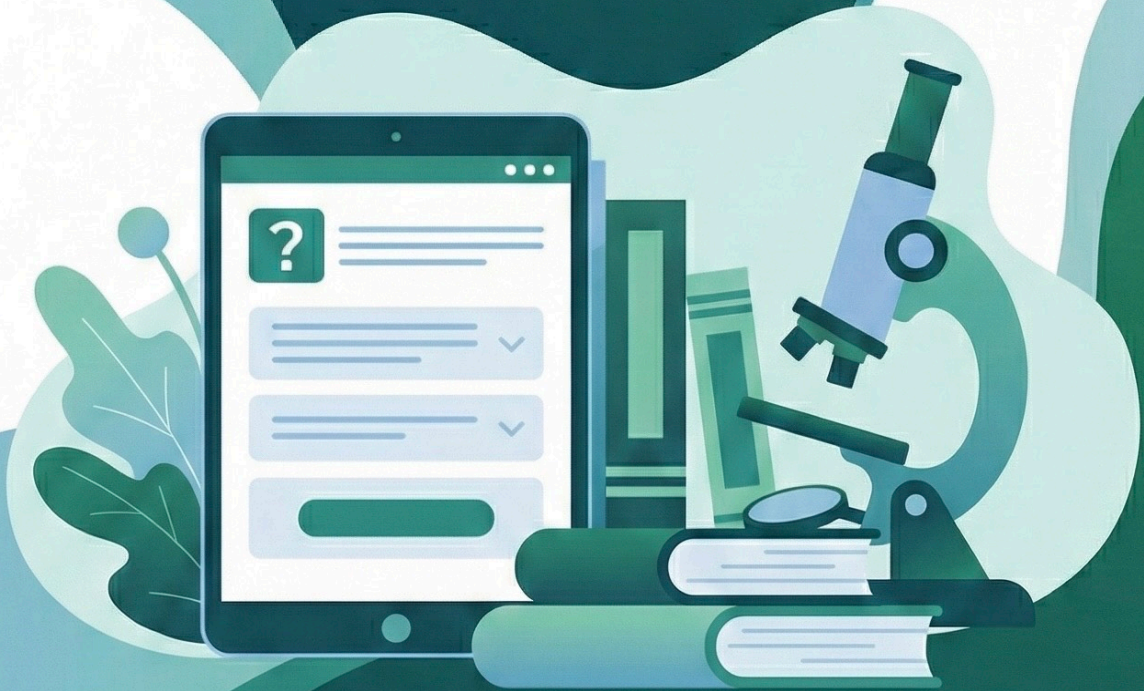




ISCMSP

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



Gabarito: ISCMSP

2026 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

A questão aborda as recomendações de vacinação para grupos de risco e situações epidemiológicas específicas, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Alternativa (a) Incorreta. Pacientes vivendo com HIV/Aids são considerados um grupo de risco para doença meningocócica invasiva e têm indicação para a vacina meningocócica conjugada quadrivalente (ACWY). No entanto, o esquema vacinal primário para esses pacientes no CRIE consiste em 2 doses, com intervalo de 8 semanas (2 meses) entre elas, e não dose única.

Alternativa (b) Incorreta. Pacientes com anemia falciforme apresentam asplenia funcional (fibrose do baço devido a sucessivos infartos esplênicos), o que aumenta drasticamente o risco de sepse por germes encapsulados, como o meningococo. Devido a essa condição, o esquema vacinal exige mais de uma dose para garantir uma resposta imune adequada.

Alternativa (c) Correta. Conforme os protocolos de imunização para pacientes especiais, os indivíduos com asplenia anatômica ou funcional (incluindo anemia falciforme e outras hemoglobinopatias) devem receber a vacina meningocócica conjugada ACWY em um esquema de 2 doses, com intervalo de 2 meses entre elas. Além disso, esses pacientes devem receber reforços a cada 5 anos para manter os títulos de anticorpos protetores.

Alternativa (d) Incorreta. Recrutas e militares vivendo em alojamentos são grupos prioritários para vacinação devido às condições de aglomeração que favorecem surtos de meningite. Entretanto, a recomendação para esse grupo (indivíduos jovens e geralmente saudáveis) é de dose única da vacina conjugada, caso não tenham sido vacinados previamente, e não 2 doses.

Alternativa (e) Incorreta. Viajantes para áreas de risco (como o cinturão da meningite na África ou peregrinos para Meca) possuem indicação de vacinação com a vacina quadrivalente ACWY. A vacina contra o sorotipo B é um imunobiológico diferente, não costuma ser exigida para viagens internacionais e possui um esquema de 2 doses para adultos, o que torna a afirmação de "dose única incluindo sorotipo B" tecnicamente errada em ambos os aspectos.

Questão 2

A infecção gonocócica disseminada ocorre em cerca de 0,5% a 3% dos pacientes infectados pela *Neisseria gonorrhoeae*. A disseminação hematogênica a partir de um sítio primário (uretra, colo uterino, faringe ou reto) leva a um quadro clínico caracterizado classicamente por febre, poliartralgia migratória, tenossinovite e lesões cutâneas.

Alternativa (d) - CORRETA: A gestação e o período menstrual são fatores de risco clássicos para a disseminação da bactéria. Durante a menstruação, a perda da barreira endometrial e as alterações no pH vaginal facilitam o acesso do gonococo à corrente sanguínea. Na gestação, alterações hormonais e imunológicas, além de um aumento da vascularização pélvica, também favorecem a invasão sistêmica. Vale destacar que a deficiência de componentes terminais do sistema complemento (C5-C9) é outro fator de risco biológico importante.

Alternativa (a) - INCORRETA: Embora pacientes com artrite reumatoide possam estar em uso de imunossupressores que aumentam o risco de infecções em geral, essas condições osteoarticulares crônicas não são listadas na literatura médica como fatores de risco específicos para o desenvolvimento de gonococcemia disseminada.

Alternativa (b) - INCORRETA: A coinfeção com clamídia é extremamente comum em pacientes com gonorreia, sendo rotina o tratamento conjunto para ambos os agentes. No entanto, a presença de clamídia ou herpes-vírus não é um fator que, isoladamente, predispõe à disseminação hematogênica da *Neisseria gonorrhoeae* para órgãos distantes.

Alternativa (c) - INCORRETA: Doenças dermatológicas como psoríase ou atopia severa podem comprometer a integridade da barreira cutânea, mas não possuem relação direta com a fisiopatologia da disseminação sistêmica do gonococo, que ocorre majoritariamente a partir de superfícies mucosas.

Alternativa (e) - INCORRETA: A gonococcemia disseminada é significativamente mais frequente no sexo feminino do que no masculino. Estima-se que as mulheres tenham um risco maior devido à frequência de infecções genitais assintomáticas, que demoram a ser tratadas, e às variações fisiológicas do ciclo menstrual já mencionadas. A idade avançada também não é o perfil epidemiológico típico da doença, que atinge predominantemente jovens sexualmente ativos.

Questão 3

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro descreve um paciente com clínica de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAM com supra), porém com o estudo angiográfico (cateterismo) demonstrando artérias coronárias normais. Esse cenário é conhecido como MINOCA (Infarto do Miocárdio com Artérias Coronárias Não Obstrutivas). Os principais diagnósticos diferenciais nessa situação são a Miocardite, a Cardiomiopatia de Takotsubo e o espasmo coronariano.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) tornou-se o exame padrão-ouro para o diagnóstico diferencial nos casos de MINOCA. Através da técnica de Realce Tardio com Gadolínio, a RMC consegue identificar o padrão de lesão tecidual:

1. Na Miocardite, o realce costuma ser subepicárdico ou mesocárdico (não respeita territórios coronarianos).
2. Na Cardiomiopatia de Takotsubo, é característico o edema miocárdico sem a presença de realce tardio significativo, além do formato típico de balonamento apical.
3. No Infarto isquêmico, o realce é subendocárdico ou transmural.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): As sorologias virais têm utilidade muito limitada no diagnóstico de miocardite, pois a presença de anticorpos não confirma que o vírus é a causa da lesão cardíaca atual. O diagnóstico baseia-se na clínica, biomarcadores, RMC e, em casos específicos, biópsia endomiocárdica.

Alternativa (c): O uso de cocaína está primariamente associado ao espasmo coronariano agudo, aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio e formação de trombos, podendo mimetizar um infarto. Embora possa causar dano miocárdico direto, a sua associação clássica é com isquemia/espasmo e não com o diagnóstico de miocardite infecciosa ou inflamatória.

Alternativa (d): A hipocinesia segmentar pode estar presente tanto no infarto quanto na miocardite e no Takotsubo. Embora o Takotsubo apresente classicamente uma discinesia/hipocinesia apical (balonamento), o ecocardiograma isolado não permite confirmar o diagnóstico, sendo necessário descartar doença coronariana e, muitas vezes, complementar com a RMC para diferenciar de miocardite.

Alternativa (e): Arritmias cardíacas (como fibrilação atrial, taquicardia ventricular e prolongamento do intervalo QT) podem ocorrer em qualquer apresentação da Cardiomiopatia de Takotsubo, independentemente do gatilho (seja estresse emocional, físico ou uso de drogas). Elas são consequência da instabilidade elétrica

do miocárdio agudamente sofrido.

Questão 4

Alternativa a: Incorreta. A síndrome de Marfan manifesta-se prioritariamente através de alterações na aorta torácica, especificamente na raiz da aorta e na aorta ascendente (necrose cística da média). O ultrassom de abdome seriado é utilizado para o rastreamento e acompanhamento de aneurismas da aorta abdominal, que possuem fisiopatologia distinta, geralmente ligada à aterosclerose e ao tabagismo, não sendo o foco principal do manejo na síndrome de Marfan.

Alternativa b: Incorreta. As diretrizes atuais de cardiologia para prevenção de endocardite infecciosa são restritivas. A profilaxia antibiótica não é indicada para a realização de ecocardiograma transesofágico, mesmo em pacientes com valvulopatias como a insuficiência aórtica. Ela é reservada para procedimentos odontológicos que manipulem tecido gengival em pacientes de altíssimo risco (como portadores de próteses valvares).

Alternativa c: Incorreta. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs) não devem ser evitados. Na verdade, tanto os IECAs quanto os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRAs), como a losartana, são drogas que podem ser utilizadas no tratamento. Elas ajudam a reduzir a progressão da dilatação aórtica não apenas pelo controle pressórico, mas também pela modulação da sinalização do fator de crescimento transformante beta (TGF-beta).

Alternativa d: Incorreta. O prolapso de valva mitral é um achado comum na síndrome de Marfan, porém a conduta cirúrgica profilática para casos moderados não é indicada. A intervenção cirúrgica na valva mitral só deve ser considerada se houver insuficiência mitral grave associada a sintomas, disfunção ventricular esquerda ou dilatação progressiva das câmaras esquerdas.

Alternativa e: Correta. O uso de betabloqueadores é a terapia farmacológica de primeira linha para pacientes com síndrome de Marfan que apresentam evidência de dilatação aórtica. O mecanismo de benefício envolve a redução da frequência cardíaca e da contratilidade miocárdica, o que diminui a força de ejeção do sangue contra a parede da aorta (redução do dp/dt). Isso minimiza o estresse mecânico sobre o tecido conjuntivo fragilizado, retardando o crescimento do aneurisma e reduzindo o risco de dissecação aórtica, impactando positivamente na sobrevivência do paciente.

Questão 5

A coinfeção entre HIV e leishmaniose visceral (LV) representa um desafio diagnóstico e terapêutico. Em pacientes imunossuprimidos, a lógica diagnóstica muda substancialmente em relação aos pacientes imunocompetentes devido à falha na resposta imune.

