

**PARTE I:** Destina-se à causa que levou diretamente à morte e aos estados mórbidos que produziram essa causa.

- Linha (a): Causa imediata ou terminal (a doença ou complicação que ocorreu por último, logo antes do óbito).
- Linhas (b) e (c): Causas antecedentes ou intermediárias.
- Última linha preenchida: Causa básica (a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos).

**PARTE II:** Destina-se a outras condições mórbidas significativas que contribuíram para a morte, mas que não entraram na sequência direta da causa terminal. Aqui entram as comorbidades e fatores de risco.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) **INCORRETA:** O erro clássico e mais importante desta alternativa é listar "Parada cardiorrespiratória" na linha (a). O Ministério da Saúde proíbe o uso de termos que descrevam apenas o modo de morrer (como parada cardiorrespiratória, falência de órgãos ou parada cardíaca) na DO. Como toda morte envolve a parada do coração e da respiração, esse termo não informa a causa real do óbito e é considerado um preenchimento de má qualidade.

Alternativa (b) **CORRETA:** Esta alternativa segue perfeitamente a lógica clínica e as normas de preenchimento.

- Linha (a): Infarto Agudo do Miocárdio: foi o evento final agudo que causou o óbito.
- Linha (b): Doença Arterial Coronariana: é a condição crônica, já diagnosticada por angiografia no paciente, que permitiu o surgimento do infarto.
- Linha (c): Hipertensão Arterial Sistêmica: é a causa básica que, cronicamente, levou ao desenvolvimento da doença coronariana.

- Parte II: Obesidade e Diabetes Mellitus tipo 2 são condições que contribuíram para o desfecho desfavorável, mas não fazem parte da linha direta de sucessão do evento agudo (IAM).

Alternativa (c) INCORRETA: Embora liste causas reais do paciente, a hierarquia está incorreta. A "Insuficiência Cardíaca" não foi o evento agudo descrito (que foi um IAM com supra de ST). Além disso, a ordem entre Doença Arterial Coronariana e Infarto está confusa nesta opção, não respeitando a relação de causalidade direta para o caso clínico apresentado.

Alternativa (d) INCORRETA: Esta alternativa inverte a ordem da Parte I. No formulário da DO, a causa imediata (o que aconteceu por último) deve sempre estar na linha (a), e as causas que levaram a ela devem vir nas linhas subsequentes. Aqui, a Doença Coronariana (causa antecedente) está na linha (a), e o Infarto (causa imediata) está na linha (b), o que é o oposto do padrão exigido. Além disso, a obesidade é um fator contribuinte (Parte II), e não uma causa intermediária direta na linha (d) da Parte I.

Em resumo, a alternativa (b) é a correta, pois identifica o infarto como causa imediata, a hipertensão como causa básica e as demais comorbidades como causas contribuintes na Parte II, evitando o termo genérico "parada cardiorrespiratória".

---

### Questão 81

O tema central da questão aborda as transformações metabólicas e de composição corporal que ocorrem durante o climatério e a menopausa, períodos marcados pela falência ovariana e consequente hipoestrogenismo. Para responder corretamente, devemos identificar a afirmação incorreta entre as opções apresentadas.

Alternativa A (Incorreta/Gabarito): Esta afirmação está incorreta porque, embora a taxa metabólica basal (TMB) realmente diminua durante o envelhecimento e a transição para a menopausa, essa redução não é causada pela elevação das gonadotrofinas (FSH e LH). O aumento das gonadotrofinas é uma resposta fisiológica (feedback negativo) à queda dos níveis de estrogênio e não possui um papel causal direto na redução do metabolismo basal. A diminuição da TMB está mais relacionada ao processo de envelhecimento cronológico, à perda de massa magra e às alterações na sinalização do próprio estrogênio nos tecidos metabólicos.

Alternativa B (Correta): Esta afirmação é verdadeira. Se uma mulher mantém o mesmo padrão alimentar e nível de atividade física (estilo de vida inalterado) enquanto sua taxa metabólica basal diminui, haverá um balanço energético positivo. Esse excesso de calorias não gastas é armazenado na forma de gordura, resultando

em ganho de peso progressivo ao longo dos anos.

Alternativa C (Correta): Esta afirmação é verdadeira. O hipoestrogenismo típico da pós-menopausa altera a distribuição de gordura corporal. O padrão de deposição de gordura muda do tipo ginoide (predomínio em quadris e coxas) para o tipo androide ou centralizado. Isso resulta em um aumento significativo da gordura visceral (abdominal), que é metabolicamente ativa e está associada a um maior risco cardiovascular e de resistência à insulina.

Alternativa D (Correta): Esta afirmação é verdadeira. Com a queda dos hormônios sexuais e o avanço da idade, há uma tendência à perda de massa livre de gordura (massa magra) e de tecido muscular esquelético. Esse processo de perda de massa e função muscular é chamado de sarcopenia. Quando esse quadro ocorre simultaneamente ao ganho de massa gorda, caracteriza-se a obesidade sarcopênica, uma condição que aumenta a fragilidade e o risco de doenças metabólicas na mulher idosa.

