



SES

GABARITO | 2025 | GO | 100 Questões



Gabarito: SES

2025 | GO

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Para resolver essa questão, é fundamental compreender as indicações de intervenção cirúrgica (endarterectomia ou angioplastia) na doença carotídea, baseando-se nas diretrizes atuais (como as da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular e consensos internacionais como o NASCET e ESVS).

Análise do quadro clínico:

O paciente apresentou um AVE isquêmico há 3 meses. No entanto, os achados do Doppler mostram duas situações distintas que contraindicam a cirurgia no momento:

1. Lado Direito (Oclusão): Uma artéria carótida interna totalmente ocluída (100% de obstrução) não deve ser operada. A tentativa de reabrir uma carótida cronicamente ocluída não traz benefícios na prevenção de novos eventos isquêmicos e apresenta um risco altíssimo de complicações, como o deslocamento de trombos para o cérebro.

2. Lado Esquerdo (Estenose < 50%): Para pacientes sintomáticos, a indicação de intervenção cirúrgica ou endovascular geralmente ocorre quando a estenose é superior a 50%, com benefício máximo em estenoses acima de 70%. Uma estenose menor que 50% é classificada como leve/moderada, e o risco do procedimento cirúrgico supera o benefício da prevenção de um novo evento.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A endarterectomia é indicada para estenoses (estreitamentos), não para oclusões completas. Uma vez que a artéria está totalmente fechada, a conduta cirúrgica deixa de ser uma opção segura ou eficaz.

Alternativa b) Incorreta. A angioplastia (ou a endarterectomia) da carótida esquerda não está indicada porque o grau de estenose é inferior a 50%. Nesses casos, o tratamento de escolha é o controle rigoroso dos fatores de risco.

Alternativa c) Correta. Como não há indicação cirúrgica para a oclusão total à direita nem para a estenose leve à esquerda, a conduta deve ser o tratamento clínico otimizado. Isso inclui o uso de antiagregantes plaquetários (como aspirina ou clopidogrel), estatinas de alta potência para controle do colesterol e estabilização da placa, além do controle da hipertensão arterial e do diabetes.

Alternativa d) Incorreta. A embolectomia arterial é um procedimento de emergência indicado para casos de oclusão arterial aguda (geralmente em membros ou em fases

hiperagudas de AVC isquêmico via trombectomia mecânica). Não se aplica a um paciente estável, com diagnóstico de oclusão crônica realizado meses após o evento inicial.

Questão 2

A Síndrome de Cockett ou May-Thurner refere-se a uma variante anatômica em que a veia íliaca comum esquerda sofre uma compressão extrínseca pela artéria íliaca comum direita contra o corpo da quinta vértebra lombar (L5). Essa compressão mecânica e o trauma pulsátil crônico da artéria sobre a veia podem causar lesões na íntima do vaso, formação de traves intraluminais (esporões) e, conseqüentemente, trombose venosa profunda (TVP) no membro inferior esquerdo ou insuficiência venosa crônica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A síndrome ocorre nos vasos ilíacos comuns, que são os troncos principais antes da bifurcação em vasos internos e externos. A artéria e a veia íliaca interna não são os vasos protagonistas deste quadro clínico.

b) Incorreta. Os vasos femorais (artéria femoral profunda e veia femoral comum) situam-se em uma região mais distal, na transição entre a região inguinal e a coxa. A Síndrome de Cockett é um evento intra-abdominal/pélvico.

c) Incorreta. A artéria mesentérica superior comprimindo a veia renal esquerda contra a aorta caracteriza a Síndrome de Quebra-Nozes (ou Nutcracker Syndrome). Embora também seja uma síndrome de compressão vascular, a localização e a clínica (que envolve hematúria e dor no flanco) são distintas.

d) Correta. Esta alternativa descreve exatamente a anatomia da Síndrome de Cockett ou May-Thurner: o cruzamento da artéria íliaca comum direita sobre a veia íliaca comum esquerda, resultando na compressão desta última contra o plano ósseo. Devido a essa disposição anatômica, a imensa maioria dos casos de TVP associados a esta síndrome ocorre no membro inferior esquerdo.

Questão 3

O quadro clínico descreve um trauma abdominal penetrante (ferimento por projétil de arma de fogo) evoluindo com o surgimento de uma massa pulsátil. Esse achado é patognomônico de uma lesão arterial na qual o sangue extravasa, mas é contido pelos tecidos vizinhos, mantendo a pulsação transmitida pela luz do vaso.

Alternativa (a) Incorreta. A úlcera de aorta, ou úlcera aterosclerótica penetrante, é uma condição degenerativa. Ela ocorre quando uma placa de gordura sofre erosão e penetra na lâmina elástica interna da artéria. É um diagnóstico associado ao envelhecimento e à aterosclerose, não a eventos traumáticos agudos como um tiro.

Alternativa (b) Correta. O pseudoaneurisma, também chamado de falso aneurisma, acontece quando há uma lesão de todas as camadas da parede arterial (íntima, média e adventícia). No caso do trauma por arma de fogo, o projétil fere a artéria, o sangue sai do vaso, mas fica represado pelas estruturas ao redor ou pela própria fibrose do tecido adjacente. Como esse "saco" de sangue continua em comunicação direta com a artéria, ele pulsa conforme o batimento cardíaco, formando a massa pulsátil descrita.

Alternativa (c) Incorreta. O hematoma intramural é uma forma de síndrome aórtica aguda na qual ocorre sangramento dentro da camada média da parede do vaso, sem uma laceração evidente da íntima. Geralmente, é causado pela ruptura dos "vasa vasorum" em pacientes hipertensos e não por um trauma externo penetrante.

Alternativa (d) Incorreta. A dissecação de aorta ocorre quando o sangue entra entre as camadas da parede arterial, criando um falso lúmen. Embora possa ser causada por trauma (geralmente traumas contusos de grande energia, como desaceleração brusca), ela costuma se manifestar com dor intensa e isquemia de órgãos distais, e não tipicamente como uma massa abdominal pulsátil localizada imediatamente após um ferimento penetrante. O pseudoaneurisma é a complicação clássica de ferimentos arteriais por arma de fogo.

Questão 4

A alternativa correta é a (c).

A questão aborda o diagnóstico diferencial das massas hepáticas benignas, focando nos fatores epidemiológicos e de risco.

Alternativa a: Incorreta. A hiperplasia nodular focal (HNF) é a segunda neoplasia benigna mais comum do fígado e acomete predominantemente mulheres. No entanto, sua fisiopatologia está relacionada a uma resposta hiperplásica das células hepáticas a uma malformação vascular arterial preexistente. Diferentemente do adenoma, a HNF não possui uma relação causal direta com o uso de anticoncepcionais orais, embora hormônios possam influenciar minimamente o seu crescimento.

Alternativa b: Incorreta. O cisto simples hepático é uma lesão de conteúdo líquido,

revestida por epitélio biliar, de origem geralmente congênita. Não é classificado como uma neoplasia sólida e não apresenta nenhuma associação com o uso de hormônios esteroides ou anticoncepcionais.

Alternativa c: Correta. O adenoma hepático é um tumor epitelial benigno que ocorre quase exclusivamente em mulheres jovens (na idade fértil). Existe uma forte e bem documentada correlação entre o desenvolvimento desses tumores e o uso prolongado de anticoncepcionais orais (geralmente por mais de 5 anos), além de estar associado ao uso de esteroides anabolizantes. É uma lesão clinicamente importante pelo risco de complicações, como a ruptura com hemorragia intraperitoneal e o risco de transformação maligna para carcinoma hepatocelular.

Alternativa d: Incorreta. O hemangioma é o tumor benigno mais comum do fígado. Embora seja mais frequente em mulheres e possa aumentar de tamanho durante a gravidez ou terapia de reposição hormonal, sua origem não é causada pelo uso de esteroides exógenos. É uma malformação vascular de natureza congênita.

Questão 5

O Triângulo de Calot, também conhecido em termos cirúrgicos modernos como Triângulo Hepatocístico, é o espaço anatômico mais importante durante uma colecistectomia, pois sua dissecação completa permite a identificação segura das estruturas que serão ligadas: o ducto cístico e a artéria cística.

Alternativa A: CORRETA. Os limites do triângulo de Calot na prática cirúrgica atual são o ducto cístico (inferolateral), o ducto hepático comum (medial) e a borda inferior do fígado (superior). Dentro deste espaço, geralmente encontramos a artéria cística e, por vezes, o ducto cístico acessório. A dissecação cuidadosa desta área é o componente principal da "Visão Crítica de Segurança", técnica utilizada para prevenir lesões iatrogênicas da via biliar principal e de vasos importantes.

Alternativa B: INCORRETA. Os ductos hepáticos direito e esquerdo, juntamente com a borda inferior do fígado, formam a região do hilo hepático e da placa hilar. Embora seja uma área anatômica crucial, esses não são os limites que definem o Triângulo de Calot.

Alternativa C: INCORRETA. O limite medial do triângulo é o ducto hepático comum, e não o ducto colédoco (o colédoco se inicia apenas após a junção do cístico com o hepático comum). Além disso, embora a artéria cística fizesse parte da descrição original de Calot em 1891 como limite superior, a definição cirúrgica atual utiliza a borda do fígado como limite superior para garantir uma margem de segurança maior contra lesões da via biliar.

Alternativa D: INCORRETA. A descrição dos limites anatômicos está equivocada, pois cita a "borda inferior do ducto cístico" como um dos limites, o que não faz sentido geométrico para formar o triângulo. Além disso, a afirmação de que a lesão dessas estruturas demanda obrigatoriamente laparotomia mediana é falsa; o tratamento de lesões de via biliar depende da classificação da lesão (como a de Strasberg) e pode envolver desde procedimentos endoscópicos até reconstruções biliodigestivas complexas.

Em resumo, a alternativa A descreve com precisão a anatomia aplicada à prática cirúrgica da colecistectomia, focando na prevenção de complicações graves através do reconhecimento dos limites do triângulo hepatocístico.

Questão 6

Para responder corretamente a essa questão, é necessário conhecer a topografia abdominal e as principais vias de acesso cirúrgico para os órgãos da cavidade peritoneal. A apendicectomia foca no quadrante inferior direito, onde o apêndice cecal está habitualmente localizado.

Alternativa a) McBurney: Esta é a incisão clássica para a apendicectomia. Ela é realizada de forma oblíqua no ponto de McBurney (localizado na união do terço externo com os dois terços internos de uma linha imaginária entre a cicatriz umbilical e a crista ilíaca anterossuperior direita). É uma via de acesso direta e muito utilizada em casos de apendicite aguda não complicada. Portanto, é adequada.

Alternativa b) Rocky-Davis: Trata-se de uma incisão transversa realizada no quadrante inferior direito, também sobre o ponto de McBurney. A principal vantagem em relação à incisão de McBurney é o resultado estético superior, seguindo as linhas de força da pele (linhas de Langer). É amplamente utilizada em apendicectomias pediátricas e em adultos. Portanto, é adequada.

Alternativa c) Mediana infraumbilical: Esta incisão é realizada na linha média do abdome, abaixo do umbigo. Embora não seja a primeira escolha para apendicites simples, ela é perfeitamente adequada e indicada em casos de dúvida diagnóstica, peritonite generalizada ou quando se espera encontrar uma massa inflamatória complexa que exija ampla exposição da cavidade pélvica e abdominal inferior. Portanto, é considerada adequada para contextos específicos da patologia.

Alternativa d) Kocher: A incisão de Kocher é uma incisão subcostal direita. Ela é desenhada paralelamente à margem costal direita e é a via de acesso padrão para cirurgias abertas das vias biliares e do fígado, como a colecistectomia convencional.

Devido à sua localização no quadrante superior direito, ela é anatomicamente inadequada para acessar o apêndice cecal, que se encontra no quadrante inferior oposto.

Logo, a incisão de Kocher (alternativa d) é a única entre as citadas que não possui indicação ou aplicabilidade para a realização de uma apendicectomia, tornando-a a resposta correta para o enunciado.

Questão 7

O baço desempenha um papel fundamental na imunidade, sendo o principal local de filtração de patógenos da corrente sanguínea. Sua função é especialmente crítica na remoção de bactérias encapsuladas. Esses microrganismos possuem uma cápsula polissacarídica que os protege da fagocitose direta, exigindo a opsonização (marcação por anticorpos e sistema complemento) para serem destruídos. Os macrófagos da zona marginal do baço são os especialistas em identificar e retirar esses agentes opsonizados da circulação.

Na ausência do baço (asplenia anatômica por cirurgia ou funcional, como na anemia falciforme), o paciente fica vulnerável à Infecção Fulminante Pós-Esplenectomia (conhecida pela sigla OPSI — Overwhelming Post-Splenectomy Infection), uma condição de evolução rápida e alta mortalidade. Por esse motivo, o protocolo de imunização para esses pacientes deve cobrir obrigatoriamente os três principais patógenos encapsulados.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O *Staphylococcus aureus* não é um germe encapsulado clássico que dependa primordialmente do baço para sua depuração. A *Salmonella* pode causar complicações em pacientes com anemia falciforme (osteomielite), mas não é o foco principal da vacinação obrigatória pós-esplenectomia, conforme as diretrizes de imunização.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa lista a tríade clássica de bactérias encapsuladas que representam o maior risco para o paciente asplênico: *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), responsável pela maioria dos casos de sepse grave; *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib); e *Neisseria meningitidis* (meningococo). A proteção vacinal contra esses três agentes é mandatória.

Alternativa c) Incorreta. O pneumococo está correto; porém, *Escherichia coli* e *Klebsiella*, embora possam ter cápsulas, não são os alvos das vacinas específicas recomendadas rotineiramente para a prevenção da sepse fulminante

pós-esplenectomia.

Alternativa d) Incorreta. Semelhante à alternativa anterior, apenas o pneumococo está corretamente inserido no contexto de imunização profilática padrão para pacientes esplenectomizados. Salmonella e Klebsiella não fazem parte do esquema vacinal específico para essa condição.

Gabarito: Letra B.

Questão 8

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve uma paciente jovem com uma combinação de sintomas conhecida como síndrome colestática aguda. A presença de dor intensa em hipocôndrio direito associada a sinais de obstrução biliar (icterícia, colúria e acolia) de início súbito é altamente sugestiva de uma etiologia mecânica obstrutiva, especificamente por cálculos biliares.

Alternativa a) Incorreta. As hepatites virais podem cursar com icterícia e colúria, mas a dor abdominal costuma ser um desconforto leve, do tipo peso ou uma sensibilidade à palpação devido à distensão da cápsula que reveste o fígado (cápsula de Glisson). A dor descrita como intensa e aguda é muito mais característica de obstrução de ductos biliares (cólica biliar) do que de inflamação do parênquima hepático. Além disso, hepatites costumam apresentar sintomas prodrômicos, como febre, náuseas e mal-estar generalizado.

Alternativa b) Incorreta. A Síndrome de Gilbert é uma condição benigna na qual há uma deficiência parcial da enzima que conjuga a bilirrubina. Ela causa uma hiperbilirrubinemia indireta leve e intermitente, sem causar dor abdominal, colúria ou acolia fecal. Geralmente, é um achado incidental em exames de sangue ou manifesta-se com icterícia leve após períodos de estresse, jejum ou exercício intenso.

Alternativa c) Correta. A coledocolitíase é a presença de cálculos no interior do ducto colédoco, geralmente migrados da vesícula biliar. Esta é a principal causa de icterícia obstrutiva dolorosa em pacientes jovens. A obstrução aguda do fluxo biliar gera dor intensa (cólica biliar). Como a bile não chega ao intestino, as fezes perdem sua cor característica (acolia) e a bilirrubina direta acumulada no sangue é excretada pelos rins, deixando a urina escura (colúria).

Alternativa d) Incorreta. Os tumores periampulares (como o câncer de cabeça de pâncreas ou da ampola de Vater) podem causar icterícia obstrutiva com colúria e

acolia. No entanto, a apresentação clássica dessas neoplasias é a chamada icterícia silenciosa: um quadro progressivo e indolor, frequentemente associado à perda ponderal e em pacientes de faixa etária mais avançada. A dor aguda intensa em uma paciente de 24 anos torna a hipótese de litíase (pedra) muito mais provável do que um tumor.

Questão 9

O teste de Lachman é considerado o exame clínico mais sensível e fidedigno para diagnosticar a ruptura do ligamento cruzado anterior (LCA), sendo superior inclusive ao teste de gaveta anterior, especialmente em lesões agudas em que a defesa muscular pode interferir no exame. Ele é realizado com o paciente em decúbito dorsal e o joelho flexionado entre 20 e 30 graus. O examinador estabiliza o fêmur com uma mão e, com a outra, aplica uma força de translação anterior na tíbia proximal. O teste é positivo quando há um deslocamento anterior aumentado da tíbia em relação ao fêmur e uma sensação de interrupção "suave" ou ausente (falta de endpoint firme).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O teste de Godfrey é utilizado para avaliar a integridade do ligamento cruzado posterior (LCP). Com o paciente em decúbito dorsal e os quadris e joelhos flexionados a 90 graus, o examinador observa o perfil lateral do joelho. Se houver lesão do LCP, a gravidade fará com que a tíbia sofra uma queda posterior (posterior sag), alterando o contorno da tuberosidade anterior da tíbia.

b) Correta. O teste de Lachman é o padrão-ouro clínico para a avaliação de lesão completa do ligamento cruzado anterior (LCA).

c) Incorreta. O teste de Apley é indicado para a pesquisa de lesões meniscais. É realizado com o paciente em decúbito ventral e o joelho flexionado a 90 graus. O examinador aplica uma compressão axial sobre o pé enquanto rotaciona a tíbia; a dor nessa manobra sugere lesão meniscal. O teste também envolve uma fase de distração para avaliar componentes ligamentares colaterais.

d) Incorreta. O teste de Steinmann (I e II) também é voltado para o diagnóstico de lesões nos meniscos. O teste de Steinmann I utiliza a rotação súbita da tíbia com o joelho em diferentes graus de flexão para provocar dor na interlinha articular. O Steinmann II observa o deslocamento da dor na interlinha conforme o joelho é flexionado e estendido (a dor meniscal tende a se deslocar para trás na flexão e para frente na extensão).

Questão 10

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente jovem com trauma agudo no ombro, apresentando dor intensa, incapacidade funcional e uma deformidade específica conhecida como sinal da dragona do soldado. Este sinal é caracterizado pela perda do contorno arredondado do músculo deltoide, tornando o ombro quadrado devido ao deslocamento da cabeça umeral para fora da cavidade glenoide. Este achado é patognomônico da luxação glenoumeral, mais comumente na sua forma anterior.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Correta. A luxação glenoumeral ocorre quando há a perda completa do contato entre a cabeça do úmero e a cavidade glenoide da escápula. No exame físico, a ausência da cabeça do úmero em sua posição anatômica faz com que o acrômio se torne a estrutura mais proeminente, gerando o aspecto de ombreira militar ou sinal da dragona. O diagnóstico é confirmado por radiografias nas incidências de rotina (AP, perfil escapular e axilar).

Alternativa b) Incorreta. Embora a fratura do úmero proximal cause dor intensa e limitação funcional, ela costuma cursar com edema importante e, após 24 a 48 horas, pode apresentar a equimose de Hennequin (na face interna do braço e lateral do tórax). Não apresenta o sinal da dragona, a menos que haja uma fratura-luxação associada.

Alternativa c) Incorreta. A luxação acromioclavicular (LAC) envolve a articulação entre o acrômio e a extremidade distal da clavícula. O sinal clínico característico da LAC é o sinal da tecla, no qual a extremidade distal da clavícula está elevada (devido à ruptura dos ligamentos coracoclaviculares) e pode ser reduzida momentaneamente ao ser pressionada para baixo, como uma tecla de piano.

Alternativa d) Incorreta. A fratura da clavícula é uma lesão comum em traumas de ombro e apresenta dor localizada e deformidade visível sobre o trajeto do osso (geralmente no terço médio). O paciente pode apresentar o ombro caído para frente e para baixo, mas o contorno do deltoide (articulação glenoumeral) permanece preservado, o que descarta o sinal da dragona.

Questão 11

A questão descreve um quadro clínico clássico de uma emergência ortopédica em pediatria. A combinação de sintomas sistêmicos (febre), dor intensa com limitação funcional e sinais flogísticos locais (edema e hiperemia) em um lactente direciona o diagnóstico para um processo infeccioso agudo da articulação.

A atitude do membro em flexão e rotação externa descrita no enunciado é característica. Essa posição aumenta o volume da cápsula articular, minimizando a pressão interna causada pelo derrame purulento e, conseqüentemente, reduzindo a dor do paciente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Doença de Legg-Calvé-Perthes é a necrose avascular idiopática da cabeça femoral. Ela acomete tipicamente crianças entre 4 e 10 anos de idade, com um quadro clínico de início insidioso (crônico/subagudo), sem febre e sem sinais inflamatórios agudos como edema ou hiperemia local.

b) Incorreta. A Epifisiólise (escorregamento da epífise proximal do fêmur) é uma patologia característica de adolescentes, frequentemente associada ao sobrepeso ou estirões de crescimento. O quadro clínico envolve dor e claudicação, mas não apresenta sinais sistêmicos de infecção (febre) ou sinais inflamatórios locais exuberantes.

c) Incorreta. A Sinovite Transitória do quadril é a causa mais comum de dor no quadril na infância, geralmente precedida por uma infecção viral das vias aéreas superiores. Embora possa causar dor e claudicação, a criança costuma estar em bom estado geral, sem febre alta e sem os sinais inflamatórios locais (edema e vermelhidão) descritos no caso. É o principal diagnóstico diferencial, mas a gravidade do quadro do lactente no enunciado aponta para uma causa bacteriana.

d) Correta. A Artrite Séptica do quadril é uma infecção bacteriana intra-articular que constitui uma urgência médica. Em lactentes, o diagnóstico é baseado na tríade de febre, limitação dolorosa da articulação e sinais inflamatórios locais. A descrição da "atitude de conforto" (flexão e rotação externa) e a presença de edema e hiperemia na face anterior do quadril confirmam a Artrite Séptica como a principal hipótese diagnóstica, exigindo punção articular imediata para confirmação e tratamento cirúrgico com drenagem e antibioticoterapia.

Gabarito: Letra (d).

Questão 12

O processo de cicatrização de feridas cutâneas é dividido em três fases principais: inflamatória, proliferativa e de remodelamento. O ganho de força tênsil (resistência ao estiramento) está intimamente ligado à síntese, organização e reticulação das fibras de colágeno durante essas etapas.

Logo após a lesão e sutura, a força da ferida é praticamente nula, dependendo inteiramente do material de sutura. Com o passar dos dias, inicia-se a fase proliferativa, na qual o colágeno tipo III (mais frágil) é depositado. Por volta da terceira semana, a ferida atinge cerca de 20% da força original da pele íntegra.

A fase de remodelamento é a mais longa, podendo durar mais de um ano. Nesse período, o colágeno tipo III é substituído pelo colágeno tipo I, que é mais resistente, e as fibras são reorganizadas de forma paralela e com maiores ligações cruzadas (cross-linking). No entanto, apesar de todo esse processo, a cicatriz nunca recupera as características biomecânicas idênticas à pele original. A literatura cirúrgica clássica (como Sabiston e Schwartz) estabelece que a força tênsil máxima de uma cicatriz madura estabiliza-se em cerca de 80% em relação à pele não lesionada.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 60%. Incorreta. Este valor é ultrapassado durante o primeiro ano de remodelamento. Embora a força cresça gradualmente, o patamar final é superior a este índice.

Alternativa b) 70%. Incorreta. Embora algumas referências possam citar valores próximos a este em estágios intermediários de maturação, o consenso para provas de residência e concursos, baseado nos principais tratados de cirurgia, é que o teto da recuperação é de 80%.

Alternativa c) 80%. Correta. Este é o valor padrão aceito na fisiologia da cicatrização. Representa a capacidade máxima de resistência que o tecido cicatricial consegue atingir após o completo remodelamento do colágeno, mantendo sempre um déficit de 20% em relação à pele normal.

Alternativa d) 90%. Incorreta. É um valor superestimado. Devido à ausência de fibras elásticas e à organização estrutural do colágeno na cicatriz (que difere da trama em "cesta de vime" da pele normal), a ferida nunca atinge níveis tão próximos à integridade original.

Questão 13

Análise do caso: A paciente apresenta um quadro clássico de queimadura de primeiro grau (espessura superficial) após exposição solar. Os sinais clínicos relatados, como eritema (vermelhidão) e dor, sem a presença de bolhas ou flictenas, indicam que apenas a camada mais superficial da pele (epiderme) foi atingida.