Alternativa A (Correta): Em indivíduos vivendo com HIV, a resposta imune humoral, que é a produção de anticorpos, está frequentemente prejudicada. Por esse motivo, os testes sorológicos (como o teste rápido rK39 ou a imunofluorescência indireta) apresentam uma sensibilidade muito menor nessa população. Como o risco de resultados falso-negativos é alto, a sorologia não é um método confiável para excluir (afastar) a suspeita diagnóstica. Nesses casos, a investigação deve prosseguir obrigatoriamente para métodos parasitológicos diretos, como o aspirado de medula óssea.

Alternativa B (Incorreta): O HIV é um dos principais fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de leishmaniose clínica. A queda dos linfócitos T CD4+ compromete a imunidade celular necessária para conter o parasita, aumentando significativamente tanto o risco de novas infecções quanto o de reativação de infecções latentes.

Alternativa C (Incorreta): O problema principal da sorologia no paciente com HIV é a baixa sensibilidade (capacidade de detectar os doentes). Embora a especificidade possa ser mantida, a alternativa não justifica o manejo clínico correto, pois o foco no paciente imunossuprimido com suspeita de leishmaniose é que a sorologia negativa não encerra a investigação.

Alternativa D (Incorreta): A visualização de formas amastigotas em cortes histológicos corados por hematoxilina-eosina (HE) é difícil. As estruturas são muito pequenas e podem ser facilmente confundidas com outros patógenos intracelulares, especialmente o *Histoplasma capsulatum*, que também é comum em pacientes com HIV. Para uma diferenciação segura, são necessárias colorações específicas, como Giemsa ou Wright, que evidenciam o cinetoplasto da *Leishmania*.

Alternativa E (Incorreta): A pancitopenia é um achado clássico da leishmaniose visceral, ocorrendo por infiltração da medula óssea e pelo hiperesplenismo. Contudo, ela não é um fator diferenciador, pois diversas outras condições oportunistas no contexto do HIV, como a histoplasmose disseminada, a tuberculose miliar e a micobacteriose disseminada, também podem se apresentar com febre, hepatoesplenomegalia e pancitopenia.

Questão 6

A questão aborda o monitoramento da atividade inflamatória na retocolite ulcerativa (RCU), uma doença inflamatória intestinal (DII). O desafio clínico é identificar um exame que reflita com precisão o estado da mucosa intestinal sem a necessidade imediata de exames invasivos, como a colonoscopia.

Alternativa A: Incorreta. A proteína C-reativa (PCR) é um marcador de fase aguda produzido pelo fígado. Embora seja útil, sua sensibilidade na retocolite ulcerativa é limitada, especialmente em casos de atividade leve a moderada ou quando a doença está restrita ao reto e cólon distal. Muitos pacientes com RCU ativa apresentam PCR normal.

Alternativa B: Correta. A calprotectina fecal é uma proteína ligadora de cálcio encontrada no citoplasma dos neutrófilos. Quando ocorre inflamação na mucosa intestinal, os neutrófilos migram para a parede do intestino e liberam calprotectina no lúmen, que é então excretada nas fezes. É o marcador não invasivo mais sensível e específico para a atividade da doença intestinal, apresentando excelente correlação com os achados endoscópicos e histológicos. Além de diagnosticar a atividade, é excelente para prever recaídas e monitorar a resposta ao tratamento.

Alternativa C: Incorreta. O teste de sangue oculto nas fezes é uma ferramenta de rastreamento para o câncer colorretal em pacientes assintomáticos. Na retocolite ulcerativa em atividade, o sangramento costuma ser macroscópico (visível), e a presença de sangue oculto não ajuda a quantificar o grau de inflamação ou diferenciar a atividade da doença de outras causas de sangramento leve.

Alternativa D: Incorreta. A beta-2-microglobulina é um marcador utilizado principalmente no acompanhamento de doenças linfoproliferativas (como mieloma múltiplo e linfomas) e na avaliação da função tubular renal. Não possui utilidade clínica comprovada ou indicação no manejo das doenças inflamatórias intestinais.

Alternativa E: Incorreta. A velocidade de hemossedimentação (VHS) é outro marcador sistêmico de inflamação inespecífico. Assim como a PCR, o VHS pode estar elevado por diversas causas extracolônicas (infecções, anemias, processos inflamatórios em outros órgãos) e demora mais para refletir mudanças agudas no estado clínico do paciente, sendo menos sensível que a calprotectina para a inflamação da mucosa.

Questão 7

A Síndrome de Hiperproliferação Bacteriana Intestinal (conhecida pela sigla em inglês SIBO) ocorre quando há um aumento excessivo da população bacteriana no intestino delgado, que normalmente possui uma densidade bacteriana baixa. Para entender os fatores de risco, devemos lembrar que o organismo possui dois mecanismos principais de defesa contra esse sobrecrecimento: a acidez gástrica (que elimina bactérias ingeridas) e a motilidade intestinal (que promove uma "limpeza" mecânica através das ondas migratórias motoras).

Alternativa (a) Incorreta. A sacarina é um edulcorante artificial e a lactulose é um açúcar não absorvível utilizado como laxante osmótico ou no tratamento da encefalopatia hepática. Embora a lactulose seja utilizada como substrato em testes expiratórios para o diagnóstico da SIBO, seu uso terapêutico habitual não é classificado como um fator de risco primário para o desenvolvimento da síndrome.

Alternativa (b) Incorreta. A metoclopramida e a domperidona são agentes procinéticos. Eles estimulam a motilidade do trato gastrointestinal superior. Na verdade, drogas procinéticas são frequentemente utilizadas no tratamento e na prevenção da SIBO, pois auxiliam na depuração bacteriana ao evitar a estase intestinal.

Alternativa (c) Incorreta. Clindamicina e amoxicilina são antibióticos. Embora o uso indiscriminado de antibióticos possa causar disbiose (desequilíbrio da flora), eles não são fatores predisponentes clássicos para a SIBO. Pelo contrário, o tratamento da hiperproliferação bacteriana baseia-se justamente no uso de antibióticos (como a rifaximina) para reduzir a carga bacteriana excessiva.

Alternativa (d) Incorreta. O captopril (inibidor da ECA) e os betabloqueadores são medicamentos anti-hipertensivos. Eles não possuem efeitos diretos significativos na acidez gástrica ou na motilidade intestinal que justifiquem a predisposição ao sobrecrecimento bacteriano no intestino delgado.

Alternativa (e) Correta. Esta alternativa contempla dois mecanismos fisiopatológicos centrais da SIBO:

1. Inibidores da Bomba de Prótons (IBP): Medicamentos como o omeprazol reduzem drasticamente a produção de ácido clorídrico pelo estômago (hipocloridria). A ausência dessa barreira ácida permite que bactérias orofaríngeas e dietéticas sobrevivam e colonizem o intestino delgado.
2. Semaglutida: É um agonista do receptor de GLP-1 que tem como um de seus efeitos colaterais marcantes o retardo do esvaziamento gástrico e a redução da motilidade intestinal. A estase (parada ou lentidão do fluxo do conteúdo intestinal) é um dos principais fatores que permitem a proliferação desordenada de bactérias.

Portanto, a combinação de redução da defesa ácida e redução da motilidade torna os IBPs e os análogos de GLP-1 importantes fatores de risco a serem observados na prática clínica atual.

Questão 8

A análise de um nódulo pulmonar solitário baseia-se em critérios clínicos e radiológicos para determinar o risco de malignidade. No caso apresentado, o paciente já possui alto risco epidemiológico (59 anos e carga tabágica de 40 maços-ano).

A seguir, a análise de cada alternativa:

Alternativa (a): Incorreta. A presença de atenuação de gordura (densidade negativa na tomografia, entre -40 e -120 HU) é um sinal patognomônico de hamartoma, que é um tumor benigno. Nódulos de 10 mm com gordura interna não são motivo de grande preocupação para câncer.

Alternativa (b): Incorreta. A calcificação central é um dos padrões de calcificação tipicamente benignos, geralmente associados a sequelas de doenças granulomatosas, como tuberculose ou histoplasmose. Outros padrões benignos incluem a calcificação difusa, laminada ou em "pipoca". A localização no lobo médio também não é um fator de risco clássico para malignidade.

Alternativa (c): Correta. A localização do nódulo nos lobos superiores é um fator de risco independente para câncer de pulmão. Quanto à calcificação, embora a maioria das calcificações indique benignidade, os padrões "excêntrico" ou "pontilhado" (stippled) são suspeitos. A calcificação excêntrica pode ocorrer quando um carcinoma envolve uma calcificação preexistente (nódulo cicatricial) ou quando há necrose tumoral com calcificação distrófica. Esta alternativa reúne dois critérios de alta suspeição.

Alternativa (d): Incorreta. Esta alternativa apresenta uma "armadilha". Embora o aspecto espiculado seja muito sugestivo de malignidade (devido à infiltração tumoral no interstício adjacente), o tempo de duplicação menor que 30 dias é rápido demais para a maioria dos cânceres de pulmão. Crescimentos tão velozes geralmente indicam processos infecciosos ou inflamatórios agudos. O tempo de duplicação do câncer de pulmão costuma variar entre 30 e 400 dias.

Alternativa (e): Incorreta. Bordas bem definidas e lisas são características mais frequentes em lesões benignas. Além disso, a localização em lobos inferiores, embora

possa abrigar neoplasias, é estatisticamente menos associada ao câncer de pulmão do que a localização em lobos superiores.

Questão 9

A pneumonia de hipersensibilidade (PH) é uma síndrome complexa, mediada imunologicamente, que afeta o parênquima pulmonar e as pequenas vias aéreas em resposta à inalação de antígenos orgânicos ou substâncias químicas em indivíduos sensibilizados.

Alternativa a: Incorreta. Os sintomas sistêmicos, como febre, calafrios e mal-estar, são marcos da apresentação aguda, que ocorre poucas horas após uma exposição intensa e mimetiza um quadro gripal. No entanto, o uso da palavra "apenas" torna a afirmação incorreta, pois esses sintomas podem reaparecer em episódios de reexposição em pacientes com a forma subaguda ou em quadros de exacerbação da doença.

Alternativa b: Incorreta. Diferentemente de algumas doenças intersticiais puramente fibróticas e estáveis, a pneumonia de hipersensibilidade costuma apresentar elevação das provas de inflamação sistêmica, como a Proteína C-Reativa (PCR) e a Velocidade de Hemossedimentação (VHS), especialmente durante as fases de atividade inflamatória aguda e subaguda.

Alternativa c: Incorreta. A tosse associada à PH é classicamente seca e irritativa. A presença de expectoração profusa e clara, conhecida como broncorreia, não é típica desta patologia, sendo um achado clássico de outras condições específicas, como o adenocarcinoma de padrão lepidico.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve os achados radiológicos mais característicos da PH na Tomografia de Alta Resolução (TCAR), especialmente na fase não fibrótica. Os nódulos centrolobulares com atenuação em vidro fosco indicam a presença de inflamação (bronquiolite celular). A imagem em mosaico é um achado fundamental e reflete a mistura de áreas de inflamação intersticial (vidro fosco), áreas de pulmão normal e áreas de hipoatenuação por aprisionamento aéreo (decorrente da doença de pequenas vias aéreas). A combinação desses padrões é altamente sugestiva do diagnóstico.

