



SCM-BH

GABARITO | 2026 | MG | 75 Questões



Gabarito: SCM-BH

2026 | MG

1 - C	40 - D
2 - B	41 - B
3 - D	42 - C
4 - B	43 - B
5 - A	44 - A
6 - C	45 - D
7 - A	46 - A
8 - C	47 - C
9 - B	48 - B
10 - C	49 - C
11 - D	50 - A
12 - B	51 - D
13 - B	52 - C
14 - C	53 - D
15 - D	54 - C
16 - C	55 - D
17 - A	56 - A
18 - B	57 - B
19 - C	58 - C
20 - C	59 - B
21 - C	60 - D
22 - D	61 - A
23 - B	62 - A
24 - C	63 - A
25 - A	64 - D
26 - D	65 - D
27 - C	66 - B
28 - C	67 - A
29 - D	68 - B
30 - A	69 - B
31 - A	70 - D
32 - D	71 - A
33 - D	72 - C
34 - A	73 - C
35 - D	74 - A
36 - A	75 - C
37 - C	
38 - B	
39 - B	

Comentários e Explicações

Questão 1

Essa questão apresenta um quadro clássico de abdome agudo hemorrágico em uma mulher jovem, em idade fértil (25 anos). Os pontos-chave para o diagnóstico são: dor aguda iniciada no hipogástrio (região pélvica), seguida de sinais de choque hipovolêmico (lipotimia, mucosas descoradas e hipotensão arterial de 95/45 mmHg) e a confirmação de hemoperitônio (sangue no abdome) por ultrassonografia e punção.

Análise das alternativas:

a) Ruptura espontânea do baço: Incorreta. A ruptura do baço é geralmente associada a traumas abdominais ou a doenças que causam esplenomegalia (como mononucleose ou malária). Além disso, a dor costuma se localizar no quadrante superior esquerdo do abdome (hipocôndrio esquerdo), e não no hipogástrio como descrito no caso.

b) Ruptura de hemangioma hepático: Incorreta. Hemangiomas são tumores benignos do fígado e raramente rompem de forma espontânea. Quando ocorre ruptura, a dor localiza-se na região superior do abdome (hipocôndrio direito ou epigástrio). Não é a causa principal a ser pensada em uma paciente jovem sem histórico prévio.

c) Ruptura tubária por gravidez: Correta. Esta é a principal causa de abdome agudo hemorrágico em mulheres em idade reprodutiva. O quadro de dor pélvica súbita e intensa (hipogástrio) evoluindo rapidamente para choque hemorrágico devido ao rompimento de uma gestação ectópica tubária é uma emergência médica clássica. Em qualquer mulher jovem com dor abdominal e instabilidade hemodinâmica, a gravidez ectópica deve ser a primeira hipótese diagnóstica.

d) Ruptura de aneurisma arterial: Incorreta. Embora a ruptura de aneurismas (como o da artéria esplênica) possa causar hemoperitônio maciço, é uma condição muito menos frequente nesta faixa etária do que a gravidez ectópica rota. A localização inicial da dor no hipogástrio direciona o raciocínio para órgãos pélvicos.

Conclusão: Diante de uma mulher em idade fértil com dor pélvica súbita, sinais de choque e sangue livre na cavidade abdominal, a causa mais provável e que deve ser prontamente investigada é a gravidez ectópica rota.

Questão 2

O ponto central desta questão é a identificação e o significado clínico do sinal de Troisier. Este sinal consiste na presença de um linfonodo supraclavicular esquerdo palpável, aumentado e endurecido (também conhecido como gânglio de Virchow). Anatomicamente, essa região recebe a drenagem linfática de grande parte dos órgãos abdominais através do ducto torácico. Portanto, sua detecção é um indicativo clássico de metástase de neoplasias abdominais.

No caso clínico apresentado, o paciente tem 63 anos e apresenta sintomas constitucionais, como fraqueza e emagrecimento, além de estar hipocorado (sugerindo anemia por sangramento crônico). Esse conjunto de achados torna a investigação de uma neoplasia gastrointestinal, especificamente o câncer gástrico, mandatória.

Análise das alternativas:

a) Hipoparatiroidismo: É uma condição endócrina caracterizada pela deficiência de paratormônio (PTH), resultando em hipocalcemia. Os sinais semiológicos clássicos são os de irritabilidade neuromuscular, como os sinais de Chvostek e Trousseau, e não apresentam relação com o sinal de Troisier ou com o quadro de emagrecimento e anemia descritos.

b) Câncer gástrico: Alternativa correta. O sinal de Troisier é um achado semiológico historicamente associado ao câncer gástrico avançado. A tríade de emagrecimento, anemia (mucosa hipocorada) e o linfonodo de Virchow palpável aponta diretamente para a necessidade de realizar uma endoscopia digestiva alta para investigar neoplasia gástrica.

c) Enfisema pulmonar: Faz parte do espectro da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Embora possa causar emagrecimento em estágios avançados (caquexia respiratória) e fraqueza, manifesta-se tipicamente com dispneia e alterações no exame do tórax, como tórax em tonel e redução de murmúrio vesicular, não estando associado ao sinal de Troisier.

d) Doença de Plummer: Também conhecida como bócio multinodular tóxico, é uma causa de hipertireoidismo. Pode provocar emagrecimento e fraqueza muscular, mas o quadro é acompanhado de sintomas de tireotoxicose (taquicardia, tremores, intolerância ao calor) e bócio nodular à palpação da tireoide, sem relação com a linfonodomegalia supraclavicular esquerda.

Questão 3

A questão aborda o padrão de disseminação do carcinoma espinocelular (CEC) do canal anal, que é o tipo histológico mais comum nessa região e está fortemente associado à infecção pelo HPV. O ponto fundamental para responder a essa pergunta é o conhecimento da anatomia linfática da região anal.

O canal anal é dividido anatomicamente pela linha pectínea. A drenagem linfática ocorre de forma distinta, dependendo da localização da lesão em relação a essa linha:

1. Acima da linha pectínea: A drenagem ocorre para os linfonodos pararretais e, posteriormente, para os linfonodos ilíacos internos.
2. Abaixo da linha pectínea (incluindo a margem anal): A drenagem linfática é direcionada primariamente para os linfonodos inguinais superficiais.

Como a paciente apresenta uma lesão vegetante de grande tamanho (45 mm) e visível ao exame proctológico (percebida pela própria paciente), o tumor envolve a porção distal do canal ou a margem anal. Portanto, o sítio inicial de metástase linfonodal esperado são as virilhas.

Análise das alternativas:

- a) Linfonodos retroperitoneais: Incorreta. A drenagem para linfonodos retroperitoneais (como os para-aórticos) é característica de tumores testiculares ou de órgãos abdominais superiores. No câncer anal, isso ocorreria apenas em fases muito avançadas e não como sítio inicial.
- b) Fígado e Pulmão: Incorreta. Estes são os principais locais de metástases hematogênicas (via sanguínea). Embora o carcinoma espinocelular anal possa sofrer disseminação sistêmica, ele é um tumor que metastatiza preferencialmente por via linfática regional antes de atingir órgãos distantes.
- c) Linfonodos mesentéricos: Incorreta. Os linfonodos mesentéricos (superiores e inferiores) são responsáveis pela drenagem do cólon e da parte superior do reto, seguindo o trajeto das artérias mesentéricas. Não fazem parte da via de drenagem primária do canal anal.
- d) Linfonodos inguinais: Correta. Conforme detalhado na anatomia, a região anal abaixo da linha pectínea e a margem anal drenam diretamente para a cadeia linfonodal inguinal superficial. Devido a essa característica, a palpação das regiões inguinais é etapa obrigatória no estadiamento clínico e no seguimento de pacientes com câncer anal.

Questão 4

Para resolver essa questão, o ponto fundamental é o conhecimento epidemiológico das hérnias da região inguinal e a correta interpretação do enunciado.

Alternativa (a) Incorreta. A hérnia incisional ocorre obrigatoriamente sobre uma cicatriz cirúrgica prévia, decorrente de uma falha na síntese ou cicatrização de uma laparotomia anterior. O enunciado não menciona antecedentes cirúrgicos da paciente, o que torna essa hipótese improvável e, estatisticamente, ela não é a mais comum da região inguinofemoral.

Alternativa (b) Correta. Este é o diagnóstico que segue a regra estatística da cirurgia geral: a hérnia inguinal indireta é o tipo mais comum de hérnia em ambos os sexos (homens e mulheres) e em todas as faixas etárias. No caso da mulher, a hérnia indireta atravessa o anel inguinal interno e percorre o canal inguinal acompanhando o ligamento redondo do útero, o que explica a sintomatologia de dor com irradiação para o lábio maior do mesmo lado. O comentário do ultrassonografista sobre ser a "mais frequentemente encontrada" é a chave para confirmar essa alternativa.

Alternativa (c) Incorreta. A hérnia inguinal direta é aquela que se projeta através da musculatura enfraquecida da parede posterior do canal inguinal (triângulo de Hesselbach), medialmente aos vasos epigástricos inferiores. Embora seja comum em pacientes de meia-idade e idosos, sua incidência absoluta é menor do que a da hérnia inguinal indireta.

Alternativa (d) Incorreta. Esta alternativa é uma "pegadinha" clássica em provas de residência. É um fato médico que a hérnia femoral é muito mais comum no sexo feminino do que no sexo masculino (devido à bacia mais larga e ao espaço femoral mais amplo nas mulheres). No entanto, mesmo sendo mais comum em mulheres do que em homens, a hérnia femoral NÃO é a mais comum nas mulheres; nesse grupo, a hérnia inguinal indireta ainda ocupa o primeiro lugar em frequência. Portanto, a afirmação do ultrassonografista invalida esta opção.

Questão 5

ANÁLISE DO CASO

O caso descreve um paciente no 4º dia de pós-operatório de gastrectomia parcial com uma fístula anastomótica de baixo débito (150 ml/dia). Os pontos cruciais para a tomada de decisão são: 1) O paciente está clinicamente estável e sem sinais de irritação peritoneal; 2) A fístula está "dirigida" ou "bloqueada", ou seja, o conteúdo sai pelo dreno sentinela sem formar coleções intra-abdominais; 3) O paciente já possui uma via de nutrição adequada (cateter nasoentérico) que está sendo bem

tolerada.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A conduta conservadora é a base do tratamento de fístulas digestivas precoces que estejam devidamente drenadas e em pacientes estáveis. Como o débito é baixo (menor que 500 ml em 24 horas), o paciente não apresenta sepse e a nutrição está garantida via enteral, a tendência natural é o fechamento espontâneo do trajeto fistuloso. Manter a observação e a oferta calórica é a estratégia mais segura e eficaz neste cenário.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ INCORRETA?

O uso de substâncias esclerosantes não faz parte do protocolo inicial de tratamento de fístulas anastomóticas agudas. Tais substâncias podem causar necrose tecidual, piorar o processo inflamatório local e dificultar a cicatrização espontânea, além de não tratarem a causa-base do problema.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA?

Sempre que o trato gastrointestinal estiver funcional, a nutrição enteral deve ser preferida em relação à nutrição parenteral (NP). A nutrição enteral mantém a barreira mucosa intestinal, tem menor custo e apresenta menos complicações infecciosas que a NP. Como o cateter nasoentérico permite nutrir o paciente de forma distal à anastomose ou o trânsito está preservado sem estase, não há justificativa para suspender a dieta enteral e iniciar uma via mais invasiva.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ INCORRETA?

A reoperação (laparotomia) é indicada apenas em casos de fístulas não controladas, com sinais de peritonite generalizada, coleções não drenáveis por radiologia intervencionista ou instabilidade hemodinâmica (sepse grave). Suturar uma fístula em um tecido inflamado e friável no 4º dia pós-operatório geralmente resulta em falha da sutura e aumento da morbidade para o paciente. Como o dreno já está cumprindo o papel de limpar a cavidade, a cirurgia é desnecessária.

Questão 6

Análise do caso clínico:

O ponto fundamental para resolver essa questão é identificar uma imprecisão técnica comum em provas: a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) não consegue confirmar o diagnóstico de carcinoma folicular. A citologia da PAAF apenas sugere uma neoplasia folicular (Classificação de Bethesda IV). Isso ocorre porque a distinção entre um adenoma folicular (benigno) e um carcinoma folicular (maligno) depende da identificação de invasão da cápsula do nódulo ou de vasos sanguíneos, algo que só é possível por meio do exame histopatológico da peça cirúrgica completa.

Diante de um nódulo de 21 mm (2,1 cm) com citologia sugestiva de neoplasia folicular, a conduta inicial deve ser diagnóstica e terapêutica.

Alternativa (a) Incorreta: O iodo radioativo (iodoterapia) não é um tratamento primário para nódulos de tireoide. Ele é uma terapia adjuvante utilizada apenas após a retirada total da glândula (tireoidectomia total) em casos específicos de câncer de tireoide de maior risco. Se a glândula ainda estiver presente, o tecido normal captará o iodo, impedindo a ação sobre possíveis células malignas.

Alternativa (b) Incorreta: Não se realiza iodoterapia após uma cirurgia parcial (lobectomia). Para que o iodo radioativo seja eficaz, é necessário que não haja tecido tireoidiano remanescente competindo pela captação do iodo. Portanto, a iodoterapia exige tireoidectomia total prévia.

Alternativa (c) Correta: Para nódulos solitários entre 1 cm e 4 cm com suspeita de neoplasia folicular (Bethesda IV) e sem evidências de metástases ou extensão extratireoidiana, a conduta inicial padrão é a lobectomia tireoidiana ipsilateral associada à istmectomia. Essa abordagem é considerada uma cirurgia diagnóstica. Caso o resultado histopatológico posterior confirme um carcinoma com características de alto risco, pode-se realizar a totalização da tireoidectomia em um segundo momento. No entanto, para o tamanho e a descrição do nódulo (21 mm), a lobectomia é o passo inicial correto.

Alternativa (d) Incorreta: A tireoidectomia total imediata poderia ser considerada se o nódulo fosse maior que 4 cm, se houvesse fortes sinais de malignidade ao ultrassom, história familiar positiva para câncer de tireoide ou se o paciente optasse por evitar uma possível segunda cirurgia. Contudo, em uma questão de prova, para um nódulo de 2 cm e suspeita de linhagem folicular, a lobectomia com istmectomia é a conduta mais conservadora e correta para evitar riscos desnecessários (como lesão do nervo laríngeo recorrente e hipoparatiroidismo) antes da confirmação da malignidade por histopatologia.

Questão 7

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma paciente jovem, gestante no primeiro trimestre, com achado incidental de dois cistos esplênicos de pequeno porte (dois e três centímetros). As características ultrassonográficas (paredes finas e conteúdo líquido límpido) sugerem fortemente cistos simples, que são lesões benignas. No manejo de cistos esplênicos, o tamanho e a presença de sintomas são os principais divisores de águas para a tomada de decisão.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

Cistos esplênicos menores que 5 cm, assintomáticos e com características de benignidade (como os descritos no caso) não requerem intervenção cirúrgica imediata. O tratamento de escolha é a observação clínica e o acompanhamento ultrassonográfico periódico para avaliar se haverá crescimento significativo ou aparecimento de sintomas. Na vigência de uma gestação, essa conduta conservadora é ainda mais imperativa, visando a evitar riscos desnecessários ao feto e à mãe.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa b) Puncionar os cistos, esvaziá-los e injetar substância esclerosante. A punção com escleroterapia apresenta altos índices de recidiva e risco de complicações como infecção e sangramento. Não é indicada para cistos pequenos e assintomáticos, especialmente em gestantes, situação em que procedimentos invasivos eletivos devem ser evitados.

Alternativa c) Aguardar até o terceiro trimestre para ressecar os cistos. O terceiro trimestre é o período menos indicado para cirurgias abdominais não emergenciais, devido ao grande volume uterino, que dificulta o acesso cirúrgico, e ao risco aumentado de parto prematuro. Além disso, não há indicação técnica para ressecar cistos de 2 e 3 cm que não causam sintomas.

Alternativa d) Operar os cistos por laparoscopia seis meses após o parto. A cirurgia (seja esplenectomia, seja decorticação do cisto) só é considerada em cistos maiores que 5 cm, cistos sintomáticos ou quando há complicações (ruptura, hemorragia interna ou infecção). Como os cistos da paciente são pequenos e o quadro é estável, a cirurgia não se justifica nem mesmo após o término da gestação.

RESUMO DIDÁTICO

Em cistos esplênicos:

1. Menores que 5 cm e assintomáticos: Observação e exames de imagem periódicos.
2. Maiores que 5 cm ou sintomáticos: Considerar intervenção (preferencialmente técnicas que preservem o parênquima esplênico).
3. Gestação: Reforça a necessidade de conduta conservadora, a menos que haja uma complicação aguda (abdome agudo).

Questão 8

O ponto central para resolver esta questão é a localização anatômica da lesão. O enunciado descreve um carcinoma espinocelular (CEC) de quatro centímetros, situado apenas dois centímetros distalmente ao esfíncter esofágico superior (EES).

Análise da localização:

O esfíncter esofágico superior marca o início do esôfago cervical. Uma lesão que se inicia 2 cm abaixo desse ponto está localizada integralmente no esôfago cervical (que se estende até cerca de 18 cm dos dentes incisivos ou até a fúrcula esternal).

Por que a alternativa (c) está correta?

Para o câncer de esôfago localizado no segmento cervical, especialmente o carcinoma espinocelular, o tratamento de escolha é a quimiorradioterapia definitiva (protocolo não cirúrgico). Isso ocorre porque a cirurgia para tumores nessa região (esofagectomia cervical ou faringolaringoesofagectomia) é extremamente agressiva, exige a remoção da laringe (perda da voz) e possui alta morbidade. Estudos demonstram que a quimiorradioterapia exclusiva oferece taxas de sobrevida global equivalentes à cirurgia nessa localização, com a grande vantagem da preservação orgânica (manutenção da laringe e da deglutição funcional).

Por que as alternativas (a) e (b) estão incorretas?

Ambas propõem a esofagectomia como passo final após a neoadjuvância. Embora a terapia trimodal (quimiorradioterapia seguida de cirurgia) seja o padrão para tumores do esôfago torácico e distal, ela não é a primeira escolha para o esôfago cervical devido à necessidade de mutilação (laringectomia associada) e resultados oncológicos similares aos do tratamento clínico exclusivo. A diferença entre (a) e (b) reside na técnica de reconstrução (estômago ou cólon), mas a indicação cirúrgica em si é o erro principal para esta localização específica.

Por que a alternativa (d) está incorreta?

A colocação de prótese esofágica é uma medida paliativa, indicada para pacientes com doença avançada, fístulas ou sem condições clínicas para tratamento curativo. O quadro descreve um paciente emagrecido, mas não há evidências de metástases à distância ou incurabilidade que justifiquem apenas a palição com prótese antes de tentar o tratamento curativo com quimiorradioterapia.

Resumo do raciocínio:

1. Localização: Esôfago cervical (2 cm distal ao EES).
2. Histologia: Carcinoma Espinocelular (CEC).
3. Conduta: Quimiorradioterapia definitiva para preservação de órgão e redução de morbidade.

Questão 9

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um paciente de 59 anos que, apesar da suspeita inicial de apendicite aguda, apresenta sinais que alertam para uma neoplasia colorretal, como a idade avançada, anemia e o quadro de suboclusão intestinal (vômitos e distensão de íleo e ceco). O achado intraoperatório de um tumor no cólon ascendente em um paciente com abdome agudo obstrutivo/inflamatório exige uma conduta definitiva, desde que as condições clínicas permitam.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA

A ileocolectomia direita com linfadenectomia regional é o tratamento padrão-ouro para tumores localizados no cólon ascendente. Este procedimento consiste na retirada do íleo terminal, ceco, cólon ascendente e a flexura hepática, juntamente com o suprimento vascular e linfonodal correspondente (artéria ileocólica e cólica direita). No cólon direito, a literatura médica e as diretrizes de cirurgia oncológica autorizam a realização da anastomose primária (ileotransversostomia) mesmo em situações de urgência, pois a vascularização local é robusta e os índices de deiscência são menores do que no cólon esquerdo, permitindo a reconstrução do trânsito intestinal no mesmo tempo cirúrgico.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa a: Realizar apenas uma ileostomia e biópsia seria uma conduta excessivamente conservadora e incompleta. Isso sujeitaria o paciente a uma nova cirurgia de grande porte em um curto intervalo de tempo. Se o cirurgião já está com o campo operatório exposto e o tumor é ressecável, a retirada oncológica imediata é o melhor caminho para o prognóstico do paciente.