Regra dos Nove: A Regra de Wallace é utilizada para calcular a porcentagem da Superfície Corporal Queimada (SCQ). No entanto, para fins de classificação de gravidade, cálculo de reposição volêmica (Fórmula de Parkland) e critérios de transferência para centros de queimados, apenas as queimaduras de segundo grau (espessura parcial) e terceiro grau (espessura total) devem ser contabilizadas. Queimaduras de primeiro grau não entram nesse cálculo.

Alternativa a: Incorreta. Queimaduras de primeiro grau não são incluídas na Regra dos Nove para definição de conduta hospitalar ou transferência. Além disso, o cálculo de 36% está matematicamente incompleto para as áreas descritas (tronco total e braços totalizariam 54%).

Alternativa b: Correta. O tratamento para queimaduras de primeiro grau é sintomático, envolvendo analgesia e cuidados locais, como hidratação da pele e compressas frias. A conduta correta na UBS é orientar que, por ser uma lesão de primeiro grau (apenas eritema), a Regra dos Nove não é aplicada para definir gravidade ou necessidade de transferência.

Alternativa c: Incorreta. Não há indicação de internação para queimaduras de primeiro grau, independentemente da extensão. O manejo é ambulatorial. Além disso, a afirmação de que a área é menor que 20% está incorreta, pois a soma das áreas citadas ultrapassa esse valor, embora o cálculo não deva ser realizado neste caso clínico.

Alternativa d: Incorreta. Embora o cálculo de 54% esteja correto do ponto de vista anatômico (tronco anterior 18%, tronco posterior 18% e ambos os braços 18%), o encaminhamento para uma unidade de referência é desnecessário. O eritema solar não preenche critérios de transferência para centros de queimados, que exigem a presença de lesões de segundo ou terceiro graus em extensões significativas ou em áreas nobres.

Questão 14

Para resolver essa questão, devemos seguir um raciocínio matemático baseado na farmacologia clínica dos anestésicos locais. O objetivo é determinar a dose máxima de lidocaína com vasoconstritor para um paciente de 80 kg.

Passo 1: Entender a concentração do anestésico.

A lidocaína a 2% significa que existem 2 gramas de anestésico em cada 100 ml de solução. Convertendo para miligramas, temos 2.000 mg em 100 ml. Portanto, cada 1 ml da solução contém 20 mg de lidocaína (20 mg/ml).

Passo 2: Determinar a dose máxima recomendada.

Para a lidocaína, as doses máximas de segurança habitualmente aceitas na literatura médica são:

- Sem vasoconstritor: 4,5 a 5 mg/kg.
- Com vasoconstritor (como no caso da questão): 7 mg/kg.

Passo 3: Calcular a dose total permitida para o paciente.

O paciente pesa 80 kg. Multiplicamos o peso pela dose máxima por quilo:

$$80 \text{ kg} \times 7 \text{ mg/kg} = 560 \text{ mg.}$$

Portanto, a dose total máxima que esse paciente pode receber é de 560 mg de lidocaína.

Passo 4: Converter a dose em miligramas para volume em mililitros.

Sabemos que cada 1 ml contém 20 mg. Dividimos a dose total pela concentração:

$$560 \text{ mg} / 20 \text{ mg/ml} = 28 \text{ ml.}$$

Análise das alternativas:

- Incorreta. 17 ml equivalem a 340 mg de lidocaína. Essa dose está abaixo do limite máximo de segurança para um paciente de 80 kg (que é 560 mg), mas a questão pede o volume máximo possível.
- Incorreta. 22 ml equivalem a 440 mg de lidocaína. Embora seja uma dose segura, ainda não atinge o limite máximo calculado para o peso do paciente.
- Correta. Como demonstrado no cálculo, 28 ml de lidocaína a 2% fornecem exatamente os 560 mg que representam o limite de segurança de 7 mg/kg para um indivíduo de 80 kg.
- Incorreta. 32 ml equivalem a 640 mg de lidocaína. Esta dose excede o limite de segurança de 7 mg/kg (560 mg), aumentando consideravelmente o risco de toxicidade sistêmica (efeitos neurológicos e cardiovasculares).

Questão 15

CLASSIFICAÇÃO DOS BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES (BNM) QUANTO À DURAÇÃO

A classificação dos bloqueadores neuromusculares é baseada no tempo de ação clínica (tempo desde a administração até a recuperação de 25% da força muscular) e na meia-vida de eliminação. Didaticamente, dividimos os fármacos em quatro grupos:

1. Ultracurta: menos de 10 minutos (Exemplo: Succinilcolina).
2. Curta: 10 a 20 minutos (Exemplo: Mivacúrio).
3. Intermediária: 20 a 60 minutos (Exemplos: Rocurônio, Vecurônio, Atracúrio e Cisatracúrio).
4. Longa: mais de 60 minutos (Exemplo: Pancurônio).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O rocurônio é um bloqueador neuromuscular não-despolarizante de duração intermediária. Embora tenha o início de ação mais rápido entre os não-despolarizantes (útil para sequência rápida de intubação), sua duração de ação não é ultracurta. O único representante da classe de duração ultracurta é a succinilcolina.

b) Incorreta. O atracúrio é classificado como um bloqueador de duração intermediária. Ele é conhecido por sua degradação através da eliminação de Hofmann e hidrólise por esterases plasmáticas, o que o torna independente da função renal ou hepática, mas seu tempo de ação permanece na faixa de 30 a 45 minutos.

c) Correta. O vecurônio é o exemplo clássico de um bloqueador neuromuscular de duração intermediária. É um aminoesteróide que apresenta um perfil de duração clínica em torno de 30 a 40 minutos, sendo amplamente utilizado em cirurgias de médio porte.

d) Incorreta. O cisatracúrio é um isômero do atracúrio e também pertence à classe de duração intermediária. Bloqueadores de longa duração, como o pancurônio, possuem meias-vidas de eliminação muito mais extensas e são menos utilizados hoje em dia devido ao risco elevado de bloqueio residual no pós-operatório.

Questão 16

CONCEITOS DA ESCADA ANALGÉSICA DA OMS

A Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS) é um guia fundamental para o manejo da dor. Originalmente proposta para dor oncológica, hoje é aplicada de forma universal. A imagem apresentada ilustra o modelo moderno de quatro degraus, que organiza o tratamento conforme a intensidade da dor (leve, moderada, forte e refratária).

DESCRIÇÃO DOS DEGRAUS:

1º Degrau (Dor Leve): Analgésicos não opioides (paracetamol, dipirona) e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), com ou sem adjuvantes.

2º Degrau (Dor Moderada): Opioides fracos (tramadol, codeína), geralmente associados aos fármacos do primeiro degrau.

3º Degrau (Dor Forte): Opioides fortes (morfina, metadona, fentanil, oxicodona).

4º Degrau (Dor Grave/Refratária): Técnicas intervencionistas e invasivas (bloqueios de nervos, anestesia regional, bombas de infusão espinhal, procedimentos neurocirúrgicos).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A alternativa inicia pelo bloqueio de nervos, que é uma conduta de 4º degrau, e coloca os anti-inflamatórios (1º degrau) em uma posição posterior na sequência.

b) CORRETA. Esta opção segue exatamente a progressão farmacológica e técnica recomendada: paracetamol (1º degrau), tramadol (2º degrau - opioide fraco), morfina (3º degrau - opioide forte) e bloqueio de nervos (4º degrau - intervenção).

c) Incorreta. Dipirona, paracetamol e anti-inflamatórios pertencem todos ao mesmo nível de tratamento (1º degrau). A questão pede a sequência correspondente a cada um dos quatro degraus distintos.

d) Incorreta. A sequência está desordenada. Começa pelo 2º degrau (tramadol), cita dois opioides fortes em sequência (morfina e metadona, ambos do 3º degrau) e finaliza com o paracetamol, que deveria estar no início da terapia (1º degrau).

A imagem reforça o conceito de que, para dores agudas ou crônicas persistentes, o

médico deve escalar o tratamento conforme a necessidade clínica do paciente, partindo da base (degrau 1) até as medidas de maior complexidade (degrau 4).

Questão 17

A escala de Aldrete-Kroulik é o instrumento mais utilizado mundialmente para padronizar os critérios de alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), garantindo que o paciente tenha recuperado suas funções vitais básicas após a anestesia.

Originalmente proposta em 1970, a escala avaliava cinco parâmetros: atividade motora, respiração, circulação, consciência e cor da pele. Contudo, em 1995, a escala foi revisada para se adaptar à modernização da monitorização anestésica. A principal mudança foi a substituição do parâmetro "Coloração" (que era subjetivo e dependente da interpretação visual) pela "Saturação de Oxigênio", uma vez que a oximetria de pulso se tornou obrigatória e fornece um dado objetivo sobre a oxigenação do paciente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A intensidade da dor, embora seja um parâmetro clínico fundamental avaliado na SRPA, não faz parte do cálculo da pontuação da escala de Aldrete-Kroulik. Além disso, a coloração foi o item substituído na versão revisada.

b) Incorreta. Esta alternativa mantém o item "coloração", que foi justamente o critério removido na revisão da escala para a inclusão da oximetria de pulso. Também omite o parâmetro da atividade motora.

c) Incorreta. Novamente, a intensidade da dor é citada erroneamente como parte da escala. O parâmetro "circulação" (estabilidade da pressão arterial) também foi omitido nesta alternativa.

d) Correta. Esta alternativa descreve com precisão os cinco domínios da escala de Aldrete-Kroulik revisada (ou modificada):

1. Atividade motora: Capacidade de mover os membros voluntariamente ou sob comando.
2. Respiração: Capacidade de respirar profundamente e tossir.
3. Circulação: Manutenção da pressão arterial em níveis próximos aos do pré-operatório.
4. Consciência: Nível de alerta e orientação.
5. Saturação de oxigênio: Avaliação objetiva via oximetria de pulso.

Cada um desses itens recebe uma pontuação de 0 a 2, totalizando no máximo 10 pontos. Geralmente, uma pontuação maior ou igual a 8 ou 9 é necessária para a alta segura da SRPA.

Questão 18

Análise do caso clínico:

A paciente tem 65 anos e uma carga tabágica expressiva de 35 maços/ano. Esses dois fatores, associados ao fato de ser fumante ativa, colocam-na em um grupo de alto risco para o desenvolvimento de neoplasia pulmonar. Além disso, ela apresenta sintomas respiratórios (pigarro e dispneia) que exigem investigação.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O rastreio universal da DPOC em pacientes assintomáticos não é recomendado pelas principais diretrizes (como a USPSTF). No caso de pacientes sintomáticos, como esta senhora, o termo correto seria investigação diagnóstica por meio da espirometria, e não rastreio. Embora a espirometria seja necessária para avaliar a dispneia e o pigarro, a prioridade de rastreamento preventivo em termos de mortalidade para essa carga tabágica específica é a neoplasia de pulmão.

Alternativa (b) Incorreta. Não se deve prescrever broncodilatadores (como beta-agonistas) de forma empírica sem antes realizar um diagnóstico funcional respiratório. A dispneia aos médios esforços em uma paciente hipertensa e tabagista pode ter causas pulmonares, cardíacas ou até mesmo estar relacionada ao sedentarismo e ao hipotireoidismo.

Alternativa (c) Correta. De acordo com as diretrizes atuais (como as da USPSTF e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia), o rastreamento de câncer de pulmão está indicado para adultos entre 50 e 80 anos que tenham uma carga tabágica de 20 maços/ano ou mais e que sejam fumantes ativos ou tenham parado nos últimos 15 anos. A paciente cumpre todos os critérios: tem 65 anos e 35 maços/ano. O exame de escolha é a tomografia computadorizada (TC) de tórax de baixa dosagem de radiação, anualmente. Esta intervenção tem impacto direto na redução da mortalidade específica por câncer de pulmão.

Alternativa (d) Incorreta. Assim como na alternativa B, a prescrição de antimuscarínicos (outro tipo de broncodilatador) sem a confirmação de uma doença obstrutiva (como a DPOC) por meio de espirometria é uma conduta inadequada e precipitada.

Resumo da conduta:

Diante de uma paciente de 65 anos com carga tabágica de 35 maços/ano, a prioridade de rastreamento oncológico é a TC de tórax de baixa dosagem. Simultaneamente, deve-se proceder com a investigação diagnóstica da dispneia (espirometria e avaliação cardiovascular) e o apoio à cessação tabágica já mencionado no enunciado.

Questão 19

Análise do Caso Clínico:

O paciente é um homem jovem (22 anos), sem comorbidades conhecidas, mas tabagista, que apresenta um quadro súbito de dor torácica e dispneia. Ao exame físico, os achados de murmúrio vesicular reduzido e percussão timpânica (hiperressonância) no hemitórax direito são clássicos para a presença de ar no espaço pleural.

Diagnóstico:

O pneumotórax espontâneo primário ocorre tipicamente em adultos jovens, magros e altos, frequentemente tabagistas, sem doença pulmonar subjacente conhecida. É causado geralmente pela ruptura de pequenas bolhas subpleurais (blebs). O pneumotórax espontâneo secundário, por outro lado, ocorre em pacientes com doenças pulmonares prévias (como DPOC).

Propedêutica:

Para um paciente hemodinamicamente estável (como indicado pela pressão arterial de 110 x 90 mmHg), o exame inicial de escolha para confirmação diagnóstica é a Radiografia de Tórax (RX de tórax) em inspiração, na posição ortostática (em pé).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é improvável nessa faixa etária (22 anos) e sem fatores de risco maiores. Além disso, o IAM não justificaria os achados físicos de percussão timpânica e redução do murmúrio vesicular unilateral. O eletrocardiograma é o exame inicial para dor torácica suspeita de origem cardíaca, o que não é o caso aqui.

b) Incorreta. O pneumotórax é chamado de secundário quando há uma doença pulmonar de base (como enfisema ou fibrose cística), o que o enunciado nega ao dizer "sem comorbidades". Embora a Tomografia de Tórax seja mais sensível, a Radiografia de Tórax é o exame inicial padrão e suficiente na maioria dos casos de emergência.

c) Incorreta. Além do diagnóstico de IAM estar incorreto para este quadro clínico, a Angiotomografia de Tórax é utilizada principalmente para o diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) ou dissecação de aorta, não sendo o protocolo padrão inicial para IAM (que utiliza ECG e marcadores de necrose miocárdica).

d) Correta. O quadro clínico de dor súbita em jovem, associado a murmúrio vesicular reduzido e timpanismo à percussão, é a apresentação clássica do Pneumotórax Espontâneo Primário. A Radiografia de Tórax é o exame complementar adequado e inicial para confirmar a presença de ar na cavidade pleural e avaliar a extensão do colapso pulmonar.

Gabarito: Letra (d).

Questão 20

A cistite não complicada é uma das infecções bacterianas mais frequentes na prática clínica, especialmente em mulheres jovens e sexualmente ativas. O objetivo do tratamento é a resolução dos sintomas e a erradicação bacteriana, priorizando antibióticos com alta concentração urinária, baixo impacto na microbiota intestinal (minimizando o dano colateral) e baixas taxas de resistência local.

De acordo com as principais diretrizes nacionais e internacionais (como as da Sociedade Brasileira de Urologia e as da IDSA), o tratamento de primeira linha é composto por:

1. Nitrofurantoína: Apresenta baixas taxas de resistência da *Escherichia coli*, o principal patógeno. É utilizada na dose de 100 mg, via oral, de 12 em 12 horas (ou 6 em 6 horas, dependendo da formulação), por 5 dias.
2. Fosfomicina trometamol: Possui a conveniência da dose única (3 g, via oral), o que garante excelente adesão ao tratamento.

Análise das alternativas:

Alternativa A (CORRETA): Fosfomicina e nitrofurantoína são os pilares do tratamento de primeira linha devido à eficácia contra os principais uropatógenos e ao perfil de segurança, com pouca indução de resistência bacteriana sistêmica.

Alternativa B (INCORRETA): Embora a nitrofurantoína esteja correta, a ciprofloxacina (uma quinolona) não é mais considerada primeira linha para cistite não complicada. As quinolonas devem ser reservadas para casos de pielonefrite ou infecções urinárias complicadas, visando evitar o aumento da resistência bacteriana e devido aos potenciais efeitos colaterais graves (como rotura de tendão e distúrbios do SNC).

Alternativa C (INCORRETA): A fosfomicina está correta, mas a ampicilina não deve ser usada de forma empírica para cistite. As aminopenicilinas possuem taxas de resistência muito elevadas da *E. coli* (frequentemente acima de 20 a 30%), o que as torna ineficazes como terapia inicial sem um antibiograma prévio.

Alternativa D (INCORRETA): Ambas as medicações são inadequadas para a primeira linha neste contexto. A ciprofloxacina é droga de reserva/segunda linha e a ampicilina possui alta taxa de resistência bacteriana.

Em resumo, para o tratamento empírico da cistite aguda não complicada em mulheres, a escolha deve recair sobre drogas com ação predominantemente urinária e alta sensibilidade, o que torna a alternativa A a única correta.

Questão 21

Para a avaliação diagnóstica da cistite não complicada em mulheres jovens e não grávidas, o diagnóstico costuma ser clínico ou baseado em um exame de urina simples (EAS ou fita reagente), dispensando a urocultura inicial. No entanto, a urocultura torna-se necessária em situações específicas para identificar o patógeno e sua sensibilidade aos antibióticos.

Alternativa a) Incorreta. A pielonefrite aguda é uma infecção do trato urinário superior e, por definição, já exige a solicitação de urocultura desde a primeira suspeita, independentemente de ter sido maltratada anteriormente. A questão foca na transição da conduta da cistite (infecção baixa) para a necessidade de cultura.

Alternativa b) Correta. A persistência ou a recorrência de sintomas precocemente (dentro de duas a quatro semanas após o término do tratamento) sugere falha terapêutica, que pode ocorrer por resistência bacteriana ao antibiótico utilizado ou por uma reinfecção. Nesses casos, a urocultura com antibiograma é obrigatória para guiar a escolha de uma nova terapia eficaz.

Alternativa c) Incorreta. Se a mulher apresenta sintomas típicos de forma esporádica e responde bem ao tratamento habitual, a urocultura pode não ser exigida em todos os episódios. A urocultura é indicada na cistite recorrente (definida como dois ou mais episódios em seis meses, ou três ou mais em um ano), mas a alternativa usa o termo vago "periodicamente", o que não a torna a melhor resposta frente à falha terapêutica descrita na alternativa b.

Alternativa d) Incorreta. Na gestação, a urocultura é solicitada para todas as mulheres como rastreio de bacteriúria assintomática no primeiro trimestre e sempre

que houver suspeita de cistite, independentemente de a gravidez ser classificada como de "risco" ou não. O termo "gravidez de risco" restringe desnecessariamente a indicação que é universal no pré-natal.

Questão 22

A Terapia Expulsiva Medicamentosa (TEM) utiliza fármacos para facilitar a eliminação de cálculos ureterais, sendo os alfa-bloqueadores, como a tansulosina, a classe mais recomendada. O mecanismo de ação baseia-se no bloqueio dos receptores alfa-1 adrenérgicos, que estão presentes em alta densidade na musculatura lisa do ureter, especialmente no terço distal. O bloqueio desses receptores promove o relaxamento ureteral, reduzindo a pressão intraureteral e facilitando a progressão do cálculo.

Alternativa (a) Incorreta: Cálculos proximais (localizados no ureter superior) apresentam uma resposta menos consistente aos alfa-bloqueadores em comparação aos distais. A densidade de receptores alfa-1 é maior no ureter distal, o que torna a terapia menos eficaz para cálculos situados próximos ao rim.

Alternativa (b) Incorreta: Cálculos menores que 5 mm apresentam uma taxa de eliminação espontânea muito elevada, frequentemente superior a 80-90%. Grandes estudos multicêntricos demonstraram que, para cálculos desse tamanho, o uso de alfa-bloqueadores não oferece um benefício estatisticamente significativo na taxa de expulsão quando comparado ao placebo.

Alternativa (c) Incorreta: Esta opção combina a localização proximal, onde a eficácia da medicação é reduzida, com um tamanho de cálculo (menor que 5 mm) que geralmente dispensa o uso de terapia expulsiva devido à alta probabilidade de passagem espontânea apenas com hidratação e analgesia.

Alternativa (d) Correta: O benefício da terapia expulsiva medicamentosa com alfa-bloqueadores é claramente demonstrado em cálculos localizados no ureter distal que medem mais de 5 mm (geralmente entre 5 mm e 10 mm). Nessas situações, a medicação aumenta significativamente a taxa de sucesso da expulsão, reduz o tempo necessário para a saída do cálculo e diminui a intensidade da dor e a necessidade de analgésicos. As principais diretrizes urológicas internacionais (EAU e AUA) recomendam a TEM especificamente para este perfil de paciente.

Gabarito: Letra (d).

Questão 23

O Índice de Morris é um dos critérios eletrocardiográficos mais específicos para o diagnóstico de sobrecarga atrial esquerda (SAE). Para compreendê-lo, deve-se observar a onda P na derivação V1. Nesta derivação, a onda P é habitualmente bifásica: a primeira parte (positiva) corresponde à despolarização do átrio direito e a segunda parte (negativa) corresponde à despolarização do átrio esquerdo.

Quando o átrio esquerdo está aumentado, o vetor de despolarização terminal (que se dirige para trás e para a esquerda) torna-se mais potente e duradouro. Isso faz com que a fase negativa da onda P em V1 aumente de tamanho. O Índice de Morris é o produto da largura (duração) pela profundidade (amplitude) dessa fase negativa. O critério é considerado positivo quando esse produto é maior ou igual a 40 ms x mm (ou 0,04 s x mm).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A sobrecarga atrial direita (SAD) manifesta-se no eletrocardiograma principalmente pelo aumento da voltagem da onda P nas derivações inferiores (DII, DIII e aVF), onde a onda P torna-se alta e pontiaguda (maior que 2,5 mm), recebendo o nome de *P pulmonale*. Em V1, a SAD costuma gerar uma fase inicial positiva proeminente, e não uma fase negativa terminal aumentada.

b) Correta. Conforme descrito, o Índice de Morris avalia especificamente a porção final da onda P em V1, que representa o átrio esquerdo. Portanto, sua alteração indica sobrecarga atrial esquerda.

c) Incorreta. O bloqueio atrioventricular (BAV) de primeiro grau caracteriza-se por um retardo na condução do impulso dos átrios para os ventrículos. No ECG, isso é visualizado como um prolongamento fixo do intervalo PR (maior que 200 ms ou 0,20 s), sem relação com a morfologia da onda P ou com o Índice de Morris.

d) Incorreta. O bloqueio sinoatrial (BSA) de primeiro grau ocorre quando há um atraso na saída do impulso do nó sinusal para o átrio. Esse fenômeno não pode ser diagnosticado no eletrocardiograma de superfície convencional de 12 derivações, pois a atividade elétrica do nó sinusal não gera ondas visíveis no traçado; vemos apenas o resultado da despolarização atrial (onda P).

Conclusão: O Índice de Morris é um marcador clássico de sobrecarga atrial esquerda.

Questão 24

A análise deste caso clínico fundamenta-se na distinção entre as apresentações de elevação da pressão arterial no ambiente de urgência e emergência. O ponto-chave da questão é que a paciente está totalmente assintomática e a medida da pressão foi um achado incidental (ela testou o aparelho novo da mãe), e não motivada por sintomas clínicos.

Alternativa a) Incorreta. A urgência hipertensiva é definida por níveis de pressão arterial significativamente elevados (geralmente sistólica maior ou igual a 180 mmHg e/ou diastólica maior ou igual a 120 mmHg) sem evidência de lesão de órgão-alvo aguda. Embora a paciente apresente valores numéricos que poderiam sugerir uma urgência, o fato de ser um achado ocasional em uma paciente assintomática direciona o diagnóstico para pseudocrise, indicando que não há necessidade de intervenção imediata para redução da pressão em ambiente de pronto-atendimento.

Alternativa b) Incorreta. Para ser classificada como emergência hipertensiva, deve haver elevação da pressão arterial associada à lesão de órgão-alvo aguda e progressiva, com risco iminente de morte. Exemplos incluem o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio e o edema agudo de pulmão. A paciente em questão está assintomática, o que exclui sumariamente esta hipótese.

Alternativa c) Incorreta. Crise hipertensiva é um termo amplo que engloba tanto a urgência quanto a emergência hipertensiva. Como a paciente não apresenta sintomas e o achado foi incidental, o termo crise não é o mais adequado, pois a situação não representa um risco clínico agudo que exija o manejo protocolar de uma crise real.

Alternativa d) Correta. A pseudocrise hipertensiva caracteriza-se pela elevação dos níveis pressóricos em pacientes assintomáticos ou que apresentam sintomas leves e inespecíficos (como cefaleia tensional ou ansiedade), muitas vezes desencadeados por dor, estresse emocional ou, como no caso relatado, por uma descoberta ocasional ao medir a pressão sem indicação clínica. Nestes casos, não há lesão de órgão-alvo nem risco imediato. O manejo correto não envolve medicações de urgência, mas sim a reavaliação ambulatorial e o ajuste do tratamento crônico da hipertensão.