Alternativa e: Incorreta. O pilar fundamental do tratamento da PH é o controle ambiental, ou seja, a identificação e o afastamento total do antígeno causador. Quando o uso de corticosteroides é necessário devido à gravidade dos sintomas ou ao comprometimento da função pulmonar, as doses utilizadas para obter uma resposta clínica significativa são geralmente moderadas a altas (0,5 a 1 mg/kg de

prednisona), e não doses baixas. Além disso, formas crônicas e fibróticas tendem a ter uma resposta muito mais limitada à corticoterapia.

Questão 10

Análise do Caso Clínico:

O paciente é um adulto jovem de 27 anos com história de síncope recorrentes e sopro sistólico. Esse conjunto de sintomas em um paciente jovem deve sempre levantar a suspeita de causas estruturais cardíacas ou arrítmicas, sendo a Cardiomiopatia Hipertrófica (CMH) uma das principais hipóteses.

Análise do Eletrocardiograma:

O ECG apresentado é patognomônico quando associado ao quadro clínico. Observam-se os seguintes achados:

1. Sinais de hipertrofia ventricular esquerda (HVE): Ondas R muito amplas em derivações precordiais esquerdas (V5-V6) e ondas S profundas em V1-V2. O índice de Sokolow-Lyon (S de V1 ou V2 + R de V5 ou V6) é claramente superior a 35 mm.
2. Ondas Q patológicas: Presença de ondas Q profundas e estreitas (chamadas de ondas Q em punhal ou dagger-like Q waves) nas derivações laterais (I, aVL, V5, V6) e inferiores (II, III, aVF). Essas ondas Q não representam fibrose por infarto, mas sim a despolarização do septo interventricular acentuadamente hipertrofiado.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A insuficiência mitral reumática geralmente se manifesta com sinais de sobrecarga atrial esquerda e ventricular esquerda no ECG, mas não apresenta as ondas Q profundas típicas de hipertrofia septal. Além disso, o quadro de síncope aos 27 anos é mais sugestivo de miocardiopatia ou arritmia primária.

b) Correta. A Cardiomiopatia Hipertrófica é a principal causa de morte súbita em atletas e jovens. A hipertrofia do septo causa a obstrução dinâmica do fluxo de saída do ventrículo esquerdo, o que explica a síncope (especialmente ao esforço) e o sopro sistólico. O sopro da CMH pode ser confundido com o de insuficiência mitral devido ao movimento sistólico anterior (SAM) da válvula mitral, que gera regurgitação associada. O ECG com HVE e ondas Q profundas em "punhal" é o achado clássico desta patologia.

c) Incorreta. A doença de Kawasaki é uma vasculite da infância que pode gerar aneurismas coronarianos e isquemia miocárdica precoce. Embora pudesse causar ondas Q por infarto prévio, estas seriam mais largas e não viriam acompanhadas do padrão típico de hipertrofia septal exuberante em um paciente com este sopro característico.

d) Incorreta. A Comunicação Interatrial (CIA) geralmente apresenta sopro em área pulmonar (desdobramento fixo de segunda bulha) e sobrecarga de cavidades direitas no ECG (desvio do eixo para a direita e bloqueio de ramo direito), o que não condiz com a imagem. A embolia paradoxal causaria um evento isquêmico focal (AVC), não necessariamente quadros sincopais repetidos.

e) Incorreta. A aortite luética (sífilis terciária) é rara atualmente e costuma afetar o óstio das coronárias ou causar insuficiência aórtica por dilatação da raiz da aorta. O sopro seria diastólico (da insuficiência aórtica) e o perfil epidemiológico e clínico do paciente não direciona para esta etiologia.

Conclusão:

O quadro de um jovem com síncope, sopro sistólico e um ECG demonstrando hipertrofia ventricular esquerda com ondas Q septais proeminentes é o "be-á-bá" para o diagnóstico de Cardiomiopatia Hipertrófica.

Questão 11

Análise do caso clínico: O paciente apresenta anemia leve (Hb 10 g/dL) com microcitose acentuada (VCM 55 fL), sendo assintomático. O dado fundamental é o perfil de ferro normal, o que exclui a anemia ferropriva, que seria a principal causa de microcitose. Em pacientes jovens com microcitose importante, desproporcional ao grau de anemia e perfil de ferro normal, a principal hipótese diagnóstica é o traço talassêmico (Beta-talassemia menor).

Alternativa a: Incorreta. A deficiência de vitamina B12 causa anemia macrocítica, caracterizada por um volume corpuscular médio (VCM) elevado, geralmente acima de 100 fL, o que é o oposto do quadro de microcitose extrema (VCM 55 fL) apresentado pelo paciente.

Alternativa b: Incorreta. A endoscopia digestiva alta é utilizada para investigar fontes de sangramento digestivo que levam à anemia ferropriva. Como o perfil de ferro do paciente está normal, a deficiência de ferro foi descartada, tornando o exame desnecessário para este diagnóstico.

Alternativa c: Incorreta. O teste de Coombs direto é utilizado na investigação de anemias hemolíticas autoimunes. Essas patologias costumam se apresentar como anemias normocíticas ou macrocíticas (devido à reticulocitose) e acompanhadas de icterícia e alterações laboratoriais de hemólise, o que não condiz com o caso.

Alternativa d: Incorreta. O mielograma é um exame invasivo indicado para avaliar a

medula óssea em casos de suspeita de neoplasias hematológicas, aplasia medular ou anemia sideroblástica. Não é o exame inicial nem o mais adequado para confirmar a suspeita de talassemia em um paciente assintomático.

Alternativa e: Correta. A eletroforese de hemoglobina é o exame de escolha para o diagnóstico de hemoglobinopatias. Na Beta-talassemia menor, a eletroforese tipicamente revela um aumento nos níveis de hemoglobina A2 (geralmente acima de 3,5 por cento) e, às vezes, da hemoglobina fetal, confirmando a falha na síntese das cadeias beta da globina.

Questão 12

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de Artrite Reumatoide (AR) de longa data (10 anos), com deformidades, nódulos subcutâneos e atividade inflamatória sistêmica evidenciada pela elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS). Nesse contexto, a anemia apresentada (Hb: 9,4 g/dL e VCM: 80 fL) é categorizada como Anemia de Doença Crônica (ou anemia da inflamação).

A fisiopatologia dessa anemia é mediada por citocinas inflamatórias, principalmente a Interleucina-6 (IL-6), que estimula a produção hepática de hepcidina. A hepcidina bloqueia a ferroportina, impedindo a liberação de ferro dos estoques (macrófagos) e a absorção intestinal. Como resultado, o ferro fica "preso" dentro das células.

ANÁLISE DOS PARÂMETROS SOLICITADOS

1. Ferritina: É uma proteína de fase aguda. Na inflamação crônica, seus níveis aumentam tanto pelo sequestro de ferro intracelular quanto pela própria resposta inflamatória sistêmica. Portanto, espera-se que esteja **AUMENTADA**.
2. Capacidade Total de Ligação de Ferro (TIBC): O TIBC reflete indiretamente os níveis de transferrina. Na inflamação, o fígado reduz a síntese de transferrina (proteína de fase aguda negativa). Além disso, o corpo tenta reduzir a disponibilidade de ferro circulante. Portanto, o TIBC estará **DIMINUÍDO**.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): Reflete o padrão típico da Anemia de Doença Crônica. A inflamação crônica da Artrite Reumatoide eleva a ferritina e reduz a síntese de transferrina (reduzindo o TIBC).

Alternativa B (INCORRETA): O TIBC aumentado é característico da anemia ferropriva (deficiência de ferro), onde o corpo produz mais transferrina para tentar captar o pouco ferro disponível. Na anemia de doença crônica, o TIBC é baixo.

Alternativa C (INCORRETA): A ferritina diminuída é o marcador mais específico para deficiência de ferro (anemia ferropriva). No caso da paciente, o processo é inflamatório, o que eleva a ferritina.

Alternativa D (INCORRETA): Esta alternativa descreve o perfil clássico da Anemia Ferropriva (TIBC alto e Ferritina baixa), que ocorre por falta de estoque de ferro, e não por sequestro inflamatório como no caso relatado.

Alternativa E (INCORRETA): Embora a ferritina possa estar normal em fases muito iniciais, o quadro de 10 anos de doença com nódulos e VHS alto indica uma atividade inflamatória importante, tornando o aumento da ferritina o achado laboratorial mais provável e esperado em provas de residência.

Questão 13

A principal hipótese para este caso clínico é a artrite gonocócica, especificamente em sua forma de Infecção Gonocócica Disseminada (IGD). O paciente apresenta a tríade clássica dessa condição: dermatite (erupção cutânea pustular), tenossinovite (dor à flexão passiva do punho) e poliartralgia ou artrite migratória/aditiva (acometimento de punho e tornozelo).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A artrite reumatoide é uma doença inflamatória crônica, com sintomas que devem persistir por pelo menos 6 semanas para o diagnóstico. Ela costuma ser simétrica e acometer pequenas articulações das mãos e pés, não apresentando rash pustular ou febre aguda associada à tenossinovite súbita.

b) Correta. A artrite gonocócica, causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, é a principal causa de artrite séptica em adultos jovens sexualmente ativos. O quadro descrito é típico da fase de disseminação hematogênica (síndrome artrite-dermatite). É comum que o líquido sinovial apresente contagem de leucócitos menor do que em outras artrites sépticas (geralmente entre 5.000 e 50.000 polimorfonucleares) e que a bacterioscopia (Gram) seja negativa em mais de 50% dos casos, devido à dificuldade de crescimento desse agente.

c) Incorreta. As artrites microcristalinas, como a gota, são extremamente raras em pacientes de 18 anos sem doenças metabólicas graves. O quadro típico é de

monoartrite intensa (frequentemente na base do grande hálux) e não inclui a erupção pustular característica da infecção gonocócica.

d) Incorreta. A osteoartrite é uma doença degenerativa da cartilagem articular, comum em idosos ou após traumas articulares crônicos. Não cursa com febre, rash cutâneo ou quadro inflamatório agudo com tenossinovite.

e) Incorreta. O Lúpus Eritematoso Sistêmico pode causar artrite e febre, mas as manifestações cutâneas típicas são o rash malar (em "asa de borboleta"), fotossensibilidade ou lesões discoides. O rash pustular agudo em extremidades, associado a sinais inflamatórios em tendões, é fortemente indicativo de causa infecciosa.

Gabarito: Letra (b).

Questão 14

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clínico típico de Síndrome Nefrótica. Os pontos fundamentais para este diagnóstico são a proteinúria de 5,4 g/24h (definida como nefrótica quando acima de 3,5 g/24h em adultos), a presença de urina espumosa (sinal de perda proteica) e anasarca (edema generalizado).

FISIOPATOLOGIA DA HIPOVOLEMIA (TEORIA DO UNDERFILL)

Na Síndrome Nefrótica, a proteinúria maciça leva a uma queda nos níveis de albumina no sangue (hypoalbuminemia). Como a albumina é a principal responsável por manter a pressão coloidoncótica dentro dos vasos, sua falta faz com que o líquido saia do compartimento intravascular para o espaço intersticial, gerando o edema generalizado. Embora a paciente esteja em anasarca (excesso de líquido no corpo), o volume de sangue efetivo dentro dos vasos está diminuído, o que caracteriza a hipovolemia intravascular. Isso costuma ativar o sistema renina-angiotensina-aldosterona para tentar reter sódio e água.

FISIOPATOLOGIA DA TROMBOSE

A Síndrome Nefrótica é classicamente um estado de hipercoagulabilidade. Isso ocorre por três mecanismos principais:

1. Perda urinária de proteínas anticoagulantes, como a Antitrombina III, Proteína C e Proteína S.
2. Estímulo ao fígado para produzir mais proteínas de forma inespecífica (devido à

baixa pressão oncótica), o que aumenta a síntese de fatores pró-coagulantes, como o fibrinogênio.