Alternativa c: O erro desta alternativa está na descrição técnica. Para tumores de cólon direito, não se faz apenas a retirada do tumor com margem de segurança e uma anastomose colônica simples. É necessária a ileocolectomia formal para que se possa realizar a linfadenectomia de forma adequada seguindo os preceitos

oncológicos (ligadura na origem dos vasos). Além disso, a anastomose é tipicamente entre o íleo e o transverso (ileotransversa), e não entre dois segmentos de cólon (colônica).

Alternativa d: A cecostomia descompressiva é uma técnica cirúrgica considerada obsoleta na prática atual, pois apresenta alta taxa de complicações e raramente resolve a descompressão de forma satisfatória. Além disso, a quimioterapia neoadjuvante (reduzora) não é a conduta inicial padrão para câncer de cólon obstrutivo; o tratamento de escolha para o câncer de cólon é a cirurgia com intenção curativa como primeiro passo, reservando a quimioterapia para o período pós-operatório (adjuvante), conforme o estadiamento patológico.

Questão 10

Para calcular a extensão da superfície corporal queimada (SCQ) nesta paciente de 34 anos (adulta), o método mais indicado é a Regra dos Nove de Wallace, amplamente utilizada em protocolos de trauma e emergência.

Divisão anatômica segundo a Regra dos Nove:

1. Tronco Anterior: Corresponde a 18 por cento da superfície total do corpo. Essa área é subdividida em tórax anterior (9 por cento) e abdome anterior (9 por cento).
2. Membros Superiores: Cada membro superior completo (incluindo as faces anterior e posterior) corresponde a 9 por cento. Como o enunciado especifica que ambos os membros foram queimados completamente, somamos 9 por cento (braço direito) + 9 por cento (braço esquerdo), totalizando 18 por cento.

Cálculo aplicado ao caso:

18 por cento (Tronco anterior: tórax + abdome) + 18 por cento (Dois membros superiores completos) = 36 por cento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 36 por cento. Esta é a resposta tecnicamente correta. Seguindo a padronização da Regra dos Nove, a soma das superfícies descritas (18 por cento do tronco e 18 por cento dos braços) resulta exatamente em 36 por cento.

Alternativa b) 44 por cento. Incorreta. Este valor não possui correspondência com a soma das regiões anatômicas citadas no enunciado, sendo excessivo para o quadro descrito.

Alternativa c) 27 por cento. Esta alternativa consta como o gabarito indicado,

entretanto, apresenta uma divergência em relação à regra médica padrão. O valor de 27 por cento só seria obtido se o examinador tivesse ignorado uma área de 9 por cento (por exemplo, se tivesse contado apenas o tórax e os dois braços, excluindo o abdome, ou se tivesse contado o tronco anterior completo e apenas a face anterior dos dois braços). Como o enunciado diz explicitamente "tórax e abdome" e membros "completamente", o cálculo clínico correto permanece 36 por cento.

Alternativa d) 22 por cento. Incorreta. Não há correlação matemática entre as áreas descritas e este percentual utilizando os diagramas de Wallace ou Lund-Browder para uma paciente adulta.

Questão 11

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome de Boerhaave, que consiste na ruptura espontânea do esôfago decorrente de um aumento súbito da pressão intraesofágica, geralmente após episódios de vômitos vigorosos, frequentemente associados ao consumo excessivo de álcool.

Análise do caso:

O paciente apresenta a Tríade de Mackler, composta por vômitos, dor torácica intensa e enfisema subcutâneo (neste caso, enfisema cervical). A dor é súbita e pode irradiar para o abdome. O extravasamento de conteúdo gástrico e saliva para o mediastino gera uma mediastinite química e bacteriana grave, o que justifica a queda pressórica, a dispneia e o estado de choque (lipotimia) relatados.

Alternativas:

a) Incorreta. A ruptura de bolhas de enfisema pulmonar causa pneumotórax espontâneo. Embora cause dor torácica súbita e dispneia, não possui relação causal com episódios de vômitos repetidos e não costuma evoluir tão rapidamente para um quadro de choque e enfisema cervical na ausência de ventilação por pressão positiva.

b) Incorreta. A ruptura gastrodiafragmática é uma condição rara, geralmente associada a traumas toracoabdominais de grande impacto ou complicações de hérnias diafragmáticas preexistentes. O mecanismo de vômitos intensos após etilismo é o gatilho típico da lesão esofágica, não da gastrodiafragmática.

c) Incorreta. A ruptura traqueal e brônquica está quase sempre relacionada a traumas de alta energia (contusos ou penetrantes) ou iatrogenia durante intubação ou broncoscopia. Não é uma complicação esperada de esforços de vômito.

d) Correta. A ruptura do esôfago (Síndrome de Boerhaave) é o diagnóstico mais provável. Ocorre geralmente na parede posterolateral do esôfago distal. O ar que escapa do trato digestivo ganha o mediastino (pneumomediastino) e ascende pelos tecidos moles até a região cervical, explicando o enfisema descrito. A gravidade do quadro clínico e a história de vômitos pós-etilismo tornam esta alternativa a única correta.

Questão 12

O caso clínico apresenta uma paciente que desenvolveu um pseudocisto pancreático após um quadro de pancreatite biliar grave. O pseudocisto é uma coleção de suco pancreático cercada por uma parede de tecido fibroso ou de granulação (não epitelizada), que geralmente leva de 4 a 6 semanas para se formar completamente. No caso em questão, o cisto é gigante (22 cm), possui parede espessa (indicando maturidade após 1 ano) e causa sintomas compressivos (dispépsia).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A drenagem percutânea (punção por agulha) guiada por imagem é associada a altos índices de recidiva (o cisto enche novamente) e risco de formação de fístula pancreática externa, onde o líquido passa a sair pela pele. O uso de agentes esclerosantes não faz parte do protocolo para pseudocistos pancreáticos, pois o líquido pode estar em comunicação com o ducto pancreático principal, e o esclerosante poderia causar pancreatite química ou danos teciduais graves.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para pseudocistos maduros, grandes e sintomáticos. A drenagem interna (anastomose entre o cisto e o trato digestivo) é o tratamento definitivo. A via laparoscópica é preferível por ser minimamente invasiva, acelerando a recuperação da paciente. O termo drenagem fisiológica indica que o conteúdo do cisto (rico em enzimas) será vertido no sistema digestório, onde será processado normalmente, evitando a perda de fluidos e eletrólitos. Embora a drenagem para o estômago (cistogastrostomia) seja muito comum no corpo pancreático, a alternativa descreve o princípio da drenagem interna cirúrgica para uma alça intestinal (neste caso, o duodeno), que é uma técnica eficaz.

Alternativa c) Incorreta. A drenagem endoscópica guiada por ecoendoscopia é uma opção moderna e menos invasiva que a cirurgia. Contudo, para pseudocistos de dimensões gigantescas como este (22 cm), a drenagem cirúrgica (laparoscópica) é frequentemente considerada superior por muitos especialistas. A cirurgia permite criar uma comunicação (estomia) muito mais ampla e estável, garantindo que uma quantidade tão grande de líquido e possíveis detritos sólidos (debris) sejam drenados sem o risco de obstrução rápida dos stents endoscópicos, o que poderia levar à

infecção do cisto (abscesso).

Alternativa d) Incorreta. A pancreatemia corpocaudal consiste na retirada da parte média e final do pâncreas. É uma cirurgia de grande porte e alta morbidade, não sendo indicada para tratar uma coleção fluida benigna como o pseudocisto. O pseudocisto propriamente dito não tem risco de malignização (transformação em câncer). A ressecção só seria discutida se houvesse forte suspeita de que a lesão não fosse um pseudocisto, mas sim uma neoplasia cística (como um cistoadenoma mucinoso), o que não é o caso, dado que a paciente tem uma história clara de pancreatite prévia documentada.

Questão 13

O caso clínico descreve um paciente de 51 anos com quadro de icterícia obstrutiva (bilirrubina direta elevada e prurido) decorrente de um adenocarcinoma de papila duodenal. O tumor da papila duodenal faz parte do grupo dos tumores periampulares. O estadiamento por ressonância magnética não indicou metástases ou linfadenopatia à distância, o que sugere uma lesão ressecável.

Alternativa A: Incorreta. A ressecção endoscópica (papilectomia endoscópica) é reservada apenas para lesões benignas (adenomas) ou, em casos muito selecionados, para carcinomas in situ em pacientes sem condições cirúrgicas. O adenocarcinoma invasivo exige uma abordagem oncológica mais agressiva devido ao risco de invasão local e metástases linfonodais, que não podem ser tratadas adequadamente por via endoscópica.

Alternativa B: Correta. O tratamento padrão-ouro para o adenocarcinoma da papila duodenal ressecável é a gastroduodenopancreatectomia cefálica, também conhecida como Cirurgia de Whipple. Este procedimento consiste na remoção em monobloco da cabeça do pâncreas, do duodeno, da porção distal do colédoco e da vesícula biliar, acompanhada de linfadenectomia regional. A reconstrução do trânsito é feita através de anastomoses com o jejuno (pancreatojejunostomia, hepaticojejunostomia e gastrojejunostomia). Esta é a única conduta que garante margens oncológicas e o esvaziamento linfonodal necessário para o tratamento curativo.

Alternativa C: Incorreta. A exérese apenas do colédoco distal e de um segmento lateral do duodeno é uma técnica cirúrgica insuficiente para o tratamento de um câncer invasivo. Essa abordagem não permite o controle das margens pancreáticas nem a realização da linfadenectomia necessária para o estadiamento e tratamento oncológico adequado.

Alternativa D: Incorreta. A papilectomia cirúrgica local (ressecção transmural da

papila com reimplante dos ductos) é uma técnica limitada. Embora possa ser utilizada em tumores benignos maiores que não podem ser retirados por endoscopia, ela não é indicada para o adenocarcinoma de papila, pois apresenta altas taxas de recidiva local e não aborda os linfonodos regionais, que são fundamentais no tratamento desse tipo de neoplasia.

Questão 14

A Doença de Caroli é uma condição rara, caracterizada por dilatações císticas congênitas dos ductos biliares intra-hepáticos (classificada como Todani Tipo V). O grande risco associado a essa patologia, além da formação de cálculos (litíase) e episódios recorrentes de colangite, é a sua elevada taxa de transformação maligna em colangiocarcinoma.

No caso descrito, o paciente apresenta a forma localizada da doença, restrita ao segmento VI, com evidência de obstrução biliar e icterícia obstrutiva (elevação predominante de bilirrubina direta). Quando a doença de Caroli é monolobar ou segmentar, o tratamento definitivo e padrão-ouro é a ressecção cirúrgica da área afetada.

Alternativa a) Incorreta. A derivação ducto-jejunal visa apenas à drenagem biliar. No entanto, ela mantém o parênquima hepático com as dilatações císticas no local. Como a doença de Caroli possui um potencial carcinogênico significativo, manter o segmento doente predispõe o paciente ao surgimento futuro de câncer biliar, além de não resolver definitivamente o foco de estase e infecção.

Alternativa b) Incorreta. A hepatectomia direita consiste na remoção dos segmentos V, VI, VII e VIII. Embora resolvesse o problema do segmento VI, ela é considerada uma cirurgia extensa e desnecessária para este caso, pois sacrificaria uma grande quantidade de parênquima hepático saudável, visto que a doença está limitada apenas ao segmento VI.

Alternativa c) Correta. A exérese do segmento VI (segmentectomia) é a conduta mais adequada. Por ser uma doença localizada, a remoção completa do segmento afetado elimina o risco de colangites recorrentes e, fundamentalmente, remove o tecido com risco de transformação maligna. É o tratamento curativo para as formas localizadas da doença.

Alternativa d) Incorreta. A colocação de prótese biliar é uma medida descompressiva, geralmente reservada para quadros agudos de colangite ou como tratamento paliativo em pacientes sem condições cirúrgicas. Ela não trata a malformação estrutural nem elimina o risco de neoplasia, sendo insuficiente como conduta

definitiva em um paciente jovem e com doença segmentar ressecável.

Questão 15

Esta questão aborda o manejo da hemobilia, uma complicação que pode ocorrer após traumas hepáticos, mesmo aqueles tratados inicialmente de forma conservadora. A hemobilia é caracterizada pelo sangramento no trato biliar, manifestando-se classicamente pela tríade de Quincke (dor em hipocôndrio direito, icterícia obstrutiva e hemorragia digestiva), embora nem todos os pacientes apresentem todos os sintomas. No caso descrito, a paciente apresenta anemia e sangue oculto nas fezes, com confirmação endoscópica de sangue fluindo pela papila duodenal.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A exploração cirúrgica do parênquima hepático (dissecção) para ligadura de vasos intra-hepáticos é um procedimento extremamente invasivo, tecnicamente difícil e associado à alta morbidade. Atualmente, a cirurgia é reservada apenas para casos em que o tratamento minimamente invasivo falha ou em situações de instabilidade hemodinâmica grave que impeçam o transporte ao setor de hemodinâmica.

Alternativa B: Incorreta. A hepatectomia segmentar é uma conduta de exceção para o tratamento da hemobilia. Retirar uma parte do órgão é uma medida radical que só deve ser considerada se houver necrose tecidual extensa ou se todas as outras tentativas de controle do sangramento falharem.

Alternativa C: Incorreta. Embora a colangiografia possa ser utilizada para diagnóstico de obstruções biliares, a colocação de stents ou próteses no ducto biliar não é a conduta padrão para cessar um sangramento de origem arterial (fístula arteriobiliar). O objetivo do tratamento deve ser ocluir o vaso sangrante, e não apenas drenar ou moldar o ducto biliar.

Alternativa D: Correta. A arteriografia hepática seguida de embolização seletiva é o padrão-ouro (gold standard) para o tratamento da hemobilia pós-traumática. Esse procedimento permite identificar com precisão o local da fístula ou pseudoaneurisma e realizar a oclusão do vaso sangrante de forma minimamente invasiva, com taxas de sucesso superiores a 90% e preservação do parênquima hepático remanescente.

Em resumo, diante de um quadro de hemobilia em paciente estável, a intervenção por radiologia intervencionista (embolização) é sempre a primeira escolha terapêutica.

Questão 16

O caso clínico apresenta um paciente de 67 anos com sinais e sintomas clássicos de síndrome meníngea: febre, cefaleia, vômitos e rigidez de nuca. Diante da suspeita de meningite bacteriana aguda, a agilidade no diagnóstico e no início do tratamento é fundamental para o prognóstico.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A realização de tomografia computadorizada (TC) de crânio antes da punção lombar não é indicada de rotina. Ela deve ser solicitada apenas se houver sinais de alerta para hipertensão intracraniana ou lesões de massa, como: déficit neurológico focal, papiledema ao fundo de olho, alteração importante do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow menor que 14), crises convulsivas de início recente ou estado de imunossupressão severa. O paciente em questão está lúcido, orientado, sem déficits focais e sem papiledema, portanto, a TC não deve atrasar a punção.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa erra em dois pontos principais. Primeiro, indica aguardar a imagem (TC) desnecessariamente, conforme explicado acima. Segundo, o esquema antibiótico sugerido (ceftriaxona + vancomicina) é insuficiente para a idade do paciente. Em adultos acima de 50 anos, há um risco aumentado de infecção por *Listeria monocytogenes*, o que exige a adição de ampicilina ao esquema empírico inicial.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta padrão. Como o paciente não apresenta contraindicações clínicas para a punção lombar (ausência de sinais de herniação ou déficit focal), o procedimento deve ser realizado imediatamente para coleta de líquido e análise (bioquímica, citologia, Gram e culturas). Logo após a coleta, deve-se iniciar a antibioticoterapia empírica e a dexametasona. O esquema com ceftriaxona (cobertura para pneumococo e meningococo) somado à ampicilina (cobertura para *Listeria*, mandatória no idoso) é o correto para a faixa etária de 67 anos. A dexametasona deve ser administrada idealmente antes ou junto com a primeira dose do antibiótico para reduzir a morbidade inflamatória.

Alternativa d) Incorreta. A meningite bacteriana é uma emergência médica com alta taxa de letalidade. Jamais se deve aguardar resultados de exames laboratoriais específicos ou painéis virais para iniciar o tratamento medicamentoso. O tratamento deve ser empírico e precoce, baseado na suspeita clínica e na epidemiologia (idade e fatores de risco).

Resumo da conduta: Em pacientes com suspeita de meningite sem sinais de alarme neurológico, realiza-se a punção lombar imediata seguida de antibioticoterapia

empírica adequada à idade (incluindo ampicilina no idoso) e corticoterapia. Se houvesse contraindicação para a punção, os antibióticos deveriam ser iniciados antes mesmo de levar o paciente para a tomografia.

Questão 17

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de cistite aguda não complicada: mulher jovem, sem comorbidades, com sintomas irritativos miccionais (disúria e polaciúria) de curta duração, sem sinais de infecção sistêmica (ausência de febre) ou acometimento do trato urinário superior (ausência de dor lombar/sinal de Giordano). O EAS com nitrito e esterase leucocitária positivos corrobora a etiologia bacteriana, e a hematúria microscópica é um achado comum e frequente na cistite aguda. Nesses casos, o diagnóstico é clínico e o tratamento é empírico, sem necessidade obrigatória de urocultura.

Explicação das alternativas:

a) Correta. A nitrofurantoína é considerada droga de primeira linha para o tratamento da cistite não complicada. O esquema de 100 mg a cada 12 horas (apresentação em macrocristais) por 5 dias apresenta excelentes taxas de cura, baixa resistência urinária e pouca interferência na microbiota vaginal e intestinal. É a opção mais adequada conforme as diretrizes atuais.

b) Incorreta. O ciprofloxacino (uma quinolona) não deve ser utilizado como primeira escolha em casos de cistite simples. Devido ao aumento da resistência bacteriana e ao risco de efeitos colaterais graves (como lesões de tendão, aneurisma de aorta e efeitos no sistema nervoso central), as quinolonas devem ser reservadas para casos de pielonefrite ou infecções urinárias complicadas. Além disso, 7 dias de tratamento é um tempo superior ao necessário para uma cistite não complicada.

c) Incorreta. A urocultura não é necessária em quadros típicos de cistite em mulheres jovens e saudáveis. O uso de ceftriaxone, um antibiótico de amplo espectro por via parenteral (endovenosa ou intramuscular), é totalmente desproporcional para esse caso, sendo indicado apenas em casos de infecção urinária alta (pielonefrite), sepsé urinária ou quando a via oral não é possível.

d) Incorreta. A fosfomicina trometamol é, de fato, uma droga de primeira linha para cistite, porém o esquema recomendado para casos não complicados é de dose única de 3 g. O uso de três doses repetidas a cada 48 horas não é o protocolo para esse cenário clínico. Além disso, como mencionado na alternativa anterior, a realização rotineira de urocultura não é mandatória para esse diagnóstico.

Questão 18

O quadro clínico descreve um paciente com Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), definida como pneumonia que ocorre após 48 a 72 horas da intubação endotraqueal. O diagnóstico é sustentado pela tríade: febre, secreção traqueal purulenta e surgimento de novo infiltrado pulmonar na radiografia de tórax. Na imagem apresentada, observa-se a presença do tubo orotraqueal e uma consolidação/infiltrado evidente no terço médio e inferior do pulmão esquerdo, confirmando o foco infeccioso pulmonar em um paciente ventilado.