Questão 25

Para compreender essa questão, é fundamental revisar a dinâmica da segunda bulha cardíaca (B2), que é composta pelos componentes de fechamento da valva aórtica (A2) e da valva pulmonar (P2). Em condições normais, o fechamento da valva aórtica ocorre levemente antes da pulmonar.

No desdobramento fisiológico, durante a inspiração, ocorre um aumento do retorno venoso para o ventrículo direito, o que prolonga o tempo de ejeção desse ventrículo e retarda o fechamento da valva pulmonar (P2). Com isso, A2 e P2 se afastam e o examinador ouve dois sons distintos. Na expiração, o retorno venoso diminui, P2 ocorre mais cedo, aproximando-se de A2, e a bulha é ouvida como um som único.

O caso descrito apresenta o fenômeno inverso: o desdobramento ocorre na expiração e desaparece na inspiração profunda. Esse achado é a definição semiológica do desdobramento paradoxal da segunda bulha. Ele ocorre quando há um atraso patológico no fechamento da valva aórtica (A2), fazendo com que ela ocorra após a valva pulmonar (P2). Assim, na inspiração, o atraso fisiológico de P2 faz com que este componente se aproxime do componente A2 que já está atrasado, fundindo os dois sons em um só. Na expiração, como o P2 ocorre mais precocemente, a distância entre P2 (que vem primeiro) e A2 (que vem depois) aumenta, tornando o desdobramento audível.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O desdobramento fisiológico é aquele que surge na inspiração e desaparece na expiração. O enunciado descreve exatamente o padrão oposto.

Alternativa b: Incorreta. A comunicação interatrial (CIA) é a causa clássica do desdobramento fixo da segunda bulha. Nesse caso, o desdobramento não varia com a respiração, pois o shunt entre os átrios equaliza as variações de volume e pressão durante o ciclo respiratório.

Alternativa c: Correta. O bloqueio do ramo esquerdo (BRE) provoca um atraso na despolarização e, conseqüentemente, na contração mecânica do ventrículo esquerdo. Isso retarda o fechamento da valva aórtica (A2). Como o componente A2 passa a ocorrer após o componente P2, cria-se o padrão de desdobramento paradoxal (audível na expiração e único na inspiração).

Alternativa d: Incorreta. A estenose aórtica, quando importante, pode causar desdobramento paradoxal da segunda bulha devido ao prolongamento do tempo de ejeção do ventrículo esquerdo, o que atrasa o componente A2. Portanto, a alternativa

erra ao classificar o fenômeno como fisiológico.

Conclusão: O quadro clínico de desdobramento da B2 em expiração que desaparece na inspiração é um desdobramento paradoxal, sendo o bloqueio de ramo esquerdo uma de suas causas mais frequentes na prática clínica.

Questão 26

Para resolver essa questão, é fundamental realizar a estratificação de risco cardiovascular do paciente com diabetes mellitus (DM), seguindo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). O alvo terapêutico do LDL-colesterol é definido com base nessa classificação de risco.

Análise do Risco Cardiovascular do Paciente:

O paciente apresenta diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e é tabagista ativo. No entanto, o dado crucial para a classificação definitiva é a presença de macroproteinúria (512 mg/g de creatinina). De acordo com as diretrizes, a presença de albuminúria acima de 300 mg/g (macroalbuminúria) ou a presença de doença renal crônica avançada já classifica o paciente com DM automaticamente na categoria de MUITO ALTO RISCO cardiovascular. Além disso, a presença de doença aterosclerótica manifesta (infarto prévio, AVC, obstrução arterial) também o colocaria nessa categoria.

Metas de LDL-colesterol por Categoria de Risco:

1. Baixo Risco: LDL < 100 mg/dL (raro em pacientes diabéticos).
2. Risco Intermediário: LDL < 100 mg/dL.
3. Alto Risco: LDL < 70 mg/dL (paciente com DM e fatores de risco associados, mas sem lesão de órgão-alvo grave ou doença cardiovascular estabelecida).
4. Muito Alto Risco: LDL < 50 mg/dL.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O valor de < 130 mg/dL não é uma meta preconizada para pacientes com diabetes e múltiplos fatores de risco pelas diretrizes atuais da SBD. Esse valor costuma ser a referência para a população geral de baixo risco.

Alternativa (b) Incorreta: A meta de < 100 mg/dL é destinada a pacientes com DM de risco intermediário (geralmente pacientes jovens, com pouco tempo de diagnóstico e sem outros fatores de risco ou complicações). O paciente do caso apresenta múltiplos agravantes e lesão renal.

Alternativa (c) Incorreta: A meta de < 70 mg/dL é aplicada a pacientes diabéticos classificados como de Alto Risco (aqueles que possuem fatores de risco como hipertensão e tabagismo, mas que ainda não apresentam lesão de órgão-alvo, como a macroproteinúria, ou doença cardiovascular clínica). Se o paciente tivesse apenas microalbuminúria (entre 30 e 300 mg/g), ele poderia ser enquadrado aqui, mas a macroproteinúria eleva o risco.

Alternativa (d) Correta: Como o paciente possui macroproteinúria (> 300 mg/g de creatinina), ele é classificado como de MUITO ALTO RISCO cardiovascular. Para essa categoria, a diretriz da SBD recomenda uma meta de LDL-colesterol inferior a 50 mg/dL, visando à prevenção secundária ou à proteção intensiva contra eventos isquêmicos graves.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 27

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Insuficiência Adrenal (IA), caracterizado por adinamia, perda de peso, náuseas e hipotensão ortostática. O fato de ela já possuir tireoidite de Hashimoto é um dado fundamental, pois sugere a presença de uma Síndrome Poliglandular Autoimune Tipo 2 (Síndrome de Schmidt), onde a doença de Addison (IA primária autoimune) frequentemente se associa a tireoidopatias autoimunes.

O valor do cortisol basal das 8h00 de 5,9 mcg/dl encontra-se em uma "zona cinzenta". Na prática médica, valores de cortisol matinal abaixo de 3 mcg/dl são fortemente sugestivos de insuficiência adrenal, enquanto valores acima de 18 mcg/dl costumam excluir o diagnóstico. Como o resultado de 5,9 mcg/dl é indeterminado, é necessário realizar um teste dinâmico de estímulo para confirmar se a glândula adrenal é capaz de produzir cortisol quando solicitada.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O teste de supressão com dexametasona é utilizado na investigação de hipercortisolismo (Síndrome de Cushing). O objetivo desse teste é verificar se a produção excessiva de cortisol é suprimida por um corticoide exógeno. No caso em questão, a suspeita é de falta de cortisol (hipocortisolismo), portanto, um teste de supressão não tem utilidade diagnóstica.

Alternativa B (Correta): O teste de estímulo com cortrosina (ACTH sintético ou

cosintropina) é o padrão-ouro para o diagnóstico de insuficiência adrenal. A cortrosina estimula diretamente o córtex da adrenal. Se, após a administração, o cortisol não se elevar acima de 18-20 mcg/dl, confirma-se o diagnóstico de insuficiência adrenal. Este teste avalia a reserva funcional da glândula.

Alternativa C (Incorreta): O teste de supressão com infusão salina é utilizado no rastreio e confirmação do Hiperaldosteronismo Primário. Ele serve para avaliar se a secreção de aldosterona é autônoma ou se responde à sobrecarga de volume. Não possui aplicação no diagnóstico de hipocortisolismo.

Alternativa D (Incorreta): O estímulo com furosemida (teste de postura e furosemida) já foi utilizado no passado para avaliar o sistema renina-angiotensina-aldosterona em casos de suspeita de hipertensão renovascular ou hipoaldosteronismo, mas não é o exame indicado para avaliar a produção de cortisol pela adrenal.

RESUMO DIDÁTICO

Para diagnosticar EXCESSO de hormônio (ex: Cushing), usamos testes de SUPRESSÃO.

Para diagnosticar FALTA de hormônio (ex: Addison), usamos testes de ESTÍMULO.

Como a paciente tem suspeita de falta de cortisol, o teste de escolha é o estímulo com ACTH sintético (Cortrosina).

Questão 28

A questão aborda o diagnóstico laboratorial do hipogonadismo masculino, especificamente o ponto de corte da testosterona total recomendado pela Endocrine Society (Sociedade Americana de Endocrinologia).

Alternativa A: Incorreta. O valor de 150 ng/dL representa um nível severamente baixo de testosterona, indicando uma deficiência androgênica profunda. No entanto, ele não é utilizado como o limite superior para definir a normalidade ou para o rastreio inicial do hipogonadismo nas diretrizes clínicas.

Alternativa B: Incorreta. O valor de 201 ng/dL não é reconhecido por nenhuma das principais sociedades internacionais (como a Endocrine Society, AUA ou ISA) como um ponto de corte técnico para a definição de baixos níveis de testosterona.

Alternativa C: Correta. De acordo com o guideline de 2018 da Endocrine Society, o ponto de corte para definir a testosterona total baixa é 264 ng/dL (9,2 nmol/L). Este valor foi estabelecido com base em estudos de harmonização de amostras de homens jovens, saudáveis e não obesos, utilizando o programa de padronização

hormonal do CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Para o diagnóstico definitivo de hipogonadismo, a diretriz recomenda a presença de sintomas clínicos associados a níveis consistentemente abaixo deste valor em pelo menos duas dosagens realizadas pela manhã, em jejum.

Alternativa D: Incorreta. O valor de 300 ng/dL é comumente utilizado em diretrizes da American Urological Association (AUA) e era o padrão em recomendações mais antigas da própria Endocrine Society. Contudo, a atualização mais recente da Endocrine Society especifica o valor de 264 ng/dL como o limite inferior da normalidade baseado na padronização laboratorial atual.

Questão 29

O MELD (Model for End-Stage Liver Disease) é um sistema de pontuação numérica utilizado para prever a sobrevivência de curto prazo (em 3 meses) de pacientes com doença hepática terminal, sendo o principal critério para a alocação de órgãos na fila de transplante de fígado.

Diferentemente da classificação de Child-Pugh, que utiliza critérios subjetivos, como ascite e encefalopatia, o MELD baseia-se exclusivamente em variáveis laboratoriais objetivas. A fórmula clássica utiliza os seguintes parâmetros:

1. Creatinina sérica: Reflete a função renal, que é um dos principais preditores de mortalidade em pacientes cirróticos (síndrome hepatorenal).
2. Bilirrubina total: Reflete a capacidade de excreção do fígado e o grau de colestase.
3. RNI (Razão Normalizada Internacional): Reflete a função de síntese hepática, especificamente a produção de fatores de coagulação dependentes de vitamina K.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O RNI e a bilirrubina estão corretos, mas a gama-GT (GGT) não faz parte do escore MELD. A GGT é um marcador de colestase ou dano biliar, mas não é um preditor prognóstico validado para este modelo.

Alternativa b) Correta. Apresenta os três componentes fundamentais da fórmula original do MELD: creatinina, bilirrubinas e RNI.

Alternativa c) Incorreta. A albumina é um marcador de síntese proteica utilizado na classificação de Child-Pugh, mas não no MELD. A gama-GT também está incorreta.

Alternativa d) Incorreta. O RNI e a creatinina fazem parte do escore, porém a albumina não compõe o cálculo do MELD.

Vale ressaltar que, em versões mais modernas (MELD-Na), o sódio também foi incorporado para aumentar a acurácia do escore, mas a tríade clássica cobrada em concursos permanece sendo a da alternativa (b).

Questão 30

A Síndrome de Gilbert é uma condição genética benigna e relativamente comum, caracterizada por uma deficiência parcial na atividade da enzima uridina difosfoglicuronato-glicuronosiltransferase (UGT1A1). Essa enzima é a responsável por realizar a conjugação da bilirrubina no fígado, transformando a bilirrubina indireta (não conjugada) em bilirrubina direta (conjugada) para que possa ser excretada na bile.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. Como a falha ocorre especificamente no processo de conjugação, há um acúmulo de bilirrubina indireta na corrente sanguínea. Como não existe lesão nas células do fígado (hepatócitos) nem obstrução das vias biliares, as transaminases (TGO e TGP), a gama-GT e a fosfatase alcalina permanecem com valores normais. O quadro clínico é geralmente assintomático, com episódios de icterícia leve desencadeados por jejum, estresse, infecções ou exercícios físicos.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. Embora a Síndrome de Gilbert apresente aumento da bilirrubina indireta, ela não cursa com elevação de gama-GT ou fosfatase alcalina. O aumento dessas enzimas canaliculares sugeriria uma doença colestática ou biliar, o que não é o caso.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A Síndrome de Gilbert cursa obrigatoriamente com aumento da fração indireta (não conjugada). O aumento isolado da bilirrubina direta, mantendo as enzimas hepáticas normais, é característico de outras doenças hereditárias menos comuns, como a Síndrome de Dubin-Johnson e a Síndrome de Rotor.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. O aumento da bilirrubina direta acompanhado de elevação de gama-GT e fosfatase alcalina caracteriza um padrão laboratorial de colestase (interrupção ou diminuição do fluxo biliar). Esse padrão é observado em doenças como coledocolitíase, tumores de vias biliares ou cirrose biliar primária, sendo totalmente incompatível com a Síndrome de Gilbert.

Questão 31

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é definida como uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado de conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes, acarretando um espectro variável de sintomas (esofágicos ou extraesofágicos), com ou sem lesões teciduais.

Alternativa a: Incorreta. Estudos epidemiológicos demonstram que a prevalência da DRGE é significativamente maior em países ocidentais (Europa e América do Norte) do que em países asiáticos. Não há evidências de que a doença seja predominantemente maior em afro-americanos quando comparados a caucasianos nas mesmas regiões.

Alternativa b: Correta. A DRGE é, por natureza, uma condição crônica que exige manejo a longo prazo. Suas manifestações são divididas em síndrome esofágica típica (caracterizada por pirose e regurgitação ácida) e síndromes extraesofágicas ou atípicas (que incluem tosse crônica, laringite por refluxo, asma brônquica e erosões dentárias).

Alternativa c: Incorreta. A fisiopatologia da DRGE está relacionada principalmente a falhas nos mecanismos de barreira antirrefluxo, como os relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior, e não a uma produção excessiva de ácido (suprafisiológica). A maioria dos pacientes com refluxo possui uma secreção ácida gástrica dentro dos limites da normalidade; o problema é o contato desse ácido com a mucosa esofágica.

Alternativa d: Incorreta. Embora o refluxo possa ocorrer em todas as idades, inclusive em lactentes (nos quais muitas vezes é fisiológico), a doença estabelecida é muito mais comum em adultos. A prevalência tende a aumentar com a idade, especialmente após os 40 anos, devido a fatores como obesidade, mudanças na motilidade esofágica e maior frequência de hérnias de hiato.

Questão 32

A questão aborda o tratamento farmacológico da litíase renal recorrente secundária à hipercalcúria idiopática, que é a causa metabólica mais comum de cálculos de cálcio. O objetivo do tratamento é reduzir a excreção urinária de cálcio.

Alternativa (a) INCORRETA: A furosemida é um diurético de alça que atua na alça de Henle. Medicamentos desta classe inibem o cotransportador Na-K-2Cl, o que resulta em um aumento da excreção urinária de cálcio (efeito calciúrico). Portanto, a furosemida poderia agravar a formação de cálculos em pacientes com hipercalcúria.

Alternativa (b) CORRETA: A clortalidona é um diurético tiazídico (ou semelhante aos tiazídicos). Os tiazídicos são o tratamento de escolha para a hipercalciúria idiopática porque promovem a reabsorção de cálcio no túbulo contorcido distal. Ao diminuir a concentração de cálcio na urina (efeito hipocalciúrico), reduzem a supersaturação urinária de sais de cálcio e, conseqüentemente, a formação de novos cálculos.

Alternativa (c) INCORRETA: A espironolactona é um diurético poupador de potássio que atua como antagonista da aldosterona nos túbulos coletores. Ela não possui um efeito significativo na reabsorção renal de cálcio que justifique seu uso para a prevenção de litíase por hipercalciúria.

Alternativa (d) INCORRETA: A acetazolamida é um inibidor da anidrase carbônica que atua no túbulo proximal. O seu uso pode, na verdade, aumentar o risco de formação de cálculos de fosfato de cálcio, pois promove a alcalinização da urina e reduz a excreção de citrato (um inibidor natural da cristalização), além de não ter o efeito hipocalciúrico desejado neste cenário.

Questão 33

A alternativa correta é a (a) Endoteliose glomerular.

A pré-eclâmpsia é uma síndrome multissistêmica caracterizada por disfunção endotelial generalizada. No rim, essa condição manifesta-se de forma muito específica através da endoteliose glomerular, considerada a lesão histopatológica clássica e patognomônica da doença. Essa alteração consiste no inchamento (edema) das células endoteliais dos capilares glomerulares, o que leva à redução do lúmen (espaço interno) desses vasos e à perda das fenestrações endoteliais. Como resultado, há uma diminuição na filtração glomerular e o surgimento de proteinúria. É uma lesão tipicamente reversível após o parto.

Explicação das demais alternativas:

b) Glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF): Esta é uma forma de nefropatia que envolve a cicatrização (esclerose) de partes de alguns glomérulos. Embora possa causar proteinúria maciça, é uma doença renal primária ou secundária a outras condições crônicas, não sendo a lesão característica da pré-eclâmpsia aguda.

c) Expansão mesangial: Refere-se ao aumento da matriz ou do número de células no mesângio (tecido de sustentação do glomérulo). Essa alteração é comumente encontrada na nefropatia diabética ou em certas glomerulonefrites, mas não define o quadro histológico da pré-eclâmpsia.

d) Sinéquias nos glomérulos: As sinéquias são adesões entre o tufo glomerular e a cápsula de Bowman. Elas ocorrem em processos inflamatórios ou cicatriciais, como na própria glomeruloesclerose segmentar e focal, e indicam lesão estrutural permanente, diferindo da endoteliose glomerular da pré-eclâmpsia, que é um processo de edema celular e disfunção endotelial.

Questão 34

A classificação da Doença Renal Crônica (DRC) é baseada na Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e na presença de albuminúria, conforme as diretrizes do KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Para responder a esta questão, devemos focar exclusivamente nos valores da TFG estimada:

Estágio 1: TFG maior ou igual a 90 ml/min/1,73m² (com presença de lesão renal).

Estágio 2: TFG entre 60 e 89 ml/min/1,73m² (com presença de lesão renal).

Estágio 3a: TFG entre 45 e 59 ml/min/1,73m².

Estágio 3b: TFG entre 30 e 44 ml/min/1,73m².

Estágio 4: TFG entre 15 e 29 ml/min/1,73m².

Estágio 5: TFG menor que 15 ml/min/1,73m².

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O estágio 3a compreende pacientes com TFG entre 45 e 59 ml/min, o que representa uma queda leve a moderada da função renal.

b) Incorreta. O estágio 3b compreende pacientes com TFG entre 30 e 44 ml/min, caracterizando uma queda moderada a severa da função renal.

c) Incorreta. O estágio 4 compreende pacientes com TFG entre 15 e 29 ml/min. Embora a paciente esteja muito próxima deste limite, o valor de 14 ml/min já a reenquadra no próximo estágio.

d) Correta. O estágio 5, também conhecido como falência renal ou fase terminal, é definido por uma TFG menor que 15 ml/min. Como a paciente apresenta uma taxa de 14 ml/min, ela se encontra exatamente nesta classificação, independentemente de já estar ou não em terapia renal substitutiva (diálise).

Portanto, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 35

A síndrome do primeiro neurônio motor, ou síndrome piramidal, decorre da interrupção da via corticoespinhal. Como esse neurônio exerce um papel inibitório sobre o arco reflexo medular, sua lesão resulta em sinais de "liberação" ou hiperexcitabilidade nervosa.

Alternativa (a): Correta. A hiper-reflexia (exacerbação dos reflexos profundos) e o clônus (série de contrações rítmicas e involuntárias desencadeadas pelo estiramento muscular) são sinais clássicos de liberação piramidal. Eles ocorrem porque a medula perde a modulação inibitória superior, tornando-se hiperexcitável.

Alternativa (b): Incorreta. O sinal de Hoffmann (flexão do polegar e do indicador ao pressionar a unha do dedo médio) é, de fato, um sinal de lesão do primeiro neurônio motor nos membros superiores. No entanto, a hipotonia (redução do tônus muscular) é uma característica da síndrome do segundo neurônio motor. Na lesão piramidal, o tônus está aumentado (hipertonia espástica).

Alternativa (c): Incorreta. O sinal de Babinski (extensão do hálux ao estimular a planta do pé) é o sinal patognomônico da lesão do primeiro neurônio motor. Contudo, a amiotrofia (atrofia muscular importante e precoce) é típica da lesão do segundo neurônio motor. Na lesão piramidal, a atrofia é mínima ou ausente, ocorrendo apenas tardiamente por desuso.

Alternativa (d): Incorreta. A espasticidade é a forma de hipertonia característica da síndrome piramidal. Entretanto, as fasciculações (contrações musculares finas e involuntárias visíveis sob a pele) são sinais clássicos de sofrimento ou degeneração do segundo neurônio motor, não fazendo parte da síndrome piramidal.

Questão 36

A questão aborda a fisiopatologia do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), exigindo o conhecimento sobre os processos patológicos que acometem diferentes calibres de vasos sanguíneos no sistema nervoso central.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a embolia cardiogênica seja uma causa importante de AVCI em grandes e médios vasos (como a artéria cerebral média), os aneurismas de Charcot-Bouchard não estão relacionados ao AVC isquêmico. Eles são pequenas dilatações em artérias perfurantes associadas à hipertensão arterial sistêmica e estão classicamente vinculados ao AVC hemorrágico (hemorragia intraparenquimatosa em núcleos da base).

b) Incorreta. A embolia cardiogênica e a embolia artério-arterial são mecanismos que resultam na oclusão de vasos de médio ou grande calibre. A embolia artério-arterial ocorre quando um fragmento de uma placa aterosclerótica de uma artéria proximal (como a carótida) se desprende e obstrui um vaso distal. Nenhuma das duas opções explica o mecanismo intrínseco da doença de pequenos vasos (infartos lacunares).

c) Correta. Este é o par que define perfeitamente as bases fisiopatológicas. A aterosclerose é o principal processo que acomete vasos de médio e grande calibre (como carótidas, vertebrais e as grandes artérias do Polígono de Willis), caracterizada pela formação de placas de ateroma que podem causar estenose ou trombose in situ. Já a arteriosclerose (especificamente a lipo-hialinose e a microateromatose) é o processo degenerativo das pequenas artérias perfurantes (ramos profundos), geralmente causado por hipertensão crônica e diabetes, resultando nos chamados infartos lacunares.

d) Incorreta. A aterosclerose está correta para vasos de médio/grande calibre, mas a angiopatia amiloide é uma condição em que ocorre o depósito de proteína beta-amiloide na camada média e adventícia de pequenas e médias artérias corticais e leptomeníngicas. Assim como os aneurismas de Charcot-Bouchard, a angiopatia amiloide é uma causa clássica de AVC hemorrágico (especialmente o lobar em idosos), e não a base dos AVCs isquêmicos de pequenos vasos.

Questão 37

Para responder corretamente a esta questão, devemos recorrer aos critérios diagnósticos da Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3). A migrânea (ou enxaqueca) é uma cefaleia primária definida por características específicas de localização, qualidade, intensidade e sintomas associados.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A dor do tipo aperto ou pressão é a característica clássica da cefaleia do tipo tensional. Embora a fotofobia ou a fonofobia possam estar presentes na migrânea, a descrição da qualidade da dor nesta alternativa direciona o diagnóstico para o quadro tensional.

Alternativa B: Incorreta. A dor do tipo pulsátil é comum na migrânea, porém os sintomas de hiperemia conjuntival (olho vermelho) e lacrimejamento são sinais autonômicos cranianos. Esses sinais são patognomônicos das cefaleias trigêmino-autonômicas, como a cefaleia em salvas (cluster headache), e não são critérios típicos para o diagnóstico de migrânea.

Alternativa C: Incorreta. A migrânea é caracterizada por uma dor de intensidade moderada a grave, que geralmente incapacita o paciente de realizar suas funções diárias. A intensidade leve é típica da cefaleia do tipo tensional. Além disso, embora náuseas e vômitos sejam sintomas clássicos da migrânea, a intensidade da dor descrita invalida a alternativa.

Alternativa D: Correta. De acordo com os critérios do ICHD-3, a migrânea deve apresentar pelo menos duas das seguintes características: localização unilateral, qualidade pulsátil, intensidade moderada a severa e agravamento por atividade física rotineira (como caminhar ou subir escadas). Portanto, a intensidade moderada a severa e a piora com esforços físicos habituais são sintomas fundamentais para o diagnóstico desse quadro clínico.