3. Aumento da agregação plaquetária e hemoconcentração.

Dessa forma, esses pacientes possuem um risco elevado de trombose venosa profunda, embolia pulmonar e, especificamente, trombose de veia renal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: O paciente nefrótico apresenta risco de trombose (formação de coágulos) e não de hemorragia. Além disso, a teoria clássica explica a anasarca pela hipovolemia intravascular e não pela hipervolemia.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa resume as duas principais complicações sistêmicas decorrentes da perda proteica maciça: a depleção do volume intravascular (hipovolemia) por queda da pressão oncótica e o estado pró-trombótico (trombose) por perda de fatores anticoagulantes e aumento de fatores pró-coagulantes.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a hipovolemia esteja correta, o risco de hemorragia não faz parte da fisiopatologia da Síndrome Nefrótica; o risco é de eventos tromboembólicos.

Alternativa (d) Incorreta: A hipervolemia (excesso de volume dentro dos vasos) não é o achado esperado na fase inicial/clássica da Síndrome Nefrótica com anasarca importante (teoria do underfill).

Alternativa (e) Incorreta: A Síndrome Nefrótica causa hipercolesterolemia (aumento do colesterol) e não hipocolesterolemia. O fígado aumenta a produção de lipoproteínas (como VLDL e LDL) em resposta à baixa pressão oncótica plasmática.

Questão 15

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na doença renal crônica (DRC), o que ocorre é a hiperfosfatemia. Com a queda da taxa de filtração glomerular, o rim perde a capacidade de excretar adequadamente o fósforo, levando ao seu acúmulo no sangue. Esse excesso de fósforo é um dos principais gatilhos para o distúrbio mineral e ósseo da DRC.

Alternativa b) Incorreta. O distúrbio hematológico mais comum relacionado às plaquetas na uremia não é a redução do número (plaquetopenia), mas sim a disfunção qualitativa. As toxinas urêmicas prejudicam a adesão e a agregação

plaquetária, resultando em um tempo de sangramento prolongado, mesmo com contagem de plaquetas frequentemente normal.

Alternativa c) Incorreta. O achado clássico na DRC é o hiperparatireoidismo secundário. A retenção de fósforo, a redução dos níveis de cálcio livre e a deficiência de vitamina D ativa (calcitriol) estimulam as glândulas paratireoides a produzirem mais paratormônio (PTH) na tentativa de manter a homeostase mineral.

Alternativa d) Correta. O aumento da resistência periférica à insulina é um achado metabólico muito comum em pacientes urêmicos. Esse fenômeno é multifatorial, envolvendo o acúmulo de toxinas urêmicas que interferem na sinalização intracelular do receptor de insulina, o estado inflamatório crônico característico da doença e alterações no metabolismo da vitamina D. Curiosamente, apesar da resistência, pacientes diabéticos que evoluem para insuficiência renal podem apresentar episódios de hipoglicemia, pois o rim também é responsável pela degradação da insulina exógena (prolongando sua meia-vida).

Alternativa e) Incorreta. A DRC tipicamente causa acidose metabólica com ânion gap elevado (ou aumentado). Isso ocorre porque os rins deixam de excretar ânions não medidos, como fosfatos, sulfatos e outros ácidos orgânicos resultantes do metabolismo proteico, que acabam se acumulando na circulação.

Questão 16

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um paciente com doença renal crônica terminal e diálise ineficiente (devido à perda de acessos vasculares). Ele apresenta a tríade clássica de Beck: hipotensão arterial (85 x 70 mmHg), turgência jugular patológica (+++) e bulhas hipofonéticas. Esse conjunto de achados, no contexto de uremia (falta de diálise), aponta diretamente para o diagnóstico de Tamponamento Cardíaco, provavelmente decorrente de uma pericardite urêmica com volumoso derrame pericárdico.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (c) descreve o Pulso Paradoxal, que é um achado clássico do tamponamento cardíaco. Ele é definido como uma queda na pressão arterial sistólica superior a 10-12 mmHg durante a inspiração espontânea. No tamponamento, o aumento do retorno venoso para o ventrículo direito durante a inspiração empurra o septo interventricular para a esquerda (devido à restrição do espaço pelo líquido no pericárdio), reduzindo o enchimento do ventrículo esquerdo e, conseqüentemente,

diminuindo o débito cardíaco e a pressão sistólica naquele momento.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Frequência cardíaca de 52 batimentos por minuto: Incorreto. No tamponamento cardíaco, o débito sistólico está severamente reduzido. Para tentar manter o débito cardíaco ($\text{Débito} = \text{Volume Sistólico} \times \text{Frequência}$), o corpo reage com taquicardia compensatória, e não bradicardia.

b) Crepitação em metade inferior do tórax, bilateralmente: Incorreto. No tamponamento cardíaco, os pulmões costumam estar limpos à ausculta. Isso ocorre porque o problema é a restrição ao enchimento de todas as câmaras cardíacas (baixo débito "para frente"), e não uma falha isolada do ventrículo esquerdo que causaria congestão pulmonar retrógrada imediata.

d) Onda U no eletrocardiograma: Incorreto. A onda U está associada à hipocalcemia (baixos níveis de potássio). Pacientes renais crônicos que não estão dialisando adequadamente tendem a apresentar hipercalemia (excesso de potássio), o que geraria ondas T altas e "em tenda", e não ondas U. No tamponamento, o achado eletrocardiográfico mais característico é a alternância elétrica ou a baixa voltagem do complexo QRS.

e) Alcalose metabólica na gasometria venosa: Incorreto. O paciente renal crônico sem diálise eficiente evolui com acidose metabólica (devido à incapacidade de excretar ácidos orgânicos e de reabsorver bicarbonato), e não alcalose. Além disso, o estado de baixo débito cardíaco (choque obstrutivo) pode gerar acidose lática associada.

Questão 17

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO E IMAGEM

O quadro descreve uma paciente em hemodiálise crônica que apresenta febre alta, tosse e dispneia há 10 dias. O ponto-chave é a associação entre o uso de acesso vascular para diálise (cateter ou fístula) e o surgimento de sintomas sistêmicos agudos. A tomografia de tórax revela múltiplos nódulos pulmonares, alguns com escavação (cavitação), distribuídos de forma periférica. Este padrão radiológico, em um paciente com acesso vascular, é clássico de embolia séptica pulmonar.

A principal hipótese diagnóstica é a endocardite infecciosa (especialmente de câmaras direitas) ou uma infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter com dispersão de êmbolos sépticos para os pulmões.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A fibrose cística manifesta-se tipicamente desde a infância ou adolescência com bronquiectasias, sinusopatias e insuficiência pancreática. O quadro agudo e febril da paciente, associado ao histórico de hemodiálise, direciona para uma etiologia infecciosa aguda, e não genética.

b) Incorreta. Embora o lavado broncoalveolar possa identificar patógenos em pneumonias primárias, ele não é o exame de escolha para confirmar embolia séptica. O foco da investigação deve ser a corrente sanguínea e o coração, de onde partem os êmbolos.

c) Incorreta. A tuberculose pode causar lesões cavitárias, mas estas geralmente se localizam nos ápices pulmonares (em casos de reativação) e apresentam um curso mais indolente. O padrão de múltiplos nódulos periféricos e a história de diálise tornam a embolia séptica muito mais provável que a tuberculose.

d) Incorreta. O ANCA é solicitado na suspeita de vasculites, como a Granulomatose com Poliangiite (antiga Wegener), que pode causar nódulos cavitados e acometimento renal. No entanto, a paciente já possui doença renal crônica terminal em diálise há um ano, o que desfavorece uma vasculite em atividade como causa da doença renal agora, e a febre alta sugere fortemente um processo infeccioso agudo.

e) Correta. Diante da principal hipótese de embolia séptica pulmonar, o protocolo de investigação exige a identificação do agente etiológico no sangue e a busca pelo foco primário. A hemocultura é fundamental para identificar o patógeno (frequentemente *Staphylococcus aureus*), e o ecocardiograma é indispensável para pesquisar vegetações valvares que confirmem o diagnóstico de endocardite infecciosa, justificando a disseminação dos êmbolos para o pulmão.

Questão 18

Esta questão aborda um fenômeno clássico na evolução natural do diabetes mellitus de longa data, muitas vezes referido informalmente como a "cura aparente" do diabetes, que, na verdade, sinaliza uma complicação grave: a insuficiência renal crônica.

Análise da alternativa (a) - Correta:

O paciente possui diabetes há 20 anos, tempo suficiente para o desenvolvimento de complicações microvasculares, especialmente a nefropatia diabética. Os rins são responsáveis pela degradação de cerca de 20% da insulina circulante por meio de enzimas (insulinases) e também participam da gliconeogênese renal. Com a

progressão da doença renal e a queda da taxa de filtração glomerular, a meia-vida da insulina (tanto a endógena quanto a aplicada) aumenta significativamente, pois ela demora mais para ser depurada. Além disso, o rim doente reduz sua produção de glicose. O resultado é a ocorrência de hipoglicemias frequentes, exigindo a redução das doses de insulina. A dosagem da creatinina sérica é o exame inicial para avaliar a função renal e confirmar essa suspeita clínica.

Análise da alternativa (b) - Incorreta:

A hemoglobina glicada (HbA1c) reflete a média das glicemias dos últimos dois a três meses. Embora ela provavelmente apresente valores baixos ou em queda neste paciente devido aos episódios de hipoglicemia, ela é um marcador de controle glicêmico e não um exame que esclarece a causa fisiopatológica da mudança súbita na necessidade de medicação.

Análise da alternativa (c) - Incorreta:

A pesquisa de microalbuminúria é utilizada para o rastreamento precoce da nefropatia diabética (fase incipiente). No entanto, o quadro clínico de redução drástica da necessidade de insulina e hipoglicemias persistentes costuma ocorrer em estágios mais avançados da doença renal, quando a taxa de filtração glomerular já está reduzida, sendo a creatinina sérica o marcador mais direto para essa avaliação funcional no momento atual do paciente.

Análise da alternativa (d) - Incorreta:

Não há indicação clínica para a realização de tomografia de pâncreas neste caso. O histórico de 20 anos de diabetes aponta para uma complicação crônica da própria doença. A suspeita de insulinoma (tumor produtor de insulina) é rara e não condiz com a história natural de um paciente diabético de longa data que subitamente apresenta melhora do controle glicêmico.

Análise da alternativa (e) - Incorreta:

A insuficiência adrenal (que leva a baixos níveis de cortisol) pode causar hipoglicemia, pois o cortisol é um hormônio contrarregulador da insulina. Contudo, em um paciente diabético há duas décadas, a causa estatisticamente mais provável e comum para a redução da necessidade de insulina é a perda da função renal por nefropatia diabética, e não uma falência adrenal primária ou secundária.

Questão 19

O hipercortisolismo grave, como o observado na Síndrome de Cushing (especialmente em casos de secreção ectópica de ACTH ou carcinomas adrenais), exerce um efeito mineralocorticoide sistêmico. Isso ocorre porque, em concentrações muito elevadas, o cortisol satura a enzima 11-beta-hidroxiesteroide desidrogenase tipo 2 (11b-HSD2). Esta enzima é responsável por converter o cortisol em cortisona (inativa) nos rins, impedindo que ele se ligue aos receptores de mineralocorticoides.