---

## Questão 82

Para compreender a questão, devemos primeiro definir o que é a ectopia cervical (também chamada de ectrópio). Ela ocorre quando o epitélio colunar (glandular), que normalmente reveste apenas o canal endocervical, estende-se para a parte externa do colo do útero (ectocérvice), que deveria ser revestida por epitélio escamoso.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Correta):

A ectopia expõe um epitélio mais fino, ricamente vascularizado e frágil ao ambiente vaginal. Por ser um epitélio glandular, ele produz muco, o que justifica o corrimento mucoso (leucorreia). Devido à sua fragilidade e vascularização superficial, o contato durante a relação sexual pode causar sangramento, fenômeno chamado de sinusiorragia. A dispareunia (dor ou desconforto na relação) também pode estar presente devido à sensibilidade local ou a processos inflamatórios associados (cervicites).

Alternativa B (Incorreta):

Os sintomas de corrimento branco, com aspecto de "leite coalhado" (grosseiro) e acompanhado de prurido intenso, são patognomônicos da candidíase vulvovaginal, uma infecção fúngica, e não de uma alteração anatômica como a ectopia.

Alternativa C (Incorreta):

Disquezia (dor ao evacuar), fezes em fita e obstipação crônica são sintomas

relacionados a patologias do trato gastrointestinal inferior ou condições ginecológicas que comprimem ou infiltram o reto, como a endometriose profunda retrocervical ou tumores colorretais. Não possuem relação com a ectopia cervical.

Alternativa D (Incorreta):

Uma tumoração cística dolorosa localizada no pequeno lábio é a descrição clássica de uma inflamação ou abscesso na glândula de Bartholin (bartolinite). A ectopia localiza-se exclusivamente no colo do útero, na porção superior do canal vaginal.

Resumo: A alternativa A está correta porque a ectopia cervical manifesta-se tipicamente pelo aumento da secreção glandular e pelo sangramento ao contato (sinusiorragia), devido à natureza do epitélio colunar exposto.

---

### Questão 83

A ectasia ductal é uma condição benigna das mamas que ocorre principalmente em mulheres no período da perimenopausa ou pós-menopausa. Ela se caracteriza pela dilatação dos ductos subareolares, que ficam preenchidos por material lipídico e debris celulares, gerando uma resposta inflamatória crônica e fibrose ao redor dos ductos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O derrame papilar hemorrágico (sanguinolento) é mais comumente associado ao papiloma intraductal, que é a principal causa de descarga papilar patológica, ou ao carcinoma de mama. Na ectasia ductal, o sangramento é raro, ocorrendo apenas em casos de inflamação muito intensa da parede ductal.

Alternativa b) Correta. O derrame papilar na ectasia ductal é classicamente descrito como multiductal (sai por vários orifícios), bilateral e de aspecto variável. Ele pode ser seroso, viscoso ou apresentar colorações esverdeadas e acastanhadas devido à oxidação do material acumulado nos ductos dilatados. O termo seroso é frequentemente utilizado em provas para descrever secreções não sanguinolentas e não leitosas associadas a esta patologia.

Alternativa c) Incorreta. O derrame em água de rocha é caracterizado por ser um líquido totalmente transparente e cristalino. Este é um sinal de alerta importante na mastologia, pois possui alta associação com processos malignos (câncer de mama), não sendo o achado típico da ectasia ductal.

Alternativa d) Incorreta. A galactorreia é a secreção de aspecto leitoso (leite), geralmente bilateral e multiductal. Suas causas são sistêmicas, ligadas ao aumento

da prolactina (hiperprolactinemia) por tumores hipofisários, uso de medicamentos (como neurolépticos e anti-hipertensivos) ou estimulação mamária, diferindo da causa mecânica e inflamatória local da ectasia ductal.

### Questão 84

Para determinar a Data Provável do Parto (DPP), o método mais utilizado na prática obstétrica e cobrado em provas é a Regra de Naegele. O cálculo baseia-se na duração média de uma gestação humana (280 dias ou 40 semanas a partir da DUM).

Passo a passo da Regra de Naegele:

1. Somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação (DUM).
2. Se a DUM ocorreu nos meses de janeiro, fevereiro ou março: somar 9 meses ao mês da DUM.
3. Se a DUM ocorreu de abril a dezembro: subtrair 3 meses do mês da DUM e adicionar 1 ano.

Aplicação no caso clínico:

DUM: 15/01/2026

Dia:  $15 + 7 = 22$

Mês: Janeiro (01) + 9 = 10 (Outubro)

Ano: Como somamos 9 meses dentro do mesmo ciclo anual para chegar a outubro, o ano permanece 2026.

Resultado: 22/10/2026.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Esta data não segue a soma de 7 dias e 9 meses a partir de 15/01. O cálculo correto do dia (22) já eliminaria essa opção.
- b) Correta. Aplica perfeitamente a Regra de Naegele:  $15 + 7 = 22$ ;  $01 + 9 = 10$  (Outubro).
- c) Incorreta. O mês de setembro (09) estaria incorreto, pois indicaria uma gestação mais curta ou erro na subtração/soma dos meses. Além disso, o dia 25 não corresponde à soma de 7 dias ao dia 15.
- d) Incorreta. O mês de novembro (11) e o dia 05 estão matematicamente distantes da aplicação da regra para a DUM fornecida.

Observação importante: A questão menciona que a paciente é eumenorreica (ciclos

regulares), o que valida a utilização da Regra de Naegele, pois ela pressupõe um ciclo de 28 dias com ovulação no 14º dia. Se a paciente tivesse ciclos muito longos ou curtos, a regra precisaria de ajustes.