Resumo dos critérios diagnósticos da migrânea (sem aura):

1. Crises que duram de 4 a 72 horas.
2. Pelo menos duas características: unilateralidade, caráter pulsátil, intensidade moderada/severa, exacerbação por atividade física.
3. Pelo menos um sintoma associado: náusea e/ou vômitos, ou fotofobia e fonofobia.

Questão 38

CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA:

O paciente em questão apresenta um histórico de internação hospitalar recente devido a uma exacerbação infecciosa de DPOC. De acordo com as diretrizes atualizadas do GOLD 2024 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), a classificação dos pacientes mudou do antigo modelo ABCD para o modelo ABE.

Qualquer paciente que tenha sofrido pelo menos uma exacerbação com necessidade de internação hospitalar (ou duas exacerbações moderadas em um ano) é automaticamente classificado no Grupo E (Exacerbador), independentemente do grau de dispneia medido pelo mMRC ou da intensidade dos sintomas pelo CAT. Portanto, este paciente pertence ao Grupo E.

Quanto ao tratamento de manutenção para o Grupo E, a base é a combinação de dois broncodilatadores de longa ação: um beta-2-agonista de longa ação (LABA) associado a um antimuscarínico de longa ação (LAMA). Contudo, o GOLD estabelece que, se o paciente apresentar uma contagem de eosinófilos no sangue periférico maior ou igual a 300 células/mm³, a terapia tripla inicial (LABA + LAMA + corticoide inalatório - CI) é a conduta preferencial para reduzir o risco de futuras exacerbações e mortalidade. Como o paciente possui 400 eosinófilos/mm³, ele preenche o critério

para a terapia tripla.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O corticoide inalatório (CI) nunca deve ser utilizado como monoterapia no tratamento da DPOC, pois aumenta o risco de pneumonias e não promove a broncodilatação necessária. O SABA (broncodilatador de curta ação) é indicado apenas para alívio agudo de sintomas, não sendo a base da manutenção pós-alta.

Alternativa b) Incorreta. A azitromicina é uma terapia adjuvante considerada apenas para pacientes que permanecem exacerbadores mesmo com o tratamento inalatório otimizado, preferencialmente em ex-fumantes. Além disso, faltam o componente LAMA e o corticoide inalatório, que são prioritários neste caso devido aos eosinófilos.

Alternativa c) Incorreta. As metilxantinas (como a aminofilina e a teofilina) são drogas de terceira linha, com baixo benefício clínico e alto risco de toxicidade e interações medicamentosas. O uso de corticoide isolado é contraindicado.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa contempla a terapia tripla (LABA + LAMA + CI), que é a recomendação atual para pacientes do Grupo E com contagem de eosinófilos acima de 300 células/mm³, visando ao controle de sintomas e à prevenção de novas internações.

Questão 39

O quadro clínico apresentado é clássico de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), especificamente com falência do lado esquerdo do coração, o que justifica a alternativa (c) como a correta.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A asma brônquica manifesta-se tipicamente com sibilância, expiração prolongada e crises de dispneia desencadeadas por alérgenos ou irritantes, o que não foi descrito. O cor pulmonale é a falência do ventrículo direito secundária a doenças pulmonares crônicas; no entanto, a paciente já possui uma etiologia cardíaca primária definida (cardiomiopatia chagásica) que justifica a falência ventricular. Além disso, a ortopneia e a dispneia paroxística noturna são sintomas altamente específicos de insuficiência cardíaca esquerda.

Alternativa b) Incorreta. Embora a paciente seja ex-tabagista, a carga tabágica de 15 maços/ano é considerada baixa para o desenvolvimento de DPOC grave (geralmente

acima de 20 a 40 maços/ano). A pneumonia bacteriana poderia causar aumento do frêmito toracovocal e submacicez devido à consolidação, mas dificilmente se apresentaria de forma bilateral e simétrica nas bases com uma evolução de três meses de dispneia progressiva. Os sintomas de ortopneia e dispneia paroxística noturna direcionam o diagnóstico para a etiologia cardiovascular.

Alternativa c) Correta. A paciente tem um fator de risco estrutural importante: a cardiomiopatia chagásica, que frequentemente evolui para insuficiência cardíaca biventricular ou predominantemente esquerda. A dispneia progressiva, a ortopneia (necessidade de usar travesseiros para dormir ou sentar-se para respirar melhor) e a dispneia paroxística noturna (despertar com falta de ar) são sinais patognomônicos de congestão venocapilar pulmonar decorrente de falência do ventrículo esquerdo. Os estertores finos nas bases pulmonares confirmam o edema alveolar. O aumento do frêmito toracovocal e a submacicez indicam que o ar alveolar foi substituído por líquido (congestão/edema), o que facilita a condução da vibração das cordas vocais para a parede torácica.

Alternativa d) Incorreta. O derrame pleural é comum na insuficiência cardíaca, mas o exame físico descrito não é compatível com essa condição. No derrame pleural, o frêmito toracovocal estaria abolido ou reduzido (pois o líquido no espaço pleural atua como isolante da vibração) e haveria macicez à percussão, não submacicez com frêmito aumentado. Além disso, a disfunção isolada de ventrículo direito causaria sintomas sistêmicos (edema de membros inferiores, turgência jugular, hepatomegalia), enquanto a congestão pulmonar descrita é resultado direto da disfunção do ventrículo esquerdo.

Questão 40

O caso clínico apresenta um paciente jovem com um quadro de tosse produtiva cronicada (há 6 semanas), associada a sintomas constitucionais clássicos: febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal expressiva (4 kg em um mês). O exame físico revela sinais de consolidação (expansibilidade reduzida, frêmito toracovocal aumentado e submacicez) localizados especificamente no ápice pulmonar direito. Somado a isso, o histórico epidemiológico de privação de liberdade é um fator de risco crucial que deve sempre direcionar o raciocínio clínico para doenças infectocontagiosas em provas de residência.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A DPOC acomete tipicamente indivíduos acima de 40 anos com carga tabágica muito superior à do paciente (o paciente tem apenas 6 anos-maço). Os achados de exame físico na DPOC seriam de aprisionamento aéreo,

como hipersonoridade e redução do murmúrio vesicular, e não sinais de consolidação apical. Além disso, o diagnóstico de DPOC é confirmado por espirometria, e não por tomografia.

Alternativa (b) Correta. A tríade de tosse prolongada (acima de 3 semanas, definindo o sintomático respiratório), sintomas constitucionais (perda de peso e sudorese noturna) e localização em ápice pulmonar em um paciente de alto risco epidemiológico (sistema prisional) é o cenário clássico da tuberculose pulmonar. A confirmação diagnóstica é realizada inicialmente pela baciloscopia direta (pesquisa de BAAR no escarro) ou pelo Teste Molecular Rápido para Tuberculose (TRM-TB).

Alternativa (c) Incorreta. A bronquite crônica é um diagnóstico clínico definido pela presença de tosse e expectoração na maioria dos dias, por pelo menos 3 meses ao ano, durante 2 anos consecutivos, o que não se aplica ao tempo de evolução deste paciente. A bacterioscopia comum não é o exame indicado para a investigação de quadros crônicos com suspeita de micobactérias.

Alternativa (d) Incorreta. A pneumonia bacteriana comunitária típica apresenta uma evolução aguda (dias), geralmente com febre alta, calafrios e dor pleurítica de início súbito. Um quadro arrastado por 6 semanas com perda de peso importante e sudorese noturna direciona para causas subagudas ou crônicas. Embora a radiografia de tórax possa mostrar a consolidação, o exame de escolha para confirmar a etiologia em um contexto de suspeita de tuberculose é a identificação do bacilo.

Questão 41

A questão aborda o diagnóstico diferencial das patologias do ombro, solicitando o teste específico para a avaliação do tendão da cabeça longa do bíceps. Embora o quadro clínico também sugira síndrome do impacto, o foco da pergunta é a confirmação da tendinite bicipital.

Alternativa (a) Incorreta: A Manobra de Neer é utilizada para diagnosticar a síndrome do impacto subacromial. Ela consiste na elevação passiva e rápida do braço do paciente em rotação neutra ou interna, enquanto o examinador estabiliza a escápula. O objetivo é comprimir as estruturas subacromiais (como o tendão do supraespal e a bursa) contra a face inferior do acrômio, provocando dor.

Alternativa (b) Correta: A Manobra de Yergason é o teste clássico para avaliar a integridade e a presença de processos inflamatórios no tendão da cabeça longa do bíceps dentro do sulco bicipital. Para realizá-la, o paciente mantém o cotovelo fletido a 90 graus e o antebraço em pronação. O examinador solicita que o paciente realize a supinação do antebraço contra a resistência. A dor localizada na face anterior do

ombro (sulco bicipital) durante o esforço confirma o diagnóstico de tendinite bicipital.

Alternativa (c) Incorreta: A Manobra de Hawkins-Kennedy também é um teste para a síndrome do impacto subacromial. O examinador posiciona o ombro e o cotovelo do paciente em 90 graus de flexão e realiza uma rotação interna passiva do úmero. Esse movimento projeta o tubérculo maior contra o ligamento coracoacromial, gerando dor em casos de impacto.

Alternativa (d) Incorreta: A Manobra de Jobe, conhecida também como teste da lata vazia (Empty Can), é o teste específico para avaliar o tendão do músculo supraespal (manguito rotador). O paciente posiciona os braços em abdução de 90 graus e flexão anterior de 30 graus, com os polegares voltados para o chão. O examinador aplica uma força para baixo enquanto o paciente oferece resistência. Dor ou fraqueza indicam lesão ou tendinopatia do supraespal.

Questão 42

O quadro clínico descrito — dor na face lateral do cotovelo que piora com a extensão do punho e sensibilidade no epicôndilo lateral — é clássico da epicondilite lateral, também conhecida como "cotovelo de tenista". Trata-se de uma tendinopatia que afeta principalmente a origem do músculo extensor radial curto do carpo.

Análise das alternativas:

a) Cozen: Alternativa correta. A manobra de Cozen é realizada com o cotovelo do paciente em flexão de 90 graus e o antebraço em pronação. O paciente é solicitado a realizar uma extensão do punho contra a resistência do examinador. O teste é considerado positivo se houver dor súbita no epicôndilo lateral, confirmando a inflamação ou degeneração no local.

b) Phalen: Alternativa incorreta. O teste de Phalen consiste na flexão máxima de ambos os punhos, mantendo-os encostados pelo dorso por cerca de 60 segundos. É utilizado para diagnosticar a síndrome do túnel do carpo, avaliando a compressão do nervo mediano, sem relação direta com patologias do cotovelo.

c) Finkelstein: Alternativa incorreta. Esta manobra é utilizada para o diagnóstico da tenossinovite de De Quervain. O paciente fecha a mão com o polegar fletido sob os demais dedos e o examinador realiza um desvio ulnar passivo do punho. A dor no primeiro compartimento extensor (estiloide do rádio) indica positividade.

d) Thompson: Alternativa incorreta. O teste de Thompson é utilizado na ortopedia para avaliar a integridade do tendão de Aquiles (calcâneo). Com o paciente em

decúbito ventral, o examinador comprime a musculatura da panturrilha; a ausência de flexão plantar reflexa indica ruptura total do tendão.

Portanto, para um quadro de epicondilite lateral, a manobra diagnóstica de escolha entre as opções é a de Cozen. Além dela, outras manobras como o teste de Mill e o teste de Maudsley também poderiam ser aplicadas.

Questão 43

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta artrite reumatoide (AR) de longa data (5 anos) com falha terapêutica ao esquema de MMCDsc (medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos convencionais) combinados, que são o metotrexato (MTX) e a leflunomida. De acordo com os consensos nacionais (PCDT/Sociedade Brasileira de Reumatologia) e internacionais (EULAR/ACR), quando um paciente não atinge o alvo terapêutico (remissão ou baixa atividade) com o uso de pelo menos dois esquemas de MMCDsc, o próximo passo é a introdução de um MMCD biológico (MMCDbio) ou um MMCD sintético alvo-específico (MMCDsa — inibidores da JAK).

Alternativa (a) Incorreta: Embora o golimumabe seja eficaz, a recomendação padrão é utilizá-lo em associação com o metotrexato, e não em monoterapia. A combinação de um anti-TNF com o MTX apresenta taxas de eficácia e sobrevida da droga superiores à monoterapia, além de reduzir a formação de anticorpos antidroga (neutralizantes).

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta padrão-ouro para falha de tratamento sintético. O golimumabe é um anticorpo monoclonal humano inibidor do TNF-alfa. Ao manter o metotrexato e adicionar o biológico, aproveita-se o efeito sinérgico das drogas. A leflunomida geralmente é suspensa ao iniciar o biológico para minimizar o risco de toxicidade (principalmente hepática e hematológica) da tripla terapia, embora em casos muito selecionados possa ser mantida.

Alternativa (c) Incorreta: A ciclosporina é um imunossupressor que caiu em desuso no tratamento da artrite reumatoide devido ao seu perfil de efeitos colaterais (nefrotoxicidade e hipertensão) e eficácia inferior aos agentes biológicos modernos. Ela não é a escolha preferencial para pacientes com atividade de doença moderada a alta que falharam ao MTX e à leflunomida.

Alternativa (d) Incorreta: A azatioprina, assim como a ciclosporina, é considerada uma droga de "segunda ou terceira linha" entre os sintéticos e raramente é utilizada hoje em dia para o controle articular da AR, exceto em situações muito específicas ou manifestações extra-articulares. O passo terapêutico correto após falha de MTX e

leflunomida é a progressão para terapia biológica, e não a troca por outro imunossupressor sintético menos eficaz para esse perfil de paciente.

Resumo Didático:

Na artrite reumatoide, a escada terapêutica segue:

1. MMCDsc (o metotrexato é a 1ª escolha).
2. Falha após 3-6 meses: combinar MMCDsc ou trocar por outro sintético.
3. Falha após o segundo esquema de sintéticos: adicionar MMCD biológico (ex.: anti-TNF como o golimumabe) ou inibidor da JAK, preferencialmente mantendo o metotrexato como base.

Questão 44

A questão aborda os conceitos fundamentais de indicadores de saúde, especificamente a diferença entre coeficientes (ou taxas) e proporções (ou índices).

A fórmula apresentada na questão coloca no numerador o número de óbitos por uma causa específica e, no denominador, o total de óbitos ocorridos no mesmo período e local. Quando o denominador é composto pelo número total de eventos (óbitos totais) e o numerador é uma parcela desse total (óbitos por causa X), estamos diante de um cálculo de proporção. Portanto, o indicador é a Mortalidade Proporcional por Causa.

Análise das alternativas:

a) Indicador de Swaroop-Uemura: Este é um tipo específico de mortalidade proporcional, mas focado na idade. Ele calcula a proporção de óbitos em pessoas com 50 anos ou mais em relação ao total de óbitos. Embora siga a lógica de proporção, a fórmula da questão é genérica para causas, e não restrita à faixa etária de 50 anos.

b) Coeficiente de mortalidade específica por causa: Esta é a principal pegadinha da questão. Nos coeficientes (ou taxas), o denominador não é o total de óbitos, mas sim a população sob risco de apresentar o evento (geralmente a população total da região no meio do período). A fórmula do coeficiente seria: (óbitos por determinada causa / população total) x potência de 10. Como o denominador da questão é "todos os óbitos", não pode ser um coeficiente.

c) Curva de Nelson Moraes: Não se trata de uma fórmula isolada, mas de um método gráfico que analisa a mortalidade proporcional por faixas etárias. A curva permite avaliar o nível de saúde de uma população observando a distribuição dos óbitos desde os menores de 1 ano até os maiores de 50 anos, resultando em formatos

característicos (como em N, L, U ou J).

d) Mortalidade proporcional por causa: Está correta. Este indicador mede a importância relativa de cada causa de morte em relação ao conjunto de todos os óbitos. Ele não mede o risco de morrer (que é função dos coeficientes), mas sim a participação percentual (ou proporcional) de uma causa no total de mortes. Por exemplo, se de 100 mortes em uma cidade, 30 foram por infarto, a mortalidade proporcional por infarto é de 30%.

Questão 45

ESTUDO DO ENUNCIADO

O ponto central da questão é a identificação de casos novos em uma população dinâmica. Em epidemiologia, o termo "casos novos" refere-se à incidência. Uma população dinâmica é aquela que não é fechada, ou seja, permite a entrada de novos membros e a saída de participantes (por perda de seguimento, morte por outras causas ou mudança) ao longo do tempo.

RESPOSTA COMENTADA

Alternativa a: Incorreta. A incidência acumulada (ou proporção de incidência) é calculada dividindo o número de casos novos pelo total de pessoas em risco no início do acompanhamento. Ela parte do pressuposto de que todos os indivíduos são seguidos pelo mesmo período de tempo. Por isso, ela é ideal para populações fechadas ou coortes fixas. Em uma população dinâmica, na qual as pessoas entram e saem em momentos diferentes, essa medida perde a precisão.

Alternativa b: Correta. A densidade de incidência (também chamada de taxa de incidência) é a medida mais adequada para populações dinâmicas. O seu denominador está no denominador: em vez de usar o número total de pessoas, utiliza-se a soma do tempo que cada indivíduo permaneceu sob risco e foi efetivamente observado, unidade conhecida como pessoa-tempo. Isso permite que o cálculo considere exatamente a contribuição de cada sujeito, independentemente de quando ele entrou ou saiu do acompanhamento.

Alternativa c: Incorreta. A prevalência no ponto (ou prevalência pontual) mede a proporção da população que tem a doença em um momento exato e específico (um "flash" da situação atual). Ela engloba tanto os casos novos quanto os casos antigos que ainda estão doentes. Como o enunciado pede especificamente a análise de casos novos, as medidas de prevalência não são adequadas.

Alternativa d: Incorreta. A prevalência no período mede a proporção de pessoas que

tiveram a doença em algum momento dentro de um intervalo de tempo determinado (por exemplo, a prevalência de asma no último ano). Assim como a prevalência pontual, ela mistura casos novos e antigos, não sendo a ferramenta correta para avaliar a velocidade de surgimento de novos eventos em uma população com alta rotatividade.

Gabarito: Letra (b).

Questão 46

A questão exige o conhecimento das definições de casos suspeitos das arboviroses e doenças exantemáticas conforme o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

Alternativa (a) Correta: O quadro descrito é a definição exata de caso suspeito de Zika Vírus. Segundo o guia, deve-se suspeitar de Zika em pacientes que apresentem o exantema maculopapular pruriginoso (sinal cardinal) acompanhado de pelo menos um dos seguintes sinais: febre (geralmente baixa ou ausente), hiperemia conjuntival não purulenta, artralgia/poliartralgia ou edema periarticular. O prurido intenso e a conjuntivite sem secreção são diferenciais clínicos fundamentais da Zika em relação às outras arboviroses.

Alternativa (b) Incorreta: A definição de caso suspeito de Dengue exige a presença de febre, geralmente de início abrupto e com duração de 2 a 7 dias, associada a pelo menos dois outros sinais ou sintomas, como cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema. Diferente da Zika, na Dengue a febre é o elemento central da suspeita e o exantema não costuma ser o sintoma inicial ou obrigatório para a definição de caso.

Alternativa (c) Incorreta: Para Chikungunya, o critério de definição de caso suspeito foca na febre de início súbito (acima de 38,5 graus) e na artralgia ou artrite intensa de início agudo, que costuma ser incapacitante e simétrica. Embora o exantema possa ocorrer em cerca de metade dos casos, ele não é o componente principal da definição de suspeita, que é dominada pela dor articular severa.

Alternativa (d) Incorreta: A Rubéola é caracterizada por um exantema maculopapular cefalocaudal acompanhado de febre baixa e, obrigatoriamente, linfadenopatia retroauricular, occipital ou cervical posterior. A presença de edema periarticular e hiperemia conjuntival não purulenta são características que direcionam o raciocínio clínico especificamente para as arboviroses, especialmente a Zika, e não para a Rubéola.

Conclusão: O conjunto de exantema maculopapular pruriginoso associado à conjuntivite não purulenta e envolvimento articular leve/moderado define, epidemiologicamente, o caso suspeito de Zika.

Questão 47

Esta questão aborda as normas de preenchimento e o fluxo da Declaração de Óbito (DO) com base nas diretrizes do Ministério da Saúde. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. A Declaração de Óbito é um documento oficial, numerado e controlado pelo Ministério da Saúde, distribuído pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O médico nunca deve buscar formulários em funerárias. Caso a unidade de saúde não possua o formulário, o médico deve solicitar o suprimento diretamente ao órgão de vigilância epidemiológica local.

Alternativa B: Incorreta. A emissão da DO é um ato médico gratuito. É vedada a cobrança de qualquer valor para o preenchimento deste documento, conforme estabelecido pelo Código de Ética Médica e pelas normativas do Ministério da Saúde. A gratuidade independe de o médico ter acompanhado o paciente anteriormente ou não.

Alternativa C: Incorreta. A responsabilidade legal pelo preenchimento e pela assinatura da DO é exclusiva do médico que atesta o óbito. Embora dados de identificação possam ser colhidos de documentos oficiais fornecidos pela família, o médico é quem deve garantir a fidedignidade de todas as informações inseridas no documento, incluindo o Bloco I. O manual não orienta a delegação sistemática dessa tarefa a outros profissionais de nível superior.

Alternativa D: Correta. Este é o fluxo padrão das vias da DO estabelecido pelo sistema de vigilância:

1ª via (branca): Destinada ao órgão de saúde (Secretaria de Saúde) para alimentação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

2ª via (amarela): É a via entregue à família ou responsáveis. Ela deve ser levada ao Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais para a lavratura da Certidão de Óbito e emissão da guia de sepultamento. O cartório retém essa via amarela.

3ª via (rosa): Deve ficar retida na unidade de saúde que emitiu o documento (ou no prontuário médico) para fins de arquivo e fiscalização.

Portanto, a alternativa D descreve corretamente o procedimento administrativo e legal que o médico deve adotar após o preenchimento do documento.

Questão 48

A asbestose é uma pneumoconiose progressiva causada pela inalação de fibras de asbesto (também conhecido como amianto). A doença caracteriza-se por uma fibrose intersticial difusa do parênquima pulmonar e está diretamente relacionada à exposição ocupacional em indústrias que utilizam as propriedades físico-químicas do mineral, como a resistência ao calor e a durabilidade.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: O asbesto foi amplamente utilizado na fabricação de materiais de fricção, como pastilhas de freio e lonas de embreagem, devido à sua excelente capacidade de suportar altas temperaturas e atrito sem se degradar. Mecânicos de automóveis e trabalhadores da linha de produção desses componentes são grupos de risco clássicos para o desenvolvimento da asbestose e de outras doenças relacionadas ao amianto, como o mesotelioma.

Alternativa (b) Incorreta: A indústria aeroespacial é mais frequentemente associada à exposição ao berílio. A inalação deste metal pode levar à beriliose, uma doença granulomatosa crônica que mimetiza a sarcoidose. Embora o asbesto pudesse ser encontrado em isolamentos antigos, não é o fator de risco principal ou específico dessa indústria em questões de prova.

Alternativa (c) Incorreta: A indústria de transformação de vidro está classicamente relacionada à silicose. O principal componente do vidro é a sílica (areia), e o processo de trituração, mistura e sopro do vidro pode liberar poeira de sílica livre cristalina, que é o agente etiológico da silicose.

Alternativa (d) Incorreta: A energia nuclear não é a ocupação de escolha relacionada à asbestose. Os riscos ocupacionais mais emblemáticos no setor nuclear envolvem a exposição à radiação ionizante e, em certos processos de manutenção ou moderação de reatores, também ao berílio.

Portanto, a associação direta e correta entre a ocupação/indústria e o fator de risco para asbestose reside nos materiais de fricção.

Questão 49

A questão exige conhecimento sobre o perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas no Brasil, utilizando como referência o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT) 2021-2030. As causas externas compreendem os acidentes e as violências.

Alternativa a) Incorreta. Os acidentes de transporte representam uma das principais causas de mortalidade externa no país e são responsáveis por um elevado número de sequelas e internações. Contudo, em 2019, eles ocuparam a segunda posição em número de óbitos, ficando atrás das agressões. O plano aponta que houve uma redução progressiva nas taxas de mortalidade por acidentes de transporte terrestre em anos recentes, embora os números ainda sejam expressivos.

Alternativa b) Incorreta. As lesões autoprovocadas (suicídios) são um grave problema de saúde pública e apresentam tendência de crescimento no Brasil. Apesar da relevância clínica e social, o número total de óbitos por essa causa em 2019 foi inferior ao registrado por agressões e por acidentes de transporte.