Quando essa enzima é saturada pelo excesso de cortisol, o hormônio passa a agir livremente nos receptores de mineralocorticoides nos túbulos renais, mimetizando a ação da aldosterona. O resultado dessa ativação é a reabsorção de sódio e a excreção aumentada de potássio e de íons hidrogênio (H⁺).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A hipercalemia (elevação do potássio) e a acidose metabólica são características da insuficiência adrenal (Doença de Addison), na qual há falta de mineralocorticoides, e não do excesso de cortisol.
- b) Correta. O efeito mineralocorticoide do cortisol em excesso promove a secreção renal de potássio, levando à hipocalemia, e a secreção de íons hidrogênio, resultando em alcalose metabólica. Esses achados são marcadores clássicos de gravidade no hipercortisolismo.
- c) Incorreta. Embora ocorra hipocalemia, a alteração do equilíbrio ácido-base esperada é a alcalose, devido à perda de íons H⁺, e não a acidose.
- d) Incorreta. O hipercortisolismo causa a perda de potássio (hipocalemia), e não o seu acúmulo (hipercalemia).
- e) Incorreta. O efeito mineralocorticoide promove a retenção de sódio, o que torna a hiponatremia um achado improvável. Além disso, o quadro esperado é de alcalose metabólica, não acidose.

Questão 20

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica, de caráter sistêmico, que tem como alvo principal a membrana sinovial das articulações. O padrão clássico de acometimento é uma poliartrite simétrica, aditiva e erosiva, que afeta preferencialmente pequenas articulações. Compreender quais articulações são tipicamente afetadas e quais são poupadas é fundamental para o diagnóstico diferencial.

Alternativa a) Incorreta. A articulação C1-C2 (coluna cervical alta) é o único segmento da coluna vertebral que é frequentemente acometido na Artrite Reumatoide. A inflamação nos ligamentos que sustentam a articulação atlanto-axial pode levar à instabilidade e subluxação, o que representa uma complicação neurológica grave da doença. O restante da coluna (torácica e lombar) costuma ser poupado.

Alternativa b) Incorreta. As articulações interfalângicas proximais são, juntamente com as metacarpofalângicas e os punhos, os locais mais precocemente e comumente atingidos pela AR. O edema nessas articulações confere o aspecto de "dedos em fuso" característico da fase inflamatória da doença.

Alternativa c) Incorreta. A articulação temporomandibular (ATM) pode ser acometida em pacientes com AR, especialmente naqueles com doença de longa data ou com alta atividade inflamatória. O envolvimento da ATM pode causar dor local, crepitação e limitação da abertura da boca.

Alternativa d) Correta. Esta é a marca diagnóstica da Artrite Reumatoide no exame físico das mãos: a preservação das articulações interfalângicas distais (IFDs). Na prática clínica e em provas de residência, se houver acometimento das IFDs, o médico deve suspeitar fortemente de outros diagnósticos, como osteoartrite (onde surgem os nódulos de Heberden) ou artrite psoriásica. Portanto, as IFDs são classicamente as articulações poupadas na AR.

Alternativa e) Incorreta. A articulação esternoclavicular é uma articulação sinovial e, como tal, pode ser alvo do processo inflamatório da Artrite Reumatoide. Embora seja menos frequente que o acometimento das mãos e pés, ela não é considerada uma articulação "poupada" pela patologia.

Resumo: Para memorização, lembre-se que a Artrite Reumatoide "ataca" as interfalângicas proximais, metacarpofalângicas, punhos, metatarsofalângicas e coluna cervical (C1-C2), mas "ignora" (poupa) as interfalângicas distais e o restante da coluna vertebral.

Questão 21

O caso descreve um trauma cervical penetrante por empalamento. O manejo de objetos encravados segue um princípio fundamental no trauma: o corpo estranho nunca deve ser removido no ambiente da sala de emergência ou no local do acidente. Isso ocorre porque o objeto pode estar exercendo um efeito de tamponamento sobre grandes vasos (como a artéria carótida ou a veia jugular). A sua retirada inadvertida pode desencadear uma hemorragia maciça e incontrolável

fora de um ambiente cirúrgico preparado.

Nas imagens de angiotomografia, observa-se o artefato metálico (imagem em estrela causada pelo metal) transfixando o pescoço. Embora o paciente esteja hemodinamicamente estável, a proximidade do vergalhão com estruturas vitais das zonas II e III exige cautela extrema.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A remoção imediata na sala de emergência é contraindicada pelo risco de sangramento catastrófico assim que o efeito de tamponamento do objeto for retirado.

Alternativa (b) Incorreta. A embolização pode ser uma ferramenta útil em lesões vasculares de difícil acesso (especialmente na zona III profunda), mas o tratamento de escolha para um objeto empalado em um paciente estável é a exploração cirúrgica para remoção sob visão direta.

Alternativa (c) Correta. Esta é a conduta padrão. O paciente deve ser levado ao centro cirúrgico, onde a equipe terá controle proximal e distal dos vasos cervicais antes de proceder à retirada do vergalhão. O objeto deve permanecer fixo durante o transporte para evitar lesões secundárias.

Alternativa (d) Incorreta. Não há sinais clínicos ou radiológicos de pneumotórax ou hemotórax que justifiquem a drenagem de tórax. O trauma é cervical alto (zonas II e III), distante da pleura.

Alternativa (e) Incorreta. A traqueostomia de emergência é indicada em casos de obstrução alta das vias aéreas em que a intubação orotraqueal não é possível. O paciente está estável e não apresenta, no relato, sinais de insuficiência respiratória iminente que justifiquem o procedimento de exceção neste momento.

Questão 22

A questão aborda o manejo de manifestações extracolônicas da Polipose Adenomatosa Familiar (PAF). Pacientes com PAF, após a colectomia, têm como uma das principais causas de morbimortalidade o desenvolvimento de adenomas e carcinomas duodenais, especialmente na região periampular.

A análise da conduta baseia-se nos seguintes pontos:

1. Natureza da Lesão: O diagnóstico histopatológico revelou um adenoma

tubuloviloso com displasia de baixo grau. Trata-se de uma lesão benigna, embora com potencial de transformação maligna a longo prazo.

2. Contexto Clínico: O paciente é jovem (32 anos) e acabou de enfrentar uma complicação grave (pancreatite aguda grave) decorrente de um procedimento endoscópico. Isso torna qualquer intervenção cirúrgica de grande porte, como a cirurgia de Whipple, extremamente arriscada no curto e médio prazo, devido ao processo inflamatório local e às possíveis aderências.

3. Classificação de Spigelman: O manejo da polipose duodenal na PAF é frequentemente orientado por este escore, que avalia o número, tamanho, histologia e grau de displasia dos pólipos. Lesões com displasia de baixo grau, sem evidência de carcinoma invasor, favorecem uma estratégia preservadora.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A imunoterapia não possui indicação no tratamento de adenomas duodenais benignos ou no controle da PAF. Seu papel está restrito a casos específicos de neoplasias malignas avançadas com instabilidade de microssatélites.

b) Incorreta. A pancreatoduodenectomia (cirurgia de Whipple) é um procedimento de alta morbidade. É reservada para casos de adenocarcinoma confirmado ou adenomas com displasia de alto grau que não podem ser ressecados por via endoscópica ou por ampulectomia cirúrgica local. Diante de uma displasia de baixo grau em um paciente que se recupera de pancreatite grave, essa conduta seria desproporcional.

c) Correta. O seguimento endoscópico rigoroso é a conduta de escolha para adenomas duodenais na PAF com displasia de baixo grau. O objetivo é monitorar a progressão da lesão e realizar novas biópsias ou ressecções endoscópicas (papilectomia) quando o quadro inflamatório da pancreatite estiver resolvido, postergando ou evitando uma cirurgia radical.

d) Incorreta. A radioterapia não é utilizada para o tratamento de lesões adenomatosas (pré-malignas) do trato gastrointestinal.

e) Incorreta. A embolização arterial é um procedimento da radiologia intervencionista utilizado para controlar hemorragias agudas ou tratar certos tumores hipervascularizados, não tendo papel no tratamento definitivo de adenomas da papila duodenal.

Questão 23

O quadro clínico e as imagens de tomografia computadorizada apresentados são clássicos para o diagnóstico de íleo biliar. Esta é uma complicação rara da colelitíase, ocorrendo geralmente em pacientes idosos, na qual um cálculo biliar de grandes dimensões migra para o lúmen intestinal através de uma fístula colecistoentérica (comunicação anômala entre a vesícula biliar e o intestino, mais comumente o duodeno).

Análise das imagens e correlação diagnóstica:

As imagens da tomografia revelam a chamada Tríade de Rigler, que é patognomônica para o íleo biliar:

1. Aerobilia: Observa-se a presença de ar na árvore biliar (destacada pelos círculos nas imagens superiores), indicando a existência de uma comunicação entre o sistema biliar e o trato digestivo.
2. Obstrução intestinal: Há sinais de dilatação de alças de intestino delgado.
3. Cálculo biliar ectópico: Nas imagens inferiores, observa-se uma estrutura arredondada, hiperatenuante (calcificada), impactada na luz do intestino delgado na região da transição ileocecal (destacada pelos círculos inferiores).

Análise das alternativas:

- a) Correta. A paciente é idosa, possui antecedente de colelitíase e apresenta obstrução mecânica causada por um cálculo biliar que migrou e impactou no íleo distal, conforme evidenciado pela aerobilia e pelo cálculo ectópico na tomografia.
- b) Incorreta. Embora a neoplasia de cólon direito seja um diferencial para obstrução em idosos, os achados radiológicos de aerobilia e a presença de um cálculo calcificado intraluminal são específicos de íleo biliar e não de uma massa neoplásica primária do cólon.
- c) Incorreta. Uma apendicite complicada com abscesso poderia causar um efeito de massa e dor em fossa ilíaca, mas não explicaria a presença de ar dentro das vias biliares nem a imagem de cálculo biliar impactado no intestino.
- d) Incorreta. Assim como na alternativa B, uma neoplasia de apêndice não justifica a presença de aerobilia. Além disso, a imagem demonstra claramente um cálculo sólido e calcificado como causa da obstrução.
- e) Incorreta. A Doença de Crohn pode evoluir com estenose ileocecal e obstrução, porém costuma acometer pacientes mais jovens e apresenta sinais inflamatórios na parede da alça (espessamento parietal descontínuo), não cursando com a eliminação de cálculos biliares para o intestino ou aerobilia.

Questão 24

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O ponto central desta questão é o diagnóstico de hérnia com Perda de Domínio Abdominal. Ao analisarmos os dados da tomografia, observamos que o volume do saco herniário (4.250 cc) representa mais de 50% do volume da cavidade abdominal (8.200 cc). Na literatura cirúrgica, volumes herniários superiores a 20% ou 25% do volume abdominal já caracterizam perda de domínio, o que impõe desafios técnicos e fisiológicos significativos. O retorno súbito desse conteúdo para uma cavidade "encolhida" pode causar complicações fatais.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA

A estratégia de escolha para hérnias com grande perda de domínio é o preparo pré-operatório da cavidade. O Pneumoperitônio Progressivo Pré-operatório (PPP) consiste na insuflação gradual de ar na cavidade peritoneal dias ou semanas antes da cirurgia definitiva. Esse processo promove o alongamento da musculatura da parede abdominal (ganho de espaço), aumenta a complacência diafragmática e facilita o retorno das vísceras para o interior do abdômen. Ao realizar a reconstrução do trânsito simultaneamente à correção da hérnia após esse preparo, minimiza-se o risco de Síndrome Compartimental Abdominal e insuficiência respiratória no pós-operatório, permitindo um fechamento seguro.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa A: O fechamento primário sem preparo prévio em uma hérnia deste tamanho levaria invariavelmente a um aumento súbito e excessivo da pressão intra-abdominal. Isso resultaria em Síndrome Compartimental Abdominal, grave comprometimento respiratório e circulatório, além de altíssimo risco de deiscência das suturas e recidiva imediata.