### Questão 85

O Balão de Bakri é um dispositivo de tamponamento intrauterino utilizado como uma das principais medidas mecânicas no controle da hemorragia pós-parto (HPP) secundária à atonia uterina. Seu funcionamento baseia-se em princípios físicos de compressão e estímulo fisiológico.

A alternativa (a) está correta, porque a presença do balão distende as paredes uterinas. Esse estiramento mecânico das fibras do miométrio pode desencadear o reflexo de contração uterina, o que contribui para o controle do sangramento.

A alternativa (b) está correta, pois o preenchimento do balão com solução salina gera uma pressão hidrostática que é transmitida radialmente para as paredes do útero. Essa força promove a compressão direta das artérias e sinusoides do leito placentário contra o miométrio, dificultando o fluxo sanguíneo e favorecendo a hemostasia.

A alternativa (c) é a incorreta (gabarito), porque o Balão de Bakri é um dispositivo de silicone inerte. Ele não possui nenhuma propriedade farmacológica e não realiza a liberação in loco de ocitocina, metilergometrina ou qualquer outra droga uterotônica. O uso dessas medicações é fundamental no protocolo de hemorragia, mas elas são administradas por via sistêmica (intravenosa ou intramuscular) e não por meio do dispositivo de tamponamento.

A alternativa (d) está correta, porque o princípio do tamponamento depende de um gradiente de pressão. Para que a hemorragia cesse de forma eficaz, a pressão exercida pelo balão contra a parede uterina deve ser superior à pressão arterial sistêmica (pressão de perfusão). Se a pressão dentro da cavidade for menor que a pressão vascular, o sangue continuará fluindo e o tamponamento falhará.

### Questão 86

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O caso clínico apresenta uma gestante de 13 semanas com quadro de dor abdominal tipo cólica e sangramento vaginal moderado. O dado fundamental para a resolução da questão é o exame físico, que aponta o colo uterino entreaberto. Em gestações iniciais, a presença de sangramento associado à dilatação cervical (colo aberto ou entreaberto) caracteriza o processo de abortamento como inevitável (quando o

material ovular ainda está no útero) ou incompleto (quando parte já foi eliminada).

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. O abortamento retido é caracterizado pela morte embrionária ou fetal sem que ocorra a expulsão espontânea. Nesse caso, o colo uterino permanece fechado e, geralmente, não há sangramento importante ou cólicas intensas. A conduta descrita (observar por 4 semanas) também não é a primeira escolha atual na maioria dos protocolos devido ao risco de complicações.

Alternativa b: Incorreta. Embora a gravidez ectópica seja um diagnóstico diferencial de dor e sangramento na primeira metade da gestação, nela o colo uterino permanece fechado. Além disso, a paciente não apresenta sinais de irritação peritoneal (o exame físico diz que não há descompressão brusca dolorosa), o que torna a hipótese de ectópica rota menos provável que a de abortamento.

Alternativa c: Incorreta. O abortamento séptico requer a presença de sinais de infecção, como febre, secreção purulenta com odor fétido, calafrios ou instabilidade hemodinâmica grave por sepse. A paciente em questão encontra-se afebril e não há descrição de sinais infecciosos no exame especular.

Alternativa d: Correta. Os achados de sangramento vivo e colo uterino entreaberto em uma gestação de 13 semanas confirmam o diagnóstico de abortamento inevitável. A conduta adequada envolve o suporte clínico inicial, com reposição volêmica (justificada pela PA de 98/54 mmHg) e analgesia para as cólicas. Em gestações acima de 12 semanas, é comum aguardar a eliminação do feto (concepto) para então realizar o esvaziamento uterino dos restos placentários por meio de AMIU (Aspiração Manual Intrauterina) ou curetagem, visando diminuir o risco de complicações como perfuração uterina.

---

## Questão 87

Análise do caso clínico:

O quadro descrito é clássico para torção anexial: início súbito de dor intensa, unilateral, associada a sintomas autonômicos (náuseas e vômitos) e presença de massa anexial palpável. A irritação peritoneal (abdome em tábua) sugere que a torção pode estar causando isquemia ou necrose do tecido ovariano.

Alternativa A: Está correta. A fisiopatologia da torção anexial envolve a rotação parcial ou completa do ovário e, frequentemente, da tuba uterina sobre seu pedículo vascular. O eixo de rotação é justamente formado pelo ligamento infundíbulo-pélvico (que suspende o ovário à parede pélvica e contém os vasos ovarianos) e pelo

ligamento útero-ovariano (que liga o ovário ao útero). Essa torção interrompe o fluxo sanguíneo, levando ao quadro de abdome agudo.

Alternativa B: Está incorreta. Embora a Doença Inflamatória Pélvica (DIP) seja um diagnóstico diferencial, ela costuma ter um início mais subagudo e geralmente está associada a febre, corrimento vaginal purulento e dor à mobilização do colo uterino. O quadro de dor aguda "em pontada" com vômitos imediatos é mais sugestivo de um evento mecânico/isquêmico como a torção.

Alternativa C: Está incorreta. O teste de hCG (gonadotrofina coriônica humana) possui uma sensibilidade extremamente elevada, próxima a 100%. Um resultado negativo é suficiente para excluir gestação (e, conseqüentemente, prenhez ectópica) com segurança muito superior aos 92% mencionados na alternativa.