Alternativa c) Correta. De acordo com o documento citado, em 2019, as agressões (homicídios) constituíram o principal grupo de causas de óbito entre as causas externas no Brasil. Esse dado reflete o impacto profundo da violência urbana e interpessoal na demografia do país, atingindo de forma desproporcional a população jovem, negra e do sexo masculino. O enfrentamento desse indicador é uma das prioridades das políticas de saúde e segurança pública integradas.

Alternativa d) Incorreta. Quedas e afogamentos são causas importantes de morbimortalidade. As quedas têm maior impacto na população idosa, enquanto os afogamentos são causas frequentes de morte acidental em crianças. Entretanto, quando analisados os dados globais de mortalidade externa de 2019 no Brasil, esses eventos não superam o volume de mortes causadas por agressões.

Questão 50

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Na bioestatística, as medidas de tendência central e de dispersão reagem de formas diferentes a transformações matemáticas nos dados. Para resolver esta questão, devemos entender o comportamento da média e do desvio-padrão diante de uma operação de soma constante.

MÉDIA ARITMÉTICA

A média é uma medida de posição. Se todos os valores de um conjunto de dados forem aumentados por uma constante (somar um mesmo número a todos os elementos), todo o conjunto se desloca para a direita na reta numérica. Como resultado, a nova média será exatamente a média original somada a esse valor constante. Por exemplo, se um grupo de pacientes ganha 2 kg cada, a média de peso do grupo aumentará exatamente 2 kg.

DESVIO-PADRÃO

O desvio-padrão é uma medida de dispersão que indica o quão afastados os dados estão da média, ou seja, a variabilidade do conjunto. Quando somamos um mesmo valor a todos os elementos, as distâncias entre os valores individuais permanecem rigorosamente as mesmas. Como a dispersão ou o espalhamento dos dados não sofre alteração, o desvio-padrão permanece inalterado.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora a média aumente corretamente, o desvio-padrão não aumenta. O desvio-padrão só aumentaria se os dados se tornassem mais espalhados entre si (o que ocorreria em uma multiplicação, por exemplo).

Alternativa b) Correta. Reflete as propriedades estatísticas de translação: a média (medida de posição) é alterada pela soma, enquanto o desvio-padrão (medida de dispersão) permanece constante, pois a distância relativa entre os dados não mudou.

Alternativa c) Incorreta. Ao somar um número positivo a todos os elementos, a média obrigatoriamente aumenta, e não reduz. Além disso, o desvio-padrão não sofre redução; ele permanece igual.

Alternativa d) Incorreta. A média aumenta com a soma de um valor positivo, e o desvio-padrão não sofre alteração, pois a variabilidade interna do conjunto de dados foi preservada.

Questão 51

Texto Original:

O ponto central para identificar o delineamento deste estudo é observar que os pesquisadores não analisaram indivíduos isoladamente, mas sim dados agregados de uma população inteira (a população da Dinamarca). Quando a unidade de análise é um grupo, um país ou uma população, e não o indivíduo, estamos diante de um estudo ecológico.

Alternativa A: Incorreta. No estudo de caso-controle, a unidade de análise é o indivíduo. O pesquisador selecionaria pessoas que tiveram meningite (casos) e pessoas saudáveis (controles) para verificar, individualmente, o histórico de amamentação de cada uma no passado.

Alternativa B: Incorreta. Uma série de casos é um estudo puramente descritivo que

relata as características clínicas e epidemiológicas de um grupo de pacientes com uma determinada condição, sem utilizar um grupo de comparação e sem realizar análises de correlação entre taxas populacionais.

Alternativa C: Incorreta. Um estudo de coorte selecionaria grupos de indivíduos (um grupo amamentado e outro não amamentado) e os acompanharia individualmente ao longo do tempo para observar quem desenvolveria meningite. O enunciado, contudo, refere-se a taxas globais de uma população, e não ao seguimento de pessoas identificáveis.

Alternativa D: Correta. O estudo ecológico (também chamado de estudo de agregados) avalia a relação entre uma exposição e um desfecho em nível populacional. O uso de estatísticas coletivas, como taxas de incidência e taxas de amamentação de um país inteiro ao longo de anos para verificar se existe uma correlação entre elas, é a característica clássica deste delineamento. É o estudo ideal para gerar hipóteses, embora não permita afirmar causalidade em nível individual (o que seria a falácia ecológica).

Questão 52

A alternativa (a) está incorreta porque a PNAB 2017 estabelece a Estratégia Saúde da Família como a estratégia prioritária, mas não a única, para a expansão e consolidação da Atenção Básica. O documento também reconhece e prevê o financiamento para outros modelos de organização, como as equipes de Atenção Básica (eAB), que possuem uma composição diferente da Estratégia Saúde da Família.

A alternativa (b) está correta. De acordo com o texto da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, a recomendação é que a população adscrita por equipe (tanto eSF quanto eAB) seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Esse intervalo é definido para garantir a viabilidade do acompanhamento longitudinal e a execução adequada das ações de saúde no território de abrangência.

A alternativa (c) está incorreta. A descrição apresentada na alternativa refere-se ao princípio da Equidade, e não da Universalidade. A Equidade busca tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior e reconhecendo as diversidades. A Universalidade, por sua vez, é o princípio que determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso a todos os cidadãos.

A alternativa (d) está incorreta. A carga horária padrão para os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família é de 40 horas semanais. Embora a PNAB

2017 tenha trazido mudanças permitindo que médicos possam atuar com cargas horárias diferenciadas (como 20 ou 30 horas) em certas modalidades de equipe, a alternativa erra ao afirmar que existe a obrigatoriedade de 20 horas para todos os profissionais. Na ESF clássica, a dedicação integral de 40 horas continua sendo a regra para a maioria dos membros da equipe.

Questão 53

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), publicada pelo Ministério da Saúde em 2019, é um documento que define as ações e procedimentos esperados neste nível de atenção, visando padronizar o cuidado e aumentar a resolutividade das Unidades Básicas de Saúde. Para responder à questão, deve-se identificar qual das opções descreve um atendimento que, pela sua complexidade e necessidade de recursos, não faz parte do escopo da Atenção Primária.

Alternativa a) Incorreta. A biópsia de pele e a punção de tumores superficiais (como lipomas ou cistos sebáceos) são procedimentos ambulatoriais de pequeno porte expressamente listados na CaSAPS 2019. O médico de família deve ser capaz de realizar esses atos para fins diagnósticos ou terapêuticos, evitando encaminhamentos desnecessários para a Atenção Secundária.

Alternativa b) Incorreta. A cirurgia de unha, como a cantoplastia (correção de onicocriptose ou unha encravada), é um procedimento cirúrgico básico e comum na rotina da Atenção Primária. Ela consta na lista de procedimentos da Carteira de Serviços como uma competência clínica esperada das equipes de Saúde da Família.

Alternativa c) Correta. O tratamento do "grande queimado" envolve pacientes com extensas áreas do corpo atingidas, risco de choque hipovolêmico, distúrbios metabólicos graves e necessidade de desbridamentos complexos ou suporte de terapia intensiva. Devido à alta complexidade e necessidade de vigilância contínua, esses pacientes devem ser manejados em Centros de Tratamento de Queimados ou hospitais de alta complexidade. A Atenção Primária tem papel apenas no manejo de queimaduras pequenas, superficiais e de baixa gravidade. Por ser um procedimento inadequado para o nível primário segundo a Carteira de Serviços, esta é a alternativa a ser assinalada.

Alternativa d) Incorreta. A remoção manual de fecaloma é uma intervenção clínica de baixa complexidade tecnológica, mas essencial para o alívio imediato do paciente em quadros de constipação severa. Este procedimento é perfeitamente compatível com a estrutura e a competência técnica das equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Questão 54

Para responder a essa questão, é fundamental estar atualizado com as mudanças recentes na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. A Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024, consolidou atualizações importantes que frequentemente são cobradas em provas de residência e concursos.

No sistema de vigilância epidemiológica brasileiro, as notificações podem ser classificadas como imediatas (realizadas em até 24 horas) ou semanais (realizadas em até 7 dias). Os transtornos mentais relacionados ao trabalho foram incluídos como agravos de notificação compulsória e seguem o fluxo de periodicidade semanal para o envio dos dados às Secretarias Municipais de Saúde.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O prazo de 24 horas é reservado para a notificação imediata, aplicada a situações de maior gravidade ou potencial de disseminação rápida, como surtos de doenças infectocontagiosas específicas, óbitos suspeitos por certas patologias ou acidentes de trabalho graves e fatais. Os transtornos mentais relacionados ao trabalho não se enquadram nesse critério de urgência cronológica de 24 horas.

Alternativa b) Incorreta. O intervalo de 72 horas não é um prazo padrão estabelecido pela Portaria de Consolidação nº 4/2017 ou suas atualizações (incluindo a 5.201/2024) para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador ou doenças infectocontagiosas.

Alternativa c) Incorreta. O prazo de 5 dias não faz parte da sistemática de classificação da Vigilância Epidemiológica brasileira para a periodicidade das notificações na Lista Nacional. O sistema trabalha com o binômio "imediata" (24h) ou "semanal" (7 dias).

Alternativa d) Correta. De acordo com a legislação vigente, a notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho é de periodicidade semanal. Isso significa que o registro deve ser feito e comunicado à Secretaria Municipal de Saúde em um prazo de até 7 dias a partir do diagnóstico ou suspeita. Essa periodicidade permite o monitoramento epidemiológico e a formulação de políticas de saúde ocupacional sem a exigência de resposta de emergência em 24 horas.

Gabarito: Letra (d).

Questão 55

Para entender essa questão, precisamos revisar os conceitos de epidemiologia clínica aplicados aos testes diagnósticos, especificamente as Razões de Verossimilhança (ou Likelihood Ratios).

As Razões de Verossimilhança (RV) indicam quanto um resultado de teste aumenta ou diminui a probabilidade pós-teste de uma doença.

Alternativa A (Correta): Razão de Verossimilhança Negativa (RV-).

A RV- expressa a probabilidade de um indivíduo doente ter um teste negativo dividida pela probabilidade de um indivíduo saudável ter um teste negativo. Matematicamente, o numerador é o complementar da Sensibilidade ($1 - \text{Sensibilidade}$, que representa os falsos-negativos) e o denominador é a própria Especificidade (os verdadeiros-negativos). Portanto, a fórmula $(1 - \text{Sensibilidade}) / \text{Especificidade}$ define exatamente a RV-. Quanto menor esse valor (próximo de zero), melhor o teste para excluir uma doença quando o resultado vem negativo.

Alternativa B (Incorreta): Razão de Verossimilhança Positiva (RV+).

A RV+ indica quanto a probabilidade da doença aumenta após um teste positivo. Sua fórmula é o oposto lógico da RV-: $\text{Sensibilidade} / (1 - \text{Especificidade})$. Ou seja, é a razão entre a taxa de verdadeiros-positivos e a taxa de falsos-positivos.

Alternativa C (Incorreta): Acurácia.

A acurácia representa a proporção total de resultados corretos (verdadeiros-positivos somados aos verdadeiros-negativos) em relação ao total de testes realizados. A fórmula é: $(VP + VN) / \text{Total}$. Ela reflete a performance global do teste, mas não se relaciona com a fórmula apresentada no enunciado.

Alternativa D (Incorreta): Probabilidade pré-teste.

A probabilidade pré-teste é a chance de o paciente ter a doença antes mesmo da realização do exame, baseando-se geralmente na prevalência da doença naquela população ou no quadro clínico apresentado. Não é calculada por meio de fórmulas de Sensibilidade ou Especificidade do teste em si, mas sim um dado epidemiológico ou clínico prévio.

Em resumo:

RV Positiva = $\text{Sensibilidade} / (1 - \text{Especificidade})$

RV Negativa = $(1 - \text{Sensibilidade}) / \text{Especificidade}$

Questão 56

O Número Necessário para Tratar (NNT) é uma medida estatística fundamental na medicina baseada em evidências, utilizada para expressar o impacto clínico de uma intervenção em ensaios clínicos. Ele quantifica quantos pacientes precisam receber o tratamento experimental para que um desfecho clínico negativo seja evitado ou um desfecho positivo seja alcançado, em comparação ao grupo controle.

Alternativa a: Incorreta. A fórmula para o cálculo do NNT é o inverso da Redução Absoluta do Risco (RAR). Portanto, a expressão correta é $NNT = 1 / RAR$. A alternativa sugere erroneamente uma operação de subtração ($1 - RAR$).

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve exatamente o conceito de NNT. Ele indica o número de indivíduos que devem ser submetidos a uma terapia para que se consiga prevenir a ocorrência de um evento clínico indesejado em uma pessoa. Por exemplo, se um medicamento tem um NNT de 50 para prevenir um AVC, isso significa que é necessário tratar 50 pacientes para evitar que um deles sofra o evento.

Alternativa c: Incorreta. Quanto menor o NNT, melhor é a eficácia da intervenção. O valor ideal é 1, o que significaria que cada paciente tratado apresentaria o benefício esperado. Resultados distantes de 1 (como um NNT de 500) indicam que a intervenção tem um impacto pequeno, sendo necessário tratar muitas pessoas para beneficiar apenas uma.

Alternativa d: Incorreta. O NNT é uma medida de efeito associada primordialmente a ensaios clínicos controlados e randomizados, que são estudos experimentais analíticos prospectivos de alta hierarquia de evidência. O estudo "antes e após" é um desenho quase-experimental com maiores limitações metodológicas e não é o foco principal da aplicação e potencialização das hipóteses através do NNT.

Questão 57

ANÁLISE DA QUESTÃO

Alternativa a) Incorreta. A criação e a exigência dos Conselhos Municipais de Saúde como condição obrigatória para o repasse de recursos financeiros estão fundamentadas na Lei Federal 8.142 de 1990. Portanto, essa estrutura de controle social já estava estabelecida antes da edição da NOB 01/96.

Alternativa b) Incorreta. O lema "A municipalização é o caminho" é a principal marca da NOB 01/93. Foi essa norma que deu o impulso inicial vigoroso para a descentralização, definindo que o município deveria ser o gerente principal dos

serviços de saúde em seu território.

Alternativa c) Incorreta. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) foram constituídas pela NOB 01/93. Elas surgiram como espaços de negociação e pactuação entre os gestores municipais, estaduais e federais para viabilizar a descentralização do sistema.

Alternativa d) Correta. A NOB 01/96 consolidou o papel do município como gestor e reordenou o modelo de financiamento. Uma de suas características marcantes foi a inclusão das ações de Vigilância em Saúde (Sanitária e Epidemiológica) no escopo da atenção básica, criando incentivos financeiros específicos para que os municípios assumissem essas responsabilidades, como o Incentivo para as Ações Básicas de Vigilância Sanitária. Além disso, esta norma introduziu o Piso da Atenção Básica (PAB), substituindo gradualmente o pagamento por produção pelo repasse per capita.

Questão 58

CONCEITO INICIAL

O estudo seccional, também chamado de transversal ou de prevalência, é um delineamento de pesquisa em que a exposição e o desfecho são analisados simultaneamente em uma população, em um único ponto no tempo. A principal medida de associação utilizada nesse tipo de estudo é a Razão de Prevalência (RP).

RAZÃO DE PREVALÊNCIA (RP)

A Razão de Prevalência é obtida por meio de uma divisão simples: a prevalência do desfecho no grupo exposto dividida pela prevalência do desfecho no grupo não exposto.

Para interpretar o resultado, utilizamos o valor de referência 1,0 (valor de nulidade):

- Se a RP for igual a 1,0: A prevalência é igual nos dois grupos.
- Se a RP for maior que 1,0: A prevalência é maior no grupo exposto (sugere fator de risco).
- Se a RP for menor que 1,0: A prevalência é menor no grupo exposto (sugere fator de proteção).

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão informa que a Razão de Prevalência encontrada foi de 2,2. Como 2,2 é um valor maior que 1,0, conclui-se logicamente que o numerador da conta (expostos) é

maior do que o denominador (não expostos). Ou seja, a prevalência do desfecho entre os expostos é maior do que entre os não expostos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): Conforme explicado, uma RP de 2,2 indica que a prevalência no grupo exposto é 2,2 vezes superior à prevalência no grupo não exposto.

Alternativa B (Incorreta): Se a prevalência fosse igual, o resultado da divisão (RP) seria exatamente 1,0.

Alternativa C (Incorreta): Para que a prevalência fosse menor nos expostos, o valor da RP deveria ser um número entre 0 e 1 (por exemplo, 0,5).

Alternativa D (Incorreta): Esta opção apresenta dois erros. Primeiro, o termo "risco de adoecer" é tecnicamente reservado para a incidência (casos novos), que é medida em estudos de coorte, e não em estudos seccionais (que medem prevalência/casos existentes). Segundo, a RP de 2,2 indica que as medidas são diferentes entre os grupos, e não iguais.

GABARITO: Letra A.

Questão 59

O caso clínico apresenta um paciente com perfil epidemiológico clássico (homem, lavrador, zona rural) e uma lesão cutânea crônica característica (placa verrucosa no pé). No entanto, o ponto determinante para a resolução da questão é o achado do exame direto.

Análise das alternativas:

a) Correta. A cromoblastomicose é uma micose profunda subcutânea causada por fungos dematiáceos (escuras). É comum em trabalhadores rurais devido à inoculação traumática de fungos presentes no solo e vegetais. Clinicamente, manifesta-se por placas verrucosas, crostosas ou com aspecto de "couve-flor", geralmente nos membros inferiores. O achado patognomônico no exame direto ou histopatológico são as células muriformes, também chamadas de corpúsculos fumagoides, corpos de Medlar ou corpos em "moeda de cobre". São estruturas fúngicas arredondadas, acastanhadas e que apresentam septação transversal e longitudinal (daí o termo muriforme, que lembra um muro de tijolos).

b) Incorreta. A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica que também atinge

trabalhadores rurais, mas sua apresentação cutânea clássica costuma ser a estomatite de Aguiar-Pupo (pontilhado hemorrágico em mucosa oral) ou lesões ulceradas. Ao exame microscópico, o achado característico é a levedura com brotamentos múltiplos, assemelhando-se a uma "roda de leme" ou "orelha do Mickey", e não a células muriformes septadas.

c) Incorreta. A esporotricose geralmente se manifesta de forma linfocutânea (nódulos que seguem o trajeto linfático após trauma com vegetais ou arranhadura de gato). No exame direto, é difícil visualizar o fungo, mas, quando encontrado, apresenta-se sob a forma de leveduras com aspecto de "charuto" ou pela presença do corpo asteroide.

d) Incorreta. A histoplasmose é uma infecção sistêmica fúngica adquirida geralmente pela inalação de esporos (fezes de morcegos ou aves). A forma cutânea primária é rara. No exame microscópico, observam-se pequenas leveduras intracelulares (dentro de macrófagos), sem a coloração marrom natural ou a septação característica da cromoblastomicose.

Resumo: A presença de "células muriformes" ou "corpos esféricos marrons septados" é o critério diagnóstico definitivo para cromoblastomicose.

Questão 60

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta uma lesão cutânea com características clássicas de alerta para o melanoma maligno, seguindo a regra do ABCDE: Assimetria, Bordas irregulares, Cores variadas (marrom, preta, cinza e azul) e Evolução rápida (seis meses). O diâmetro de 3 cm reforça a suspeita. Diante de uma lesão altamente sugestiva de melanoma, o objetivo inicial é obter o diagnóstico histopatológico e determinar o índice de Breslow (profundidade da invasão), que é o principal fator prognóstico.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A biópsia incisional (retirar apenas um fragmento) deve ser evitada em lesões suspeitas de melanoma, pois pode não representar a área de maior profundidade da neoplasia, resultando em um estadiamento (índice de Breslow) e prognóstico errados. Ela é reservada apenas para lesões muito grandes em locais de difícil execução cirúrgica, como face ou regiões acrais, o que não é o caso de uma lesão de 3 cm na perna.

Alternativa b) Correta. A biópsia excisional com margens estreitas (geralmente de 1 a 3 mm, sendo 2 mm o padrão aceito) é o procedimento de escolha para lesões

suspeitas de melanoma. Essa conduta permite a análise de toda a extensão da lesão, garantindo a medida correta da profundidade de Breslow. Margens pequenas são utilizadas inicialmente para não comprometer a drenagem linfática local, caso seja necessária a realização posterior da pesquisa de linfonodo sentinela.

Alternativa c) Incorreta. Embora a excisão total esteja correta, a margem de 4 mm não é o padrão recomendado para a biópsia diagnóstica inicial. As margens terapêuticas definitivas são decididas apenas após o resultado do anatomopatológico: se o melanoma for in situ, a margem será de 5 mm; se tiver até 1 mm de espessura, a margem será de 1 cm; e se tiver mais de 2 mm, a margem será de 2 cm.

Alternativa d) Incorreta. A biópsia incisional é contraindicada como primeira escolha, conforme explicado anteriormente. Já a biópsia (ou pesquisa) de linfonodo sentinela só está indicada após a confirmação do diagnóstico de melanoma e depende da espessura de Breslow (geralmente indicada para lesões com espessura maior ou igual a 0,8 mm ou menores com presença de ulceração). Portanto, não deve ser realizada de forma simultânea à biópsia inicial da lesão primária sem o diagnóstico prévio.

Questão 61

O caso clínico descreve um quadro clássico de Dermatite Atópica (DA), uma doença inflamatória crônica e recidivante da pele. A seguir, a análise detalhada dos pontos-chave do enunciado e a explicação das alternativas:

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta a chamada "tríade atópica", composta por asma, rinite alérgica e dermatite atópica. A descrição das lesões é característica da faixa etária de oito anos: o acometimento das dobras (fossas poplíteas e cubitais) com liquenificação (espessamento da pele pelo ato de coçar crônico) é o padrão típico da DA em crianças maiores, adolescentes e adultos. O prurido intenso, que prejudica o sono, é o sintoma cardinal da doença, acompanhado de xerose (pele seca) difusa.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A psoríase clássica apresenta-se como placas eritematodescamativas bem delimitadas, com escamas prateadas e micáceas, localizadas preferencialmente em superfícies extensoras (cotovelos e joelhos), couro cabeludo e região sacral. Embora exista a psoríase invertida (que afeta dobras), ela não costuma cursar com a tríade atópica ou xerose cutânea generalizada de longa data como descrito.

b) Incorreta. A pitiríase rósea é uma erupção cutânea aguda e autolimitada. Geralmente começa com uma "mancha heráldica" única, seguida por múltiplas lesões menores no tronco em padrão de "árvore de Natal". O quadro dura de 4 a 8 semanas, não sendo recorrente por três anos, e não possui associação direta com asma ou rinite.

c) Incorreta. A tinea corporis é uma infecção fúngica superficial (dermatofitose). Caracteriza-se por lesões anulares (em forma de anel), com bordas ativas descamativas e clareamento central. Não é uma condição crônica recidivante de três anos que respeita a simetria das dobras e não está relacionada a antecedentes de atopia.

d) Correta. O diagnóstico de dermatite atópica é clínico e baseia-se nos critérios de Hanifin e Rajka. O paciente preenche múltiplos critérios maiores: 1. Prurido intenso; 2. Morfologia e distribuição típicas (liquenificação em flexuras); 3. Caráter crônico e recidivante; 4. História pessoal e familiar de atopia (asma e rinite). A xerose cutânea é um critério menor que reforça o diagnóstico. Portanto, esta é a alternativa correta.

Questão 62

O caso clínico descreve uma paciente de 28 anos, hígida, com sintomas clássicos de irritação vesical (disúria, polaciúria e urgência), sem sinais de acometimento sistêmico (ausência de febre). Esse é o quadro típico de cistite aguda não complicada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A infecção do trato urinário (ITU) em mulheres jovens, não gestantes e sem comorbidades conhecidas ou alterações anatômicas é o exemplo clássico de ITU não complicada. São consideradas complicadas as infecções que ocorrem em homens, gestantes, crianças, pacientes com cateteres, imunossuprimidos ou com anomalias estruturais do trato urinário.

b) Incorreta. A definição clássica de ITU recorrente exige a ocorrência de pelo menos 2 episódios em 6 meses ou 3 episódios no período de 12 meses. A paciente apresenta seu segundo episódio no ano, o que ainda não preenche os critérios formais para profilaxia ou investigação de recorrência.

c) Incorreta. A pielonefrite caracteriza-se por infecção do trato urinário superior, cursando obrigatoriamente com sinais sistêmicos como febre alta, calafrios e dor lombar (sinal de Giordano positivo). A ausência de febre e de dor lombar afasta essa possibilidade. Além disso, em casos de cistite simples, o diagnóstico é clínico, não

sendo necessária a realização de hemograma ou urocultura de rotina para iniciar o tratamento.

d) Correta. O quadro clínico é soberano para o diagnóstico de cistite. A ausência de febre é um marcador importante, pois a febre é extremamente rara (menos de 5%) em casos de infecção restrita à bexiga (cistite) em pacientes imunocompetentes. A presença de febre sugeriria o diagnóstico de pielonefrite ou outra complicação. Portanto, o diagnóstico de cistite é o mais provável e adequado para o caso.