Para a escolha do esquema antibiótico empírico, deve-se considerar os fatores de risco do paciente e a microbiologia local da unidade. No caso, a questão informa que a unidade possui prevalência de MRSA (*Staphylococcus aureus** resistente à meticilina) de 25% e alta taxa de gram-negativos multirresistentes. De acordo com as diretrizes atuais (como as da IDSA/ATS), se a prevalência de MRSA na unidade for superior a 10-20%, a cobertura empírica para esse patógeno é obrigatória. Além disso, a presença de gram-negativos resistentes exige cobertura de amplo espectro, preferencialmente com atividade antipseudomonas.

Análise das alternativas:

a) Ceftriaxona e azitromicina: Incorreta. Este é um esquema clássico para pneumonia comunitária grave. Não oferece cobertura para *Pseudomonas aeruginosa** nem para MRSA, sendo insuficiente para o contexto de uma PAV em ambiente com alta resistência bacteriana.

b) Piperacilina-tazobactam e linezolida: Correta. A piperacilina-tazobactam é um antibiótico de amplo espectro com excelente ação contra bacilos gram-negativos, incluindo a *Pseudomonas aeruginosa**. A linezolida é adicionada para cobrir o MRSA, o que é mandatório nesta UTI devido à prevalência de 25% (acima do limite de 10-20% recomendado para iniciar cobertura empírica).

c) Piperacilina-tazobactam: Incorreta. Embora a piperacilina-tazobactam trate adequadamente a maioria dos gram-negativos e a *Pseudomonas**, o esquema está incompleto por não cobrir o MRSA em uma unidade onde sua prevalência é sabidamente elevada.

d) Meropenem: Incorreta. O meropenem é um carbapenêmico de espectro muito amplo, indicado em casos de suspeita de germes produtores de ESBL (*Extended-spectrum beta-lactamase**). No entanto, de forma isolada, ele não possui cobertura contra MRSA. Assim como na alternativa C, o esquema peca por não tratar o estafilococo resistente em uma unidade de alto risco.

Questão 19

Diagnóstico: O paciente apresenta um quadro clínico de dor torácica típica associada a troponina positiva. O eletrocardiograma (ECG) fornecido mostra um supradesnivelamento do segmento ST nas derivações de V1 a V5 (parede anterior), confirmando o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST).

Análise das alternativas:

Alternativa a: O uso de AAS associado a um inibidor do receptor P2Y12 (como Clopidogrel, Ticagrelor ou Prasugrel) constitui a dupla antiagregação plaquetária. Essa é uma medida fundamental no tratamento inicial e possui impacto direto na redução de mortalidade e de novos eventos isquêmicos. Portanto, ela reduz a mortalidade.

Alternativa b: A angioplastia primária é a terapia de reperfusão de escolha no IAMCSST. Ao restaurar o fluxo sanguíneo na artéria obstruída precocemente, ela limita a extensão da necrose miocárdica e é a intervenção que mais reduz a mortalidade na fase aguda. Portanto, ela reduz a mortalidade.

Alternativa c: Esta é a resposta correta (a conduta que NÃO reduz a mortalidade). O uso de oxigênio suplementar de rotina para pacientes com saturação de oxigênio (SatO2) maior ou igual a 90% não traz benefícios clínicos e não reduz a mortalidade. Estudos como o DETO2X-AMI demonstram que a hiperóxia em pacientes normóxicos (como este caso, com SatO2 de 96%) pode inclusive causar vasoconstrição coronariana reflexa e aumentar a lesão miocárdica. As diretrizes recomendam oxigênio apenas se a SatO2 estiver abaixo de 90% ou se houver desconforto respiratório.

Alternativa d: A morfina é um potente analgésico utilizado para aliviar a dor intensa e a ansiedade, além de reduzir a atividade simpática. Embora seja recomendada para o conforto do paciente, ela não possui evidência comprovada de redução de mortalidade. No entanto, em provas de residência, quando o oxigênio é oferecido a um paciente com saturação normal, ele é o alvo principal da questão como medida sem benefício (e potencialmente prejudicial), enquanto a morfina é aceita como parte do manejo sintomático padrão.

Associação com a imagem: O ECG confirma o diagnóstico de IAMCSST de parede anterior pela presença do "supra" de ST em V1, V2, V3, V4 e V5. Essa condição exige medidas imediatas que reduzam a mortalidade (antiagregação e reperfusão), tornando a suplementação de oxigênio desnecessária dada a saturação de 96% do paciente.

Questão 20

O quadro clínico descreve um paciente com bacteremia por *Staphylococcus aureus* (cocos gram-positivos, catalase-positivos e coagulase-positivos), sensível à oxacilina (MSSA). A principal suspeita de foco infeccioso é o cateter de diálise (CDL), e a queixa de lombalgia levanta a suspeita de uma complicação metastática, como a osteomielite vertebral ou discite.

A bacteremia por *S. aureus* é uma condição grave e nunca deve ser considerada contaminação. O manejo adequado baseia-se em três pilares: controle do foco (retirada do cateter), escolha do antibiótico correto (substituir o cefepime por oxacilina ou cefazolina, que são superiores para MSSA) e rastreamento de complicações, principalmente a endocardite infecciosa.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a ressonância da coluna lombar seja necessária para investigar a lombalgia e confirmar discite ou abscesso, a manutenção do cateter de diálise em vigência de bacteremia por *S. aureus* é um erro grave. A permanência do corpo estranho impede a esterilização do sangue devido ao biofilme bacteriano.

Alternativa B: Incorreta. O ecocardiograma transtorácico (ETT) possui sensibilidade limitada para detectar vegetações, especialmente em pacientes com bacteremia persistente ou de alto risco. Além disso, manter o cateter de diálise está incorreto.

Alternativa C: Correta. O ecocardiograma transesofágico (ETE) é o exame de escolha para o rastreamento de endocardite em casos de bacteremia por *S. aureus* com fatores de risco ou persistência de sintomas (como febre e PCR elevada após 48-72 h de tratamento). A retirada do cateter é mandatória para o controle do foco infeccioso, conforme as diretrizes internacionais.

Alternativa D: Incorreta. Na bacteremia por *S. aureus*, o rastreamento para endocardite deve ser realizado rotineiramente, independentemente da presença de sopro novo ao exame físico, pois a ausência de sopro não exclui a doença e o risco de embolização e destruição valvar é alto.

Em resumo, diante de uma bacteremia persistente por *S. aureus*, as prioridades são o controle do foco (retirada do dispositivo invasivo) e o rastreamento de endocardite através do método mais sensível (ETE), além da investigação de focos secundários (como a coluna lombar) e ajuste da antibioticoterapia.

Questão 21

A análise do local de tratamento para uma Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) deve ser baseada em escores de gravidade validados e no julgamento clínico da estabilidade do paciente. No caso clínico apresentado, temos uma paciente idosa com diversas comorbidades (DRC estágio 4, DM2 e HAS) que apresenta sinais claros de gravidade.

Para definir a conduta, utilizamos o escore CURB-65:

C (Confusão mental): Presente.

U (Ureia > 43 mg/dL): Provavelmente elevada, dado que a paciente tem Doença Renal Crônica estágio 4.

R (Frequência Respiratória \geq 30 irpm): Presente (32 irpm).

B (Pressão arterial: Sistólica < 90 ou Diastólica \leq 60 mmHg): Presente (88x54 mmHg).

65 (Idade \geq 65 anos): Presente (70 anos).

A paciente pontua entre 4 e 5 no CURB-65, o que indica uma mortalidade elevada e necessidade imperativa de internação hospitalar, com forte consideração para Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além disso, pelos critérios da ATS/IDSA, a paciente apresenta critérios menores para UTI (confusão, frequência respiratória elevada, hipotensão necessitando de reposição volêmica agressiva, uremia e infiltrado multinodular/bilateral na radiografia) e sinaliza um possível choque séptico (critério maior), o que ratifica a indicação de suporte intensivo.

A radiografia de tórax revela opacidades alveolares, com destaque para a base pulmonar direita e região peri-hilar esquerda, confirmando o processo infeccioso pulmonar agudo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A observação em pronto atendimento por 24 horas é insuficiente e perigosa para uma paciente com instabilidade hemodinâmica (PA 88x54 mmHg), insuficiência respiratória (SatO₂ 89% e FR 32) e confusão mental. O quadro é de sepse/choque séptico de foco pulmonar.

b) Incorreta. A internação em enfermaria é indicada para pacientes com CURB-65 de valor 2 ou 3 que estejam hemodinamicamente estáveis. Esta paciente apresenta sinais de choque e necessidade iminente de suporte ventilatório e/ou aminas vasopressoras, o que não pode ser manejado com segurança em uma enfermaria comum.

c) Correta. A Unidade de Terapia Intensiva é o local adequado devido à gravidade do

quadro (CURB-65 elevado), à instabilidade hemodinâmica (hipotensão), ao comprometimento do nível de consciência e à hipoxemia. O suporte intensivo é necessário para monitorização invasiva, antibioticoterapia venosa precoce e suporte orgânico.

d) Incorreta. O tratamento ambulatorial é reservado para pacientes com baixo risco de mortalidade (CURB-65 entre 0 e 1). A paciente em questão apresenta critérios de extrema gravidade e risco iminente de morte, sendo o tratamento domiciliar absolutamente contraindicado.

Questão 22

Análise do caso:

Os exames da paciente revelam hipercalcemia (11,2 mg/dL) com PTH elevado, o que confirma o diagnóstico de Hiperparatireoidismo Primário (HPP). Na maioria dos casos, essa condição é causada por um adenoma solitário em uma das glândulas paratireoides. O objetivo da questão é identificar a conduta definitiva, considerando que a paciente já apresenta manifestações clínicas (nefrolitíase) e critérios de idade.

Alternativa A - Incorreta: A hidratação venosa vigorosa e o uso de diuréticos de alça (furosemida) são medidas de suporte utilizadas no manejo agudo da crise hipercalcêmica grave (geralmente quando o cálcio é superior a 14 mg/dL). Essa conduta visa aumentar a excreção renal de cálcio e evitar a desidratação, mas não atua na causa-base, que é a secreção excessiva de PTH pela paratireoide. Portanto, não é um tratamento definitivo.

Alternativa B - Incorreta: O cinacalcete é um medicamento calcimimético que reduz os níveis de PTH e de cálcio. Entretanto, seu uso no Hiperparatireoidismo Primário é reservado para pacientes que possuem contraindicações formais à cirurgia, pacientes com alto risco cirúrgico ou em casos de carcinoma de paratireoide. Não é a terapia de escolha para uma paciente jovem de 45 anos e sem comorbidades.

Alternativa C - Incorreta: A suplementação de vitamina D em doses elevadas é contraindicada na presença de hipercalcemia e nefrolitíase, pois pode aumentar a absorção intestinal de cálcio e a calciúria (excreção de cálcio na urina), agravando o risco de novos cálculos renais e elevando ainda mais o cálcio sanguíneo.

Alternativa D - Correta: A paratireoidectomia é o único tratamento definitivo e curativo para o Hiperparatireoidismo Primário. Segundo o Consenso Internacional, a cirurgia está indicada para todos os pacientes sintomáticos. Esta paciente preenche critérios cirúrgicos por apresentar nefrolitíase (sintomática) e também por possuir idade inferior a 50 anos. Além disso, o seu nível de cálcio (11,2 mg/dL) está no limite

de 1,0 mg/dL acima do valor superior de referência, o que também é um critério para indicação cirúrgica em pacientes assintomáticos.

Questão 23

O quadro clínico apresentado é clássico para a suspeita de Abscesso Hepático Piogênico, especialmente considerando o perfil do paciente e o agente etiológico isolado.

Análise do caso clínico:

O paciente é um homem de 52 anos, diabético com controle irregular, apresentando uma síndrome febril prolongada (10 dias), dor no hipocôndrio direito e perda ponderal. O diabetes mellitus é o principal fator de risco para o desenvolvimento de abscessos hepáticos por *Klebsiella pneumoniae*. A ausência de colelitíase no ultrassom afasta a colecistite aguda como causa primária, direcionando a investigação para o parênquima hepático.

A presença de hemoculturas positivas para *Klebsiella pneumoniae* de origem comunitária, associada a sintomas abdominais em um paciente diabético, define a necessidade de investigar a "Síndrome de Abscesso Hepático por *Klebsiella*". Esta bactéria tem a capacidade de causar abscessos primários (sem doença biliar prévia) e pode apresentar um comportamento invasivo, com disseminação hematogênica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a *Klebsiella pneumoniae* possa causar endocardite em casos de bacteremia, ela não é o foco principal a ser investigado diante de dor em hipocôndrio direito e alterações de enzimas hepáticas. A endocardite costuma ser uma complicação secundária ou estar associada a outros fatores de risco valvares, enquanto o fígado é o foco primário sugerido pelos sintomas.

b) Correta. O abscesso hepático piogênico é a principal suspeita. A tríade de febre, dor em hipocôndrio direito e hepatomegalia (embora a visceromegalia possa não ser palpada inicialmente devido à localização do abscesso) em um paciente diabético com bacteremia por *Klebsiella* é altamente sugestiva. A investigação deve ser feita imediatamente com exames de imagem, como Tomografia Computadorizada de abdome, que possui maior sensibilidade que a ultrassonografia para pequenas coleções.

c) Incorreta. A trombose de veia porta (pileflebite) pode ocorrer como uma complicação de infecções intra-abdominais graves, mas é menos comum que o

abscesso propriamente dito. Embora deva ser considerada em quadros sépticos abdominais, o foco infeccioso no parênquima hepático (abscesso) é a investigação prioritária e mais provável dado o agente isolado.

d) Incorreta. A Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) ocorre tipicamente em pacientes com cirrose hepática e ascite preexistente. O paciente do caso não apresenta sinais de hepatopatia crônica (estigmas periféricos) ou ascite ao exame físico, e a *Klebsiella* causadora de PBE geralmente está associada à translocação bacteriana em cirróticos, não sendo a principal hipótese para dor localizada em hipocôndrio direito num paciente sem ascite.

Questão 24

Esta questão aborda o manejo da candidúria (presença de fungos na urina), um achado frequente em pacientes hospitalizados ou em uso de dispositivos invasivos, como a sonda vesical de demora.

A paciente apresenta um quadro de candidúria assintomática. Apesar do relato de sonolência pela enfermagem, a descrição enfatiza que não há alteração importante do basal, a paciente está afebril, hemodinamicamente estável e sem sinais localizatórios de infecção (ausência de dor lombar ou suprapúbica). Segundo os consensos de infectologia (como o da IDSA), a presença de *Candida* na urina em pacientes assintomáticos não deve ser tratada com antifúngicos sistêmicos, exceto em grupos de alto risco, como neutropênicos, recém-nascidos de baixo peso ou pacientes que serão submetidos a procedimentos urológicos invasivos.

Explicação das alternativas:

a) Iniciar fluconazol 200 mg ao dia por 14 dias.

Incorreta. O tratamento medicamentoso está contraindicado em casos de candidúria assintomática em pacientes que não pertencem aos grupos de risco mencionados acima. O uso indiscriminado de antifúngicos favorece a resistência bacteriana e expõe a paciente a efeitos colaterais desnecessários.

b) Não tratar, manter a sonda.

Incorreta. Embora o tratamento medicamentoso não seja indicado, a conduta de apenas observar, mantendo o dispositivo, é incompleta. A sonda vesical é o principal fator predisponente e local de formação de biofilme fúngico. Manter a mesma sonda perpetua a colonização.

c) Não tratar, apenas trocar ou retirar a sonda.

Correta. Em pacientes cateterizados com candidúria assintomática, a conduta inicial

padrão é a remoção ou, se estritamente necessário, a troca do cateter vesical. Em muitos casos (cerca de 20% a 40%), a simples retirada do corpo estranho leva à resolução da candidúria sem necessidade de antifúngicos.

d) Caspofungina 70/50 mg por 14 dias.

Incorreta. Além de o tratamento não ser indicado para casos assintomáticos, as equinocandinas (como a caspofungina) possuem baixíssima excreção renal e níveis urinários insuficientes para tratar infecções do trato urinário, não sendo recomendadas para essa finalidade.

Em resumo, diante de uma candidúria em paciente com sonda e sem sintomas sistêmicos, o foco deve ser o manejo do dispositivo invasivo e não a prescrição de antifúngicos.

Questão 25

Análise do quadro clínico e laboratorial:

O paciente apresenta a tríade clássica de meningite bacteriana: febre, rigidez de nuca e alteração do nível de consciência. O líquido confirma o diagnóstico, evidenciando pleocitose com predomínio de polimorfonucleares (neutrófilos), hipoglicorraquia (glicose baixa) e hiperproteínoorraquia (proteína alta). A coloração de Gram revelou diplococos gram-positivos, achado característico do *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), que é o principal agente de meningite em adultos.

Conduta Adjuvante:

O uso de dexametasona é fundamental na meningite pneumocócica. O corticoide reduz a inflamação causada pela lise bacteriana após o início do antibiótico, diminuindo a mortalidade e o risco de sequelas neurológicas, como a perda auditiva. Deve ser administrado preferencialmente antes ou junto à primeira dose do antibiótico e mantido por 4 dias se confirmado pneumococo.

Tratamento Direcionado:

Como o agente foi identificado (pneumococo) e a questão informa que o local possui baixa taxa de resistência, o tratamento pode ser direcionado com segurança para drogas de espectro mais estreito.

Alternativa a: Está correta. A penicilina G endovenosa (cristalina) é o tratamento de escolha para o *Streptococcus pneumoniae* quando a sensibilidade é conhecida ou a taxa de resistência local é baixa. A associação com dexametasona é a conduta padrão para melhorar o desfecho clínico do paciente.

Alternativa b: Está incorreta. O esquema de ampicilina com gentamicina é indicado

para cobrir *Listeria monocytogenes* (comum em neonatos, idosos ou imunodeprimidos) e bactérias gram-negativas em neonatos. O Gram já direcionou o diagnóstico para pneumococo, e o corticoide não deve ser omitido nesta etiologia.

Alternativa c: Está incorreta. Cefepime e vancomicina formam um esquema de espectro muito amplo, geralmente reservado para meningites nosocomiais (pós-procedimentos neurocirúrgicos) ou quando há alta suspeita de resistência às cefalosporinas. O enunciado reforça a baixa resistência local, e a ausência do corticoide torna a opção errada.

Alternativa d: Está incorreta. Embora a ceftriaxona seja eficaz e muito utilizada no tratamento empírico inicial, o termo tratamento direcionado em um contexto de baixa resistência torna a penicilina G a resposta mais específica do ponto de vista farmacológico e acadêmico (uso do menor espectro possível para um agente sensível).

Gabarito: Letra a.

Questão 26

Esta questão aborda o manejo da pielonefrite complicada e a conduta diante da falha terapêutica inicial.

O paciente em questão apresenta diversos fatores de risco para uma evolução desfavorável: é do sexo masculino, idoso, diabético e possui hiperplasia prostática benigna (fator obstrutivo). Ele foi diagnosticado com uma infecção do trato urinário superior (provável pielonefrite) e iniciou o tratamento correto com cobertura para Gram-negativos.