Alternativa D: Está incorreta. A adenomiose é uma condição clínica crônica em que o tecido endometrial se infiltra no miométrio (músculo do útero). Ela causa aumento do volume uterino, sangramento menstrual aumentado e dor pélvica crônica (dismenorreia). Não é uma causa de abdome agudo com irritação peritoneal nem se apresenta como massa anexial, não sendo considerada uma emergência cirúrgica.

---

## Questão 88

Texto Original:

Análise do Caso:

Paciente jovem (25 anos) com diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Vulvar de alto grau (NIV II ou LIEAG), de característica multifocal. O objetivo do tratamento em lesões pré-invasoras em pacientes jovens é a erradicação da doença com a máxima preservação da anatomia e função vulvar, minimizando o impacto psicossocial.

Alternativa A (Incorreta): A vulvectomy simples é um procedimento mutilante que envolve a retirada de toda a vulva e tecido subcutâneo. É uma conduta excessivamente agressiva e desproporcional para uma lesão intraepitelial (não invasora) em uma paciente de 25 anos. É geralmente reservada para casos de câncer invasor ou situações de exceção.

Alternativa B (Incorreta): A vulvectomy superficial (skinning vulvectomy) retira a pele da vulva preservando o tecido subcutâneo. Embora seja menos agressiva que a vulvectomy simples, ainda resulta em impacto estético e funcional importante. Atualmente, reserva-se para casos em que o tratamento clínico falhou ou em extensões que impossibilitam outras abordagens menos invasivas.

Alternativa C (Incorreta): A exérese local das lesões (procedimento cirúrgico de

retirada) é uma opção terapêutica válida, porém a margem de 3,0 cm está errada. Para lesões pré-neoplásicas como a NIV II, as margens cirúrgicas recomendadas são de 0,5 a 1,0 cm. Margens amplas de 3,0 cm são preconizadas para o tratamento de carcinoma vulvar invasor.

Alternativa D (Correta): O Imiquimode a 5% é um agente imunomodulador de uso tópico que estimula a produção de citocinas e a resposta imune local. É considerado o tratamento de escolha para NIV de alto grau (HSIL) multifocal em mulheres jovens, pois permite a remissão das lesões preservando a anatomia vulvar e a função sexual, com taxas satisfatórias de resposta clínica e menor morbidade cirúrgica.

---

### Questão 89

Esta questão aborda as diretrizes de rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil, que geram frequentes debates devido às divergências entre o Ministério da Saúde (MS/INCA) e as sociedades de especialidades (CBR, SBM e FEBRASGO).

Alternativa A (Correta): Apesar de as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde/INCA recomendarem o rastreamento bienal prioritariamente para a faixa dos 50 aos 69 anos, a Lei Federal nº 11.664/2008 assegura a realização de mamografia a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, as principais sociedades médicas brasileiras (CBR, SBM e FEBRASGO) recomendam o rastreamento anual iniciando aos 40 anos. Portanto, a mulher nessa faixa etária tem o direito legal de realizar o exame mesmo sem sintomas.

Alternativa B (Incorreta): A recomendação de rotina do Ministério da Saúde para o rastreamento é a realização da mamografia a cada dois anos (bienal), e não a cada cinco anos. A faixa etária preconizada pelo MS para o rastreamento populacional é de 50 a 69 anos. As sociedades de especialidades recomendam o rastreamento anual dos 40 aos 74 anos.

Alternativa C (Incorreta): Diante de um achado clínico suspeito (nódulo palpável), não estamos mais falando de rastreamento, mas sim de mamografia diagnóstica. Embora a ultrassonografia seja frequentemente o exame inicial em mulheres jovens com mamas densas, a mamografia não é contraindicada e deve ser realizada se houver suspeita clínica, pois é o único exame capaz de identificar microcalcificações suspeitas, independentemente da densidade mamária ou da idade (acima de 35 anos, a mamografia diagnóstica já é bem tolerada e informativa).

Alternativa D (Incorreta): Não existe uma proibição absoluta de rastreio para mulheres com 75 anos ou mais. A recomendação das sociedades médicas é que o rastreamento seja individualizado nessa faixa etária, devendo ser mantido enquanto

a mulher apresentar boas condições de saúde e uma expectativa de vida superior a 7 ou 10 anos. O Ministério da Saúde interrompe a recomendação formal de rastreamento populacional aos 69 anos, mas isso não restringe o exame apenas a casos com achados clínicos; a decisão deve ser compartilhada entre médico e paciente.

### Questão 90

O quadro clínico descrito — caracterizado por urgência miccional (necessidade imperiosa de urinar), polaciúria (ir ao banheiro muitas vezes ao dia), noctúria (acordar à noite para urinar) e incontinência urinária de urgência (perda de urina quando não se chega a tempo ao banheiro) — é diagnóstico de Síndrome da Bexiga Hiperativa. A ausência de perda aos esforços e de disúria reforça esse diagnóstico e afasta, inicialmente, a incontinência urinária de esforço e as infecções urinárias.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O diagnóstico da bexiga hiperativa é eminentemente clínico. O estudo urodinâmico é reservado para casos de falha ao tratamento clínico, suspeita de obstrução infravesical ou quando se planeja uma cirurgia para incontinência de esforço associada. Além disso, a conduta para a bexiga hiperativa raramente é cirúrgica em primeira ou segunda linha.

b) Incorreta. O sling suburetral de uretra média é o tratamento padrão-ouro para a Incontinência Urinária de Esforço (IUE). No caso da bexiga hiperativa ou incontinência de urgência, o sling não é indicado e pode, inclusive, agravar os sintomas de urgência se houver um componente obstrutivo.