Alternativa C: A abordagem em dois tempos começando pela hérnia com tela não resolve o problema da disparidade de volume (perda de domínio) se não houver preparo prévio. Além disso, colocar uma tela intraperitoneal antes da reconstrução do trânsito criaria aderências densas que dificultariam tecnicamente a segunda cirurgia (reversão de Hartmann), além de manter o risco de infecção da prótese em um tempo cirúrgico futuro contaminado.

Alternativa D: A reconstrução isolada do trânsito mantendo a hérnia é uma conduta incompleta. A paciente submeteu-se a uma gastrectomia vertical e a uma perda ponderal expressiva justamente para reunir condições clínicas para tratar a hérnia volumosa e restaurar a anatomia e a função intestinal de forma definitiva.

Alternativa E: A correção de uma hérnia com anel herniário de quase 10 cm sem o uso de tela (reforço protético) é tecnicamente inadequada, pois apresenta taxas de recidiva próximas a 100%. Além disso, assim como nas outras alternativas, falha ao não abordar a necessidade de preparo para a perda de domínio abdominal.

Questão 25

ANÁLISE DA QUESTÃO

A presença de uma massa retroperitoneal heterogênea contendo componente gorduroso em um paciente adulto é um achado que deve levantar imediatamente a suspeita de lipossarcoma. O lipossarcoma é o sarcoma de partes moles mais comum do retroperitônio. A heterogeneidade descrita na imagem sugere que não se trata de um lipoma simples (que seria homogêneo), indicando a necessidade de uma investigação histopatológica para determinar o grau de diferenciação e o subtipo tumoral.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): A biópsia por agulha (preferencialmente a biópsia por agulha grossa ou core biopsy) é o passo inicial mais adequado para estabelecer o diagnóstico definitivo. Em tumores retroperitoneais, a definição da linhagem celular e do grau de malignidade é fundamental para o planejamento cirúrgico e para a decisão sobre tratamentos adjuvantes ou neoadjuvantes. O diagnóstico histológico diferencia o lipossarcoma de outras lesões, como o angiomiolipoma ou o lipoma benigno.

Alternativa B (Incorreta): O seguimento radiológico (observação) não é indicado para massas heterogêneas e sólidas no retroperitônio. Por haver alta suspeição de malignidade, a conduta expectante permitiria o crescimento do tumor e a potencial invasão de órgãos e vasos adjacentes, o que tornaria uma futura ressecção cirúrgica muito mais complexa ou até impossível.

Alternativa C (Incorreta): A quimioterapia empírica não deve ser utilizada em oncologia sem um diagnóstico histológico prévio. Cada subtipo de sarcoma de partes moles possui uma sensibilidade diferente à quimioterapia, e muitos deles são tratados primariamente apenas com cirurgia. Além disso, os efeitos colaterais da quimioterapia impedem seu uso sem a certeza da doença.

Alternativa D (Incorreta): O transplante renal é um procedimento de substituição renal indicado para pacientes com doença renal crônica terminal. Não existe qualquer correlação entre uma massa retroperitoneal com gordura e a necessidade

de um transplante de rim.

Alternativa E (Incorreta): A antibioticoterapia seria a conduta para um processo infeccioso, como um abscesso retroperitoneal. Contudo, o paciente é assintomático (sem febre ou dor) e a característica radiológica de componente gorduroso é típica de tumores mesenquimais, e não de coleções infecciosas.

DICA MÉDICA

Em provas de residência, ao se deparar com uma massa sólida no retroperitônio, a preocupação principal deve ser a exclusão de sarcomas. A biópsia é o padrão-ouro para o diagnóstico inicial nesses casos de dúvida diagnóstica por imagem, orientando todo o fluxograma terapêutico subsequente.

Questão 26

Esta questão aborda um quadro de abdome agudo em uma paciente imunossuprimida (transplantada renal em uso de ciclosporina, micofenolato e prednisona). O ponto-chave é reconhecer a gravidade clínica (instabilidade hemodinâmica, abdome distendido e silencioso) associada aos achados de imagem no íleo distal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a Doença de Crohn possa cursar com espessamento do íleo distal e estenoses, é improvável que uma paciente de 69 anos apresente sua primeira manifestação de forma tão aguda e grave, evoluindo para choque hemodinâmico em 24 horas sem história prévia. O contexto de imunossupressão intensa direciona o raciocínio para causas infecciosas ou complicações da própria terapia.

b) Incorreta. A isquemia mesentérica não oclusiva geralmente ocorre em pacientes com baixo débito cardíaco ou uso de vasopressores. Embora a paciente esteja instável agora, a dor começou no flanco e na fossa ilíaca esquerda com diarreia, e a imagem mostra um acometimento segmentar muito específico e inflamatório no íleo distal, o que é mais sugestivo de um processo inflamatório/infeccioso localizado do que de uma isquemia por baixo fluxo.

c) Incorreta. O Linfoma Intestinal (especialmente a PTLN — Doença Linfoproliferativa Pós-Transplante) é uma complicação conhecida em transplantados. Contudo, o linfoma costuma ter um curso mais subagudo ou crônico, apresentando-se como massa, perda de peso ou obstrução progressiva, e não como um quadro inflamatório fulminante com instabilidade hemodinâmica súbita.

d) Correta. A enterocolite neutropênica (também conhecida como tiflite, embora possa acometer o íleo distal e o cólon ascendente) é uma síndrome clínica caracterizada por inflamação transmural do intestino em pacientes imunossuprimidos. O micofenolato de mofetila, presente na prescrição da paciente, é uma droga mielotóxica que pode causar neutropenia importante e toxicidade gastrointestinal direta. O quadro clínico de dor abdominal, diarreia, febre (implícita pela gravidade) e o espessamento parietal no íleo distal/ceco na tomografia, associado ao choque, é a apresentação clássica dessa patologia, que exige diagnóstico precoce devido à alta letalidade.

e) Incorreta. Uma gastroenterite viral comum não justificaria os achados tomográficos de espessamento subestenosante, densificação da gordura e, principalmente, a evolução para instabilidade hemodinâmica e abdome agudo obstrutivo/paralítico.

Associação com a Imagem:

As imagens de tomografia computadorizada (cortes coronais superiores e axiais inferiores) mostram claramente, dentro dos círculos brancos, uma alça de íleo distal com paredes marcadamente espessadas e edematosas (aspecto em alvo), reduzindo a luz intestinal (caráter subestenosante). Nota-se também a distensão de alças delgadas a montante (com níveis hidroaéreos e conteúdo líquido), indicando uma obstrução funcional ou mecânica decorrente do processo inflamatório. No corte axial inferior direito, observa-se o rim transplantado na fossa ilíaca, confirmando o contexto cirúrgico da paciente.

Questão 27

O caso clínico apresenta uma paciente imunossuprimida (transplantada renal) com um quadro de abdome agudo obstrutivo e isquêmico. A chave para a resolução da questão reside na correlação entre o estado de imunossupressão e o achado histopatológico da peça cirúrgica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A doença de Crohn é um dos principais diferenciais, pois também acomete preferencialmente o íleo distal e pode evoluir com estenoses, isquemia por distensão e obstrução. Entretanto, do ponto de vista histopatológico, os granulomas da doença de Crohn são obrigatoriamente não caseificantes (sem necrose caseosa). A presença de necrose caseosa é o fator que exclui a doença de Crohn e direciona para uma causa infecciosa.

b) Incorreta. A actinomicose intestinal costuma se manifestar como uma massa inflamatória/abscesso, frequentemente na região ileocecal, podendo mimetizar neoplasias. O diagnóstico histopatológico típico revela a presença de "grânulos de enxofre" (colônias de bactérias filamentosas) e não granulomas com necrose caseosa.

c) Correta. A tuberculose intestinal é uma forma comum de tuberculose extrapulmonar, especialmente em pacientes imunocomprometidos por transplantes ou HIV. O local mais atingido é a região ileocecal (devido à riqueza de tecido linfoide nas placas de Peyer). O achado histopatológico de granulomas epitelioides com necrose caseosa e células gigantes multinucleadas (tipo Langhans) é o sinal patognomônico da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A tomografia anexada demonstra o espessamento parietal do íleo (círculos brancos) e a consequente distensão de alças a montante, compatível com o quadro clínico-cirúrgico.

d) Incorreta. Pacientes transplantados têm risco aumentado para doença linfoproliferativa pós-transplante (linfomas). O linfoma intestinal pode causar espessamento de parede e obstrução, mas o exame anatomopatológico mostraria infiltração por linfócitos malignos, e não granulomas caseosos.

e) Incorreta. Fungos como o *Histoplasma capsulatum* podem causar lesões granulomatosas no trato gastrointestinal de imunodeprimidos. Contudo, em questões de prova, a descrição de "necrose caseosa" é a associação clássica e direta com a tuberculose. Na histoplasmose, a visualização de estruturas fúngicas (leveduras) dentro dos macrófagos seria o achado mais esperado.

Associação com a imagem:

As imagens de tomografia (cortes coronais na parte superior e axiais na parte inferior) evidenciam o segmento de íleo distal com espessamento parietal acentuado (áreas circuladas), o que reduz a luz intestinal e causa a distensão gasosa e líquida das alças precedentes (obstrução mecânica). No corte axial inferior direito, observa-se o rim transplantado na fossa ilíaca, confirmando o contexto clínico da paciente.

Questão 28

O quadro clínico descreve uma paciente idosa com múltiplas comorbidades e um quadro de suboclusão intestinal decorrente de um fecaloma (impactação fecal). Embora o tratamento inicial do fecaloma seja eminentemente clínico e conservador (incluindo desimpactação manual, enemas e laxantes), a evolução do caso para refratariedade e sinais de sofrimento de alça altera a conduta.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A ausência de sinais infecciosos (como febre ou leucocitose) ou de peritonite não é uma contraindicação para a cirurgia. Em casos de obstrução mecânica, a persistência do quadro e a falha das medidas clínicas tornam a intervenção necessária antes que ocorra a sepse ou a necrose intestinal.

Alternativa b: Incorreta. Esperar pela perfuração para indicar a cirurgia é uma conduta perigosa, especialmente em uma paciente de 79 anos com comorbidades cardiovasculares. O objetivo da intervenção cirúrgica na obstrução intestinal é justamente prevenir complicações graves como a perfuração e a peritonite estercorácea, que possuem altíssima mortalidade.

Alternativa c: Incorreta. A laparoscopia diagnóstica não está indicada aqui porque o diagnóstico já foi claramente estabelecido pela tomografia computadorizada (impactação fecal no sigmoide). Além disso, a acentuada dilatação das alças intestinais é uma contraindicação relativa à videolaparoscopia devido ao risco de lesão iatrogênica durante a entrada dos trocartes e à dificuldade de espaço de trabalho.

Alternativa d: Correta. A indicação cirúrgica em casos de fecaloma ocorre quando há falha documentada do tratamento conservador, sinais de isquemia de parede (como o espessamento parietal citado na tomografia), obstrução completa ou complicações como perfuração. Após 5 dias de tratamento clínico sem sucesso em uma paciente idosa, a intervenção é a conduta adequada para evitar o agravamento do quadro.

Alternativa e: Incorreta. A manutenção do tratamento não operatório após 5 dias de falha, com a paciente mantendo o quadro obstrutivo e já apresentando sinais tomográficos de sofrimento de alça (espessamento parietal), é inadequada e aumenta o risco de óbito. A conduta expectante tem limite, e este limite foi atingido pela persistência dos sintomas e achados de imagem.