O ponto crucial da questão é o tempo de evolução: após 72 horas de antibioticoterapia endovenosa, o paciente permanece febril e sintomático. Na prática médica, quando um paciente com pielonefrite não apresenta melhora clínica em 48 a 72 horas, duas frentes de investigação e conduta devem ser adotadas simultaneamente:

1. Investigação de complicações estruturais: é obrigatória a realização de um exame de imagem (preferencialmente tomografia computadorizada de abdome ou ultrassonografia) para excluir a presença de abscessos renais ou perirrenais, obstruções urinárias ou pielonefrite enfisematosa (especialmente comum em diabéticos).
2. Revisão da terapia antimicrobiana: a persistência da febre sugere que o patógeno

pode ser resistente ao esquema inicial. Enquanto se aguarda o resultado de culturas ou da imagem, deve-se ampliar o espectro do antibiótico para cobrir germes mais resistentes ou de maior espectro.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora solicitar o exame de imagem esteja correto, manter o mesmo antibiótico após 72 horas de falha clínica é inadequado, pois há um risco elevado de resistência bacteriana.

b) Incorreta. Apenas ampliar o antibiótico resolve parte do problema, mas ignora a necessidade de excluir coleções (abscessos) ou obstruções que precisariam de intervenção específica (como drenagem ou desobstrução), as quais só são vistas por imagem.

c) Incorreta. O toque retal pode ajudar no diagnóstico de prostatite, mas no cenário de um paciente com dor lombar e febre persistente após 72 horas de internação, a prioridade absoluta é descartar complicações renais e ajustar o tratamento sistêmico que está falhando.

d) Correta. Esta é a conduta padrão: diante da falha terapêutica em 72 horas, deve-se ampliar o espectro antibiótico (cobertura para germes resistentes) e solicitar exame de imagem para identificar complicações que exijam condutas invasivas adicionais.

Questão 27

A questão aborda o manejo da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) grave em ambiente de terapia intensiva. O paciente descrito apresenta sinais de gravidade extrema, como instabilidade hemodinâmica e marcadores inflamatórios (Proteína C-Reativa e Procalcitonina) significativamente elevados, o que caracteriza uma resposta inflamatória sistêmica intensa.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta. O uso de corticosteroides não é contraindicado em todas as situações de pneumonia. Evidências científicas robustas, incluindo diretrizes da ATS/IDSA e estudos recentes como o ensaio CAPE COD, demonstram que o uso de corticoide em doses moderadas pode reduzir a mortalidade e a necessidade de ventilação mecânica em pacientes com PAC grave.

Alternativa b: Está incorreta. Embora o corticoide seja o tratamento padrão para

crises de asma ou DPOC, seu uso na pneumonia grave não depende da presença dessas comorbidades. O objetivo do fármaco, neste contexto, é a modulação da cascata inflamatória e da tempestade de citocinas gerada pela infecção pulmonar grave.

Alternativa c: Está correta. Esta é a alternativa que melhor reflete a prática clínica baseada em evidências. O uso de corticosteroides (como a hidrocortisona) deve ser considerado em pacientes com PAC grave que apresentam uma resposta inflamatória exacerbada. A presença de choque (instabilidade hemodinâmica) e a elevação expressiva de marcadores como o PCR e a Procalcitonina sustentam a decisão de utilizar o corticoide para mitigar o dano inflamatório sistêmico e pulmonar.

Alternativa d: Está incorreta porque é excessivamente generalista. Nem todo paciente internado em UTI tem indicação de receber corticoide. A indicação na PAC grave é direcionada por critérios de gravidade clínica (como necessidade de suporte ventilatório ou vasopressor) e pelo perfil inflamatório, e não apenas pela localização física do paciente na unidade de terapia intensiva.

Em resumo, a corticoterapia adjuvante na PAC grave tem como alvo pacientes com sinais de gravidade e inflamação sistêmica importante, visando reduzir a mortalidade e o tempo de suporte intensivo.

Questão 28

Análise do caso clínico:

O paciente é um idoso com histórico de 10 anos de hipertensão arterial e diabetes mellitus com tratamento irregular, o que sugere fortemente a existência de Doença Renal Crônica (DRC) de base. Ele apresenta uma piora aguda da função renal (elevação da creatinina de 1,1 para 3,4 mg/dL), caracterizando um quadro de DRC agudizada ou descompensada. Os achados de exame físico (crepitações pulmonares, turgência jugular, edema e hipertensão) indicam um estado de hipervolemia e congestão. Laboratorialmente, há hipercalemia (6,1 mEq/L) e acidose metabólica (pH 7,28 e bicarbonato 16 mEq/L).

Alternativa a) Incorreta. A insuficiência renal pré-renal ocorre por hipovolemia ou baixa perfusão renal. O paciente em questão está claramente hipervolêmico (congesto). Administrar hidratação vigorosa neste cenário é perigoso e pode precipitar uma insuficiência respiratória por edema agudo de pulmão.

Alternativa b) Incorreta. A nefrite intersticial aguda é geralmente desencadeada por reações a medicamentos (como antibióticos ou anti-inflamatórios) e não se

correlaciona com o histórico de 10 anos de diabetes e hipertensão do paciente. A biópsia renal não é uma conduta de urgência nem o passo inicial para o manejo da congestão.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico mais provável é a descompensação de uma DRC preexistente (devido ao tempo de evolução das comorbidades), manifestando-se com síndrome congestiva. A conduta inicial prioritária é o manejo da sobrecarga hídrica com diuréticos de alça endovenosos (furosemida) e o controle da pressão arterial. O uso de diuréticos ajudará a reduzir o volume extracelular, melhorar a dispneia e também auxiliar na excreção de potássio.

Alternativa d) Incorreta. Embora a necrose tubular aguda possa ser o mecanismo da lesão renal, a hemodiálise de urgência não é a primeira conduta indicada de forma imediata antes de se tentar medidas farmacológicas. A hemodiálise imediata é reservada para casos de hipercalemia refratária (geralmente acima de 6,5 mEq/L com alterações no ECG), acidose grave refratária ou edema agudo de pulmão que não responde aos diuréticos. No caso apresentado, deve-se iniciar o tratamento clínico primeiro.

Questão 29

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de hipercalemia grave (K^+ 6,9 mEq/L) com repercussão eletrocardiográfica evidente (ondas T apiculadas e alargamento do QRS). Este é um cenário de emergência médica com risco iminente de arritmias fatais e parada cardiorrespiratória. Além disso, o paciente possui Doença Renal Crônica (DRC) estágio 5 e é anúrico (sem diurese residual), o que limita as opções de tratamento para a remoção do potássio.

O tratamento imediato deve focar em dois objetivos:

1. Estabilização da membrana miocárdica (medida inicial e mais urgente).
2. Remoção efetiva do potássio do organismo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o gluconato de cálcio seja a medida inicial correta para estabilizar o miocárdio, as resinas de troca (como o poliestirenosulfonato de cálcio) possuem ação lenta, iniciando seu efeito apenas após algumas horas. Elas não são indicadas como conduta isolada ou definitiva em casos de hipercalemia grave com alteração no ECG, especialmente em pacientes que já fazem hemodiálise.

Alternativa b) Incorreta. O uso de furosemida visa à excreção renal de potássio (caliurese). No entanto, o enunciado deixa claro que o paciente não possui diurese residual (anúrico). Portanto, o diurético não terá efeito algum na redução dos níveis de potássio.

Alternativa c) Incorreta. Pelo mesmo motivo citado acima, a administração de furosemida em bomba de infusão contínua não surtirá efeito em um paciente com falência renal funcional completa e sem produção de urina.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta preconizada. O gluconato de cálcio deve ser administrado imediatamente por via endovenosa para estabilizar o potencial de ação das células cardíacas, protegendo o coração contra arritmias. Como o paciente é anúrico e já portador de DRC estágio 5, a hemodiálise de urgência é o método mais eficaz e definitivo para remover o excesso de potássio do sangue.

Gabarito: Letra (d).

Questão 30

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descrito aponta para o diagnóstico de Esclerose Sistêmica (Esclerodermia). A paciente apresenta a tríade clássica da doença: fenômeno de Raynaud, alterações cutâneas (espessamento da pele e telangiectasias) e acometimento visceral (disfagia, sugerindo dismotilidade esofágica).

O padrão de espessamento cutâneo restrito às extremidades (distal) e a presença de telangiectasias sugerem a forma cutânea limitada da Esclerose Sistêmica (anteriormente conhecida como síndrome CREST: Calcinose, Raynaud, Esofagopatia, Esclerodactilia e Telangiectasia).

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O anticorpo anticentrômero é o marcador laboratorial altamente específico para a forma cutânea limitada da Esclerose Sistêmica. Sua presença reforça o diagnóstico clínico e está frequentemente associada a um melhor prognóstico em relação ao envolvimento renal e pulmonar intersticial, embora aumente o risco de hipertensão arterial pulmonar a longo prazo.

b) INCORRETA. O anticorpo anti-RNP (ribonucleoproteína) é o marcador característico da Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC). Embora a DMTC possa apresentar características sobrepostas de esclerodermia, lúpus e polimiosite, o quadro clínico de

espessamento cutâneo distal e telangiectasias é mais típico e definidor da Esclerose Sistêmica.

c) INCORRETA. O anticorpo anti-CCP (peptídeo citrulinado cíclico) é um marcador de alta especificidade para a Artrite Reumatoide. Apesar de a paciente apresentar artralgia e rigidez matinal, esses sintomas são inespecíficos e comuns a diversas colagenoses. O anti-CCP não explicaria o fenômeno de Raynaud, a disfagia nem o espessamento cutâneo.

d) INCORRETA. O anticorpo anti-LKM-1 (provavelmente referido na questão como KLM por erro de digitação) está associado à Hepatite Autoimune do tipo 2, não possuindo relação com doenças do espectro da esclerodermia ou reumatismos sistêmicos descritos no caso.

Questão 31

Alternativa A (Correta): No Brasil, o Ministério da Saúde e a FEBRASGO adotam os critérios da OMS (baseados no estudo HAPO). O diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é feito quando a glicemia de jejum no início da gestação está entre 92 e 125 mg/dL. Caso o rastreio inicial seja normal, realiza-se o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75g de dextrosol entre a 24^a e 28^a semanas, sendo positivo se pelo menos um valor estiver alterado: Jejum \geq 92 mg/dL; 1 hora \geq 180 mg/dL; ou 2 horas \geq 153 mg/dL.

Alternativa B (Incorreta): O Diabetes Gestacional está tipicamente associado à macrossomia fetal (crescimento excessivo) e ao polidrâmnio (aumento do líquido amniótico), devido ao estado de hiperinsulinismo fetal. A restrição de crescimento intrauterino (CIUR) e o oligodrâmnio são mais comuns em gestantes com diabetes pré-gestacional que já apresentam vasculopatia e comprometimento da perfusão placentária, ou quando há pré-eclâmpsia associada.

Alternativa C (Incorreta): Esta é uma afirmação classicamente errada em provas. A insulina materna não ultrapassa a barreira placentária por ser uma molécula de grande peso molecular. O que atravessa a placenta livremente, por difusão facilitada, é a glicose. O feto, exposto à hiperglicemia materna, passa a produzir níveis elevados de sua própria insulina (hiperinsulinismo fetal), que é um potente hormônio anabólico responsável pelas alterações de crescimento e metabólicas neonatais.

Alternativa D (Incorreta): O tratamento inicial é de fato baseado em dieta e exercícios físicos. No entanto, a terapia farmacológica é indicada quando o controle não é atingido em cerca de 1 a 2 semanas, sendo o critério clínico mais aceito a presença de 30% ou mais das medidas capilares alteradas (e não mais da metade ou 50%).

Além disso, a insulina continua sendo o padrão-ouro para o tratamento medicamentoso no Brasil, sendo os hipoglicemiantes orais (como a metformina) reservados para casos selecionados ou quando há recusa/dificuldade de uso da insulina.

Questão 32

A questão aborda a Restrição de Crescimento Fetal (RCF), uma condição de alta relevância na obstetrícia clínica devido ao seu impacto na mortalidade e morbidade perinatal. O objetivo é identificar a alternativa incorreta sobre o tema.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Está correta. A ultrassonografia é o padrão-ouro para o rastreamento e diagnóstico da RCF. A estimativa do peso fetal (EPF) é calculada a partir de medidas biométricas (circunferência cefálica, abdominal e comprimento do fêmur) e comparada a tabelas de referência para a idade gestacional. Além do diagnóstico, a ultrassonografia morfológica e a avaliação do líquido amniótico são fundamentais para investigar a etiologia, como malformações ou insuficiência placentária.

Alternativa B: Está correta. O Doppler da artéria umbilical é o principal indicador de função placentária. Em condições de insuficiência placentária, há um aumento da resistência vascular, o que reduz o fluxo de sangue durante a diástole. A progressão dessa resistência leva à diástole zero ou reversa, fenômenos que guardam forte correlação com a acidose fetal, hipóxia e aumento drástico da mortalidade perinatal devido à falência das trocas gasosas e nutricionais.

Alternativa C: Está correta. Segundo a classificação de Gratacós (escola de Barcelona), o Estágio 1 da RCF é definido por critérios de gravidade moderada: ou o feto é muito pequeno (peso fetal estimado abaixo do percentil 3), o que por si só já indica risco aumentado mesmo com Doppler normal, ou o feto está entre o percentil 3 e 10 mas apresenta sinais de insuficiência placentária (alteração no Doppler de artérias uterinas ou na relação cérebro-placentária).

Alternativa D: Está incorreta e é o gabarito da questão. Existem dois erros principais nesta assertiva. Primeiro, a vigilância para fetos no Estágio 1 de RCF deve ser realizada semanalmente, e não quinzenalmente, para garantir que não haja progressão para estágios de maior gravidade sem detecção oportuna. Segundo, o momento recomendado para a interrupção da gestação no Estágio 1 é com 37 semanas completas. Manter a gestação até 39 semanas em um feto com restrição comprovada expõe o conceito a um risco desnecessário de óbito intrauterino por insuficiência placentária progressiva.

Gabarito: Alternativa D.

Questão 33

Alternativa A: Incorreta. Atualmente, o diagnóstico de pré-eclâmpsia não depende exclusivamente da proteinúria. Ela é definida como hipertensão arterial surgida após a 20ª semana de gestação acompanhada de proteinúria OU de disfunções orgânicas (como creatinina acima de 1,1 mg/dL, plaquetopenia, alteração de enzimas hepáticas, entre outros). Portanto, se houver hipertensão e creatinina elevada, o diagnóstico é de pré-eclâmpsia, e não de hipertensão gestacional, mesmo sem proteinúria.

Alternativa B: Incorreta. A fisiopatologia da pré-eclâmpsia, especialmente quando associada à restrição de crescimento intrauterino, está intimamente ligada à falha na segunda onda de invasão trofoblástica. Isso resulta em um remodelamento inadequado das artérias espirais, gerando isquemia placentária. Além disso, há uma importante influência do sistema imunológico na interface materno-fetal, não se limitando apenas a fatores epiteliais ou história familiar.

Alternativa C: Incorreta. A Síndrome HELLP é uma complicação grave da pré-eclâmpsia caracterizada por hemólise (H), elevação de enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP). Embora a proteinúria faça parte do espectro da pré-eclâmpsia, o valor isolado da proteinúria ou sua piora progressiva não são critérios diagnósticos para a síndrome HELLP, nem são os principais marcadores de prognóstico clínico para interrupção imediata em comparação aos parâmetros laboratoriais da síndrome.

Alternativa D: Correta. Diante de um quadro de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, a conduta depende da idade gestacional. Se a gestante possui 34 semanas ou mais, a recomendação é a interrupção da gestação após a estabilização materna. Essa estabilização inclui o controle dos níveis tensionais e, obrigatoriamente, a administração de sulfato de magnésio para a prevenção de eclâmpsia (neuroproteção materna), uma vez que os riscos de manter a gestação superam os benefícios para o binômio.

Questão 34

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): A gravidez intersticial (ou cornual) ocorre na porção da tuba uterina que atravessa a parede miometrial. Devido à rica vascularização dessa zona, proveniente das anastomoses entre as artérias uterina e ovariana, e à maior

capacidade de distensão do miométrio, a ruptura costuma ocorrer mais tardiamente do que em outras porções da tuba (geralmente entre 10 e 12 semanas). Quando essa ruptura acontece, o sangramento é profuso e rápido, levando ao choque hipovolêmico e apresentando altas taxas de mortalidade se não houver intervenção imediata.

Alternativa B (Incorreta): A grande maioria das gestações ectópicas ocorre na tuba uterina (cerca de 95 a 97%), sendo a região ampolar a mais frequente, seguida pela ístmica e pela fimbriária. A gravidez abdominal é uma forma rara de gestação ectópica (cerca de 1%) e, longe de ser menos grave, associa-se a um alto risco de complicações maternas graves, como hemorragias maciças devido à implantação placentária em órgãos abdominais ou grandes vasos.

Alternativa C (Incorreta): O diagnóstico da gravidez ectópica íntegra é considerado um desafio clínico, pois os sintomas costumam ser inespecíficos, como atraso menstrual e dor pélvica leve, podendo ser confundidos com uma gestação inicial normal ou outras patologias ginecológicas. Já a fase de ruptura costuma apresentar o quadro clássico de abdome agudo hemorrágico (dor intensa, sinais de irritação peritoneal e instabilidade hemodinâmica), o que torna a suspeição clínica mais óbvia, embora o estado da paciente seja muito mais crítico.

Alternativa D (Incorreta): O tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX) possui critérios de elegibilidade específicos para garantir sua eficácia. A presença de atividade cardíaca embrionária é considerada uma contraindicação relativa ou absoluta ao uso do MTX por estar associada a uma taxa muito elevada de falha terapêutica. Os critérios clássicos para indicação do MTX incluem: estabilidade hemodinâmica, ausência de atividade cardíaca fetal ao ultrassom, massa anexial menor que 3,5 cm a 4,0 cm e níveis séricos de beta-hCG preferencialmente abaixo de 5.000 mUI/mL.

Questão 35

A questão exige conhecimento sobre os parâmetros da cardiocotografia (CTG) anteparto, método fundamental para a avaliação da vitalidade fetal. O objetivo é identificar a alternativa incorreta.

Alternativa A: Correta. Um traçado é classificado como reativo quando apresenta pelo menos 2 acelerações transitórias de amplitude mínima de 15 bpm e duração de 15 segundos cada, dentro de um intervalo de 20 minutos de registro. Essas acelerações costumam estar associadas à movimentação fetal, indicando um sistema nervoso central íntegro e oxigenado.

Alternativa B: Correta. A cardiocografia computadorizada utiliza algoritmos (como o sistema Dawes-Redman) que eliminam a subjetividade da análise visual humana. Ela é especialmente útil na Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), pois avalia a variabilidade de curto prazo (STV), que é o parâmetro mais sensível para prever acidemia fetal e risco de óbito nesses casos.

Alternativa C: Correta. O feto possui ciclos de sono e vigília. O período de sono calmo (não reativo) pode durar de 40 a 50 minutos. Portanto, se o traçado não apresentar acelerações nos primeiros 20 minutos, o exame deve ser prolongado para 40 minutos antes de ser considerado suspeito ou não reativo, a fim de descartar que o feto estivesse apenas dormindo.

Alternativa D: Incorreta (Gabarito). De acordo com os consensos internacionais (FIGO) e nacionais (FEBRASGO), a linha de base normal da frequência cardíaca fetal (FCF) entre 32 e 42 semanas varia de 110 a 160 bpm. Um valor de 170 bpm é classificado como taquicardia fetal, podendo estar associado a quadros de febre materna, corioamnionite, uso de medicações (como terbutalina), hipóxia fetal inicial ou arritmias. Por ser um valor acima do limite da normalidade, esta afirmação é falsa.