Questão 63

O caso clínico apresenta um paciente jovem com hepatite B crônica, carga viral detectável (12.000 UI/mL), transaminases elevadas e o dado mais importante para a definição da conduta: classificação Child-Pugh B, o que caracteriza a presença de cirrose hepática.

A análise das alternativas baseia-se nas recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para hepatite B:

Alternativa a) Incorreta. Em pacientes com cirrose, a soroconversão de HBeAg (passagem de HBeAg reagente para anti-HBe reagente) não é critério para interrupção do tratamento. Mesmo em pacientes não cirróticos, após a soroconversão, é necessário um longo período de tratamento de consolidação. No cirrótico, o risco de reativação viral e descompensação hepática grave impede a suspensão baseada apenas nesse marcador.

Alternativa b) Incorreta. Embora a perda do HBsAg (indeteção sustentada) seja considerada a "cura funcional" da hepatite B, as diretrizes clínicas são extremamente cautelosas com pacientes cirróticos. A suspensão do tratamento nesses casos, mesmo após a perda do HBsAg, oferece um risco elevado de recidiva viral que o fígado cirrótico pode não suportar, levando à insuficiência hepática aguda sobre crônica.

Alternativa c) Correta. Pacientes cirróticos (sejam Child A, B ou C) com hepatite B devem receber tratamento por tempo indeterminado (uso contínuo/vitalício). A literatura médica e os protocolos nacionais e internacionais estabelecem que, devido ao risco de descompensação fatal em caso de rebote viral, não se pode interromper o tratamento com segurança, mesmo diante da perda do HBsAg confirmada em exames repetidos. A manutenção da terapia antiviral reduz o risco de progressão da doença, carcinoma hepatocelular e óbito.

Alternativa d) Incorreta. A queda de 1 log₁₀ na carga viral aos seis meses de

tratamento é um indicador de resposta virológica parcial, e não um critério de interrupção. Pelo contrário, se a resposta for insuficiente, a conduta seria avaliar a adesão ou ajustar o esquema terapêutico, nunca suspender a medicação, especialmente em um contexto de cirrose.

Resumo: Para a prova de residência, grave que o diagnóstico de cirrose em um paciente com hepatite B indica, na quase totalidade dos casos, tratamento medicamentoso para o resto da vida, independentemente da negatificação dos marcadores virais.

Questão 64

Esta questão aborda o manejo da Infecção Latente por Tuberculose (ILT) em pacientes que vivem com HIV (PVHA), um tema recorrente em provas de residência devido ao alto risco de progressão para a forma ativa da doença nessa população.

Alternativa A: Correta. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, o tratamento da ILTB está indicado para PVHA em situações específicas, independentemente do resultado de testes imunológicos (como o PPD/Teste Tuberculínico ou o IGRA). Uma dessas indicações é justamente quando a contagem de linfócitos TCD4+ é menor ou igual a 350 células/mm³. Portanto, por ter CD4 de 300, o paciente já possui indicação formal de tratamento preventivo, mesmo que o IGRA fosse negativo.

Alternativa B: Incorreta. Um teste de IGRA reagente indica que o sistema imune do paciente reconhece antígenos do *Mycobacterium tuberculosis* (infecção), mas não diferencia entre infecção latente e doença ativa. Como o paciente está assintomático, o diagnóstico é de ILTB, e não de tuberculose ativa. O tratamento da tuberculose ativa (esquema RIPE) só deve ser iniciado se houver evidência clínica, radiológica ou bacteriológica de doença.

Alternativa C: Incorreta. O fato de ser PVHA e contactante de tuberculose é uma indicação clássica para o tratamento de ILTB (infecção latente), e não de tuberculose ativa. Para tratar como tuberculose ativa, o paciente precisaria apresentar sintomas (tosse, febre, perda de peso) ou exames alterados sugestivos de doença em atividade. Tratar precocemente como doença ativa sem confirmação expõe o paciente a toxicidades desnecessárias e esquemas terapêuticos mais complexos.

Alternativa D: Incorreta. A vacina BCG, utilizada para prevenção de formas graves de tuberculose, é composta por bacilos vivos atenuados. Ela é contraindicada para pacientes adultos vivendo com HIV, especialmente aqueles com algum grau de imunossupressão, devido ao risco de disseminação do próprio bacilo vacinal. Além

disso, a vacinação não é uma medida de controle para contactantes adultos. O protocolo correto para contactantes PVHA é a investigação de doença ativa e o tratamento de infecção latente.

Questão 65

O endometrioma de parede abdominal, também conhecido como endometriose de cicatriz cirúrgica, ocorre geralmente devido ao implante iatrogênico de células endometriais no tecido subcutâneo ou na musculatura durante procedimentos como a cesariana ou a histerectomia.

Abaixo, a explicação detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: O uso de anticoncepcionais hormonais combinados de forma contínua pode ajudar a controlar os sintomas álgicos cíclicos ao suprimir a menstruação. No entanto, essa terapia não é capaz de eliminar a massa tecidual fibrótica e o tecido endometrial ectópico já estabelecidos na parede abdominal. As taxas de recorrência após a interrupção da medicação são muito altas.

Alternativa (b) Incorreta: O dienogeste é um progestagênio potente e eficaz para o tratamento da dor associada à endometriose pélvica. Contudo, para o endometrioma de parede abdominal, o tratamento medicamentoso isolado é considerado insuficiente, pois não promove a resolução definitiva da lesão sólida.

Alternativa (c) Correta: A ressecção cirúrgica com margens amplas é o padrão-ouro e o tratamento de escolha. Diferentemente da endometriose pélvica, a lesão de parede abdominal é focal, de fácil acesso cirúrgico e frequentemente resistente ao tratamento clínico. A remoção completa da lesão garante a cura, previne a recorrência local e permite o diagnóstico histopatológico definitivo, excluindo a possibilidade (embora rara) de transformação maligna.

Alternativa (d) Incorreta: Os análogos do GnRH (como a goserrelina) induzem um estado de menopausa temporária por meio da dessensibilização dos receptores de GnRH na hipófise. Embora sejam potentes para reduzir focos de endometriose sistêmica, são medicamentos de alto custo, com muitos efeitos colaterais e não devem ser utilizados como primeira linha para uma lesão localizada de parede abdominal que pode ser resolvida definitivamente com cirurgia.

Conclusão: Diante de uma massa palpável e dolorosa em cicatriz de cesariana, a conduta definitiva é sempre a exérese cirúrgica da lesão.

Questão 66

O quadro clínico apresentado é clássico para o diagnóstico de tricomoníase, uma infecção causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Os principais pontos que confirmam essa hipótese são o corrimento amarelo-esverdeado e bolhoso, acompanhado de odor fétido e sinais inflamatórios intensos, como prurido, dispareunia e sinusiorragia (sangramento após a relação sexual).

O achado de colo uterino com aspecto de morango ou framboesa (colpite macular) é um sinal clínico altamente característico dessa patologia. Ao teste de Schiller, a aparência tigróide ocorre porque as microulcerações no epitélio cervical impedem a fixação uniforme do iodo, criando um aspecto malhado ou tigrado. Além disso, o pH vaginal na tricomoníase encontra-se elevado (geralmente acima de 5,0), o que condiz com o valor de 7,5 relatado.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A candidíase vulvovaginal manifesta-se tipicamente com prurido intenso e corrimento branco grumoso (aspecto de leite coalhado), sem odor fétido. No exame físico, observa-se hiperemia e edema vulvar, mas o pH vaginal permanece ácido (menor que 4,5) e não há o aspecto de colo em morango.

b) Correta. A tricomoníase é a única entre as opções que justifica o corrimento amarelo-esverdeado bolhoso, o pH vaginal alcalino (7,5) e as alterações específicas no colo uterino (aspecto de morango e teste de Schiller tigróide). Por ser uma infecção sexualmente transmissível (IST), o manejo deve incluir o tratamento do parceiro.

c) Incorreta. Este termo não define uma patologia inflamatória com as características descritas. A presença de lactobacilos é normal na flora vaginal e ajuda a manter o pH ácido. Um quadro de vaginose lactobacilar não apresentaria o aspecto tigróide, o pH elevado ou o odor fétido descrito.

d) Incorreta. A vaginose citolítica ocorre pelo excesso de lactobacilos que leva à lise das células epiteliais. Os sintomas (prurido e corrimento esbranquiçado) mimetizam a candidíase. No entanto, o pH vaginal na vaginose citolítica é muito baixo (ácido), geralmente entre 3,5 e 4,5, o que é o oposto do pH 7,5 encontrado no caso clínico.

Questão 67

O ponto central desta questão é o reconhecimento de achados fisiológicos no exame citopatológico (Papanicolaou). A metaplasia escamosa imatura é um processo fisiológico normal que ocorre na zona de transformação do colo uterino, onde o epitélio colunar (glandular) é substituído por epitélio escamoso. Esse processo é comum e esperado, especialmente em mulheres jovens, gestantes ou que fazem uso de anticoncepcionais hormonais.

Por ser um achado benigno e sem qualquer potencial de malignidade imediata, não indica doença nem necessidade de investigação adicional.

Explicação das alternativas:

a) Correta. Como a metaplasia escamosa imatura não é uma lesão precursora de câncer, mas sim uma alteração celular benigna e fisiológica, a paciente deve manter o seguimento conforme as diretrizes de rastreamento do Ministério da Saúde (INCA): repetição anual e, após dois exames negativos com intervalo de um ano, o rastreamento passa a ser trienal.

b) Incorreta. A repetição da citologia em seis meses é reservada para situações de atipias de significado indeterminado (como ASC-US em mulheres acima de 30 anos) ou para o acompanhamento de lesões de baixo grau (LSIL) em determinadas faixas etárias, o que não se aplica a um achado fisiológico de metaplasia.

c) Incorreta. A colposcopia com biópsia é um procedimento de investigação diagnóstica indicado para pacientes com resultados citológicos sugestivos de lesões pré-neoplásicas de alto grau (HSIL), ASC-H, células glandulares atípicas (AGC) ou persistência de lesões de baixo grau. Realizar esse procedimento em uma paciente com metaplasia seria um excesso de intervenção (overtreatment).

d) Incorreta. A Cirurgia de Alta Frequência (CAF) é um procedimento terapêutico (exérese da zona de transformação) indicado para o tratamento de lesões precursoras de alto grau comprovadas por biópsia (NIC 2 ou NIC 3). Jamais deve ser realizada baseando-se apenas em um achado fisiológico de metaplasia escamosa.

Questão 68

Análise do caso:

A paciente apresenta sintomas vasomotores intensos (fogachos) e possui antecedente de câncer de mama, o que contraindica o uso de terapia de reposição hormonal (TRH) convencional. Além disso, ela utiliza tamoxifeno, uma pró-droga que depende da enzima hepática CYP2D6 para ser metabolizada em endoxifeno, que é o

seu metabólito ativo responsável pela ação antineoplásica.

Alternativa a (Incorreta): As isoflavonas são fitoestrógenos. A evidência científica sobre sua eficácia no controle de sintomas vasomotores moderados a graves é limitada. Além disso, por apresentarem uma estrutura química semelhante ao estrógeno e agirem em seus receptores, sua segurança em pacientes com histórico de câncer de mama hormônio-dependente não é totalmente estabelecida, não sendo a escolha ideal neste cenário.

Alternativa b (Correta): O fezolinetant é uma nova classe de medicamento não hormonal, atuando como um antagonista do receptor de neurocinina 3 (NK3). Ele atua diretamente nos neurônios KNDy no hipotálamo, que são responsáveis pelo controle termorregulador. Por não ser um hormônio e, fundamentalmente, por não interferir na via da enzima CYP2D6, ele é seguro e eficaz para tratar fogachos em pacientes com câncer de mama que utilizam tamoxifeno.

Alternativa c (Incorreta): A fluoxetina é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina que atua como um potente inibidor da enzima CYP2D6. O seu uso concomitante ao tamoxifeno reduz drasticamente os níveis de endoxifeno no sangue, podendo comprometer o sucesso do tratamento oncológico e aumentar o risco de recidiva da doença.

Alternativa d (Incorreta): A paroxetina é o inibidor mais potente da CYP2D6 entre os antidepressivos. Assim como a fluoxetina, é formalmente contraindicada para pacientes em uso de tamoxifeno. Caso fosse necessário prescrever um antidepressivo para controle de fogachos nesta paciente, as opções preferenciais seriam a venlafaxina, desvenlafaxina ou escitalopram, que possuem efeito inibitório nulo ou fraco sobre a CYP2D6.

Questão 69

O objetivo principal do rastreamento do câncer de mama é a detecção precoce de lesões em estágios iniciais, permitindo tratamentos menos agressivos e, fundamentalmente, a redução da mortalidade. Para que um exame seja considerado o padrão-ouro no rastreio populacional, ele deve possuir evidências científicas sólidas de que sua aplicação diminui o número de mortes pela doença.

Alternativa a) Incorreta. A ressonância magnética apresenta a maior sensibilidade entre os métodos de imagem para detectar o câncer de mama. No entanto, possui menor especificidade e alto custo, o que gera um maior número de biópsias desnecessárias. Seu uso no rastreamento é restrito a pacientes de alto risco (como aquelas com mutações nos genes BRCA1/2 ou risco calculado superior a 20-25% ao

longo da vida), não sendo o exame padrão para a redução de mortalidade na população geral.

Alternativa b) Incorreta. A tomossíntese, também conhecida como mamografia 3D, é uma evolução tecnológica que melhora a taxa de detecção de câncer (especialmente em mamas densas) e reduz a taxa de reconvocações por falsos-positivos. Apesar de ser superior à mamografia convencional na detecção, ela ainda não substituiu a mamografia 2D como o exame de referência absoluta nas diretrizes de saúde pública para a redução de mortalidade populacional, embora venha ganhando espaço como método preferencial em alguns serviços privados.

Alternativa c) Incorreta. A ultrassonografia é um excelente método complementar, especialmente para a avaliação de mamas densas em mulheres jovens ou para a caracterização de nódulos (diferenciando conteúdo sólido de cístico). Contudo, ela é examinador-dependente e possui baixa sensibilidade para a detecção de microcalcificações, que são sinais precoces importantes. Não existem estudos randomizados que comprovem a redução de mortalidade quando a ultrassonografia é utilizada isoladamente como rastreio.

Alternativa d) Correta. A mamografia é o único exame que demonstrou, de forma consistente e através de múltiplos ensaios clínicos randomizados em larga escala, uma redução significativa na mortalidade por câncer de mama (em torno de 20% a 30% nas populações rastreadas). Devido à sua capacidade de detectar microcalcificações e nódulos ainda não palpáveis, ela permite o diagnóstico em fases onde a cura é altamente provável. Por isso, permanece como a base das estratégias de rastreamento populacional em todo o mundo.

Questão 70

Para a correta resolução desta questão, o candidato deve compreender a epidemiologia das massas anexiais na infância. Embora o termo tumor possa sugerir especificamente uma neoplasia, em concursos médicos ele é frequentemente utilizado de forma genérica para descrever qualquer massa ou aumento de volume ovariano.

Alternativa a: Incorreta. Os cistoadenomas serosos são tumores de origem epitelial. Os tumores epiteliais representam a grande maioria dos tumores ovarianos em mulheres adultas e idosas, mas são extremamente raros na faixa etária pediátrica, especialmente antes da puberdade.

Alternativa b: Incorreta. Assim como os serosos, os cistoadenomas mucinosos pertencem à linhagem epitelial. Eles raramente são diagnosticados em crianças,

tendo sua incidência aumentada significativamente apenas após a menarca e ao longo da vida reprodutiva.

Alternativa c: Correta. Os cistos ovarianos funcionais, que incluem principalmente os cistos foliculares, são as massas ovarianas mais frequentemente encontradas na infância. Sua ocorrência é comum no período neonatal, devido à influência dos hormônios maternos e placentários, e também na fase peripuberal, decorrente das flutuações hormonais típicas da maturação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Por serem os achados mais prevalentes em exames de imagem nesta população, são considerados a resposta correta para a frequência geral de massas (tumores) ovarianos.

Alternativa d: Incorreta. O teratoma maduro, também conhecido como cisto dermoide, é a neoplasia ovariana (tumor verdadeiro) mais comum em crianças e adolescentes, pertencendo à linhagem de células germinativas. No entanto, o termo tumor na questão é abrangente e, estatisticamente, os cistos funcionais (que não são neoplasias) superam os teratomas em frequência diagnóstica na infância. Portanto, o teratoma maduro é o tumor neoplásico mais comum, mas não a massa ovariana mais frequente no geral.

Questão 71

A anovulia crônica é uma das condições mais frequentes na investigação da infertilidade feminina, sendo caracterizada pela ausência de ovulação regular. Para resolver essa questão, é necessário identificar qual patologia detém a maior prevalência epidemiológica nesse contexto.

Alternativa a) Correta. A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é considerada a causa mais comum de infertilidade por anovulação. Estima-se que a SOP afete entre 5% a 10% das mulheres em idade reprodutiva e seja responsável por até 80% dos casos de infertilidade anovulatória. Ela se caracteriza por um desequilíbrio endócrino que envolve hiperandrogenismo e, frequentemente, resistência insulínica, o que interrompe o desenvolvimento folicular normal.

Alternativa b) Incorreta. A hiperprolactinemia é, de fato, uma causa importante de anovulação, pois o excesso de prolactina interfere na secreção pulsátil do GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas). No entanto, sua prevalência é muito menor quando comparada à Síndrome dos Ovários Policísticos.

Alternativa c) Incorreta. Disfunções tireoidianas, como o hipotireoidismo decorrente da tireoidite de Hashimoto, podem alterar o ciclo menstrual e prejudicar a ovulação. Embora seja um diagnóstico diferencial obrigatório na investigação da infertilidade,

não representa a causa principal ou mais frequente de anovulia crônica.

Alternativa d) Incorreta. A obesidade é um fator de risco e um agravante para a anovulação, estando frequentemente associada à SOP devido à produção periférica de estrogênios e ao aumento da resistência à insulina. Entretanto, a obesidade por si só não é definida como a "causa principal", mas sim como um fator contribuinte ou uma comorbidade associada ao distúrbio ovulatório.

Em resumo, a Síndrome dos Ovários Policísticos é a etiologia soberana em termos de frequência para quadros de anovulia crônica na população feminina.

Questão 72

Para resolver essa questão, é fundamental analisar os dois sítios anatômicos acometidos pela sintomatologia da paciente: o reto e o colo uterino.

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro de proctite (inflamação do reto), manifestada por tenesmo (vontade persistente de evacuar), dor anal, hematoquezia (sangue nas fezes) e corrimento amarelado por via anal. Somado a isso, o exame físico ginecológico revela cervicite (inflamação do colo do útero), caracterizada por colo friável (sangra ao toque) e secreção mucopurulenta. O antecedente de coito anal sem preservativo é o principal fator de risco para a transmissão de patógenos sexualmente transmissíveis para a região colorretal.

Análise das Alternativas:

a) Cervicite inespecífica: Incorreta. O termo "inespecífica" é utilizado quando não se identifica um agente etiológico provável ou quando a causa não é infecciosa. No caso, a presença de pus (mucopurulento) e o comportamento de risco direcionam fortemente para uma etiologia infecciosa específica (infecções sexualmente transmissíveis - ISTs). Além disso, essa alternativa ignora completamente os sintomas retais descritos.

b) Proctite inespecífica: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o diagnóstico de proctite inespecífica desconsidera o contexto epidemiológico de prática sexual desprotegida e os achados ginecológicos (cervicite). A proctite, neste cenário, deve ser investigada como parte de uma IST.

c) Doença inflamatória pélvica aguda (DIPA): Incorreta. A DIPA é uma síndrome clínica decorrente da ascensão de microrganismos do trato genital inferior para o trato superior (útero, trompas e ovários). Embora a paciente tenha cervicite (que

pode ser precursora da DIPA), o caso não descreve os critérios diagnósticos clássicos, como dor à mobilização do colo uterino, dor à palpação de anexos ou dor abdominal infraumbilical importante. O foco da queixa é cervical e retal.

d) Gonococcia retal e cervical: Correta. Esta é a alternativa que engloba todo o quadro clínico. A *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo) é um dos principais agentes causadores de cervicite mucopurulenta. Em mulheres que praticam coito anal ou por contaminação contígua a partir da vagina, o gonococo pode causar proctite, cujos sintomas (dor, tenesmo e eliminação de pus/sangue) coincidem exatamente com o relato da paciente. Vale lembrar que a clamídia também poderia causar quadro semelhante, mas, entre as opções apresentadas, a gonococcia é a que melhor define a etiologia infecciosa provável para ambos os sítios.

Conclusão:

A combinação de sinais de inflamação purulenta no colo do útero e no reto em uma paciente jovem e sexualmente ativa aponta diretamente para uma infecção bacteriana por patógenos de IST, sendo o gonococo uma causa clássica para ambas as apresentações simultâneas.

Questão 73

A implantação embrionária, também conhecida como nidação, é o processo em que o embrião se fixa e penetra na camada funcional do endométrio. Para responder corretamente a essa questão, é necessário revisar a cronologia e a morfologia do desenvolvimento embrionário na primeira semana.

Alternativa (a) Incorreta: A mórula é um estágio inicial que ocorre aproximadamente entre o terceiro e o quarto dia após a fertilização. Nesse estágio, o embrião é uma massa sólida composta por 12 a 32 células chamadas blastômeros. A mórula ainda está transitando pela tuba uterina em direção ao útero, portanto, não é a forma que realiza a implantação.

Alternativa (b) Correta: O blastocisto é o estágio de desenvolvimento alcançado por volta do quinto dia após a fertilização. Ele se caracteriza pela formação de uma cavidade preenchida por líquido (blastocelo) e pela diferenciação celular em trofoblasto (camada externa) e embrioblasto (massa celular interna). É nesta fase que o embrião perde a zona pelúcida e inicia a adesão ao epitélio endometrial, geralmente entre o sexto e o sétimo dia.

Alternativa (c) Incorreta: O blastômero é a denominação técnica de cada uma das células individuais que resultam das primeiras divisões mitóticas (clivagens) do zigoto. O blastômero é uma unidade constituinte do embrião, e não o estágio de

desenvolvimento global que se implanta no útero.

Alternativa (d) Incorreta: O embrioblasto é uma estrutura específica dentro do blastocisto. Ele corresponde à massa celular interna que dará origem aos tecidos do embrião propriamente dito. Embora esteja presente no momento da nidação, o termo não define o estágio embrionário completo, mas apenas uma parte dele. O conceito como um todo, no momento da implantação, é chamado de blastocisto.

Questão 74

A determinação da corionicidade é o passo mais importante na avaliação inicial de uma gestação gemelar, sendo realizada idealmente por meio da ultrassonografia entre a 11ª e a 14ª semana de gestação.

O sinal de lambda, também conhecido como sinal do Twin Peak, é caracterizado por uma projeção de tecido placentário em forma de cunha que se insinua entre as camadas da membrana divisória dos fetos. Esse achado indica que a gestação é dicoriônica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Nas gestações gemelares monoamnióticas, os fetos estão dentro do mesmo saco amniótico. Como não existe uma membrana divisória entre os conceptos, não é possível visualizar nem o sinal de lambda, nem o sinal de T.

Alternativa b) Incorreta. Nas gestações monocoriônicas e diamnióticas, os fetos compartilham a mesma placenta, mas estão em sacos amnióticos diferentes. A membrana divisória é fina e se insere na placenta de forma perpendicular, sem a presença de tecido placentário entre as membranas. Esse achado é chamado de sinal de T.

Alternativa c) Incorreta. O termo diamniótica refere-se apenas à existência de dois sacos amnióticos. Uma gestação diamniótica pode ser tanto dicoriônica (apresentando o sinal de lambda) quanto monocoriônica (apresentando o sinal de T). Portanto, a alternativa é imprecisa, pois o sinal de lambda define especificamente a corionicidade, e não apenas a amnionidade.

Alternativa d) Correta. O sinal de lambda é o marcador ultrassonográfico patognomônico da gestação dicoriônica. Ele ocorre porque, na gestação dicoriônica, existem dois córions e dois âmnios formando a membrana divisória. No ponto de inserção dessa membrana na placenta, o tecido placentário se projeta entre os dois córions, criando o formato da letra grega lambda.

Gabarito: Letra (d).