c) Incorreta. Não há elementos na história (como trauma medular, esclerose múltipla ou diabetes avançado) que sugiram uma bexiga neurogênica. Além disso, a aplicação de toxina botulínica (Botox) intravesical é considerada um tratamento de terceira linha, indicada apenas para pacientes refratários às terapias iniciais (comportamental e farmacológica).

d) Correta. De acordo com os principais protocolos nacionais e internacionais (como os da Sociedade Brasileira de Urologia e da American Urological Association), a primeira linha de tratamento para a bexiga hiperativa consiste em medidas não farmacológicas. Estas incluem a terapia comportamental (readequação da ingestão hídrica, evitar irritantes vesicais como a cafeína), o treinamento vesical (micções programadas) e a fisioterapia do assoalho pélvico (exercícios de fortalecimento e técnicas de inibição do detrusor). Somente após a falha ou resposta parcial a essas medidas é que se inicia a terapia farmacológica (anticolinérgicos ou agonistas

beta-3).

---

### Questão 91

Alternativa a) Incorreta. De acordo com as recomendações do Institute of Medicine (IOM), adotadas pelo Ministério da Saúde, o ganho de peso total recomendado para gestantes com IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (obesas) deve ser entre 5 e 9 kg. Embora o ganho no primeiro trimestre seja realmente pequeno, o intervalo de 0,5 a 2,0 kg é o padrão aceito para todas as categorias de IMC nesse período inicial, tornando a faixa específica de 0,2 a 1,2 kg imprecisa perante as diretrizes oficiais.

Alternativa b) Incorreta. O rastreamento de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) baseado apenas em fatores de risco clínicos apresenta baixa sensibilidade e não é considerado o método ideal. As diretrizes atuais recomendam o rastreamento universal, que consiste na realização da glicemia de jejum no início do pré-natal e, caso normal, o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75 g) entre a 24<sup>a</sup> e a 28<sup>a</sup> semana de gestação.

Alternativa c) Incorreta. A obesidade materna é um fator de risco para malformações fetais, especialmente defeitos do fechamento do tubo neural. Por esse motivo, a suplementação com ácido fólico no período periconcepcional e durante o primeiro trimestre é mandatória e fundamental para essas pacientes, nunca devendo ser evitada.

Alternativa d) Correta. O manejo nutricional na gestante obesa visa controlar o ganho ponderal e evitar complicações metabólicas. A recomendação de uma dieta com 1.800 a 2.100 kcal auxilia no controle do peso sem induzir a cetose (que ocorreria em dietas muito restritivas, abaixo de 1.600 kcal). O fracionamento das refeições em 5 a 6 vezes ao dia ajuda na estabilidade glicêmica e no controle da saciedade, sendo o acompanhamento especializado por nutricionista a melhor estratégia para o seguimento dessas pacientes.

---

### Questão 92

ANÁLISE DO CENÁRIO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clássico de placenta prévia: gestante em idade avançada, tabagista, com cicatrizes uterinas prévias (2 cesáreas), manifestando sangramento vaginal indolor, de cor vermelho-viva e episódios recorrentes. O erro crasso cometido foi o toque vaginal, que é formalmente contraindicado em suspeitas de placenta prévia por risco de descolamento digital e hemorragia maciça, como ocorreu no caso.

**POR QUE A ALTERNATIVA (C) É A INCORRETA (GABARITO):**

A conduta de infundir volumes fixos e elevados de cristaloides (como 2 litros em bolus ou a regra de 3:1) é considerada ultrapassada e prejudicial no manejo moderno da hemorragia obstétrica. A reposição volêmica agressiva com cristaloides predispõe à hemodiluição dos fatores de coagulação, acidose e hipotermia (tríade letal), além de aumentar o risco de edema pulmonar e coagulopatia por diluição. Os protocolos atuais (como o "Código Vermelho" obstétrico) preconizam a ressuscitação volêmica controlada com pequenas alíquotas de cristaloides (250 a 500 ml) e a reposição precoce de hemocomponentes (concentrado de hemácias, plasma e plaquetas) em casos de choque grave.

**POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO CORRETAS:**

**Alternativa A:** A alternativa descreve corretamente os parâmetros do Estágio II (Choque Moderado) de acordo com protocolos de hemorragia obstétrica frequentemente utilizados em concursos (como os da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia). Nesses protocolos, o Índice de Choque (frequência cardíaca dividida pela pressão arterial sistólica) entre 1,4 e 1,9, associado a alterações de perfusão e perdas volêmicas estimadas em torno de 30%, caracteriza o choque moderado.

**Alternativa B:** Está correta, pois a hipotermia é um dos componentes da tríade letal no choque hemorrágico. A queda da temperatura corporal inibe a cascata enzimática da coagulação e a função plaquetária, o que impede a formação adequada do coágulo e agrava o sangramento, criando um ciclo vicioso.

**Alternativa D:** Está correta. A apresentação clínica (sangramento indolor, vivo, súbito e recorrente em paciente com cesáreas prévias) torna a placenta prévia a principal hipótese diagnóstica. O exame padrão-ouro para confirmação é a ultrassonografia transvaginal, que é segura (o transdutor não toca o colo uterino) e possui maior sensibilidade e especificidade que a via abdominal para medir a distância da borda placentária até o orifício interno do colo.