Questão 29

O caso apresenta um paciente idoso e tabagista com uma massa pulmonar central no lobo superior direito, cujo diagnóstico histopatológico é de tumor carcinoide típico. Os tumores carcinoides são neoplasias neuroendócrinas de baixo grau (típicas) ou grau intermediário (atípicas). O carcinoide típico caracteriza-se por um crescimento lento, baixo índice mitótico e rara metástase para linfonodos ou órgãos distantes.

As imagens de tomografia computadorizada (TC) de tórax confirmam a presença de uma lesão expansiva sólida, central, em contato com brônquios segmentares do lobo

superior direito. A janela de parênquima evidencia a massa cercada por áreas de enfisema (comuns em tabagistas), enquanto a janela de mediastino demonstra a densidade sólida da lesão.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A radioterapia não é o tratamento de escolha para tumores carcinoides típicos localizados. Esses tumores são geralmente considerados radorresistentes, e a radioterapia fica reservada para casos de palição ou situações muito específicas nas quais a cirurgia é contraindicada.

Alternativa b: Incorreta. A quimioterapia adjuvante com cisplatina e etoposídeo é o padrão-ouro para carcinomas neuroendócrinos de pequenas células (alto grau), que possuem comportamento agressivo. O carcinoide típico é quimiorresistente e não há benefício comprovado de quimioterapia em doença localizada e ressecada.

Alternativa c: Incorreta. A imunoterapia anti-PD-L1 é utilizada principalmente no tratamento de carcinoma de pulmão de células não pequenas avançado ou metastático. Não há indicação de primeira linha para tumores carcinoides típicos localizados.

Alternativa d: Incorreta. Os análogos de somatostatina (como octreotide) são utilizados no controle de sintomas da síndrome carcinoide ou para controle de doença sistêmica em tumores neuroendócrinos metastáticos que expressam receptores de somatostatina. Não são o tratamento definitivo para uma massa ressecável.

Alternativa e: Correta. O tratamento de escolha para o tumor carcinoide típico é a ressecção cirúrgica completa. Por se tratar de um tumor de baixo grau de malignidade, a tendência moderna é realizar cirurgias com preservação de parênquima pulmonar (como ressecções em "sleeve" ou segmentectomias anatômicas), desde que as margens sejam livres. A linfadenectomia hilar e mediastinal é indispensável para o estadiamento nodal adequado e para garantir a radicalidade oncológica.

Questão 30

Análise do caso clínico:

A paciente é uma mulher em idade fértil (31 anos) com quadro de dor abdominal aguda de início súbito (6 horas) e sinais clínicos de hipovolemia ou perda sanguínea aguda, evidenciados pelo descoramento (2+/4+) e anemia laboratorial (Hb 9,1 g/dL).

No hipogástrio, a dor sugere origem pélvica. Em mulheres jovens com dor abdominal e anemia aguda, a principal suspeita diagnóstica deve ser a gravidez ectópica rota, que é uma emergência cirúrgica. O relato da paciente de que não há atraso menstrual não descarta a gestação, pois sangramentos de implantação ou decorrentes da própria patologia tubária podem ser confundidos com a menstruação normal. Além disso, a solicitação do Beta-HCG é obrigatória antes de realizar exames de imagem que utilizam radiação ionizante, como a tomografia computadorizada, para garantir a segurança fetal caso a gestação seja tópica.

Explicação das alternativas:

a) VHS (Velocidade de Hemossedimentação): Este é um marcador inespecífico de inflamação. Embora possa estar elevado em casos de doença inflamatória pélvica ou outros processos infecciosos, ele não auxilia no diagnóstico diferencial de causas hemorrágicas e não é um exame pré-requisito para a realização de tomografia em mulheres jovens.

b) Gasometria arterial: É um exame útil para avaliar o equilíbrio ácido-básico e a perfusão tecidual em pacientes graves ou em choque. Embora possa ser solicitado em quadros de abdome agudo grave, ele não define a etiologia da dor nem substitui a necessidade de descartar uma gravidez como causa do quadro hemorrágico.

c) Teste de Coombs direto: Este exame serve para identificar anticorpos fixados à membrana das hemácias, sendo fundamental no diagnóstico de anemias hemolíticas autoimunes. A anemia da paciente tem características de perda aguda (hemorragia), não havendo indicação clínica para este teste neste cenário de urgência abdominal.

d) Beta-HCG sérico: Alternativa correta. É o exame prioritário para qualquer mulher em idade fértil com dor abdominal ou pélvica. Ele permite diagnosticar ou excluir uma gestação e, em conjunto com o quadro de anemia e dor, direciona para a suspeita de gravidez ectópica rota (abdome agudo hemorrágico). Além da importância diagnóstica, é uma medida de segurança radiológica fundamental antes de expor a paciente à radiação de uma tomografia.

e) Procalcitonina: É um biomarcador utilizado principalmente para a avaliação de infecções bacterianas graves e risco de sepse. O quadro clínico atual, com queda abrupta de hemoglobina e dor súbita, é muito mais sugestivo de um evento hemorrágico do que de um quadro infeccioso que justifique este exame como prioridade inicial.

Questão 31

Esta questão apresenta um paciente idoso, vítima de trauma (queda da própria altura), que se encontra hemodinamicamente instável (hipotenso e bradicárdico). O quadro clínico de hipotensão acompanhada de bradicardia em um contexto de trauma sugere, inicialmente, o choque neurogênico, que ocorre por perda do tônus simpático devido a uma lesão medular. Entretanto, no trauma, o choque deve ser considerado hemorrágico (hipovolêmico) até que se prove o contrário. O fato de o paciente movimentar os quatro membros torna a hipótese de choque neurogênico menos provável, mas não a exclui totalmente.

O próximo passo mais adequado na investigação diagnóstica inicial é:

Alternativa a) Incorreta. A toracocentese bilateral é um procedimento terapêutico invasivo indicado para o tratamento de pneumotórax hipertensivo. Embora o pneumotórax possa causar choque (obstrutivo), a conduta correta seria primeiro realizar o diagnóstico (clínico ou por ultrassom) antes de realizar procedimentos invasivos bilaterais, especialmente em um paciente com saturação de oxigênio de 95%.

Alternativa b) Correta. O protocolo RUSH (Rapid Ultrasound for Shock and Hypotension) é uma avaliação por ultrassonografia point-of-care (POCUS) realizada à beira-leito, ideal para pacientes com choque de etiologia incerta. Ele expande o conhecido FAST, permitindo avaliar o coração (bombeamento/tamponamento), o status de volume (veia cava e pesquisa de líquido livre em abdome e tórax) e grandes vasos (aorta). Como o paciente está instável, o ultrassom é a ferramenta mais segura e rápida para diferenciar se o choque é hipovolêmico, obstrutivo ou distributivo (neurogênico) sem retirá-lo da sala de emergência.

Alternativa c) Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) de corpo inteiro é o exame mais detalhado para o trauma, porém existe uma regra fundamental no suporte avançado de vida no trauma (ATLS): nunca levar um paciente hemodinamicamente instável para a sala de tomografia. O ambiente da TC dificulta a monitorização e as manobras de ressuscitação caso o paciente piore.

Alternativa d) Incorreta. As radiografias simples de tórax e pelve fazem parte da avaliação primária tradicional no trauma. No entanto, em um cenário de choque, o ultrassom (FAST/RUSH) tem maior acurácia e rapidez para detectar hemoperitônio, hemotórax ou tamponamento cardíaco. Além disso, a radiografia de coluna cervical isolada tem baixo valor diagnóstico comparada à tomografia, que seria feita posteriormente se o paciente estabilizasse.

Alternativa e) Incorreta. A ressonância magnética não possui papel na fase aguda do

atendimento ao trauma. É um exame demorado, que exige que o paciente esteja totalmente estável e não contribui para a investigação imediata das causas de choque e instabilidade hemodinâmica.

Questão 32

A questão aborda o atendimento inicial ao trauma grave no cenário pré-hospitalar, seguindo a sistematização do PHTLS (Prehospital Trauma Life Support) e do ATLS (Advanced Trauma Life Support). O paciente apresenta o que chamamos de politrauma com múltiplos riscos iminentes à vida.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A máscara laríngea é um dispositivo supraglótico que pode ser utilizado em situações de via aérea difícil ou quando a intubação falha. No entanto, o paciente apresenta sangramento oral intenso e Glasgow 3, o que torna a intubação orotraqueal a via aérea definitiva preferencial para proteger os pulmões da aspiração de sangue e garantir ventilação adequada. O acesso intraósseo é uma excelente via de infusão quando o acesso venoso periférico falha, mas não é a prioridade única frente ao sangramento exsanguinante.

b) Incorreta. Embora a reposição com hemocomponentes (proporção 1:1:1) seja o padrão-ouro no choque hemorrágico grave (Protocolo de Transfusão Maciça), essa tecnologia ainda é escassa na maioria dos serviços pré-hospitalares brasileiros e não substitui a necessidade imediata de controle mecânico do sangramento e manejo da via aérea.

c) Incorreta. A infusão agressiva de cristaloides (como soro fisiológico ou Ringer lactato) é atualmente contraindicada no trauma. O excesso de cristalóide pode causar a tríade da morte (acidose, coagulopatia e hipotermia), além de aumentar o sangramento ao "lavar" os fatores de coagulação e deslocar coágulos já formados pela elevação abrupta da pressão (hipotensão permissiva é a estratégia preferida).

d) Incorreta. Uma máscara de oxigênio de alto fluxo é insuficiente para um paciente com Glasgow 3, que não possui reflexos de proteção de via aérea. Além disso, a simples imobilização da perna não é capaz de deter um sangramento intenso (exsanguinante) em uma fratura exposta de fêmur; nesses casos, o controle deve ser mais assertivo.

e) Correta. Esta alternativa segue a prioridade do XABCDE do trauma. O "X" (Hemorragia Exsanguinante) deve ser tratado primeiro; em fraturas de membros com sangramento intenso que não cede com pressão direta, o torniquete é a conduta

indicada. O "A" (Via Aérea) deve ser garantido com intubação orotraqueal, dada a gravidade neurológica (Glasgow 3) e o trauma craniofacial. Por fim, o transporte rápido ("load and go") é fundamental, pois este paciente necessita de intervenção cirúrgica definitiva (controle de danos) que só o ambiente hospitalar pode oferecer.

Portanto, a alternativa (e) reflete as prioridades de salvar a vida e o membro do paciente de forma hierarquizada.

Questão 33

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro de febre persistente e dor abdominal associado a fatores de risco significativos: fibrilação atrial (que predispõe a eventos embólicos) e doença renal crônica em hemodiálise (que é um importante fator de risco para bacteremia e endocardite infecciosa). A tomografia computadorizada de abdome evidencia uma grande coleção hipodensa no baço, contendo focos de gás em seu interior (marcada com asterisco), achado característico de um abscesso esplênico.