Questão 75

Explicação:

Os cistos tecaluteínicos são cistos ovarianos funcionais, geralmente bilaterais e múltiplos, que ocorrem devido à hiperestimulação das células da teca interna no ovário. Essa condição é frequentemente associada a situações nas quais há níveis excessivamente elevados de gonadotrofina coriônica humana (hCG), como ocorre na mola hidatiforme e no coriocarcinoma.

a) LH: Incorreta. Embora o hormônio luteinizante (LH) seja o estímulo fisiológico normal para as células da teca durante o ciclo menstrual, ele não é o responsável pela formação desses cistos nas neoplasias trofoblásticas. Nessas patologias, o LH encontra-se em níveis baixos (suprimido) devido ao feedback negativo exercido pelos altos níveis de hormônios esteroides e pelo próprio hCG.

b) FSH: Incorreta. O hormônio folículo-estimulante (FSH) atua primariamente nas células da granulosa para promover o crescimento folicular. Ele não exerce o papel de indutor dos cistos tecaluteínicos no contexto da doença trofoblástica gestacional.

c) HCG: Correta. O hCG (gonadotrofina coriônica humana) possui uma subunidade alfa idêntica à do LH, FSH e TSH, e uma subunidade beta que apresenta grande semelhança estrutural com a subunidade beta do LH. Devido a essa semelhança, o hCG consegue se ligar e ativar os receptores de LH nas células da teca dos ovários. Nas neoplasias trofoblásticas gestacionais, a produção de hCG é maciça, o que causa uma estimulação exagerada e contínua dos ovários, resultando na formação dos cistos tecaluteínicos múltiplos (quadro conhecido como hyperreactio luteinalis).

d) Progesterona: Incorreta. A progesterona é um hormônio esteroide produzido pelo corpo lúteo e pela placenta para a manutenção da gestação. Ela é um produto da atividade ovariana ou placentária e não o agente causador da estimulação folicular ou da formação de cistos ovarianos.

Questão 76

O manejo do trabalho de parto prematuro exige cautela no uso de múltiplas medicações simultâneas. A questão aborda a interação entre a nifedipina (um bloqueador de canais de cálcio) e o sulfato de magnésio (um mineral com propriedades de antagonismo do cálcio).

Alternativa a) Incorreta. A associação não é indicada. Embora ambos os fármacos possam atuar na musculatura uterina diminuindo as contrações, o risco de efeitos adversos sistêmicos graves supera qualquer benefício teórico de potencialização da tocolíse. O foco do tratamento deve ser sempre o equilíbrio entre a eficácia clínica e a segurança materna.

Alternativa b) Incorreta. É verdade que, isoladamente, a nifedipina é um excelente tocolítico e o sulfato de magnésio é o padrão-ouro para neuroproteção fetal em gestações abaixo de 32 semanas. No entanto, o enunciado questiona a segurança da associação entre as duas drogas. Mesmo com indicações clínicas distintas, o risco de interação medicamentosa grave impede que sejam recomendadas de forma conjunta e rotineira.

Alternativa c) Correta. Esta é a justificativa farmacológica clássica cobrada em exames. O sulfato de magnésio atua inibindo a liberação de acetilcolina na placa motora e competindo com o cálcio. A nifedipina, sendo um bloqueador de canais de cálcio, potencializa esse efeito de relaxamento muscular. A associação pode provocar um bloqueio neuromuscular sinérgico e profundo, resultando em riscos críticos para a gestante, como fraqueza muscular severa, hipotensão acentuada e, em casos graves, insuficiência respiratória por paralisia do músculo diafragmático e dos músculos intercostais.

Alternativa d) Incorreta. O impedimento para a associação deve-se exclusivamente ao risco de toxicidade e efeitos colaterais na mãe. Não existem evidências científicas que demonstrem que a nifedipina interfira ou anule o mecanismo pelo qual o magnésio exerce a neuroproteção no sistema nervoso central do feto prematuro.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 77

Análise do Caso Clínico:

Temos uma gestante pré-termo (31 semanas) em trabalho de parto avançado. Os pontos-chave são a idade gestacional (31 semanas), a rotura das membranas (amniorrexe) há 12 horas e o exame físico evidenciando 8 cm de dilatação. O feto está em apresentação cefálica e em boas condições de vitalidade (BCF 134 bpm).

Diagnóstico: Trabalho de parto prematuro em fase ativa/avançada.

Por que a alternativa (d) está correta?

A paciente encontra-se em fase avançada do trabalho de parto (8 cm de dilatação). Nesse estágio, a uteroinibição (tocólise) é contraindicada, pois o processo é considerado irreversível e não haveria tempo hábil para a ação plena do corticoide (que requer de 24 a 48 horas). Portanto, a conduta correta é a assistência ao parto. Por se tratar de um parto prematuro (abaixo de 37 semanas), é obrigatória a profilaxia para o estreptococo do grupo B (GBS), já que o status da paciente é desconhecido. Além disso, como a gestação tem menos de 32 semanas e o parto é iminente, o uso de sulfato de magnésio está indicado para a neuroproteção fetal, visando reduzir o risco de paralisia cerebral.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a): Incorreta. A uteroinibição (tocólise) não deve ser realizada em pacientes com dilatação avançada (geralmente acima de 4 cm). Além disso, a alternativa omite o sulfato de magnésio, que é fundamental para a neuroproteção em fetos com menos de 32 semanas.

Alternativa (b): Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a uteroinibição é contraindicada neste estágio do trabalho de parto (8 cm de dilatação). O foco agora é o suporte ao nascimento e a proteção fetal imediata.

Alternativa (c): Incorreta. Não há indicação de cesariana baseada apenas na prematuridade ou na rotura de membranas. O feto está em apresentação cefálica e com boa vitalidade, permitindo a assistência ao parto vaginal. A cesariana deve ser reservada para indicações obstétricas habituais.

Alternativa (d): Correta. Reflete a conduta adequada para um trabalho de parto prematuro inevitável: permitir a progressão do parto, realizar a profilaxia antibiótica para GBS e administrar sulfato de magnésio para neuroproteção fetal devido à idade gestacional inferior a 32 semanas.

Questão 78

Análise do Quadro Clínico:

Estamos diante de uma gestante de 33 semanas (pré-termo) apresentando níveis pressóricos de 160/110 mmHg associados a um sintoma de iminência de eclâmpsia (cefaleia). Esse cenário caracteriza uma pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. Em casos de crise hipertensiva (pressão diastólica maior ou igual a 110 mmHg) e

sintomas neurológicos, a conduta deve focar na estabilização materna e avaliação fetal imediata.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta): A paciente apresenta critérios de gravidade, o que exige internação hospitalar mandatória. O uso do sulfato de magnésio é fundamental para a profilaxia de crises convulsivas (eclâmpsia), sendo indicado sempre que houver sinais de gravidade. A hidralazina (ou outro anti-hipertensivo de ação rápida) é necessária para o controle da crise hipertensiva, visando reduzir o risco de acidente vascular cerebral. Por fim, a avaliação da vitalidade fetal é indispensável para determinar o bem-estar do feto e auxiliar na decisão sobre o momento do parto.

Alternativa B (Incorreta): Embora a estabilização inicial esteja correta, a indicação de "cesariana" como conduta inicial e imediata é precipitada. Às 33 semanas, após a estabilização materna e avaliação da vitalidade, pode-se considerar a corticoterapia para maturidade pulmonar fetal e, dependendo das condições materno-fetais, tentar o manejo conservador por 24-48 horas ou a indução do parto. A via de parto não é obrigatoriamente cesariana, dependendo das condições cervicais e da estabilidade do feto.

Alternativa C (Incorreta): Pacientes com pré-eclâmpsia grave não devem receber alta hospitalar, mesmo que a pressão arterial seja controlada momentaneamente. A doença é progressiva e o risco de complicações maternas (como descolamento de placenta e eclâmpsia) e fetais exige vigilância intra-hospitalar contínua até a resolução da gestação.

Alternativa D (Incorreta): Esta alternativa falha gravemente ao omitir o uso do sulfato de magnésio, que é o padrão-ouro para prevenção de convulsões em casos graves. Além disso, assim como na alternativa C, propõe uma alta hospitalar totalmente contraindicada para o quadro apresentado.

Resumo da Conduta:

O manejo inicial da pré-eclâmpsia grave baseia-se no tripé: 1) Prevenção de convulsões (sulfato de magnésio); 2) Controle da hipertensão grave (anti-hipertensivos de resgate); 3) Avaliação rigorosa da vitalidade fetal e do estado materno para decidir o momento e a via de interrupção da gravidez. Portanto, a alternativa A é a que melhor descreve os primeiros passos a serem tomados.

Questão 79

Esta questão aborda o manejo do Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) seguindo os protocolos do Ministério da Saúde (MS). O ponto fundamental para responder corretamente é identificar que, apesar de o peso fetal estar entre os percentis 3 e 5, o Doppler materno-fetal está normal. Isso caracteriza um feto constitucionalmente pequeno ou um CIUR de baixo risco de deterioração aguda imediata.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O intervalo de quatro semanas é excessivo para o acompanhamento de um feto com restrição de crescimento, pois impossibilitaria a detecção precoce de eventuais alterações na vitalidade. Além disso, a interrupção na 38ª semana é indicada para casos em que já existem sinais de comprometimento ou riscos adicionais, o que não ocorre com Doppler normal.

Alternativa b) Correta. Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, quando o feto apresenta peso abaixo do percentil 10 (neste caso, entre 3 e 5), mas mantém a avaliação da vitalidade (Doppler) rigorosamente normal, a recomendação é realizar o seguimento com ultrassonografia e Doppler a cada 10 ou 15 dias. Como não há evidência de insuficiência placentária grave (visto que o Doppler é normal), a gestação pode ser conduzida até o termo, com indução do parto preferencialmente na 40ª semana, evitando os riscos da prematuridade eletiva.

Alternativa c) Incorreta. A avaliação semanal é geralmente reservada para casos em que já existem alterações dopplervelocimétricas iniciais (como alteração de artéria umbilical sem diástole zero ou reversa) ou outras comorbidades maternas. A interrupção na 38ª semana também seria precoce para um quadro de Doppler normal.

Alternativa d) Incorreta. Embora a idade gestacional para o parto (40 semanas) esteja correta para fetos com Doppler normal, a frequência de avaliação semanal é mais intensiva do que o preconizado pelo Ministério da Saúde para este cenário específico de normalidade nos fluxos sanguíneos. O protocolo do MS estabelece o intervalo quinzenal (15 dias) como padrão para esse perfil de paciente.

Em resumo, diante de um feto com crescimento restrito, mas com Doppler normal, o objetivo é o equilíbrio entre a vigilância fetal e a maturidade pulmonar, o que é atingido com reavaliações a cada 15 dias e parto no termo (40 semanas).

Questão 80

A etiopatogênese da trombose é um tema fundamental na patologia e na clínica médica, sendo classicamente explicada pela Tríade de Virchow. Abaixo, analisamos detalhadamente cada uma das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. A estase sanguínea é, de fato, um dos componentes da formação de trombos, porém ela é o principal mecanismo nas trombozes venosas (sistema de baixa pressão). Nas grandes artérias e arteríolas, onde o fluxo é rápido e de alta pressão, o principal fator desencadeante de trombose costuma ser a lesão endotelial ou a turbulência do fluxo, e não a estase.

Alternativa B - Correta. A Tríade de Virchow é o pilar da compreensão da trombose. Ela descreve os três fatores que contribuem para a formação de um trombo: 1) Lesão endotelial (fator mais importante na circulação arterial); 2) Alterações no fluxo sanguíneo (estase ou turbulência); e 3) Hipercoagulabilidade (alterações nos fatores de coagulação ou plaquetas). A presença de qualquer um desses fatores, isoladamente ou em conjunto, predispõe o indivíduo ao evento trombótico.

Alternativa C - Incorreta. A definição de trombose exige que a formação do coágulo ocorra dentro do sistema cardiovascular em um organismo vivo (fenômeno intravital). Fenômenos de coagulação que ocorrem após a morte são denominados coágulos post mortem (ou de cruor), que possuem características morfológicas distintas dos trombos, como a ausência de aderência à parede vascular e a falta das linhas de Zahn.

Alternativa D - Incorreta. As placas de ateroma (aterosclerose) são características das doenças arteriais. A trombose venosa, citada na alternativa, ocorre geralmente devido à estase sanguínea (como em pacientes acamados ou em voos longos) e estados de hipercoagulabilidade, não estando relacionada à formação de placas de gordura (ateromas) nas veias.

Questão 81

A resposta correta é a alternativa (a) Neutrófilos.

Na fase inicial da inflamação aguda, a resposta celular é caracterizada pelo recrutamento rápido de leucócitos do sangue para o local da lesão ou infecção. Os neutrófilos são considerados as células de primeira linha de defesa ou "primeiros respondedores". Isso ocorre porque eles são os leucócitos mais abundantes na circulação e respondem mais rapidamente às moléculas de adesão e citocinas quimiotáticas, como a Interleucina-8 (IL-8), migrando para o tecido em questão de minutos a poucas horas (geralmente predominando nas primeiras 6 a 24 horas). Eles

atuam através da fagocitose, liberação de enzimas lisossômicas e produção de espécies reativas de oxigênio.

Analise das alternativas:

a) Correta. Os neutrófilos são as principais células recrutadas no início da resposta inflamatória aguda devido à sua alta disponibilidade sistêmica e rapidez de migração tecidual diante de estímulos infecciosos ou necróticos.

b) Incorreta. Os eosinófilos participam de processos inflamatórios específicos, como reações alérgicas e infecções por parasitas (helmintos). Eles não são as células predominantes no recrutamento inicial da inflamação aguda comum.

c) Incorreta. Embora os macrófagos residentes no tecido sejam fundamentais para detectar o dano inicial e iniciar a sinalização, os monócitos circulantes (que se diferenciam em macrófagos no tecido) são recrutados de forma mais lenta que os neutrófilos. Eles costumam substituir os neutrófilos como tipo celular dominante após 24 a 48 horas do início do processo.

d) Incorreta. Os linfócitos são células da imunidade adaptativa e são os componentes celulares característicos da inflamação crônica. O recrutamento e ativação de linfócitos levam dias, não sendo as células principais do início imediato da inflamação.

Questão 82

A alternativa correta é a (d) Ascite.

O caso clínico apresenta um paciente com histórico de etilismo crônico e óbito por hemorragia de varizes esofágicas, um quadro clássico de cirrose hepática com hipertensão portal. O achado de necropsia que descreve um grande volume de líquido seroso acumulado especificamente na cavidade abdominal é a definição clássica de ascite.

Explicação detalhada das alternativas:

a) Incorreta. Anasarca é o termo utilizado para descrever um edema generalizado e volumoso que atinge o tecido subcutâneo de todo o corpo e as cavidades serosas (como pleura, pericárdio e peritônio) simultaneamente. Embora um paciente com falência hepática possa evoluir para anasarca, a questão pede o termo específico para o acúmulo isolado na cavidade abdominal descrito.

b) Incorreta. Linfedema refere-se ao acúmulo de linfa no espaço intersticial decorrente de uma falha ou obstrução do sistema linfático. Geralmente manifesta-se em membros superiores ou inferiores e não se apresenta como líquido livre na cavidade peritoneal de forma serosa, como descrito no caso.

c) Incorreta. Hemorragia é o extravasamento de sangue dos vasos sanguíneos. O enunciado afirma que o paciente teve uma hemorragia digestiva (varizes esofágicas), porém, o líquido encontrado no abdome durante a necropsia foi descrito como seroso (amarelado e translúcido), e não hemático (sangue). O acúmulo de sangue na cavidade abdominal seria chamado de hemoperitônio.

d) Correta. A ascite é o acúmulo patológico de líquido no interior da cavidade peritoneal. No contexto da cirrose alcoólica, ela é causada pela hipertensão portal, que aumenta a pressão hidrostática nos capilares, e pela queda da pressão oncótica devido à baixa produção de albumina pelo fígado, favorecendo o extravasamento de líquido para o abdome.

Questão 83

A etiologia das miocardites virais em pediatria passou por uma mudança importante de perfil epidemiológico com a introdução de técnicas de biologia molecular. Antigamente, o diagnóstico baseava-se predominantemente em sorologias e culturas, mas a utilização da técnica de PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) em fragmentos de biópsia endomiocárdica permitiu identificar os agentes com maior precisão diagnóstica.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. O Parvovírus B19 é, atualmente, o agente viral mais comumente isolado em biópsias de crianças e adolescentes com quadro de miocardite. Diversos estudos epidemiológicos modernos demonstram que ele superou os agentes clássicos em prevalência, sendo a resposta mais atualizada para exames de residência e concursos médicos.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. Os Enterovírus formam um grupo que inclui o Coxsackievírus e o Ecovírus. Embora tenham sido os principais agentes identificados no passado, os estudos contemporâneos mostram que sua incidência caiu para patamares inferiores aos do Parvovírus B19.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. O Coxsackievírus (especialmente o grupo B) é o agente etiológico clássico e historicamente mais associado à miocardite viral na literatura tradicional. No entanto, com o uso de métodos moleculares de detecção viral, observou-se que ele não é mais a causa principal na população pediátrica atual, apesar de ainda ser um patógeno importante.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. Os Herpes-vírus, especificamente o Herpes-vírus Humano tipo 6 (HHV-6), são causas frequentes e importantes de miocardite viral em crianças. Contudo, nas séries de casos e registros de biópsias, eles costumam aparecer como a segunda causa mais comum, ficando atrás do Parvovírus B19.

Questão 84

A miocardite viral em pediatria apresenta um espectro clínico variado que depende diretamente da idade do paciente. Em recém-nascidos e lactentes, o quadro costuma ser agudo e grave, manifestando-se frequentemente como choque cardiogênico ou insuficiência cardíaca súbita. Já em crianças maiores (escolares) e adolescentes, a apresentação tende a ser mais parecida com a do adulto, permitindo que o paciente relate sintomas mais localizados.

Alternativa (a) Incorreta: A febre é um sintoma sistêmico inespecífico que geralmente faz parte do pródromo viral (infecção respiratória ou gastrointestinal prévia). Embora seja comum, ela não é considerada um achado clínico específico da fase de miocardite propriamente dita nessa faixa etária, sendo apenas um sinal da infecção viral subjacente já mencionada no enunciado.

Alternativa (b) Incorreta: O choque (especialmente o choque cardiogênico) representa uma manifestação de extrema gravidade da miocardite fulminante. Embora possa ocorrer em qualquer idade, é a forma de apresentação mais comum e dramática em lactentes. Em escolares e adolescentes, o diagnóstico muitas vezes é feito antes da progressão para o estado de choque.

Alternativa (c) Correta: A dor torácica é um sintoma clássico e muito frequente em escolares e adolescentes com miocardite. Nessa faixa etária, a inflamação do miocárdio frequentemente envolve também o pericárdio (miopericardite), resultando em dor precordial que pode mimetizar um quadro de infarto agudo do miocárdio. A capacidade do paciente mais velho em localizar e descrever a dor torna este um dos achados clínicos mais importantes para a suspeição diagnóstica.

Alternativa (d) Incorreta: A fadiga muscular é um sintoma vago e comum a diversas patologias sistêmicas, infecções virais agudas e à própria insuficiência cardíaca (devido ao baixo débito cardíaco). Apesar de estar presente, não possui a especificidade ou o valor de localização que a dor torácica oferece para o diagnóstico de miocardite em adolescentes.

Questão 85

A miocardite viral em pediatria apresenta um grande desafio diagnóstico, pois seus sintomas iniciais costumam ser vagos e semelhantes a quadros virais comuns. No entanto, o acometimento do tecido cardíaco gera sinais que, embora inespecíficos, são fundamentais para a suspeita clínica.

Alternativa a) Letargia. Incorreta. A letargia geralmente surge em estágios mais avançados da doença, estando associada ao baixo débito cardíaco e à má perfusão sistêmica. Embora seja um sinal de gravidade, não é o achado clínico inicial que costuma nortear o diagnóstico precoce em pré-escolares.

Alternativa b) Irritabilidade. Incorreta. A irritabilidade é um sintoma presente em uma vasta gama de patologias na infância, desde infecções respiratórias simples até quadros gastrointestinais. Por ser extremamente comum e inespecífica para qualquer processo inflamatório ou febril, ela não auxilia no diagnóstico diferencial da miocardite.

Alternativa c) Hiporexia. Incorreta. A redução do apetite acompanha quase todas as afecções agudas na infância. Trata-se de um sintoma sistêmico que não direciona o raciocínio médico especificamente para o comprometimento do músculo cardíaco.

Alternativa d) Arritmia. Correta. A inflamação direta do miocárdio e do sistema de condução elétrica frequentemente resulta em alterações do ritmo cardíaco. O achado mais clássico e precoce é a taquicardia persistente e desproporcional ao grau de febre ou ao estado de agitação da criança. Além da taquicardia sinusal, o processo inflamatório pode gerar extrassístoles e outras arritmias que, mesmo sendo inespecíficas, são marcadores clínicos essenciais para a suspeita de miocardite na apresentação inicial em crianças pré-escolares.

Questão 86

A miocardite aguda em pediatria é uma condição desafiadora, frequentemente causada por infecções virais que desencadeiam uma resposta inflamatória intensa no tecido miocárdico. O objetivo do tratamento, além do suporte hemodinâmico, é modular essa resposta inflamatória para preservar e recuperar a função ventricular.

Alternativa (d) Correta: A Imunoglobulina Humana Intravenosa em altas doses é considerada a principal terapia adjuvante no manejo da miocardite aguda pediátrica. Seu mecanismo de ação envolve a imunomodulação (redução da resposta inflamatória excessiva) e a neutralização viral por meio de anticorpos. Estudos e protocolos clínicos indicam que seu uso precoce está associado a uma melhor recuperação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo e à redução da necessidade

de transplante cardíaco ou suporte mecânico circulatório.

Alternativa (a) Incorreta: A Adrenalina é uma catecolamina utilizada em situações de emergência extrema, como parada cardiorrespiratória ou choque séptico/cardiogênico refratário. Na miocardite, seu uso é evitado ou muito cauteloso, pois aumenta significativamente o consumo de oxigênio pelo miocárdio inflamado e possui alto potencial arritmogênico, o que pode piorar a lesão cardíaca.

Alternativa (b) Incorreta: A Atropina é um agente anticongestivo/anticolinérgico indicado especificamente para o tratamento de bradiarritmias sintomáticas. Ela não possui efeito sobre a contratilidade miocárdica global, não interfere no processo inflamatório da doença e não contribui para a recuperação da função ventricular.

Alternativa (c) Incorreta: A Dopamina é um agente inotrópico e vasopressor que pode ser utilizado no suporte hemodinâmico de crianças com baixo débito cardíaco. No entanto, ela é uma terapia de suporte (alívio de sintomas e manutenção da perfusão) e não um tratamento direcionado à etiologia ou à reversão da inflamação miocárdica, não sendo, portanto, o principal fator para a recuperação da função ventricular a longo prazo.

Questão 87

Para responder a essa questão, é necessário dominar a classificação dos atestados médicos quanto à sua procedência, tema fundamental da Medicina Legal e da Ética Médica.

A procedência refere-se à origem e ao destino do documento. Segundo a doutrina clássica de Medicina Legal, os atestados dividem-se em oficiais, oficiosos e judiciários.

Alternativa a) Administrativo. Incorreta. O atestado administrativo é aquele que se destina a servir de prova em processos internos da administração pública. É geralmente emitido por médicos servidores públicos para justificar licenças, faltas ou aposentadorias de outros servidores. Embora alguns autores o coloquem como subcategoria do oficial, ele não se aplica ao caso de uma clínica ou consultório atendendo a um pedido para atividade física escolar.

Alternativa b) Judiciário. Incorreta. O atestado judiciário é aquele requisitado por autoridades judiciais (juízes) ou elaborado por médicos que atuam na função de peritos para instruir processos na justiça. Ele serve como prova técnica no âmbito de uma ação judicial.

Alternativa c) Manipulado. Incorreta. O termo manipulado não existe na classificação técnica de documentos médicos quanto à sua procedência. Caso o médico emitisse o documento sem examinar a criança, como solicitado pela mãe, o atestado seria classificado quanto ao seu conteúdo como falso ou gracioso, mas o termo manipulado permanece incorreto tecnicamente.

Alternativa d) Oficioso. Correta. O atestado oficioso é aquele emitido pelo médico no exercício de sua atividade profissional (seja em consultórios particulares, clínicas ou convênios) para atender a um interesse privado do paciente. Exemplos comuns são atestados para justificar faltas ao trabalho em empresas privadas, atestados de sanidade física para academias ou, como no caso da questão, atestados de aptidão física para prática escolar.

Observação ética importante: O enunciado destaca que a criança não estava presente na consulta. De acordo com o Código de Ética Médica (Artigo 80), é proibido ao médico expedir documento médico sem ter examinado pessoalmente o paciente. Portanto, embora a classificação quanto à procedência seja oficiosa, a emissão deste documento nessas condições constituiria infração ética e crime de falsidade ideológica. O médico deve sempre exigir a presença do paciente para realizar o exame físico antes de atestar qualquer condição.