---

### **Questão 93**

O objetivo primordial da avaliação de alterações citológicas e colposcópicas na gestante é a exclusão de câncer invasor. No caso apresentado, a paciente possui uma biópsia confirmando NIC II (Lesão Intraepitelial de Alto Grau), o que descarta, no momento, a presença de invasão.

Análise das alternativas:

Alternativas A e B: Estão incorretas. Procedimentos excisionais, sejam eles a Excisão

da Zona de Transformação (EZT) ou a conização, apresentam riscos significativos durante a gestação, como hemorragias de difícil controle, infecção, abortamento e parto prematuro. Na gravidez, a excisão só é permitida se houver suspeita de invasão que a biópsia não conseguiu esclarecer. Como o diagnóstico de NIC II já foi estabelecido pela biópsia, a conduta cirúrgica é contraindicada durante o período gestacional.

Alternativa C: Está correta. Para lesões de alto grau (NIC II e NIC III) diagnosticadas na gestação, a conduta preconizada pelos manuais do Ministério da Saúde e consensos internacionais é o acompanhamento conservador. O risco de progressão para câncer invasor durante o curto período da gestação é extremamente baixo, e existe uma taxa considerável de regressão dessas lesões no período pós-parto. Portanto, a recomendação é realizar uma nova avaliação citológica e colposcópica cerca de 12 semanas (90 dias) após o parto para definir a necessidade de tratamento definitivo.

Alternativa D: Está incorreta. O 5-fluorouracil (5-FU) é um agente quimioterápico com efeitos teratogênicos e tóxicos, sendo formalmente contraindicado na gestação. O imiquimode também não possui indicação para o tratamento de lesões intraepiteliais cervicais (NIC) neste cenário. O tratamento dessas lesões, quando indicado, deve ser excisional e realizado apenas após o término da gestação e reavaliação puerperal.

---

### Questão 94

Essa questão exige conhecimento sobre massas anexiais na gestação, especificamente em pacientes adolescentes, abordando epidemiologia, diagnóstico por imagem e marcadores tumorais. O objetivo é identificar a alternativa INCORRETA.

Alternativa A: Correta. Na faixa etária pediátrica e na adolescência, os tumores de ovário representam a neoplasia maligna do trato genital mais frequente. Diferentemente das adultas, nas quais o câncer de colo de útero e o de endométrio são prevalentes, nas jovens os tumores de células germinativas ovarianas ganham destaque.

Alternativa B: Correta. Os tumores borderline (ou de baixo potencial de malignidade) são definidos exatamente por apresentarem proliferação celular e atipia nuclear sem, contudo, demonstrarem invasão estromal destrutiva. Eles possuem comportamento clínico intermediário e podem apresentar implantes peritoneais, que geralmente também não são invasivos.

Alternativa C: Incorreta (Gabarito). Embora a Ressonância Magnética (RM) seja um excelente exame complementar à ultrassonografia para avaliar massas anexiais

complexas na gestação, o uso de contraste à base de GADOLÍNIO é contraindicado na gravidez. O gadolínio atravessa a barreira placentária, é excretado pelos rins fetais para o líquido amniótico e pode permanecer em contato com o feto por tempo prolongado, havendo associação com riscos teratogênicos e doenças inflamatórias/reumatológicas no recém-nascido. A RM na gestante deve ser realizada, preferencialmente, sem contraste.

Alternativa D: Correta. O CA 125 é um marcador que sofre influência do estado gravídico. Seus níveis elevam-se naturalmente no primeiro trimestre (devido à produção decidual) e no pós-parto imediato. No entanto, após o primeiro trimestre (por volta da 15ª semana), os níveis tendem a cair e a se estabilizar. Valores persistentemente elevados ou muito altos (acima de 150-200 U/mL) após esse período aumentam a suspeição para neoplasias epiteliais, embora o marcador perca especificidade durante a gestação.

---

### Questão 95

Esta questão aborda os benefícios não contraceptivos dos métodos hormonais combinados (estrogênio + progestagênio). Para resolvê-la, é necessário identificar qual das alternativas descreve um efeito que NÃO é atribuído ao uso desses medicamentos.

Alternativa (a): Incorreta (pois é um benefício real). O uso de anticoncepcionais combinados promove a supressão da ovulação, o que previne a formação de cistos ovarianos funcionais. Além disso, a ação do progestagênio leva à atrofia endometrial e à menor produção de prostaglandinas, resultando em melhora significativa da dismenorreia e do fluxo menstrual excessivo, o que auxilia no controle sintomático da miomatose e da endometriose. A estabilização hormonal também ajuda na redução da tensão pré-menstrual e das cefaleias ligadas à privação hormonal.

Alternativa (b): Correta (Gabarito - é a exceção). Os anticoncepcionais hormonais não possuem efeito protetor contra vulvovaginites. Pelo contrário, o componente estrogênico aumenta o teor de glicogênio nas células vaginais, o que pode facilitar a proliferação de fungos, como a \*Candida albicans\*, aumentando o risco de candidíase em algumas pacientes. Além disso, o uso de hormônios não altera o risco de vaginose bacteriana ou de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a tricomoníase; a proteção contra essas condições é exclusiva dos métodos de barreira (preservativos).

Alternativa (c): Incorreta (pois é um benefício real). A redução do risco de câncer de ovário (devido ao repouso ovulatório) e de câncer de endométrio (pela oposição do progestagênio à proliferação estrogênica) é amplamente documentada e duradoura,

persistindo mesmo após a interrupção do uso. Estudos epidemiológicos também demonstram uma redução consistente no risco de câncer colorretal em usuárias de combinados.