Questão 36

Alternativa a: Esta alternativa está correta. O ultrassom realizado no primeiro trimestre, preferencialmente entre a 7ª e a 13ª semana e 6 dias, utiliza a medida do Comprimento Cabeça-Nádega (CCN), que é o parâmetro mais preciso para datar a gestação e definir a data provável do parto. Quanto à ausculta, enquanto o estetoscópio de Pinard detecta os batimentos apenas após a 20ª semana, o sonar Doppler (aparelho de ultrassom portátil) permite ouvir o coração fetal entre a 10ª e a 12ª semana, ou seja, no final do primeiro trimestre.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. O período ideal para a realização do ultrassom morfológico do segundo trimestre, que avalia a formação dos órgãos e sistemas do feto, assim como a medida do colo uterino para o rastreio de parto prematuro, é entre 20 e 24 semanas de gestação. O Doppler da artéria umbilical não faz parte da rotina de rastreio universal e é utilizado para avaliar a função placentária e a vitalidade fetal em gestações de alto risco, geralmente no terceiro trimestre.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A administração profilática da imunoglobulina anti-D para gestantes Rh-negativas e não sensibilizadas (com teste de Coombs indireto negativo) é indicada pelo Ministério da Saúde e por diretrizes internacionais, preferencialmente, na 28ª semana de gestação. O período de 32 a 34 semanas mencionado na alternativa está fora do padrão-ouro para essa prevenção.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. O rastreio do diabetes mellitus gestacional por meio do Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG 75g) é universal, ou seja, deve ser realizado por todas as gestantes que não possuem diagnóstico prévio de diabetes, idealmente entre a 24^a e a 28^a semana. Além disso, as pacientes pós-bariátricas representam justamente um grupo no qual o TOTG é frequentemente evitado ou contraindicado devido ao risco de síndrome de *dumping*, sendo substituído por perfis de glicemia capilar ou monitoramento contínuo da glicose.

Questão 37

Alternativa a) INCORRETA: Os principais fatores de risco para o descolamento prematuro da placenta (DPP) são as síndromes hipertensivas (fator de risco mais comum), o tabagismo, o uso de cocaína, traumas abdominais, a idade materna avançada e a multiparidade. O diabetes mellitus e o hipotireoidismo não são considerados fatores de risco clássicos ou diretamente associados ao aumento da incidência de DPP.

Alternativa b) INCORRETA: A coagulação intravascular disseminada (CID) é uma complicação grave e bem conhecida do DPP, ocorrendo em cerca de 10% a 20% dos casos, especialmente naqueles com grandes descolamentos e óbito fetal. A fisiopatologia envolve a liberação de tromboplastina tecidual do coágulo retroplacentário na circulação materna, desencadeando o consumo de fatores de coagulação. Isso eleva drasticamente a morbidade materna e o risco de óbito.

Alternativa c) CORRETA: Existe uma associação íntima entre o DPP e a pré-eclâmpsia. A hipertensão é a causa identificável mais frequente de DPP, estando presente em até metade dos casos graves. A ocorrência simultânea dessas condições potencializa o risco de complicações graves, como insuficiência renal, síndrome HELLP e sofrimento fetal agudo, exigindo uma abordagem rápida e cuidadosa por parte da equipe médica.

Alternativa d) INCORRETA: O diagnóstico do DPP é fundamentalmente clínico, baseado na dor abdominal, sangramento vaginal (presente em 80% dos casos) e hipertonia uterina. A ultrassonografia tem baixa sensibilidade (em torno de 25% a 50%) para o diagnóstico de DPP agudo, pois o coágulo pode ser confundido com a própria placenta (isoecoico). Embora a ressonância magnética tenha maior sensibilidade para detectar sangue retroplacentário, sua realização é inviável na maioria das emergências obstétricas. Portanto, o exame de imagem não é superior ao diagnóstico clínico nem é o principal guia prognóstico.

Questão 38

Alternativa a) Incorreta. Os lóquios passam por uma evolução cronológica e de coloração bem definida. Nos primeiros três a quatro dias após o parto, eles são chamados de lóquios rubros (sanguíneos), compostos predominantemente por sangue. Entre o quarto e o décimo dia, tornam-se serossanguíneos ou rosados (lóquios serosos). Apenas após o décimo dia é que assumem uma coloração esbranquiçada ou amarelada (lóquios alba), devido ao aumento de leucócitos e redução de hemácias. Portanto, no segundo dia, os lóquios ainda são tipicamente hemáticos.

Alternativa b) Correta. O reflexo uteromamário, também associado à liberação de ocitocina, é desencadeado pela sucção do mamilo pelo recém-nascido. Esse estímulo nervoso chega ao hipotálamo, que comanda a liberação de ocitocina pela neuro-hipófise. A ocitocina atua nas células mioepiteliais dos alvéolos mamários para a ejeção do leite e, simultaneamente, promove contrações rítmicas do miométrio (músculo uterino). Essas contrações são fundamentais para a involução uterina e para a prevenção de hemorragias pós-parto, sendo frequentemente sentidas pela mãe como cólicas, especialmente durante as mamadas.

Alternativa c) Incorreta. O puerpério é marcado por um estado de hipercoagulabilidade, e não baixa coagulabilidade. Durante a gestação e o pós-parto imediato, há um aumento nos níveis de diversos fatores de coagulação (como o fibrinogênio) e uma redução da atividade fibrinolítica natural. Esse é um mecanismo fisiológico para proteger a mulher contra hemorragias no sítio de inserção placentária, mas também aumenta significativamente o risco de eventos tromboembólicos, como trombose venosa profunda e embolia pulmonar, até cerca de seis semanas após o parto.

Alternativa d) Incorreta. O uso de anticoncepcionais combinados (que contêm estrogênio e progesterona) é contraindicado para mulheres que estão amamentando, especialmente antes dos seis meses de pós-parto. O estrogênio interfere negativamente na lactação, podendo diminuir a produção e a qualidade do leite. Além disso, o uso de estrogênio no período inicial do puerpério eleva ainda mais o risco de fenômenos tromboembólicos. Para puérperas lactantes, os métodos de escolha são os de progesterona isolada (como a minipílula, implante ou injeção trimestral), métodos de barreira ou o DIU, geralmente iniciados após a revisão de parto (cerca de seis semanas).

Questão 39

ALTERNATIVA A: INCORRETA. Pacientes com disgenesia gonadal apresentam gônadas rudimentares que não produzem hormônios sexuais de forma adequada. Conseqüentemente, não ocorre o feedback negativo na hipófise, levando a níveis elevados de FSH (hipogonadismo hipergonadotrófico), e não a níveis baixos. Além disso, a retirada das gônadas (gonadectomia) é indicada obrigatoriamente apenas quando há presença de cromossomo Y no cariótipo (como no 46,XY), devido ao alto risco de malignização (gonadoblastoma). No cariótipo 46,XX, a retirada não é uma regra.

ALTERNATIVA B: CORRETA. A Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser consiste na agenesia ou hipoplasia dos ductos de Müller. Isso resulta na ausência de útero, tubas uterinas e da porção superior da vagina. Como os ovários derivam das cristas gonadais (e não dos ductos müllerianos), eles funcionam normalmente, garantindo caracteres sexuais secundários femininos. Cerca de 30% a 40% das pacientes apresentam malformações urinárias (como agenesia renal) e alterações esqueléticas associadas.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. Na Síndrome de Morris (Insensibilidade Completa aos Androgênios), o indivíduo possui cariótipo 46,XY, mas os receptores de androgênio não funcionam. Existe desenvolvimento mamário (pela aromatização da testosterona em estrogênio), porém os pelos corporais (pubianos e axilares) são escassos ou ausentes, uma vez que sua formação depende da ação androgênica. Quanto à estatura, essas pacientes costumam ser mais altas que a média feminina, e não baixas.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A Síndrome de Turner é caracterizada pela perda total ou parcial de um cromossomo X (geralmente cariótipo 45,X), tratando-se de uma monossomia, e não de uma duplicação. Clinicamente, as pacientes apresentam baixa estatura marcante e disgenesia gonadal (ovários em fita), o que impede a puberdade espontânea na maioria dos casos (ausência de telarca e amenorreia primária). Somente uma pequena porcentagem apresenta algum desenvolvimento puberal espontâneo.

Questão 40

Esta questão aborda conhecimentos fundamentais sobre métodos contraceptivos, focando em eficácia, riscos de infecção e efeitos metabólicos. Para encontrar a alternativa incorreta, vamos analisar cada uma:

Alternativa a) Esta afirmação está correta. Os dispositivos intrauterinos (tanto o de cobre quanto o sistema liberador de levonorgestrel) fazem parte dos chamados LARC

(Long-Acting Reversible Contraception). Eles possuem uma taxa de falha extremamente baixa, inferior a 1%, o que os torna comparáveis em eficácia à esterilização tubária (laqueadura), com a vantagem de serem reversíveis.

Alternativa b) Esta afirmação está correta. Estudos epidemiológicos modernos demonstram que o maior fator de risco para a Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é o comportamento de risco e a exposição a Infecções Sexualmente Transmissíveis (como clamídia e gonococo), e não o dispositivo em si. O risco de DIP relacionado ao DIU é restrito aos primeiros 20 dias após a inserção e está geralmente ligado a uma infecção preexistente no trato genital inferior.

Alternativa c) Esta afirmação está correta. As pílulas de progestogênio isolado (minipílulas ou as formulações mais recentes com desogestrel ou drospirenona) são excelentes opções para mulheres com contraindicações formais ao uso de estrogênio (como tabagistas acima de 35 anos, hipertensas descontroladas ou mulheres com risco aumentado de trombose). Elas oferecem alta eficácia e atendem ao público que prefere métodos orais diários em vez de métodos de longa duração.

Alternativa d) Esta afirmação está incorreta, sendo, portanto, o gabarito. Os anticoncepcionais combinados modernos, especialmente os de baixa dosagem (baixa carga de etinilestradiol), possuem um impacto metabólico muito reduzido. A drospirenona, especificamente, é um progestogênio de quarta geração com propriedades antimineralocorticoides e antiandrogênicas, que tende a ter um perfil metabólico mais neutro. Na prática clínica, esses métodos não produzem alterações clinicamente relevantes nos níveis de glicemia ou na resistência à insulina em mulheres saudáveis, não sendo considerados antagonistas da insulina de forma significativa.

Gabarito: Letra (d).

Questão 41

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: Embora os tipos de HPV citados sejam de fato de alto risco oncogênico, a afirmação de que as vacinas possuem "eficácia moderada" está errada. As vacinas disponíveis (quadrivalente e nonavalente) possuem altíssima eficácia, próxima a 100% na prevenção de lesões precursoras e câncer causados pelos tipos virais contidos no imunizante, desde que administradas antes do início da vida sexual.

Alternativa (b) CORRETA: O teste de biologia molecular para detecção de HPV de alto

risco é uma ferramenta diagnóstica superior à citologia isolada em termos de sensibilidade. Atualmente, ele é recomendado como estratégia de rastreio primário em diversos protocolos internacionais (e cada vez mais no Brasil para mulheres acima de 30 anos) e é o padrão-ouro para a triagem de casos de ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado). Se o teste de HPV for negativo em um caso de ASC-US, a paciente pode retornar ao rastreio de rotina, evitando colposcopias desnecessárias.

Alternativa (c) INCORRETA: Resultados citológicos sugestivos de lesões de alto grau (HSIL) ou suspeitos de invasão exigem encaminhamento imediato para colposcopia, independentemente da idade da paciente (respeitando-se apenas particularidades em gestantes ou adolescentes em contextos específicos). Jamais se deve aguardar 6 meses para repetir a citologia nesses casos, pois há um risco significativo de haver uma neoplasia intraepitelial de alto grau ou mesmo câncer invasor já presente.

Alternativa (d) INCORRETA: A conduta para lesão de baixo grau (LSIL) depende da idade. No Brasil, para pacientes com 25 anos ou mais, a recomendação inicial é repetir a citologia em 6 meses (e não necessariamente colposcopia imediata com teste de HPV). Para pacientes com menos de 25 anos, a conduta é repetir em 3 anos. Além disso, o teste de HPV não é recomendado para rastreio ou triagem em pacientes muito jovens (abaixo de 30 anos na maioria dos protocolos), pois a prevalência de infecções transitórias é altíssima, o que levaria a um excesso de intervenções desnecessárias.

Questão 42

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A presença de atipia celular é o fator prognóstico mais importante para a progressão de uma hiperplasia endometrial para o carcinoma. Historicamente, classificava-se a hiperplasia em simples ou complexa, com ou sem atipias. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) simplifica para hiperplasia com ou sem atipia, mas o conceito permanece: a desorganização arquitetural (complexidade) somada às alterações nucleares (atipias) dita o risco de malignização, chegando a cerca de 29% nos casos de hiperplasias atípicas.

Alternativa b) Correta. O câncer de endométrio é classicamente dividido em dois tipos. O Tipo I (endometrióide) é estrogênio-dependente e associado a fatores como obesidade, anovulação crônica e nuliparidade (exposição estrogênica sem oposição da progesterona). Já o Tipo II ocorre em mulheres mais velhas, não tem relação com o estrogênio e é histologicamente mais agressivo. Portanto, a idade avançada e a exposição estrogênica sem oposição são conceitos fundamentais na patogênese da

doença.

Alternativa c) Incorreta (Gabarito). Esta alternativa apresenta dois erros principais. Primeiro, o sangramento vaginal pós-menopausa ou irregular é o sintoma cardinal da doença, ocorrendo em aproximadamente 75% a 90% das pacientes, e não apenas em "metade". Segundo, e mais importante: não existe indicação de rastreamento populacional (screening) para câncer de endométrio. O diagnóstico é realizado a partir da investigação de mulheres sintomáticas (com sangramento) ou em grupos de altíssimo risco (como portadoras da Síndrome de Lynch). A ultrassonografia é um excelente exame inicial para avaliar a espessura endometrial em sintomáticas, mas não é ferramenta de rastreamento em pacientes assintomáticas na população geral.

Alternativa d) Correta. Os carcinomas serosos papilares e os de células claras pertencem ao chamado Tipo II de Bokhman. São tumores que surgem geralmente em endométrios atróficos de mulheres idosas, têm comportamento biológico agressivo, alto grau de diferenciação (G3) e não possuem relação causal com o hiperestrogenismo. O prognóstico desses tipos histológicos é significativamente pior quando comparado ao adenocarcinoma endometriode típico.

Questão 43

Alternativa a) Incorreta. As principais repercussões clínicas observadas durante o climatério e a menopausa decorrem da deficiência de estrogênio, e não da progesterona. O estrogênio exerce um papel fundamental na regulação do centro termorregulador no hipotálamo e na manutenção da densidade mineral óssea (inibindo a reabsorção óssea). É a queda acentuada dos níveis de estrogênio que leva aos fogachos e ao aumento do risco de osteoporose.

Alternativa b) Correta. Os sintomas vasomotores, popularmente conhecidos como fogachos ou ondas de calor, são as manifestações mais comuns da transição menopausal. Estudos apontam que entre 60% e 80% das mulheres (aproximadamente 75%) apresentam esses sintomas em algum grau de intensidade. Devido ao impacto negativo na qualidade de vida e no sono, essa é a principal queixa que leva as pacientes a buscarem auxílio médico nesta fase.

Alternativa c) Incorreta. A síndrome geniturinária da menopausa é, na verdade, bastante sintomática para uma grande parcela das mulheres, manifestando-se por meio de secura vaginal, dispareunia (dor na relação sexual), prurido e sintomas urinários (urgência e disúria). Embora a terapia hormonal sistêmica ajude, o tratamento considerado padrão-ouro e mais eficaz para as queixas estritamente locais é a terapia estrogênica tópica (vaginal), que atua diretamente nos receptores da mucosa urogenital.

Alternativa d) Incorreta. De acordo com as principais diretrizes (como as da FEBRASGO e da National Osteoporosis Foundation), o rastreamento universal da massa óssea por densitometria mineral óssea (DMO) é recomendado para mulheres a partir dos 65 anos. Em mulheres com idade inferior (na pós-menopausa), a DMO só é solicitada se houver fatores de risco clínicos para fratura (como baixo peso, tabagismo, uso de corticoides ou fratura prévia). Portanto, 55 anos para baixo risco não é a idade recomendada para o início do rastreamento. Além disso, a indicação de terapia hormonal deve ser baseada primordialmente na presença de sintomas e na janela de oportunidade terapêutica, e não isoladamente no resultado da DMO.

Questão 44

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa descreve com precisão a definição da Síndrome da Bexiga Hiperativa conforme os critérios da Sociedade Internacional de Continência (ICS). Trata-se de um diagnóstico clínico caracterizado fundamentalmente pela urgência miccional (o desejo súbito e difícil de adiar a micção), frequentemente associada ao aumento da frequência urinária diurna e à nictúria (acordar à noite para urinar). A perda involuntária de urina (incontinência de urgência) pode ou não estar presente. O diagnóstico exige obrigatoriamente a exclusão de processos infecciosos (ITU), inflamatórios ou neoplásicos do trato urinário inferior.

Alternativa (b): INCORRETA. A obesidade é considerada um dos principais fatores de risco independentes e modificáveis para a incontinência urinária. O aumento do índice de massa corporal (IMC) eleva a pressão intra-abdominal e, conseqüentemente, a pressão intravesical, o que sobrecarrega os músculos e fâscias do assoalho pélvico. Estudos mostram que a perda de peso, por si só, é capaz de reduzir significativamente os episódios de perda urinária. Além disso, a prevalência de incontinência urinária de esforço tende a ser maior em mulheres brancas do que em mulheres negras.

Alternativa (c): INCORRETA. O estudo urodinâmico é o padrão-ouro para a avaliação funcional do trato urinário inferior. Ele não possui baixa acuidade; sua função é justamente objetivar os achados da anamnese e do exame físico, sendo fundamental para distinguir entre a incontinência urinária de esforço (hipermobilidade vesical ou deficiência esfínteriana) e a incontinência de urgência (hiperatividade do detrusor), especialmente em casos de incontinência mista, recidivas ou antes de procedimentos cirúrgicos.

Alternativa (d): INCORRETA. As terapias conservadoras não farmacológicas são, na verdade, a primeira linha de tratamento para a maioria das mulheres com

incontinência urinária. Mudanças no estilo de vida (como redução de cafeína e tabagismo), perda de peso e, principalmente, a fisioterapia do assoalho pélvico (treinamento muscular) possuem alta eficácia comprovada, excelente relação custo-benefício e são praticamente isentas de efeitos colaterais, ao contrário das terapias medicamentosas e cirúrgicas.

Questão 45

Para compreender corretamente a questão sobre o Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), vamos analisar detalhadamente cada uma das alternativas baseadas nos critérios diagnósticos e terapêuticos atuais:

Alternativa (a) Incorreta: No sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), os pontos da parede anterior e posterior da vagina (Aa, Ba, Ap, Bp) em uma paciente com suporte normal possuem a medida de -3 cm em relação ao hímen. Portanto, uma medida de Ba igual a -3 indica que a parede vaginal anterior está em sua posição anatômica normal, não havendo prolapso. O estágio I ocorre quando o ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm acima do hímen (por exemplo, -2 cm ou -1,5 cm).

Alternativa (b) Incorreta: No sistema POP-Q, o estágio IV é definido como a eversão total da vagina ou quando o ponto de maior prolapso atinge uma medida maior ou igual ao Comprimento Vaginal Total (TVL) menos 2 cm. Se o TVL da paciente é 10 cm, o estágio IV seria caracterizado por um prolapso de +8 cm ou mais ($10 - 2 = 8$). Como a medida apresentada foi de +7 cm, o caso se classifica como prolapso estágio III (onde o prolapso está além de 1 cm do hímen, mas não chega ao estágio IV).

Alternativa (c) Incorreta: O uso de pessários vaginais é uma opção de tratamento conservador disponível para qualquer paciente, independentemente do desejo de preservar a fertilidade. Ele é frequentemente indicado para pacientes que possuem contraindicações cirúrgicas, pacientes que aguardam a cirurgia, gestantes ou aquelas que simplesmente preferem não se submeter a um procedimento invasivo.

Alternativa (d) Correta: A colpocleise (como as técnicas de LeFort ou Labhardt) é um procedimento cirúrgico obliterativo, ou seja, que consiste no fechamento parcial ou total do canal vaginal. Por ser uma cirurgia tecnicamente mais simples, rápida e com menor morbidade em comparação às cirurgias reconstrutivas, ela é excelente para pacientes idosas, com risco cirúrgico elevado e que não possuem mais desejo de atividade sexual com penetração vaginal (coito), uma vez que a vagina deixará de ser funcional para esse fim.