Questão 88

O cerne desta questão reside na ética profissional e na legislação penal brasileira relacionadas à emissão de documentos médicos.

A alternativa (a) está incorreta porque o Código de Ética Médica, em seu artigo 80, veda expressamente ao médico expedir documento médico sem ter examinado pessoalmente o paciente. Ao fornecer o atestado apenas com base no relato da mãe, sem a presença da criança, o pediatra viola uma norma ética fundamental.

A alternativa (b) está correta e é o gabarito. Além da infração ética, a emissão de um atestado sem o exame do paciente configura o crime de Falsidade de Atestado Médico, previsto no artigo 302 do Código Penal Brasileiro. A legislação estabelece que dar atestado falso no exercício da profissão é crime sujeito a pena de detenção de um mês a um ano. Se o ato tiver finalidade lucrativa, a pena pode ser agravada com multa. Portanto, a ação é tipificada como crime.

A alternativa (c) está incorreta. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Fornecer um documento sem o devido exame clínico coloca a saúde da criança em risco, pois ela pode apresentar contraindicações para o exercício físico que não foram detectadas. Isso contraria o

dever de cuidado e proteção preconizado pelo estatuto.

A alternativa (d) está incorreta. O princípio da isonomia refere-se à igualdade de tratamento. Embora a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) forneça diretrizes rigorosas sobre a importância do exame físico pré-participação esportiva, a infração cometida pelo médico não se define primariamente pela quebra de isonomia, mas sim pela ilegalidade do ato de atestar algo não verificado presencialmente (falsidade documental).

Em resumo, o médico jamais deve emitir atestados de aptidão, sanidade ou qualquer outro documento clínico sem a avaliação direta do paciente, sob pena de sofrer sanções administrativas junto ao Conselho Regional de Medicina e sanções penais junto à justiça comum.

Questão 89

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar as definições cronológicas de adolescência adotadas por diferentes instituições, pois esse é um tema recorrente em provas de Pediatria e Medicina Preventiva.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como o período da vida que compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias. Essa definição é estritamente cronológica e visa a padronizar estudos epidemiológicos e políticas de saúde globais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 10 e 19 anos.

CORRETA. Esta é a definição oficial da OMS. Vale lembrar que a OMS ainda subdivide esse período em duas fases: a primeira adolescência (10 a 14 anos) e a segunda adolescência (15 a 19 anos). Além disso, a OMS utiliza o termo "jovens" para indivíduos entre 10 e 24 anos e "juventude" para a faixa entre 15 e 24 anos.

Alternativa b) 12 e 16 anos.

INCORRETA. Não há uma diretriz internacional ou nacional de relevância que utilize esse intervalo específico para definir a adolescência.

Alternativa c) 12 e 18 anos.

INCORRETA. Embora seja um intervalo muito conhecido no Brasil, esta é a definição adotada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Para a legislação brasileira (Lei 8.069/1990), criança é a pessoa até 12 anos incompletos, e adolescente é aquela entre 12 e 18 anos de idade. A questão pede especificamente a definição da OMS, e

não a do ECA.

Alternativa d) 16 e 21 anos.

INCORRETA. Esses marcos não correspondem à definição de adolescência pela OMS. O limite de 21 anos é por vezes associado ao conceito de "adulto jovem" em algumas sociedades ou ao limite de atendimento em certos serviços de hebiatria nos Estados Unidos (pela Academia Americana de Pediatria), mas não é o padrão da OMS.

Resumo para memorização:

OMS: 10 a 19 anos.

ECA: 12 a 18 anos.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP): Segue a OMS (10 a 19 anos) para o acompanhamento clínico.

Questão 90

ESTAGIAMENTO DE TANNER - DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO (M)

A questão exige o conhecimento das fases de desenvolvimento das mamas em meninas, conforme os critérios propostos por Marshall e Tanner. O ponto central para identificar o estágio correto é a presença do "contorno secundário" ou "duplo contorno".

Alternativa a) Incorreta. O Estágio 1 (M1) é a fase pré-puberal. Não existe tecido glandular palpável; observa-se apenas a elevação da papila, seguindo o contorno da parede torácica.

Alternativa b) Incorreta. No Estágio 3 (M3), há um crescimento maior da mama e da aréola devido ao aumento do tecido glandular e adiposo, porém ambos permanecem em um mesmo plano. Ou seja, há um aumento contínuo do volume mamário sem a separação de contornos entre a aréola e o corpo da mama.

Alternativa c) Correta. O Estágio 4 (M4) é caracterizado especificamente pela projeção da aréola e da papila, que se elevam acima do plano do restante da mama para formar um monte ou contorno secundário. Esta é uma alteração morfológica marcante que geralmente ocorre pouco antes da menarca.

Alternativa d) Incorreta. O Estágio 5 (M5) corresponde à mama adulta madura. Nesta fase, o contorno secundário observado no estágio 4 desaparece, pois a aréola recua para o contorno geral da mama, mantendo-se apenas a projeção da papila.

Questão 91

A questão aborda a avaliação da maturação sexual masculina utilizando os estágios de Tanner, que classificam o desenvolvimento da genitália (G1 a G5). Para responder corretamente, é necessário identificar as características clínicas descritas e correlacioná-las com a fase correspondente.

Alternativa a) Incorreta. O estágio 1 (G1) é a fase pré-puberal. Nele, os testículos, o escroto e o pênis possuem o mesmo aspecto e proporções da infância, sem sinais de maturação ou crescimento induzido por hormônios sexuais.

Alternativa b) Incorreta. O estágio 2 (G2) marca o início da puberdade. O sinal principal é o aumento do volume testicular (maior ou igual a 4 mL), acompanhado de mudanças na textura da pele escrotal, que se torna mais fina e avermelhada. O pênis, nesta fase, apresenta pouca ou nenhuma alteração.

Alternativa c) Incorreta. No estágio 3 (G3), ocorre um crescimento nítido do pênis, principalmente em comprimento. Os testículos e o escroto continuam a crescer, mas as características de pigmentação intensa e o desenvolvimento da largura do pênis com diferenciação da glândula ainda não são predominantes.

Alternativa d) Correta. O estágio 4 (G4) é caracterizado pelo crescimento acentuado do pênis, tanto em comprimento quanto em diâmetro (largura), e pelo desenvolvimento da glândula. Além disso, o escroto torna-se significativamente maior e apresenta uma pigmentação mais escura (escurecimento escrotal), exatamente como descrito no enunciado da questão.

No estágio 5 (G5), que não consta nas alternativas mas completa a classificação, a genitália atinge o tamanho e a forma de um adulto, mantendo a pele escrotal pigmentada e os testículos volumosos. Portanto, a descrição de pênis com maior comprimento e escroto escuro/acentuado define o estágio 4.

Questão 92

A questão aborda a interpretação clínica de sopros cardíacos em pacientes pediátricos com cardiopatias congênitas. A Comunicação Interventricular (CIV) é caracterizada por um defeito no septo interventricular que permite a passagem de sangue do ventrículo esquerdo para o direito devido ao gradiente de pressão.

Alternativa a: Incorreta. O sopro de Still é um sopro funcional ou inocente, caracterizado por ser vibratório ou musical, melhor ouvido no bordo esternal esquerdo médio e inferior em crianças sem doenças cardíacas. Ele não indica patologia estrutural e costuma desaparecer espontaneamente com o crescimento.

Alternativa b: Correta. Em pacientes com CIV, ocorre um desvio de sangue (shunt) da esquerda para a direita, o que aumenta consideravelmente o volume de sangue que o ventrículo direito precisa bombear para a artéria pulmonar. Esse hiperfluxo através de uma valva pulmonar anatomicamente normal cria uma turbulência, resultando em um sopro sistólico de ejeção no foco pulmonar. Esse fenômeno é conhecido como estenose pulmonar relativa ou funcional. Embora o sopro típico da CIV seja o holossistólico no bordo esternal esquerdo baixo, o sopro de ejeção pulmonar é uma consequência hemodinâmica direta do hiperfluxo presente nessa patologia.

Alternativa c: Incorreta. O sopro sistólico supraclavicular é um achado benigno (inocente) decorrente da turbulência em grandes vasos arteriais que emergem do arco aórtico. Ele é auscultado preferencialmente acima das clavículas e pode ser atenuado por manobras de hiperextensão dos ombros, não possuindo relação com comunicações interventriculares.

Alternativa d: Incorreta. O zumbido venoso é um sopro contínuo e inocente, causado pelo fluxo de sangue nas veias jugulares e subclávias em direção à veia cava superior. Sua principal característica é ser modificado ou desaparecer com a mudança de posição da cabeça ou com a compressão manual da veia jugular, não tendo origem em defeitos septais cardíacos.

Questão 93

A Tetralogia de Fallot é constituída por quatro componentes anatômicos: comunicação interventricular (CIV), estenose subpulmonar (obstrução da via de saída do ventrículo direito), dextroposição da aorta (aorta em cavaleiro) e hipertrofia do ventrículo direito. A hemodinâmica e a gravidade do quadro dependem essencialmente do grau de obstrução ao fluxo pulmonar.

Alternativa A - Incorreta: Diferente das cardiopatias acianóticas (como a comunicação interatrial ou a CIV isolada), a Tetralogia de Fallot apresenta um shunt (desvio) direita-esquerda. Isso ocorre porque a obstrução na via de saída do ventrículo direito aumenta a pressão nas cavidades direitas, fazendo com que o sangue desoxigenado passe pela CIV em direção à aorta, causando cianose.

Alternativa B - Incorreta: A circulação em paralelo é a característica clássica da Transposição das Grandes Artérias. Nessa condição, o sangue oxigenado circula apenas nos pulmões e o sangue desoxigenado circula apenas no corpo, situação incompatível com a vida a menos que haja mistura entre os circuitos. No Fallot, a circulação permanece em série, embora misturada.

Alternativa C - Incorreta: O fluxo sistêmico canal-dependente ocorre em patologias onde há obstrução grave à saída de sangue para o corpo, como na Síndrome de Hipoplasia do Coração Esquerdo ou na Coarctação de Aorta crítica. Nesses casos, o canal arterial é necessário para levar sangue da artéria pulmonar para a aorta descendente.

Alternativa D - Correta: Em casos de Tetralogia de Fallot com obstrução grave ou crítica da via de saída do ventrículo direito (às vezes chamada de Fallot com atresia pulmonar), o fluxo de sangue para os pulmões através da válvula pulmonar é insuficiente ou inexistente. Nessas crianças, a oxigenação depende da persistência do canal arterial, que permite que o sangue passe da aorta para as artérias pulmonares. Por isso, é classificada como uma cardiopatia congênita cianótica de fluxo pulmonar canal-dependente.

Questão 94

CONCEITO E FISIOPATOLOGIA

A Tetralogia de Fallot é a cardiopatia congênita cianótica mais comum. Ela é definida por quatro alterações anatômicas: comunicação interventricular (CIV), estenose pulmonar (obstrução da via de saída do ventrículo direito), dextroposição da aorta (aorta "cavalgando" o septo interventricular) e hipertrofia do ventrículo direito. A gravidade dos sintomas depende fundamentalmente do grau de obstrução ao fluxo sanguíneo para os pulmões.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

Muitos recém-nascidos diagnosticados com Tetralogia de Fallot apresentam uma obstrução tão severa da via de saída do ventrículo direito que o fluxo sanguíneo pulmonar torna-se dependente da permanência do canal arterial (cardiopatia ducto-dependente). Nesses casos, o tratamento inicial de urgência é a administração de prostaglandina E1 (alprostadil) por via endovenosa. A prostaglandina atua mantendo o canal arterial aberto ou reabrindo-o, permitindo que o sangue oxigenado pela aorta chegue aos pulmões, garantindo a sobrevivência do paciente até que uma intervenção cirúrgica (paliativa ou definitiva) seja realizada.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a) diurético: Os diuréticos são utilizados para tratar estados de hiperfluxo pulmonar e congestão (insuficiência cardíaca). Na Tetralogia de Fallot, ocorre o oposto: há hipofluxo pulmonar. O uso de diuréticos reduziria a pré-carga (volume de sangue que chega ao coração), o que pode aumentar o gradiente de obstrução e

piorar o shunt direita-esquerda, agravando severamente a cianose e a hipóxia.

Alternativa (b) adrenalina: A adrenalina é uma droga vasoativa utilizada em situações de parada cardiorrespiratória ou choque anafilático/séptico grave. Ela aumenta a frequência cardíaca e o consumo de oxigênio pelo miocárdio, o que pode desencadear ou piorar as crises de hipóxia características do Fallot, não sendo o tratamento inicial indicado.

Alternativa (c) milrinone: O milrinone é um inodilatador (aumenta a força de contração e dilata os vasos) geralmente reservado para o manejo do baixo débito cardíaco no pós-operatório de cirurgias cardíacas ou em casos específicos de insuficiência cardíaca descompensada. Não possui papel na estabilização inicial do recém-nascido cianótico com obstrução da via de saída do ventrículo direito.

Questão 95

A endocardite infecciosa é uma infecção do endocárdio, geralmente acometendo as valvas cardíacas, e sua patogenia envolve a colonização de microrganismos em áreas de lesão endotelial ou malformações congênitas.

Alternativa (a) Incorreta: Os vírus são agentes etiológicos comuns em outras patologias cardíacas, como a miocardite (inflamação do músculo cardíaco) e a pericardite (inflamação do saco pericárdico). No entanto, eles não possuem a capacidade de formar as vegetações características da endocardite, que exigem a adesão de microrganismos ao complexo de fibrina e plaquetas.

Alternativa (b) Correta: As bactérias representam a principal causa de endocardite infecciosa em todas as faixas etárias, incluindo a pediatria. Em crianças, os agentes mais frequentes são o *Staphylococcus aureus* (especialmente em casos agudos e relacionados a dispositivos ou procedimentos invasivos) e os estreptococos do grupo Viridans (comumente associados a procedimentos dentários e em pacientes com cardiopatias congênitas prévias).

Alternativa (c) Incorreta: Fungos, como espécies de *Candida* e *Aspergillus*, são causas raras de endocardite em crianças. Geralmente, a etiologia fúngica está restrita a grupos de altíssimo risco, como recém-nascidos prematuros em unidades de terapia intensiva, pacientes profundamente imunossuprimidos, usuários de nutrição parenteral prolongada ou após cirurgias cardíacas complexas.

Alternativa (d) Incorreta: As micobactérias são causas excepcionais de endocardite. Quando ocorrem, costumam estar associadas à contaminação de materiais cirúrgicos ou próteses valvares, ou ainda em quadros de disseminação hematogênica grave em

pacientes com imunodeficiências severas, não sendo, de forma alguma, a etiologia principal na população pediátrica.

Questão 96

O diagnóstico da endocardite infecciosa fundamenta-se nos Critérios de Duke Modificados, que combinam achados clínicos, microbiológicos e de imagem. A seguir, a análise de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: O hemograma é um exame complementar inespecífico. Embora possa apresentar leucocitose com desvio à esquerda, anemia de doença crônica ou plaquetopenia, esses achados ocorrem em diversas outras patologias infecciosas e inflamatórias, não sendo capazes de firmar o diagnóstico de endocardite.

Alternativa (b) Incorreta: A Velocidade de Hemossedimentação (VHS), assim como a Proteína C-Reativa (PCR), é um marcador de fase aguda. Ela indica a presença de um processo inflamatório sistêmico, mas carece de especificidade, podendo estar elevada em qualquer infecção, trauma ou doença autoimune.

Alternativa (c) Incorreta: O Raio X de tórax não visualiza as estruturas internas do coração, como as válvulas. Ele é útil apenas para identificar complicações da endocardite, como sinais de insuficiência cardíaca (congestão venocapilar) ou a presença de embolia séptica pulmonar, mas não serve para o diagnóstico direto da infecção endocárdica.

Alternativa (d) Correta: O ecocardiograma é o exame de eleição e um dos pilares do diagnóstico (Critério Maior de Duke). Ele permite a visualização direta de vegetações (massas intracardíacas oscilantes), abscessos miocárdicos, nova regurgitação valvar ou deiscência de prótese. Em crianças, o ecocardiograma transtorácico possui alta sensibilidade devido à excelente janela acústica nessa faixa etária, sendo a ferramenta de imagem fundamental para a confirmação diagnóstica.

Questão 97

A coqueluche é uma doença infectocontagiosa aguda que afeta o trato respiratório, caracterizada por acessos de tosse paroxística. A compreensão do agente etiológico é fundamental para o manejo clínico e para as medidas de vigilância epidemiológica.

Alternativa a: Incorreta. As bactérias do gênero *Rickettsia* são patógenos intracelulares obrigatórios geralmente transmitidos por artrópodes, como carrapatos. Elas são responsáveis por doenças como a febre maculosa e o tifo, que apresentam

quadros clínicos marcados por febre alta, cefaleia e exantema, sem relação com a fisiopatologia da coqueluche.

Alternativa b: Correta. A *Bordetella pertussis* é o agente etiológico clássico da coqueluche. Trata-se de um pequeno cocobacilo Gram-negativo, aeróbio, que possui tropismo pelas células ciliadas do epitélio respiratório humano. A doença é mediada por diversas toxinas, especialmente a toxina pertussis, que causa dano tecidual e interfere na resposta imune, levando aos sintomas típicos de tosse em crises e guincho inspiratório.

Alternativa c: Incorreta. A *Chlamydia trachomatis* é um agente relacionado principalmente a infecções sexualmente transmissíveis e ao tracoma ocular. No período neonatal, pode causar conjuntivite e a pneumonia afebril do lactente. Embora esta pneumonia cause uma tosse persistente e "staccato", o agente e a evolução clínica são distintos da coqueluche causada pela *Bordetella*.

Alternativa d: Incorreta. O *Mycoplasma pneumoniae* é uma causa frequente de pneumonia atípica, especialmente em crianças maiores, adolescentes e adultos jovens. Embora possa causar tosse prolongada e irritativa, o quadro clínico costuma ser acompanhado de cefaleia, mialgia e dor de garganta, não apresentando a evolução característica em fases (catarral, paroxística e de convalescença) da coqueluche.

Questão 98

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro descrito é um exemplo clássico de Síndrome de Desmielinização Osmótica, historicamente denominada Mielinólise Pontina Central. Esta condição ocorre quando uma hiponatremia crônica e grave (neste caso, 110 mEq/L) é corrigida de forma excessivamente rápida. Pacientes etilistas crônicos, desnutridos ou com hepatopatias apresentam maior vulnerabilidade. A mudança brusca na osmolaridade plasmática provoca a saída de água do meio intracelular para o extracelular, causando estresse osmótico, morte de oligodendrócitos e desmielinização, afetando predominantemente a ponte.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: O hipersinal em T2 em regiões corticossubicortais dos lobos occipitais é o achado típico da Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES). Esta patologia está associada a crises hipertensivas, eclâmpsia ou imunossupressão, e não à correção de distúrbios do sódio.

Alternativa (b) CORRETA: Na fase aguda da Mielinólise Pontina Central, a ressonância magnética demonstra restrição à difusão na região central da ponte (devido ao edema citotóxico e sofrimento celular). Posteriormente, observa-se o hipersinal em T2 e FLAIR, assumindo frequentemente um formato de "tridente" ou base de borboleta, caracteristicamente poupando a porção periférica da ponte e os tratos corticoespinais.

Alternativa (c) INCORRETA: Atrofia cortical, gliose e dilatação ventricular ex-vácuo representam processos crônicos de perda de massa encefálica e cicatrização. São achados inespecíficos de lesões antigas (como infartos prévios ou demências) e não condizem com um evento neurológico agudo e iatrogênico após correção eletrolítica.

Alternativa (d) INCORRETA: Alterações na substância nigra, como a perda de hipossinal ou mudanças em T1, estão ligadas a doenças degenerativas do sistema extrapiramidal, como a Doença de Parkinson, ou ao depósito de metais. Não possuem relação fisiopatológica com a correção de hiponatremia.

DICA DE PROVA:

Sempre que a questão mencionar hiponatremia grave + correção rápida + deterioração neurológica aguda (coma, quadriparesia, paralisia pseudobulbar), pense imediatamente em Mielinólise Pontina Central e procure por alternativas que descrevam lesões na ponte na ressonância magnética.

Questão 99

A questão apresenta uma paciente com um tumor marrom, que é uma lesão óssea clássica do hiperparatireoidismo (seja ele primário, secundário ou terciário). O excesso de paratormônio (PTH) estimula a atividade osteoclástica, levando à reabsorção óssea, fibrose e hemorragia local (hemossiderina), que confere a cor acastanhada à lesão. Para resolver a questão, devemos identificar outras alterações radiográficas típicas do aumento crônico do PTH.

Alternativa A (Correta): A reabsorção óssea subperiosteal é o achado radiográfico mais sensível e específico do hiperparatireoidismo, ocorrendo classicamente na face radial das falanges médias do segundo e terceiro quirodáctilos. O crânio em sal e pimenta refere-se a múltiplas pequenas áreas de lucência (desmineralização) entremeadas por áreas de esclerose, outra manifestação característica da doença.

Alternativa B (Incorreta): As zonas de Looser (pseudofraturas) são bandas radiotransparentes transversais que ocorrem em áreas de estresse mecânico e são patognomônicas da osteomalácia (no adulto) ou raquitismo (na criança), condições marcadas pela deficiência de mineralização da matriz óssea, geralmente por falta de

vitamina D.

Alternativa C (Incorreta): O alargamento das metáfises é um achado típico do raquitismo, causado pelo acúmulo de matriz cartilaginosa não mineralizada na placa de crescimento. Já as vértebras em espinha de peixe (vértebras bicôncavas) ocorrem devido ao colapso da porção central dos corpos vertebrais pela pressão dos discos intervertebrais sobre o osso fragilizado, sendo comum na osteoporose grave ou osteomalácia.

Alternativa D (Incorreta): A coluna em bambu (sindesmófitos marginais que fundem as vértebras) e a sacroilíte bilateral e simétrica são os marcos radiográficos da espondilite anquilosante, uma doença inflamatória crônica autoimune, e não possuem relação fisiopatológica com o metabolismo do PTH ou com o tumor marrom.

Questão 100

O ponto central desta questão é a identificação do significado clínico do Sinal de Rigler. Este sinal radiológico, também conhecido como sinal da parede dupla, ocorre quando há presença de ar tanto no interior da alça intestinal (luz) quanto no exterior dela (cavidade peritoneal). Em condições normais, apenas o gás interno é visível em uma radiografia; no entanto, quando ocorre um pneumoperitônio, o ar livre na cavidade abdominal delinea a face externa da parede da alça, tornando-a visível como uma linha nítida. O pneumoperitônio é um sinal clássico de perfuração de víscera oca. Analisando as alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A pancreatite aguda manifesta-se tipicamente com dor intensa em barra no andar superior do abdome, com irradiação para as costas. Os achados radiológicos mais comuns em uma radiografia simples seriam a alça sentinela (dilatação de alça de delgado localizada) ou o sinal do "corte do cólon" (interrupção do gás no cólon transversal), mas a doença não causa pneumoperitônio (e, conseqüentemente, não gera o Sinal de Rigler) em sua apresentação habitual.

Alternativa b) Incorreta. A síndrome de Ogilvie, ou pseudo-obstrução colônica aguda, caracteriza-se pela dilatação massiva do cólon na ausência de uma barreira mecânica. No raio X, observa-se uma distensão gasosa acentuada do cólon, mas o gás permanece confinado ao lúmen intestinal. O Sinal de Rigler só estaria presente se a distensão fosse tão grave a ponto de causar uma perfuração cecal ou colônica secundária.

Alternativa c) Correta. A diverticulite é a inflamação de um ou mais divertículos, geralmente no cólon sigmoide. Quando ocorre uma perfuração livre para a cavidade abdominal (estágio IV de Hinchey), há o extravasamento de ar, resultando em

pneumoperitônio. Como o Sinal de Rigler é uma evidência radiológica de ar livre intraperitoneal, a diverticulite perforada é a principal hipótese diagnóstica entre as opções que justifica a dor abdominal intensa súbita e o achado de imagem.

Alternativa d) Incorreta. A gastroenterite aguda é uma inflamação autolimitada da mucosa do trato gastrointestinal, geralmente de origem viral ou bacteriana. O quadro clínico envolve dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia. Os achados radiológicos costumam ser inespecíficos ou revelar apenas um aumento discreto de gás e níveis hidroaéreos, sem nunca apresentar ar livre fora das alças.

Em resumo, a identificação do Sinal de Rigler em um paciente com abdome agudo é um marcador de pneumoperitônio, indicando a necessidade de avaliação cirúrgica urgente para tratar a perfuração de uma víscera oca, como no caso da diverticulite perforada.