Alternativa (d): Incorreta (pois é um benefício real). O uso de anticoncepcionais hormonais combinados está associado a uma menor incidência de doenças benignas da mama, incluindo fibroadenomas e cistos mamários, reduzindo a necessidade de biópsias e intervenções por queixas mamárias benignas.

Resumo: O gabarito é a alternativa (b), pois os anticoncepcionais hormonais não previnem infecções vaginais e podem, em alguns casos, predispor à candidíase. Todas as outras alternativas listam benefícios terapêuticos e preventivos clássicos desses fármacos.

---

## Questão 96

Análise da fase de excitação na resposta sexual feminina:

A resposta sexual humana é tradicionalmente descrita em fases: desejo, excitação, platô, orgasmo e resolução. A fase de excitação é caracterizada primariamente por fenômenos vasculares decorrentes da ativação do sistema nervoso parassimpático.

Alternativa (a) Incorreta: A lubrificação vaginal que ocorre na excitação é resultado, principalmente, de um transudato plasmático que atravessa as paredes vaginais devido à vasocongestão local, além da secreção das glândulas vestibulares maiores (Bartholin). O muco cervical com filância extrema é uma característica da influência estrogênica no período periovulatório e não é induzido pela ocitocina. A ocitocina está mais relacionada à fase do orgasmo (contrações) e ao reflexo de ejeção de leite.

Alternativa (b) Correta: Durante a excitação, os estímulos parassimpáticos promovem a liberação de óxido nítrico e polipeptídeo intestinal vasoativo (VIP), que relaxam a musculatura lisa das artérias cavernosas clitorianas. Isso permite um aumento significativo do fluxo sanguíneo para os corpos cavernosos do clitóris, resultando em seu ingurgitamento (tumescência) e protrusão. Este é o equivalente fisiológico da ereção masculina.

Alternativa (c) Incorreta: As contrações rítmicas da musculatura perineal (como o músculo bulboesponjoso) e da musculatura extragenital são características da fase de orgasmo. Na fase de excitação, o que se observa é o relaxamento da musculatura lisa vaginal e o alongamento da vagina, preparando o canal para a penetração, mas sem as contrações rítmicas expulsivas ou retentivas do clímax.

Alternativa (d) Incorreta: A ativação de reflexos medulares que geram contrações musculares rítmicas define o orgasmo. Na fase de excitação, o reflexo autonômico predominante é o parassimpático voltado para a vasodilatação e secreção, e não para a descarga motora somática ou reflexa que caracteriza o ápice da resposta sexual.

### Questão 97

Para responder a essa questão, devemos nos basear na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.320/2022, que estabelece as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil.

Alternativa a) Correta. A chamada gestação compartilhada é permitida em casos de união homoafetiva feminina. Nessa situação, os oócitos de uma das parceiras são fecundados (com sêmen de doador) e os embriões resultantes são transferidos para o útero da outra parceira. Não há exigência de diagnóstico de infertilidade prévia para o acesso às técnicas de reprodução assistida nessas configurações familiares.

Alternativa b) Correta. As normas do CFM são inclusivas, permitindo o uso das técnicas por pessoas solteiras e casais homoafetivos. Ao mesmo tempo, o Código de Ética Médica e a própria resolução de reprodução assistida garantem ao médico o direito à objeção de consciência, o que significa que o profissional não é obrigado a realizar o procedimento se este entrar em conflito com suas convicções pessoais, desde que haja outro médico disponível para o atendimento e não se trate de situação de urgência.

Alternativa c) Correta. O casal deve ser informado sobre a quantidade de embriões obtidos. A decisão de quantos serão transferidos a fresco cabe aos pacientes, mas deve respeitar os limites de segurança impostos pela idade da mulher para evitar gestações múltiplas de alto risco. Segundo a norma vigente, mulheres até 37 anos podem transferir até 2 embriões, e mulheres com mais de 37 anos podem transferir até 3 embriões. Os embriões excedentes de boa qualidade devem ser obrigatoriamente criopreservados (congelados).

Alternativa d) INCORRETA (Gabarito). O erro da alternativa está no prazo mencionado. De acordo com a Resolução CFM nº 2.320/2022, os embriões criopreservados podem ser descartados após o período de 3 anos (e não 10 anos), se esta for a vontade expressa dos pacientes. Esse descarte também pode ocorrer em caso de abandono do material por 3 anos ou mais. Além disso, a Lei de Biossegurança (Lei 11.105/2005) permite que embriões congelados há 3 anos ou mais sejam utilizados para fins de pesquisa, desde que haja o consentimento dos genitores.

Portanto, a alternativa D está incorreta por apresentar um prazo divergente da legislação e das normas éticas vigentes.

---

### **Questão 98**

A estratégia principal para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) baseia-se no manejo ativo do terceiro estágio do parto (dequitação), que visa garantir a contração uterina eficaz para evitar a atonia, causa de cerca de 80% dos casos de sangramento grave.

Alternativa a (Incorreta/Gabarito): Esta alternativa é a exceção solicitada pela questão. A nifedipina é um medicamento uterolítico (ou tocolítico), o que significa que ela promove o relaxamento da musculatura uterina. Na profilaxia da HPP, o objetivo é o inverso: estimular a contração do útero. Para isso, utilizamos agentes uterotônicos, sendo a ocitocina o fármaco de primeira escolha. O uso de um uterolítico no pós-parto impediria a formação do Globo de Segurança de Pinard e causaria hemorragia severa.