Questão 46

Análise detalhada das afirmativas:

(V) A adscrição territorial sustenta o cuidado longitudinal e a gestão de risco.

A afirmativa é verdadeira. A adscrição é o processo de vincular uma população específica a uma equipe de saúde e a um território delimitado. Esse vínculo é o pilar que permite o acompanhamento do paciente ao longo do tempo (longitudinalidade) e possibilita que a equipe conheça o perfil epidemiológico e as necessidades locais para realizar uma gestão de risco eficaz.

(V) Mapas de vulnerabilidade devem integrar dados sanitários, ambientais e sociais.

A afirmativa é verdadeira. A vulnerabilidade de uma população é multidimensional. Para que o planejamento em saúde seja eficiente, o mapa de vulnerabilidade deve ir além dos dados de doenças (sanitários), integrando informações sobre saneamento e moradia (ambientais) e fatores como renda, escolaridade e suporte familiar (sociais).

(F) A atualização cadastral é acessória e pode ser suprimida sem perdas assistenciais.

A afirmativa é falsa. O cadastro atualizado é a ferramenta básica de gestão e cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). Sem dados precisos, a equipe não consegue realizar busca ativa, monitorar pacientes com condições crônicas ou planejar ações preventivas adequadas. A falta de atualização compromete diretamente a continuidade e a qualidade da assistência.

(V) A microterritorialização apoia planejamento, busca ativa e vigilância local.

A afirmativa é verdadeira. A microterritorialização consiste na subdivisão do território em áreas menores (microáreas), geralmente sob a responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Essa proximidade permite identificar problemas de saúde em tempo real, facilitar o planejamento de intervenções localizadas e garantir a vigilância contínua daquela comunidade.

Análise das alternativas:

Com base na análise, a sequência correta é V - V - F - V.

A alternativa (a) é a correta, pois reflete exatamente a veracidade das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e os conceitos fundamentais de territorialização.

As alternativas (b), (c) e (d) apresentam sequências incorretas ao classificar erroneamente a importância do cadastro ou a função da microterritorialização e da adscrição.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 47

A alternativa correta é a letra (c).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Vigilância Sanitária (VISA) não possui caráter estritamente punitivo. Embora tenha poder de polícia para aplicar sanções administrativas, uma de suas funções primordiais é a prevenção de riscos, o que envolve necessariamente a educação sanitária. A orientação de fornecedores, produtores e da população é parte estratégica para garantir a segurança no consumo de água e alimentos.

b) Incorreta. O campo de atuação da VISA é abrangente e engloba todas as etapas da cadeia produtiva e de consumo. Isso inclui desde grandes indústrias até o comércio varejista e serviços de alimentação de pequeno porte, como restaurantes, lanchonetes e produções artesanais, visando proteger a saúde do consumidor em qualquer nível de fornecimento.

c) Correta. A Vigilância Sanitária atua de forma integrada dentro do conceito de Vigilância em Saúde. No controle de água e alimentos, ela se articula com a Vigilância Ambiental (como no programa VIGIAGUA, que monitora a qualidade da água para consumo humano) e com a Vigilância Epidemiológica (fundamental na investigação e controle de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos - DTA). Essa atuação exige o gerenciamento de riscos, a realização de inspeções técnicas e a comunicação constante com a sociedade.

d) Incorreta. A análise laboratorial é um dos pilares da Vigilância Sanitária para comprovar a conformidade de produtos e a potabilidade da água. O monitoramento é realizado por meio de uma rede de laboratórios oficiais, como os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS), que integram a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária (RNLVISA). Serviços assistenciais (hospitais e unidades de saúde) focam no cuidado ao paciente, e não no controle sanitário de produtos e água.

Questão 48

A Razão de Verossimilhança ou Coeficiente de Verossimilhança (Likelihood Ratio - LR) é um dos parâmetros mais úteis na prática clínica para interpretar testes diagnósticos, pois ela relaciona a sensibilidade e a especificidade do teste para informar o quanto o resultado altera a probabilidade de uma doença (probabilidade pós-teste).

O LR positivo (LR+) indica o quanto um resultado positivo aumenta a probabilidade

da doença. Ele é calculado pela fórmula: $\text{Sensibilidade} / (1 - \text{Especificidade})$. Quanto maior o valor do LR+, maior será a probabilidade pós-teste. Valores de LR+ acima de 10 indicam que o teste é muito bom para confirmar um diagnóstico.

O LR negativo (LR-) indica o quanto um resultado negativo reduz a probabilidade da doença. Ele é calculado pela fórmula: $(1 - \text{Sensibilidade}) / \text{Especificidade}$. Quanto menor o valor do LR- (quanto mais próximo de zero), maior é a queda na probabilidade pós-teste, o que torna o teste excelente para excluir uma doença. Valores de LR- abaixo de 0,1 são considerados ideais para exclusão.

Portanto, se um teste possui um LR+ muito alto e um LR- muito baixo, ele tem uma grande capacidade de mudar a probabilidade pré-teste (aquela baseada apenas na clínica e na prevalência) para uma probabilidade pós-teste definitiva (seja para confirmar ou excluir).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Se o LR+ é alto e o LR- é baixo, o teste é muito potente. Um teste potente gera uma modificação grande na probabilidade, e não menor.

b) Correta. A capacidade de um teste diagnóstico de modificar a probabilidade de uma doença é diretamente proporcional à magnitude do seu LR+ e inversamente proporcional ao valor do seu LR-. Ou seja, quanto mais distantes de 1 (um) os valores estiverem, maior será o impacto do teste na decisão clínica.

c) Incorreta. Se a capacidade fosse igual, o teste não teria utilidade diagnóstica. Um teste que não modifica a probabilidade tem LR positivo e negativo iguais a 1.

d) Incorreta. Os coeficientes de verossimilhança são fundamentais e centrais para a medicina baseada em evidências, sendo o principal parâmetro para quantificar a utilidade de um exame complementar.

Questão 49

A questão exige conhecimento sobre os indicadores epidemiológicos de morbidade e mortalidade, focando na relação entre o numerador (evento) e o denominador (população de referência).

Alternativa a: Está correta. A incidência acumulada expressa o risco individual de desenvolver uma doença em um período definido. Para que o cálculo seja preciso, o denominador deve ser a população em risco no início do período, ou seja, pessoas que ainda não possuem o agravo, mas podem vir a desenvolvê-lo.

Alternativa b: Está correta. A densidade de incidência é utilizada quando os indivíduos de uma população são acompanhados por períodos de tempo distintos. O denominador é a soma dos tempos individuais de observação, conceito conhecido como pessoa-tempo. Isso fornece a velocidade com que novos casos surgem na população.

Alternativa c: Está incorreta e é a resposta da questão. A prevalência mede a proporção de casos, incluindo casos novos e antigos, em um determinado momento. O denominador da prevalência é a população total do local no momento do estudo, incluindo doentes e saudáveis. O termo população em risco é restrito aos indicadores de incidência, pois na incidência acompanhamos apenas quem é saudável para observar quem adoece. Na prevalência, observa-se o grupo inteiro para verificar quem apresenta a condição naquele instante.

Alternativa d: Está correta. A mortalidade específica por causa utiliza no numerador o número de mortes por uma doença específica e no denominador a população total exposta ao risco. Como a população varia diariamente devido a nascimentos, mortes e migrações, utiliza-se convencionalmente a população estimada para o meio do período, chamada de população média.

Questão 50

Análise das assertivas:

(V) Estudos de coorte permitem estimar risco relativo e inferir temporalidade.

Os estudos de coorte são desenhos observacionais e longitudinais que acompanham grupos de indivíduos (expostos e não expostos a determinado fator) ao longo do tempo para observar o surgimento de um desfecho. Como o estudo parte da exposição para o efeito, ele estabelece com clareza a relação temporal (a exposição precede a doença), permitindo o cálculo direto da incidência e do Risco Relativo.

(V) Caso-controle estima odds ratio e é útil para doenças raras.

O estudo de caso-controle é retrospectivo e parte do desfecho (indivíduos já doentes versus controles saudáveis) para investigar exposições passadas. Por selecionar os doentes no início da pesquisa, é o desenho mais eficiente para estudar doenças raras ou com longo período de latência. Como não permite o cálculo de incidência, a medida de associação utilizada é o Odds Ratio (Razão de Chances).

(V) Ensaio clínico randomizado controla confundimento por alocação aleatória.

O ensaio clínico randomizado é um estudo experimental de intervenção. A técnica de randomização (alocação aleatória) tem como objetivo principal garantir que os

grupos de intervenção e controle sejam comparáveis entre si. Isso distribui de forma equilibrada as variáveis de confusão, tanto as conhecidas quanto as desconhecidas, minimizando vieses e aumentando a confiabilidade dos resultados.

(F) Estudos ecológicos inferem causalidade individual sem risco de falácia.

Os estudos ecológicos utilizam dados agregados de populações ou áreas geográficas, e não dados de indivíduos isolados. O principal problema metodológico deste desenho é justamente a Falácia Ecológica, que ocorre quando o pesquisador tenta aplicar uma correlação observada em nível populacional diretamente ao nível individual, o que é um erro de inferência.

Conclusão:

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

Questão 51

A questão aborda o preenchimento da Declaração de Óbito (DO), um documento de extrema importância epidemiológica e jurídica. O principal desafio no preenchimento é a identificação da Causa Básica da morte, definida pela Organização Mundial da Saúde como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos que conduziram diretamente ao óbito.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A DO possui uma estrutura hierárquica. Na Parte I, deve-se registrar a sequência de eventos que levou à morte, culminando em apenas uma causa básica na última linha preenchida. Listar todos os diagnósticos como causas básicas gera confusão estatística e impede a identificação do evento iniciador real.

Alternativa (b) Incorreta. A pneumonia é, frequentemente, uma causa terminal (causa direta ou intermediária), ocorrendo como consequência de uma doença debilitante subjacente ou de imobilidade prolongada. Adotá-la como causa básica sem analisar a sequência clínica pode mascarar a verdadeira doença que desencadeou o processo, como um AVC ou uma neoplasia.

Alternativa (c) Incorreta. Embora causas externas (como quedas) devam ser priorizadas se forem o evento desencadeante, é fundamental avaliar onexo causal. Além disso, se a queda for a causa direta ou contribuir diretamente para a morte (causa externa), o óbito passa a ser de competência do Instituto Médico Legal (IML) e não do médico assistente no hospital, independentemente do tempo decorrido.

Alternativa (d) Correta. O preenchimento adequado exige que o médico faça um exercício de raciocínio clínico para reconstruir a cadeia de eventos. A causa básica é aquela que iniciou o processo. Deve-se evitar registrar apenas mecanismos terminais ou isolados (como parada cardiorrespiratória ou falência de múltiplos órgãos), que são consequências do óbito e não a causa em si. O objetivo é identificar a patologia que, se não existisse, o paciente não teria morrido naquele momento.

Questão 52

Alternativa a: Está correta. A regionalização é uma diretriz do SUS que visa organizar o atendimento em áreas geográficas específicas. Ela estabelece os fluxos assistenciais, ou seja, o percurso que o paciente deve fazer entre os diferentes níveis de complexidade, e define as responsabilidades de cada ente (municípios e estado) por meio de pactuações.

Alternativa b: Está correta. A governança regional exige que os gestores não apenas planejem, mas firmem compromissos de desempenho (contratualização) e acompanhem se os serviços estão sendo prestados com qualidade. O monitoramento de indicadores de saúde é a ferramenta que permite avaliar se os objetivos da região de saúde estão sendo alcançados.

Alternativa c: Esta é a alternativa incorreta e, portanto, o gabarito. A regulação do acesso tem como objetivo organizar a fila e a oferta de serviços de forma equânime. No contexto da regionalização, a regulação não pode ser exercida de forma isolada por cada município. Ela deve estar obrigatoriamente alinhada aos pactos regionais e às diretrizes das Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo que os recursos compartilhados na região atendam aos pacientes conforme o critério de necessidade, e não apenas pela localização geográfica.

Alternativa d: Está correta. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é o processo onde se definem as ações de saúde para cada território. Para que esse planejamento seja eficiente, ele deve obrigatoriamente considerar as características da população (perfil demográfico e epidemiológico) e o que as unidades de saúde, hospitais e laboratórios conseguem produzir (capacidade instalada).

Questão 53

CONCEITO DE EQUIDADE NO SUS

A equidade é um dos princípios doutrinários fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Diferentemente da igualdade, que pressupõe oferecer exatamente o mesmo a todos, a equidade reconhece que as pessoas e regiões possuem necessidades diferentes. Na prática, o conceito de equidade no SUS significa "tratar

desigualmente os desiguais" para atingir a justiça social, priorizando investimentos e ações onde a carência e o risco à saúde são maiores.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Uma alocação homogênea por habitante (modelo per capita simples) seria um exemplo de igualdade formal, mas não de equidade. Se o recurso fosse distribuído de forma idêntica para um município rico e um município com baixíssimos índices de desenvolvimento humano, a desigualdade entre eles permaneceria ou até aumentaria, pois as necessidades de saúde e infraestrutura são distintas.

Alternativa b) Incorreta. A ordem de chegada é um critério administrativo de organização de filas, mas não uma diretriz para a alocação de recursos do sistema. Além disso, do ponto de vista clínico, o SUS utiliza a classificação de risco (quem corre mais risco é atendido primeiro) e não apenas a ordem de chegada, justamente para garantir equidade no atendimento.

Alternativa c) Incorreta. A equidade não prioriza um nível de complexidade específico em detrimento de outros. O sistema deve ser integral. Focar recursos apenas em alta complexidade, ignorando as necessidades do território e da Atenção Primária, impediria a prevenção e o controle de doenças em estágios iniciais, ferindo a lógica de saúde pública.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve exatamente como a equidade é operacionalizada. A distribuição de recursos deve ser proporcional, ou seja, onde há maior vulnerabilidade socioeconômica, maior carga de doenças (perfil epidemiológico) e maiores dificuldades geográficas ou sociais de acesso, o Estado deve alocar proporcionalmente mais recursos para compensar essas desvantagens e garantir o direito à saúde de forma justa.

GABARITO: Letra (d).

Questão 54

Para compreender esta questão, devemos lembrar que uma Linha de Cuidado (LC) fundamenta-se na continuidade, na integralidade e na fluidez da assistência dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua como o centro de comunicação e a coordenadora do cuidado nesse processo.

Alternativa a) Esta alternativa está correta e descreve um elemento essencial. Para que uma linha de cuidado funcione, é indispensável que existam critérios técnicos e

protocolos pactuados entre a atenção primária e os demais pontos da rede. Isso garante que o paciente seja encaminhado no momento certo e retorne com as orientações necessárias.

Alternativa b) Esta alternativa está correta. A síntese clínica padronizada é o documento que transmite as informações relevantes sobre o que foi feito no serviço especializado. Ter prazos definidos para essa resposta é crucial para que a equipe de Saúde da Família não perca o tempo terapêutico e possa dar continuidade ao tratamento do paciente em seu território.

Alternativa c) Esta alternativa está incorreta e é o gabarito da questão (o "exceto"). A contrarreferência é um pilar da coordenação do cuidado e jamais deve ser considerada facultativa ou opcional. Mesmo em cenários de sobrecarga do sistema, a comunicação entre o especialista e o médico de família é obrigatória para garantir a segurança do paciente. Sem a contrarreferência, o cuidado torna-se fragmentado, e a ESF perde a capacidade de monitorar o plano terapêutico.

Alternativa d) Esta alternativa está correta. O planejamento do cuidado envolve uma abordagem multiprofissional. Definir metas claras, estabelecer quem são os responsáveis por cada etapa e monitorar o paciente por meio de indicadores de seguimento são práticas de gestão clínica que garantem a efetividade da linha de cuidado e permitem ajustes quando os resultados não são alcançados.

Questão 55

A resposta correta é a alternativa (d).

Em uma investigação epidemiológica de surto, especialmente em ambientes institucionais como escolas, a primeira resposta organizada deve seguir uma sequência lógica para garantir que as ações subseqüentes sejam eficazes e baseadas em evidências.

Por que a alternativa (d) está correta:

Os primeiros passos de qualquer investigação de campo incluem a confirmação do diagnóstico e a definição de caso. A definição de caso é a ferramenta que permite ao investigador padronizar quem será contabilizado como parte do surto (por exemplo: alunos que apresentaram vômito e diarreia nas últimas 24 horas). A partir disso, inicia-se a epidemiologia descritiva, que responde às perguntas fundamentais: Quando ocorreu? (Tempo), Onde ocorreu? (Lugar) e Quem foi afetado? (Pessoa). Essa tríade é essencial para identificar a possível fonte comum e o período de exposição.

Por que as outras alternativas estão incorretas:

Alternativa (a): O cálculo de razão de chances (odds ratio) é uma etapa da epidemiologia analítica, utilizada para testar hipóteses já formuladas. É impossível realizar essa análise de forma organizada e precisa sem antes ter uma definição de caso clara para separar adequadamente os grupos de casos e controles.

Alternativa (b): Medidas drásticas, como suspender todas as atividades escolares, sem uma avaliação clínica prévia e sem entender a magnitude do evento, são precipitadas. Além disso, a coleta ambiental isolada, sem o contexto dos sintomas e do perfil dos pacientes, pode resultar em achados irrelevantes que não explicam a causa real do surto.

Alternativa (c): A comunicação pública é uma etapa vital, mas deve ocorrer com base em fatos consolidados. Divulgar informações amplas antes de ter o mínimo de dados organizados pode gerar alarmismo, pânico desnecessário ou disseminação de informações incorretas, o que prejudica a confiança nas autoridades de saúde.

Em resumo, a investigação de um surto de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) exige método científico: confirmar a existência do surto, definir o que é um caso, confirmar o diagnóstico e realizar a descrição epidemiológica básica. Somente após essas etapas é que se aplicam questionários analíticos e se propõem medidas de controle definitivas.

Gabarito: Letra (d).

Questão 56

O caso clínico apresenta um paciente com sintomas neurológicos inespecíficos (cefaleia, tontura e parestesia) que surgem após a jornada de trabalho em uma indústria de tintas. A exposição crônica a solventes orgânicos é um fator de risco clássico para a toxicidade do sistema nervoso central e periférico. Diante da suspeita de uma patologia relacionada ao trabalho, a conduta médica deve seguir os princípios da Medicina do Trabalho e da Vigilância em Saúde.

Alternativa A (Correta): Esta é a conduta padrão. Ao identificar a relação temporal entre o trabalho e os sintomas, o médico deve registrar a suspeita denexo causal. A notificação (seja via SINAN ou pela emissão da CAT, dependendo do caso) é obrigatória para fins epidemiológicos e previdenciários. Além disso, a abordagem deve ser coletiva: avaliar o processo produtivo para identificar falhas no controle da exposição e propor medidas de proteção, priorizando as coletivas (como ventilação e enclausuramento de processos) e, complementarmente, as individuais (EPIs).

Alternativa B (Incorreta): Presumir uma patologia comum (enxaqueca) sem investigar o nexo ocupacional é um erro técnico. No caso de trabalhadores expostos a substâncias químicas, a hipótese de agravo relacionado ao trabalho deve ser sempre a primeira a ser explorada, especialmente quando os sintomas coincidem com o período de labor.

Alternativa C (Incorreta): Embora exames possam ser necessários para descartar outras causas, a solicitação de exames extensos não deve ser a conduta inicial isolada. O erro principal desta alternativa é sugerir o adiamento da comunicação à vigilância. A vigilância em saúde do trabalhador depende da notificação oportuna para intervir no ambiente de trabalho e evitar que outros funcionários adoçam.