Alternativa b (Correta): O clampeamento oportuno do cordão umbilical, realizado entre 1 e 3 minutos após o nascimento ou após a cessação das pulsações, é uma recomendação atual da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Embora seu principal benefício seja neonatal (maiores níveis de hemoglobina e estoques de ferro), ele compõe o conjunto de intervenções integradas durante a assistência ao terceiro estágio.

Alternativa c (Correta): A tração controlada do cordão umbilical, tecnicamente conhecida como Manobra de Brandt-Andrews, deve ser realizada por profissional treinado apenas após a constatação de sinais de desprendimento placentário. Essa medida ajuda a reduzir a duração do terceiro estágio e a perda sanguínea total, prevenindo que o tempo prolongado de dequitação evolua para uma hemorragia.

Alternativa d (Correta): A vigilância pós-dequitação é mandatória. A palpação e a massagem uterina servem para avaliar o tônus do útero. Caso o órgão não apresente a firmeza esperada (Globo de Segurança de Pinard), a massagem estimula a contração das fibras musculares, o que promove o fechamento dos vasos sanguíneos no local de inserção da placenta (ligaduras vivas de Pinard), prevenindo o sangramento excessivo.

---

### Questão 99

Alternativa A: Incorreta. Embora a compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico seja um fato fisiológico real a partir da 20ª semana, o que exige o deslocamento uterino para a esquerda para evitar a hipotensão supina, a afirmação está tecnicamente inadequada para casos de trauma raquimedular. Em pacientes com suspeita de lesão na coluna, a gestante deve ser mantida em prancha rígida, e o deslocamento do útero deve ser feito exclusivamente de forma manual para a esquerda, e não posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo, o que poderia agravar a lesão medular.

Alternativa B: Incorreta. As modificações anatômicas da gestação, como a elevação do diafragma em cerca de 4 cm, não contraindicam a drenagem torácica. A recomendação correta é que o dreno de tórax seja inserido um ou dois espaços intercostais acima do local habitualmente utilizado em adultos não gestantes (geralmente no 3º ou 4º espaço intercostal, em vez do 5º), para evitar lesão diafragmática ou abdominal. A técnica do selo d'água é o sistema de fechamento do dreno, e não uma técnica de inserção nos ápices.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o mecanismo fisiopatológico do descolamento prematuro de placenta (DPP) traumático. Em desacelerações bruscas ou traumas diretos, o útero, por ser um órgão elástico e muscular, sofre deformação e estiramento. No entanto, a placenta é um órgão inelástico. Essa diferença de elasticidade entre o miométrio e a placenta gera uma força de cisalhamento na interface entre elas, levando ao rompimento dos vasos e ao descolamento.

Alternativa D: Incorreta. O diagnóstico do DPP, inclusive no trauma, é essencialmente clínico, baseado na dor abdominal, hipertonia uterina, sangramento vaginal (presente em 80% dos casos) e sofrimento fetal. O ultrassom apresenta baixa sensibilidade (cerca de 25% a 50%) para detectar o hematoma retroplacentário agudo, pois o sangue recém-coagulado tem ecogenicidade semelhante à da placenta. Portanto, um ultrassom normal não exclui o diagnóstico de descolamento de placenta no trauma.

---

### Questão 100

Texto Original:

O achado descrito de vesículas com aspecto de cacho de uva é a apresentação macroscópica clássica da Mola Hidatidiforme, uma forma de Doença Trofoblástica Gestacional (DTG).

Alternativa C (Correta): Esta alternativa define com precisão a patogenia da mola hidatidiforme. A doença é caracterizada por uma proliferação anormal das células do

trofoblasto (citotrofoblasto e sinciciotrofoblasto) que revestem as vilosidades coriônicas. Essa proliferação excessiva, associada ao edema do estroma viloso (degeneração hidrópica), é o que confere ao tecido o aspecto de vesículas mencionado na questão.

Alternativa A (Incorreta): Embora a paciente tenha apresentado sangramento e eliminação de material, o diagnóstico não é de um abortamento espontâneo comum de uma gestação embrionária normal. O termo abortamento completo refere-se à expulsão total de um conceito e anexos em uma gestação tópica comum, enquanto a imagem e o quadro clínico apontam especificamente para uma doença trofoblástica.

Alternativa B (Incorreta): A reação de Arias-Stella é um achado histológico (microscópico) do endométrio, onde as glândulas apresentam núcleos hipercromáticos e volumosos devido ao estímulo hormonal da gestação. Ela pode ocorrer tanto na gravidez tópica quanto na ectópica, mas não se manifesta macroscopicamente como vesículas em cacho de uva. O achado visual descrito é exclusivo da mola.

Alternativa D (Incorreta): Na mola hidatidiforme, a proliferação trofoblástica é intensa, o que gera produção maciça de beta-hCG. Os valores de beta-hCG costumam estar extremamente elevados, muitas vezes acima de 100.000 mUI/mL. Mesmo após a eliminação parcial ou total do material ovular, o hormônio não negativa imediatamente, exigindo um acompanhamento ambulatorial prolongado para monitorar a regressão dos níveis e descartar malignização (neoplasia trofoblástica gestacional).

---