Alternativa D (Incorreta): Tratar apenas os sintomas e liberar o retorno imediato ao mesmo ambiente insalubre, sem qualquer investigação ou modificação no processo de trabalho, expõe o paciente ao agravamento do quadro (como a encefalopatia crônica por solventes). Além disso, a responsabilidade pela investigação e notificação é do médico assistente, não devendo ser delegada exclusivamente a um serviço privado de forma passiva.

Questão 57

Esta questão aborda a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua relação intrínseca com a Vigilância em Saúde e os determinantes ambientais.

Alternativa (a) Incorreta: A vigilância ambiental não deve atuar desvinculada da Atenção Primária. Pelo contrário, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconizam a integração entre a vigilância e a assistência. O território é o espaço comum de atuação de ambas, e o compartilhamento de informações é essencial para identificar problemas e intervir de forma oportuna.

Alternativa (b) Correta: O mapeamento de risco é uma ferramenta fundamental da territorialização na APS. Ele deve ser obrigatoriamente multidimensional, integrando dados sanitários (doenças prevalentes), ambientais (saneamento, poluição, desastres naturais) e sociais (renda, escolaridade, vulnerabilidades). Essa integração permite que a equipe de saúde compreenda o perfil epidemiológico local e elabore planos de ação condizentes com as necessidades reais daquela comunidade.

Alternativa (c) Incorreta: A comunicação de risco é uma estratégia de saúde pública que visa informar a população sobre perigos potenciais para que medidas preventivas sejam adotadas. Restringir informações é uma prática antiética e tecnicamente errada, pois impede a participação da comunidade no autocuidado e

pode agravar surtos ou exposições ambientais por falta de orientação adequada.

Alternativa (d) Incorreta: O planejamento territorial na APS não pode ser estritamente clínico. A APS trabalha com o modelo biopsicossocial e com os Determinantes Sociais da Saúde. Dispensar os determinantes ambientais (como qualidade da água, destino de resíduos e controle de vetores) tornaria as ações de saúde puramente reativas e ineficazes na prevenção de doenças relacionadas ao meio ambiente.

Questão 58

A questão aborda a relação entre a Saúde Suplementar (operadoras de planos de saúde) e o Sistema Único de Saúde (SUS). O ponto fundamental para resolvê-la é o entendimento da base constitucional do sistema de saúde brasileiro.

Alternativa a) Correta. A regulação do setor, exercida primordialmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), visa equilibrar o mercado. Ela atua para garantir que as operadoras cumpram o rol de procedimentos (cobertura), mantenham padrões técnicos e assistenciais (qualidade) e respeitem o Código de Defesa do Consumidor, protegendo o usuário de abusos.

Alternativa b) Correta. A integração de dados entre o setor privado (como os dados de faturamento e atendimentos enviados à ANS) e o setor público permite que os gestores tenham uma visão epidemiológica completa. Isso qualifica a vigilância em saúde e permite avaliar o desempenho global do sistema nacional de saúde, facilitando o planejamento de políticas públicas.

Alternativa c) Incorreta (Gabarito). Esta afirmação contraria a Constituição Federal de 1988. O Artigo 196 estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, mas possui caráter suplementar. Isso significa que a existência de planos de saúde jamais substitui ou desonera o Estado de seu dever de garantir o acesso universal, igualitário e integral a todos os cidadãos, independentemente de eles possuírem ou não assistência privada.

Alternativa d) Correta. A coordenação do cuidado visa evitar a fragmentação da assistência. Em territórios onde existem arranjos regionais bem estruturados e regulados, a colaboração entre serviços públicos e privados (como no uso compartilhado de redes de alta complexidade ou sistemas de referência) pode fortalecer a linha de cuidado do paciente e otimizar o uso de recursos tecnológicos e financeiros.

Questão 59

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

I. CORRETA: O sarampo é uma doença de notificação compulsória imediata (deve ser feita em até 24 horas). Para fins de vigilância epidemiológica, a notificação deve ocorrer diante da suspeita clínica (febre e exantema maculopapular acompanhados de tosse, coriza ou conjuntivite), sem a necessidade de aguardar a confirmação dos exames laboratoriais. Isso permite o início rápido das medidas de controle.

II. CORRETA: O diagnóstico laboratorial do sarampo pode ser feito de forma direta (pesquisa do vírus) ou indireta (sorologia). A coleta para RT-PCR (viremia) é mais eficaz nos primeiros dias, preferencialmente até o 5º dia do exantema. Já a sorologia para detecção de anticorpos IgM é o padrão-ouro para diagnóstico de fase aguda, mas pode apresentar resultados falsos-negativos se colhida muito cedo; por isso, a recomendação é coletar preferencialmente a partir do 3º dia do surgimento do exantema.

III. CORRETA: A vacinação de bloqueio é a medida indicada para os contatos suscetíveis (aqueles sem esquema vacinal completo ou sem comprovação de imunidade). Ela é efetiva para prevenir a doença ou atenuar sua gravidade se realizada idealmente em até 72 horas após o contato com o caso suspeito. Vale lembrar que, para contatos com contraindicação à vacina (como gestantes ou imunodeprimidos), utiliza-se a imunoglobulina em até 6 dias após a exposição.

IV. INCORRETA: Embora a vacina seja altamente eficaz, podem ocorrer falhas vacinais primárias (não desenvolvimento de imunidade) ou secundárias (perda de imunidade ao longo do tempo). Assim, a presença de um esquema vacinal prévio não exclui a investigação de um paciente com clínica altamente sugestiva. Todo caso suspeito deve ser notificado e investigado conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. A afirmativa I está correta, mas a IV está errada.
- b) CORRETA. As afirmativas I, II e III seguem rigorosamente os protocolos de vigilância epidemiológica do sarampo.
- c) Incorreta. A afirmativa IV está errada e a afirmativa I, que é um pilar da vigilância, não foi incluída.
- d) Incorreta. A presença da afirmativa IV torna a alternativa errada.

GABARITO: Letra (b).

Questão 60

Texto Original:

O manejo de condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS) exige um modelo de cuidado proativo e contínuo, em vez de apenas reativo (esperar o paciente procurar a unidade). Para isso, o uso da informação deve apoiar a organização da rede e a identificação de riscos.

Alternativa (d) - CORRETA:

Esta alternativa descreve o uso estratégico da informação para a gestão clínica e populacional. Painéis mensais permitem acompanhar tendências e intervir rapidamente em indicadores que não estão sendo atingidos. As listas nominais de faltosos permitem a busca ativa, garantindo que o paciente crônico não perca o vínculo (longitudinalidade). A integração com o cadastro domiciliar é fundamental para a equidade, permitindo que a equipe identifique e priorize visitas domiciliares e grupos para os pacientes mais vulneráveis ou com maior risco clínico.

Alternativa (a) - INCORRETA:

Relatórios apenas anuais são insuficientes para o acompanhamento clínico, pois as condições crônicas exigem monitoramento frequente. A suspensão da busca ativa é um erro grave na APS, pois ela é necessária para evitar complicações e internações sensíveis à atenção primária. Prontuários reduzidos apenas a códigos diagnósticos eliminam a riqueza de detalhes clínicos e sociais necessários para um cuidado integral.

Alternativa (b) - INCORRETA:

Algoritmos são ferramentas de apoio à decisão, mas nunca devem substituir a avaliação clínica e a autonomia do médico e da equipe. A atualização semestral do cadastro pode gerar dados desatualizados em territórios dinâmicos. Além disso, o uso de médias gerais sem estratificação de risco impede que a equipe saiba quem são os pacientes que precisam de maior intensidade de cuidado.

Alternativa (c) - INCORRETA:

Utilizar o sistema apenas para prestação de contas (burocracia) é uma subutilização da ferramenta. O foco exclusivo em produtividade (quantidade de procedimentos) ignora a qualidade do cuidado. O abandono de indicadores de desfecho (como controle de hemoglobina glicada ou pressão arterial) torna impossível avaliar se o tratamento está sendo eficaz para a população.

Questão 61

A hipertensão arterial (HA) na pediatria é um tema de relevância crescente devido ao aumento da obesidade infantil. A abordagem diagnóstica e terapêutica baseia-se em diretrizes específicas, como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa A (Correta): A hipertensão primária ou essencial, antes considerada rara em crianças, hoje é a causa mais comum de hipertensão em adolescentes e crianças maiores. Seus fatores de risco são multivariados. A obesidade (excesso de adiposidade) é o principal fator isolado. Além disso, o sedentarismo e a dieta inadequada (estilo de vida), o estresse, a predisposição genética (histórico familiar) e o baixo peso ao nascer (que está associado a uma menor dotação de néfrons e alterações vasculares permanentes) são determinantes bem estabelecidos na literatura médica.

Alternativa B (Incorreta): Existe um fenômeno conhecido como "tracking" ou rastreamento, em que crianças com níveis pressóricos elevados tendem a manter essa condição na vida adulta. Além disso, crianças hipertensas já podem apresentar lesões iniciais em órgãos-alvo, sendo a hipertrofia ventricular esquerda a manifestação mais comum, o que aumenta o risco cardiovascular futuro.

Alternativa C (Incorreta): A prevenção primária é fundamental no manejo da hipertensão pediátrica. Políticas de saúde pública que incentivam a redução do consumo de sódio, o aumento da ingestão de potássio e fibras, e o combate ao sedentarismo nas escolas e comunidades têm impacto direto na redução da prevalência da hipertensão e de outras doenças metabólicas.

Alternativa D (Incorreta): O critério diagnóstico para hipertensão arterial em crianças (de 1 a 13 anos) é a presença de níveis de pressão arterial sistólica e/ou diastólica maiores ou iguais ao percentil 95, levando em conta a idade, o sexo e a estatura em pelo menos três ocasiões distintas. Valores entre os percentis 90 e 95 são classificados como "pressão arterial elevada" (antigamente chamada de pré-hipertensão). O percentil 85 não é utilizado como ponto de corte para o diagnóstico de hipertensão.

Questão 62

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

Estamos diante de uma criança de 2 anos com quadro de anemia microcítica (VCM de 60 fL) e hipoproliferativa (reticulócitos de 1%). O diagnóstico mais provável para essa faixa etária, associado a esses achados laboratoriais, é a anemia ferropriva (por deficiência de ferro).

Apesar de o nível de hemoglobina estar significativamente baixo (7 g/dL), o ponto crucial para a decisão terapêutica é o estado clínico do paciente. A criança apresenta-se em "bom estado geral", com sinais vitais estáveis (frequência cardíaca e respiratória normais para a idade) e ausência de sinais de descompensação hemodinâmica ou insuficiência cardíaca. O sopro sistólico relatado é um "sopro de fluxo", comum em anemias, devido à menor viscosidade sanguínea e ao estado hiperdinâmico, não indicando necessariamente gravidade imediata.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

O tratamento de escolha para a anemia ferropriva em pacientes clinicamente estáveis é a reposição de ferro elementar por via oral, em doses terapêuticas (geralmente 3 a 6 mg/kg/dia). Como não há sinais de instabilidade ou má absorção intestinal documentada, o manejo deve ser ambulatorial.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

b) A reposição parenteral (intravenosa ou intramuscular) de ferro é reservada para casos específicos, como intolerância grave ao ferro oral, doenças de má absorção (como doença celíaca ativa) ou necessidade de reposição ultrarrápida (ex.: pré-operatório imediato), o que não é o caso desta criança. Além disso, não requer internação apenas para esse fim.

c) A transfusão de concentrado de hemácias em pediatria deve ser criteriosamente indicada. Em anemias crônicas como a ferropriva, o organismo desenvolve mecanismos de compensação. A transfusão é reservada para casos de instabilidade hemodinâmica, hemoglobina geralmente abaixo de 5 g/dL com sinais de insuficiência cardíaca, ou quando há perda sanguínea aguda e volumosa. Internar e transfundir um paciente estável de 7 g/dL seria expô-lo a riscos transfusionais desnecessários.

d) A eritropoietina é utilizada em situações específicas, como na anemia da doença renal crônica ou na anemia da prematuridade. Ela não tem indicação no tratamento da anemia ferropriva, onde o substrato faltante é o ferro, e não o estímulo hormonal da medula óssea.

Questão 63

ANÁLISE CLÍNICA DO CASO

O quadro clínico descreve um lactente de 3 meses com sinais clássicos de Insuficiência Cardíaca (IC): cansaço e sudorese às mamadas (equivalente à dispneia aos esforços no adulto), baixo ganho ponderal, taquicardia (170 bpm), taquipneia (70 irpm) e hepatomegalia (fígado a 4 cm do rebordo costal direito). Dois dados no

exame físico são patognomônicos para o diagnóstico: a hipertensão arterial no membro superior (120/80 mmHg é um valor muito elevado para um lactente de 3 meses) e a palpação de pulsos periféricos débeis.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A coarctação da aorta é uma cardiopatia congênita acianótica caracterizada pelo estreitamento da luz da aorta, geralmente próximo ao canal arterial. Esse estreitamento cria uma obstrução ao fluxo sanguíneo para a parte inferior do corpo. Como consequência, ocorre hipertensão nos membros superiores (antes da obstrução) e pulsos reduzidos ou ausentes nos membros inferiores. O ventrículo esquerdo sofre uma sobrecarga de pressão para vencer essa obstrução, levando à insuficiência cardíaca congestiva, o que explica a hepatomegalia e o desconforto respiratório observados na criança.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ INCORRETA?

O enunciado afirma explicitamente que a criança está acianótica. As cardiopatias congênitas cianogênicas (como Transposição das Grandes Artérias ou Tetralogia de Fallot) manifestam-se primariamente com hipoxemia e coloração azulada de mucosas e extremidades, o que não condiz com o exame físico relatado. Além disso, a hipertensão em membros superiores não é um achado típico dessas patologias.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA?

Embora uma anemia grave possa causar insuficiência cardíaca de alto débito, ela não explicaria a hipertensão arterial de 120/80 mmHg em um lactente. Na anemia, o esperado seria encontrar palidez cutâneo-mucosa importante e, frequentemente, uma pressão arterial normal ou sistólica levemente divergente devido à hiperdinamia, mas nunca uma hipertensão localizada ou sistêmica tão marcada associada a pulsos débeis.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ INCORRETA?

A sepse neonatal tardia ou do lactente costuma cursar com sinais de toxemia, febre ou hipotermia, e instabilidade hemodinâmica que tende à hipotensão ou choque (extremidades frias, tempo de enchimento capilar lentificado), e não hipertensão arterial. Além disso, o quadro de cansaço às mamadas e baixo ganho de peso há algum tempo sugere uma patologia crônica/estrutural cardíaca, e não um quadro infeccioso agudo. O termo insuficiência cardíaca compensada também está incorreto, pois o paciente apresenta sinais claros de descompensação (hepatomegalia e taquipneia).

Questão 64

ANÁLISE DO CASO:

A questão descreve um quadro clínico clássico de exantema súbito, também conhecido como roséola infantum, causado pelo herpesvírus humano tipo 6 (HHV-6). Os pontos fundamentais para o diagnóstico são: a idade do paciente (1 ano e 6 meses, faixa etária mais comum entre 6 meses e 2 anos), o histórico de febre alta isolada por 3 dias e a defervescência (desaparecimento da febre) ocorrendo simultaneamente ao surgimento do exantema. Além disso, o exantema do exantema súbito tem início característico no tronco, espalhando-se depois para pescoço, face e membros.

JUSTIFICATIVA DAS ALTERNATIVAS:

a) Dengue: Incorreta. Na dengue, o exantema pode aparecer na fase de recuperação, mas o quadro clínico geralmente é marcado por prostração, mialgia, cefaleia e outros sintomas sistêmicos. A descrição de uma criança em bom estado geral com o padrão "febre que some e exantema que aparece", começando pelo tronco, é muito mais sugestiva de exantema súbito.

b) Eritema infeccioso: Incorreta. Causado pelo parvovírus B19, caracteriza-se pela fase inicial de "face esbofetada" (eritema malar), seguida por um exantema rendilhado em tronco e membros que pode recidivar com calor ou luz solar. Não costuma apresentar o pródrômo de febre alta por três dias seguido de melhora súbita antes das manchas.

c) Rubéola: Incorreta. O exantema da rubéola é tipicamente craniocaudal, ou seja, começa na face e desce para o corpo, ao contrário do exantema súbito, que começa no tronco. Além disso, a febre na rubéola costuma ser baixa e frequentemente há presença de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, o que não foi relatado no caso.

d) Exantema súbito: Correta. É a principal hipótese diagnóstica, pois se encaixa perfeitamente na descrição: lactente com febre alta que cede após 72 horas, seguida imediatamente por exantema maculopapular róseo de início troncular. O bom estado geral da criança, apesar das lesões cutâneas, corrobora este diagnóstico.

Questão 65

O quadro clínico descrito — febre recorrente com periodicidade regular (a cada 4 semanas), estomatite aftosa, faringite e adenite cervical — é clássico da Síndrome de PFAPA (Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, and Adenitis), também conhecida como Síndrome de Marshall. Esta é a síndrome de febre periódica mais comum na infância, iniciando-se geralmente antes dos 5 anos de idade.

Alternativa a: Incorreta. A ultrassonografia de partes moles não é indicada neste caso. O exame físico descreve linfonodos pequenos, móveis, fibroelásticos e sem sinais flogísticos, que são características de linfonodos reacionais. Não há suspeita de abscesso cervical ou neoplasia que justifique exames de imagem no momento.

Alternativa b: Incorreta. A infecção pelo vírus Epstein-Barr (mononucleose infecciosa) costuma cursar com febre mais prolongada, linfadenopatia generalizada, faringite exsudativa e, frequentemente, hepatosplenomegalia. O quadro da mononucleose não apresenta o padrão de recorrência cíclica e previsível a cada 4 semanas observado nesta criança.

Alternativa c: Incorreta. Embora a criança apresente faringite, a presença de aftas orais e a regularidade matemática das crises sugerem fortemente PFAPA. O fato de a criança ter usado antibióticos mensalmente sem que isso impedisse novos episódios reforça que a etiologia não é bacteriana. Realizar testes para estreptococos em todas as crises levaria a tratamentos desnecessários em um paciente que provavelmente é apenas um portador crônico ou que tem uma doença inflamatória.

Alternativa d: Correta. O diagnóstico de PFAPA é essencialmente clínico. Uma vez estabelecida a hipótese, a conduta mais assertiva é orientar os pais sobre a benignidade da doença, que é autolimitada e não interfere no crescimento da criança. O tratamento padrão para interromper a crise de febre é a administração de corticosteroide (geralmente prednisona ou prednisolona) em dose única no início dos sintomas. A resposta ao corticoide é dramática, com a febre desaparecendo em poucas horas, o que ajuda a confirmar o diagnóstico.

Associação com a questão: O caso clínico fornece os critérios de Marshall para PFAPA: febre recorrente iniciada em idade precoce (3 anos), ausência de infecção de vias aéreas superiores ou outras causas cíclicas, e presença de pelo menos um dos sintomas (aftas, adenite cervical ou faringite), com crescimento e desenvolvimento normais entre os episódios. O tratamento com corticoide é a intervenção mais eficaz para o controle dos episódios agudos.

Questão 66

O quadro clínico descreve uma criança com desnutrição moderada a grave, evidenciada pelos índices antropométricos (Z-score entre -2 e -3 para peso/estatura e estatura/idade), além de sinais clínicos como cabelos finos e quebradiços. O paciente apresenta complicações agudas que motivaram a internação: febre e diarreia (sugerindo infecção), desidratação e anemia clínica importante (hipocorada 3+/4+). O manejo da desnutrição grave é dividido em três fases: estabilização, reabilitação e acompanhamento.

Alternativa a) Incorreta. De acordo com os protocolos clássicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde para o tratamento da desnutrição grave, a reidratação deve ser feita preferencialmente por via oral ou por sonda nasogástrica, utilizando o ReSoMal (solução de reidratação para desnutridos), pois a via endovenosa traz um risco elevado de sobrecarga cardíaca. No entanto, o gabarito oficial da questão optou pela alternativa b, possivelmente interpretando que a gravidade clínica (taquicardia e anemia severa) e o ambiente hospitalar demandariam uma estabilização por via endovenosa para controle rigoroso.

Alternativa b) Correta. A fase de estabilização (que ocorre nos primeiros sete dias) foca em tratar as condições que podem levar ao óbito: hipoglicemia, hipotermia, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos (especialmente de potássio e magnésio) e infecções. Devido ao comprometimento do estado geral e aos sinais vitais alterados (taquicardia), a estabilização com suporte de hidratação e correção eletrolítica, associada ao tratamento precoce da infecção (antibioticoterapia), é o passo prioritário no manejo hospitalar, conforme o entendimento da banca examinadora.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa contém um erro crítico no tratamento de crianças desnutridas: a expansão volêmica com 20 mL/kg de soro fisiológico em regime de fluxo livre. Devido à atrofia da massa miocárdica e às alterações hemodinâmicas da desnutrição, esses pacientes não toleram grandes volumes rápidos, evoluindo facilmente para insuficiência cardíaca e edema agudo de pulmão. Caso haja choque, a recomendação é de volumes menores (15 mL/kg) e infusão lenta (em uma hora). Além disso, a alimentação deve ser iniciada de forma precoce e cautelosa ainda na fase de estabilização, e não apenas na reabilitação.

Alternativa d) Incorreta. Embora a criança apresente anemia severa (3+/4+), a transfusão de concentrado de hemácias não é a prioridade isolada ou o primeiro passo absoluto do tratamento sem considerar a estabilização hemodinâmica e infecciosa global. Além disso, a transfusão no desnutrido deve ser feita com extrema cautela, geralmente reservada para casos com hemoglobina abaixo de 4 g/dL ou sinais de insuficiência cardíaca. A alternativa b descreve de forma mais abrangente os pilares da fase de estabilização inicial.

Questão 67

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico apresenta uma criança de 2 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, apatia e hipotonia (tônus reduzido), associados a um erro alimentar importante e pancitopenia no hemograma. Essa combinação de manifestações neurológicas e hematológicas em um contexto nutricional aponta diretamente para a deficiência de vitamina B12.

ALTERNATIVA A (CORRETA)

A vitamina B12 (cianocobalamina) é essencial para a síntese de DNA e para a formação e manutenção da bainha de mielina. Na falta dessa vitamina, ocorre um defeito na divisão celular na medula óssea (hematopoese ineficaz), o que resulta em anemia megaloblástica e, em casos graves, na redução de todas as linhagens celulares (pancitopenia). No sistema nervoso, sua carência provoca desmielinização, o que explica o atraso no desenvolvimento, a hipotonia e a apatia. Em pacientes com sintomas neurológicos, a suplementação por via intramuscular é a conduta padrão para garantir a absorção e a rápida reversão dos danos.

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

A deficiência de tiamina (vitamina B1) é responsável pelo beribéri. Embora possa causar sintomas neurológicos (neuropatia periférica ou encefalopatia de Wernicke) e cardiovasculares, a tiamina não atua na síntese de DNA de modo a causar pancitopenia ou anemia megaloblástica.

ALTERNATIVA C (INCORRETA)

A deficiência de ferro é a causa mais comum de anemia em crianças, porém manifesta-se tipicamente como uma anemia microcítica e hipocrômica, e não como pancitopenia. Além disso, embora a carência de ferro prejudique o desenvolvimento cognitivo, ela não costuma causar o quadro de hipotonia severa e apatia profunda descrito no caso de forma isolada.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

A deficiência de niacina (vitamina B3) causa a pelagra, que é classicamente descrita pela tríade dos três Ds: dermatite, diarreia e demência. Não é uma causa reconhecida de pancitopenia no hemograma, e o quadro cutâneo (dermatite em áreas de exposição solar) estaria presente em um quadro clínico típico.

Questão 68

O caso descreve um lactente de 16 meses com sibilância recorrente (dois episódios), desencadeada por quadros virais, com boa resposta a broncodilatadores e forte história familiar de asma/atopia. Esses elementos clínicos são fundamentais para o diagnóstico de asma na infância, muitas vezes baseado no Índice Preditivo de Asma (IPA).

Alternativa (a) Incorreta: A espirometria é o exame de escolha para diagnosticar e monitorar a asma em adultos e crianças maiores. No entanto, ela requer a realização de manobras de expiração forçada coordenadas e dependentes da vontade do paciente. Crianças de 16 meses não possuem maturidade neuromuscular ou compreensão para realizar essas manobras, tornando a espirometria inviável nesta faixa etária (geralmente realizada apenas após os 5 ou 6 anos).

Alternativa (b) Correta: A oscilometria (ou oscilometria de impulso) é uma técnica que avalia a função pulmonar por meio de ondas sonoras aplicadas durante a respiração tranquila (volume corrente). Como não exige manobras forçadas ou cooperação ativa do paciente, é o método de escolha para a avaliação funcional objetiva em lactentes e pré-escolares que não conseguem realizar a espirometria. Ela permite identificar a resistência e a reatividade das vias aéreas, auxiliando na confirmação do diagnóstico de asma.

Alternativa (c) Incorreta: Embora o diagnóstico de asma em crianças menores de 5 anos seja eminentemente clínico devido às limitações técnicas, as diretrizes atuais recomendam, sempre que possível, a realização de exames complementares para documentar a limitação ao fluxo aéreo e a reversibilidade. No contexto acadêmico e de concursos, a oscilometria é reconhecida como o exame necessário para essa validação funcional em crianças pequenas.

Alternativa (d) Incorreta: O ecocardiograma é utilizado para investigar causas cardíacas de sibilância (como insuficiência cardíaca ou anéis vasculares). Entretanto, o paciente em questão é hígido, apresenta crescimento adequado, teste do pezinho normal e uma história clínica e familiar clássica de asma. Não há sinais clínicos (sopros, cianose, má perfusão ou déficit ponderal) que justifiquem a solicitação rotineira de ecocardiograma neste cenário.

Questão 69

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda a prevenção da bronquiolite viral aguda em um lactente de alto risco. O paciente apresenta três condições que o tornam extremamente vulnerável a complicações graves pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR): prematuridade (evidenciada pela diferença entre idade cronológica e corrigida), displasia broncopulmonar e cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica (comunicação interatrial e persistência do canal arterial).

Alternativa A: Incorreta. Embora evitar aglomerações e o contato com pessoas doentes sejam orientações importantes, o isolamento absoluto até os 6 meses não é a conduta técnica padrão. A principal estratégia de saúde pública e clínica para este perfil de paciente é a imunoprofilaxia passiva específica.

Alternativa B: Correta. O palivizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado direcionado contra a proteína F do VSR. No Brasil, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam sua administração mensal (até 5 doses) durante o período de sazonalidade do vírus para grupos específicos:

1. Prematuros nascidos com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas (até 1 ano de vida).
2. Crianças até 2 anos de idade com displasia broncopulmonar que necessitaram de tratamento nos últimos 6 meses.
3. Crianças até 2 anos de idade com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica significativa.

O bebê em questão preenche múltiplos critérios de indicação.

Alternativa C: Incorreta. Corticoides inalatórios não estão indicados para a prevenção da bronquiolite viral aguda. Além disso, não há indicação de seu uso para promover maturação pulmonar após o nascimento; a maturação pulmonar com corticoides é uma intervenção antenatal, realizada na gestante em risco de parto prematuro.

Alternativa D: Incorreta. O aleitamento materno é um fator de proteção crucial contra infecções respiratórias e deve ser mantido e incentivado. Em casos de baixo ganho ponderal em cardiopatas e prematuros, pode-se considerar o uso de fortificantes do leite materno ou fórmulas especiais como complemento, mas nunca a suspensão do aleitamento materno.

Questão 70

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um recém-nascido de 21 dias (fase de icterícia tardia) com quadro de icterícia leve (Kramer II), níveis de bilirrubina total de 6,3 mg/dL, com predomínio absoluto de bilirrubina indireta (5,6 mg/dL). O paciente está em aleitamento materno exclusivo, apresenta ótimo estado geral, ganho de peso adequado e não possui sinais de alarme, como febre, colúria (urina escura) ou acolia (fezes claras). O hemograma e os reticulócitos normais descartam processos hemolíticos ou infecciosos agudos.

O diagnóstico principal é a Icterícia do Leite Materno. Esta condição ocorre em bebês amamentados, iniciando-se geralmente após a primeira semana de vida, podendo atingir picos em 2 a 3 semanas e persistir por até 3 meses. A causa exata é desconhecida, mas acredita-se que substâncias no leite materno aumentem a circulação entero-hepática da bilirrubina. É uma condição benigna que não exige a interrupção da amamentação.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: Não há indicação de internação ou triagem para sepse. O recém-nascido está clinicamente bem, sem febre, com boa aceitação alimentar e ganho de peso. O hemograma normal e a ausência de sintomas sistêmicos afastam a hipótese de infecção neonatal tardia. Além disso, na sepse, é comum haver um componente de hiperbilirrubinemia direta ou hemólise acentuada, o que não ocorre aqui.

b) INCORRETA: A investigação de causas cirúrgicas, como a atresia de vias biliares, é indicada quando há colestase (hiperbilirrubinemia direta). No caso, a bilirrubina direta é de apenas 0,7 mg/dL (dentro da normalidade), e o bebê não apresenta colúria nem acolia fecal. Portanto, ultrassonografia e avaliação da cirurgia pediátrica são desnecessárias.

c) INCORRETA: O hemograma e a contagem de reticulócitos estão normais, o que afasta anemias hemolíticas, incluindo a deficiência de G6PD ou esferocitose, que se apresentariam com reticulocitose e queda nos níveis de hemoglobina/hematócrito. Com níveis de bilirrubina total tão baixos (6,3 mg/dL) aos 21 dias, uma investigação exaustiva para hemólise é injustificada.

d) CORRETA: Esta alternativa descreve exatamente a conduta para a Icterícia do Leite Materno. O quadro é benigno, o nível de bilirrubina está muito abaixo do limiar para fototerapia e a tendência é de resolução espontânea, podendo durar até o final do terceiro mês de vida. A orientação de manutenção do aleitamento materno e

observação clínica é a conduta padrão.

Questão 71

Análise do quadro clínico:

O caso descreve uma criança de 2 anos com diarreia aguda (5 dias de evolução) de características não inflamatórias (aquosa, sem menção a sangue ou muco). Ao exame físico, a presença de mucosas secas, sede e aumento da frequência cardíaca (120 bpm no limite superior para a idade) classifica o paciente como tendo "algum grau de desidratação". De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e da OMS, este quadro se enquadra no Plano B de tratamento.

Explicação das alternativas:

a) **CORRETA.** O paciente apresenta sinais clássicos de desidratação clínica (mucosas secas e sede). O manejo preconizado para crianças com algum grau de desidratação é o Plano B, que consiste na Terapia de Reidratação Oral (TRO) realizada sob supervisão no serviço de saúde, utilizando a Solução de Reidratação Oral (SRO) em doses pequenas e frequentes até que os sinais de desidratação desapareçam.

b) **INCORRETA.** A maioria das diarreias agudas na infância tem etiologia viral (como rotavírus e norovírus), especialmente quando há quadro semelhante em outros membros da família e febre baixa/limitada ao início do quadro. Diarreias aquosas não indicam, rotineiramente, o uso de antibióticos. A antibioticoterapia seria considerada em casos específicos, como suspeita de cólera grave ou disenteria (presença de sangue nas fezes).

c) **INCORRETA.** A restrição de lactose não deve ser feita de forma rotineira na diarreia aguda. A manutenção da dieta habitual, incluindo o aleitamento materno ou leites de rotina, é fundamental para a recuperação nutricional da mucosa intestinal. A dieta isenta de lactose só é indicada em casos raros de intolerância secundária persistente, o que não se caracteriza com apenas 5 dias de evolução.

d) **INCORRETA.** O zinco é recomendado para todas as crianças com quadro de diarreia aguda, independentemente da duração ou do estado de hidratação. O zinco deve ser iniciado assim que o quadro começa e mantido por 10 a 14 dias, pois reduz a duração do episódio atual, a gravidade das fezes e a incidência de novos episódios nos meses seguintes. Portanto, não é necessário esperar 14 dias para prescrevê-lo.

Questão 72

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

Estamos diante de um lactente de 2 meses com quadro clássico de Refluxo Gastroesofágico Fisiológico, popularmente conhecido como "Lactente Cuspidor" ou "Happy Spitter". As características principais são: regurgitações frequentes, porém com ganho de peso excelente (ganhou 2.300 g em 2 meses, uma média de quase 40 g/dia, muito acima do esperado) e ausência de sinais de alerta (irritabilidade, recusa alimentar, engasgos, sintomas respiratórios ou sangue nas fezes). O exame físico é totalmente normal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. O uso de inibidores da bomba de prótons (como o omeprazol) é reservado para casos de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), onde há complicações como esofagite, baixo ganho ponderal ou sintomas respiratórios crônicos. No refluxo fisiológico, o tratamento medicamentoso não é indicado e pode causar efeitos adversos desnecessários.

b) Incorreta. Jamais se deve suspender o aleitamento materno exclusivo em um lactente com crescimento e desenvolvimento adequados. O leite materno é o melhor alimento e possui digestão mais rápida que as fórmulas, o que pode até ajudar no esvaziamento gástrico. Fórmulas espessadas são opções para lactentes em uso de fórmula que apresentam sintomas acentuados, mas não substituem o leite materno.

c) Correta. Como a paciente é uma "Cuspidora Feliz" (tem refluxo, mas é saudável e cresce bem), a conduta correta é a orientação antecipatória. Deve-se tranquilizar a família sobre o caráter benigno e autolimitado da condição (que tende a melhorar com a maturação do esfíncter esofágico inferior e a postura ereta) e manter o aleitamento materno exclusivo em livre demanda.

d) Incorreta. A restrição de proteína do leite de vaca na dieta materna é o teste terapêutico para Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Embora a APLV possa se manifestar com vômitos, ela geralmente vem acompanhada de outros sintomas como irritabilidade intensa, baixo ganho de peso, dermatite atópica ou presença de muco/sangue nas fezes, sinais que estão ausentes neste caso clínico. Além disso, o ganho de peso excepcional da paciente afasta essa hipótese no momento.

Questão 73

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. As parasitoses intestinais são consideradas doenças negligenciadas e estão diretamente relacionadas ao subdesenvolvimento. As condições socioeconômicas, a falta de saneamento básico, a ausência de água tratada e o destino inadequado dos dejetos são os principais determinantes da alta incidência e prevalência dessas infecções na população.

Alternativa b) Incorreta. A coleta seriada de fezes (geralmente três amostras colhidas em dias alternados) é justamente a conduta recomendada para aumentar a sensibilidade do exame parasitológico de fezes (EPF). Isso ocorre porque a eliminação de cistos, ovos e larvas por muitos helmintos e protozoários (como a *Giardia lamblia*) é intermitente.

Alternativa c) Correta. Esta é a característica clínica clássica das parasitoses intestinais. A maioria das infecções, especialmente em áreas endêmicas, apresenta baixa carga parasitária, resultando em quadros sem sintomas ou com sintomas leves e inespecíficos. Quando ocorrem, as manifestações mais comuns envolvem dor abdominal, náuseas, vômitos e alterações no hábito intestinal (diarreia ou constipação).

Alternativa d) Incorreta. Pelo contrário, a Organização Mundial da Saúde recomenda o tratamento empírico periódico (quimioprevenção) em comunidades onde a prevalência de helmintoses transmitidas pelo solo é superior a 20%. Medicamentos como o albendazol e mebendazol são considerados seguros, de baixo custo e essenciais para o controle da morbidade em larga escala.

Questão 74

O quadro clínico apresentado é de uma Crise Febril Simples. Os critérios que definem essa condição estão todos presentes no caso: 1) Idade entre 6 meses e 5 anos (a criança tem 2 anos); 2) Crise de caráter generalizado; 3) Curta duração, inferior a 15 minutos (durou 3 minutos); 4) Ausência de recorrência nas últimas 24 horas; 5) Recuperação rápida da consciência e exame físico normal, sem sinais de irritação meníngea ou déficits focais.

Alternativa a: Esta é a conduta correta. Em casos de crise febril simples em crianças com desenvolvimento normal e exame físico sem sinais de infecção do sistema nervoso central, não há necessidade de exames complementares, punção lombar ou internação. O papel do médico é orientar a família, explicando que se trata de um evento benigno, com excelente prognóstico e que não causa sequelas neurológicas.

O tratamento deve ser direcionado à causa da febre (neste caso, o resfriado) com o uso de antitérmicos e sintomáticos.

Alternativa b: Incorreta. A solicitação de exames de imagem (tomografia) e eletroencefalograma não é indicada de forma rotineira. Esses exames são reservados para crises complexas (focais, com duração superior a 15 minutos ou que se repetem em 24 horas) ou quando há suspeita de alteração neurológica estrutural, o que não condiz com o estado alerta e lúcido da paciente.

Alternativa c: Incorreta. O eletroencefalograma (EEG) não deve ser realizado após uma primeira crise febril simples. O exame não consegue prever se a criança terá novas crises febris nem se desenvolverá epilepsia no futuro. Além disso, pode apresentar alterações inespecíficas que não mudam a conduta clínica e causam preocupação desnecessária aos responsáveis.

Alternativa d: Incorreta. A tomografia de crânio não está indicada. O exame de imagem deve ser solicitado apenas se houver sinais de hipertensão intracraniana, história de trauma, macrocefalia ou persistência de déficit neurológico pós-crise. O uso de radiação em crianças pequenas deve ser criteriosamente evitado quando o diagnóstico clínico é claro.

Gabarito: Letra (a).

Questão 75

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um paciente pediátrico de 8 anos com início agudo de sintomas após possível exposição a um alérgeno (durante o almoço). Ele apresenta envolvimento de dois sistemas: o mucocutâneo (edema labial) e o gastrointestinal (vômitos persistentes).

De acordo com os critérios da World Allergy Organization (WAO) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a anafilaxia é diagnosticada quando há o envolvimento agudo da pele ou mucosa associado a, pelo menos, um outro sistema (respiratório, cardiovascular ou gastrointestinal persistente). Portanto, o paciente em questão preenche critérios para anafilaxia, mesmo na ausência de urticária, hipotensão ou alterações respiratórias no momento.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora identifique corretamente o quadro como anafilaxia, a

via de administração da adrenalina está errada. A primeira linha de tratamento é a via intramuscular (músculo vasto lateral da coxa). A via endovenosa é reservada para casos graves refratários, em ambiente de terapia intensiva e sob monitorização contínua, devido ao risco de arritmias e picos hipertensivos.

Alternativa b) Incorreta. O quadro já fecha critérios para anafilaxia. Não é necessário o envolvimento respiratório ou cutâneo disseminado (como urticária) para o diagnóstico, bastando a associação de sintomas mucosos (edema labial) com sintomas gastrointestinais graves/persistentes (vômitos repetidos) após exposição a gatilho provável. Retardar a adrenalina esperando por sintomas respiratórios é um erro grave que aumenta a mortalidade.

Alternativa c) Correta. Identifica a anafilaxia e indica o tratamento padrão-ouro: adrenalina por via intramuscular imediata. A dose recomendada é de 0,01 mg/kg (máximo de 0,3 mg em crianças e 0,5 mg em adultos). O intervalo de 5 a 15 minutos para repetição da dose, caso não haja melhora clínica, está em total conformidade com os protocolos internacionais e nacionais.

Alternativa d) Incorreta. O termo "reação moderada" é impreciso aqui, pois o envolvimento multissistêmico define anafilaxia. O tratamento principal nunca deve ser apenas anti-histamínico e corticoide, pois essas medicações não tratam o colapso cardiovascular nem o edema de glote, apenas sintomas cutâneos e a fase tardia da reação. Além disso, a adrenalina inalatória não substitui a sistêmica (intramuscular) no tratamento da anafilaxia.