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. Embora cistos esplênicos preexistentes possam sofrer infecção secundária, os antecedentes de fibrilação atrial e diálise direcionam o diagnóstico para uma origem sistêmica/hematogênica. Além disso, a presença de gás e a gravidade do quadro sugerem uma lesão mais complexa que um simples cisto infectado, e a drenagem percutânea tem maiores taxas de falha em abscessos multiloculados ou com gás.

b) Correta. A principal causa de abscessos esplênicos é a disseminação hematogênica a partir de um foco distante, sendo a endocardite infecciosa (frequentemente associada a embolia séptica) uma das etiologias mais comuns, especialmente em pacientes com fibrilação atrial e em diálise. A presença de gás na imagem sugere infecção por germes produtores de gás ou fístula, e a esplenectomia é considerada o tratamento definitivo e padrão-ouro, especialmente em abscessos grandes, complexos ou em pacientes sépticos.

c) Incorreta. A imagem radiológica localiza a patologia claramente no baço, e não no cólon sigmoide (local comum da diverticulite). O quadro clínico de abscesso esplênico com repercussão sistêmica (febre há 10 dias e leucocitose) contraindica a observação clínica isolada.

d) Incorreta. A isquemia esplênica (infarto esplênico) pode ocorrer devido à embolia pela fibrilação atrial; porém, a evolução com febre mantida por 10 dias, leucocitose e

a presença de gás na tomografia confirmam que o infarto evoluiu para uma complicação infecciosa (abscesso). O suporte clínico isolado é insuficiente para tratar uma coleção purulenta volumosa.

e) Incorreta. Apesar de o pâncreas estar anatomicamente próximo ao baço e de pancreatites graves poderem causar complicações esplênicas, a história clínica não sugere pancreatite (dor típica, elevação de enzimas) e a imagem mostra o parênquima pancreático sem sinais inflamatórios primários significativos que justifiquem a drenagem do órgão.

Associação com a Imagem:

Na tomografia computadorizada (cortes axiais e coronais), a área identificada com o asterisco representa o abscesso esplênico. Nota-se que o baço está aumentado de volume e possui uma área de baixa atenuação (hipodensa) que ocupa grande parte do parênquima, com pequenas bolhas de ar pretas (gás) em seu interior, o que reforça o diagnóstico de um processo infeccioso agudo e grave.

Questão 34

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro de dor epigástrica crônica que agudizou, sugerindo uma complicação de doença ulcerosa péptica. Ao analisar as imagens de tomografia computadorizada de abdômen, observamos achados clássicos de abdome agudo perfurativo: presença de ar livre na cavidade abdominal (pneumoperitônio), indicado pelas setas brancas na imagem axial e coronal, e presença de líquido livre na cavidade (identificado pelos asteriscos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A endoscopia digestiva alta é contraindicada na suspeita de perfuração de víscera oca, pois a insuflação de ar necessária para o exame pode aumentar o pneumoperitônio, agravar a dor e piorar o estado clínico da paciente.

b) Incorreta. A colonoscopia também é contraindicada em quadros de perfuração intestinal aguda e não teria papel diagnóstico ou terapêutico inicial para uma dor de origem epigástrica com pneumoperitônio.

c) Correta. Diante de um abdome agudo perfurativo (pneumoperitônio visualizado na TC), a indicação é de tratamento cirúrgico de urgência. Como a paciente está hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite difusa grave que impeçam o pneumoperitônio artificial, a videolaparoscopia é a via de escolha inicial. Ela permite tanto a confirmação do local da perfuração (geralmente úlceras gástricas ou

duodenais) quanto o tratamento definitivo (sutura da lesão e proteção com epíplon, conhecida como manobra de Graham).

d) Incorreta. A corticoterapia não tem indicação no tratamento de abdome agudo perfurativo. Pelo contrário, o uso de corticoides pode mascarar sinais de irritação peritoneal e dificultar a cicatrização.

e) Incorreta. A paracentese diagnóstica é utilizada principalmente na investigação de ascites (em cirróticos, por exemplo) ou em casos de trauma (lavado peritoneal), mas não é indicada quando o diagnóstico de perfuração já foi estabelecido por imagem (TC com pneumoperitônio), pois o próximo passo deve ser a intervenção cirúrgica.

Resumo: O achado de pneumoperitônio na tomografia de uma paciente com história sugestiva de úlcera péptica define o diagnóstico de abdome agudo perfurativo, exigindo intervenção cirúrgica, sendo a videolaparoscopia a medida inicial mais adequada para estabilidade hemodinâmica.

Questão 35

A questão apresenta o caso de uma paciente com dor abdominal e um corpo estranho linear e hiperdenso localizado na porção distal do duodeno, evidenciado pela tomografia computadorizada. Em casos de ingestão de corpos estranhos, a conduta depende do tipo de objeto, da localização e do quadro clínico do paciente.

Análise da imagem:

As imagens de tomografia (cortes sagital e axial) destacam, dentro dos círculos, uma estrutura linear radiopaca. O aspecto sugere um objeto pontiagudo ou cortante, como um palito de dente ou espinha de peixe. O fato de estar localizado na quarta porção do duodeno (porção ascendente) indica que o objeto ainda é acessível por via endoscópica, embora em uma topografia distal.

Análise das alternativas:

a) Observação clínica: Incorreta. Objetos pontiagudos ou cortantes que se encontram no esôfago, estômago ou duodeno devem ser removidos precocemente devido ao alto risco de perfuração (que pode chegar a 35% nesses casos) e outras complicações, como sangramento ou migração para órgãos adjacentes. A observação só seria aceitável se o objeto fosse rombo, pequeno e a paciente estivesse totalmente assintomática.

b) Endoscopia urgente: Correta. Esta é a conduta de escolha para corpos estranhos pontiagudos ou longos localizados no trato digestivo superior (até o duodeno distal).

A remoção endoscópica previne a evolução para perfuração franca ou formação de abscesso, sendo o método menos invasivo e mais eficaz para resolver o quadro enquanto o objeto ainda está ao alcance do aparelho.

c) Laparotomia: Incorreta. A cirurgia está indicada apenas em casos de complicações não manejáveis por endoscopia, como perfuração com peritonite generalizada, obstrução intestinal completa ou quando a tentativa de retirada endoscópica falha. Como a paciente está estável, sem sinais de irritação peritoneal ou sepse, a endoscopia deve ser tentada primeiro.

d) Laxante: Incorreta. O uso de laxantes é contraindicado na presença de corpos estranhos, especialmente os pontiagudos. O aumento do peristaltismo pode forçar o objeto contra a parede intestinal, aumentando drasticamente o risco de perfuração traumática durante o trânsito pelo intestino delgado.

e) Carvão ativado: Incorreta. O carvão ativado é utilizado em casos de intoxicações exógenas para adsorver substâncias químicas e medicamentos no trato gastrointestinal. Ele não possui qualquer utilidade ou indicação no manejo de corpos estranhos sólidos ou mecânicos.

Questão 36

O quadro clínico descreve um paciente idoso e obeso com sinais claros de uma infecção necrotizante de tecidos moles na região perineal, conhecida como Síndrome de Fournier. Os sintomas de dor intensa, secreção fétida e os exames laboratoriais alterados (leucocitose importante, insuficiência renal aguda e distúrbios hidroeletrólíticos) indicam sepse grave. A tomografia computadorizada é fundamental no diagnóstico, pois revela a presença de gás (enfisema de partes moles) na região perianal, evidenciado na imagem pelas áreas escuras (hipodensas) dentro dos tecidos inflamados, o que é patognomônico de infecção por germes anaeróbios ou formadores de gás em vigência de fascite necrotizante.

Análise das alternativas:

a) Desbridamento extenso: Alternativa correta. O tratamento da Síndrome de Fournier é uma emergência cirúrgica. O pilar terapêutico consiste no tripé: estabilização hemodinâmica, antibioticoterapia de amplo espectro e, fundamentalmente, o controle do foco infeccioso através do desbridamento cirúrgico radical e precoce de todo o tecido desvitalizado e necrótico. O atraso na intervenção cirúrgica aumenta drasticamente a mortalidade.

b) Corticoterapia: Alternativa incorreta. O uso de corticoides não tem indicação no

tratamento primário de infecções necrotizantes e poderia inclusive agravar o quadro ao deprimir a resposta imunológica e dificultar a cicatrização.

c) Hartmann: Alternativa incorreta. A cirurgia de Hartmann (ressecção do retossigmoide com colostomia terminal) é indicada para patologias colorretais, como diverticulite perforada ou tumores obstrutivos. Embora uma derivação intestinal (colostomia) possa ser necessária em casos selecionados de Fournier para evitar a contaminação fecal da ferida operatória, ela não substitui o desbridamento e não é a conduta inicial prioritária.

d) Exenteração: Alternativa incorreta. A exenteração pélvica é um procedimento oncológico ultraradical que envolve a remoção de órgãos pélvicos em casos de câncer avançado. Não possui aplicação no manejo de infecções necrotizantes agudas.

e) Câmara hiperbárica: Alternativa incorreta. A oxigenoterapia hiperbárica é considerada uma terapia adjuvante, podendo auxiliar na cicatrização e no combate a bactérias anaeróbias. No entanto, ela nunca deve retardar ou substituir o desbridamento cirúrgico de urgência, que é a conduta que salva a vida do paciente.

Questão 37

Para compreender esta questão, é necessário revisar os conceitos fundamentais do pneumoperitônio em cirurgia videolaparoscópica, especificamente as configurações do insuflador de CO₂.

O pneumoperitônio é criado para permitir a visualização e a manipulação dos órgãos abdominais. Os dois parâmetros principais são a pressão intra-abdominal e o fluxo (vazão) de gás.

Análise da Pressão: A pressão padrão utilizada na maioria das cirurgias laparoscópicas varia entre 12 e 15 mmHg. No caso descrito, a pressão de 14 mmHg está dentro da faixa de normalidade e segurança. Para um paciente com IMC de 38 kg/m² (obesidade grau II), essa pressão é especialmente adequada, pois pacientes obesos possuem uma parede abdominal mais pesada e complacência reduzida, exigindo pressões no limite superior da normalidade para garantir um campo cirúrgico satisfatório.

Análise do Fluxo: O fluxo de 20 L/min refere-se à capacidade máxima de entrega de gás pelo insuflador para atingir ou manter a pressão preestabelecida. Insufladores modernos trabalham com fluxos altos (de 20 a 40 L/min) para compensar rapidamente perdas de gás que ocorrem durante a troca de pinças, uso de

aspiradores ou pequenas fugas pelos trocartes. Ter um fluxo de 20 L/min disponível não significa que o gás entrará continuamente nessa velocidade, mas sim que o aparelho é capaz de repor o gás rapidamente se a pressão cair abaixo de 14 mmHg.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A pressão de 14 mmHg é considerada o padrão-ouro ("gold standard") para a maioria dos procedimentos, não sendo considerada baixa.

b) Incorreta. O risco de barotrauma e repercussões hemodinâmicas graves está relacionado à pressão (mmHg) e não ao fluxo (L/min). O fluxo elevado apenas garante que a pressão-alvo seja mantida de forma estável.

c) Correta. Ambos os parâmetros (14 mmHg de pressão e 20 L/min de fluxo) são adequados e rotineiramente utilizados na prática cirúrgica, inclusive em pacientes obesos.

d) Incorreta. A pressão de 14 mmHg não é contraindicada; pelo contrário, é a pressão recomendada para garantir a segurança do paciente e o espaço de trabalho do cirurgião.

e) Incorreta. A acidose na laparoscopia ocorre pela absorção sistêmica do CO₂ através do peritônio (hipercapnia) ou por ventilação inadequada durante a anestesia, e não pela velocidade de fluxo (vazão) configurada no aparelho. Além disso, 20 L/min é uma vazão comum e segura nos equipamentos atuais.

Questão 38

A abordagem de corpos estranhos retossigmoides exige uma avaliação cuidadosa da estabilidade clínica e da integridade da alça intestinal. No caso descrito, o paciente está estável, sem sinais de peritonite, e a tomografia descartou pneumoperitônio (perfuração).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A laparotomia é um procedimento de alta morbidade e deve ser reservada para situações de emergência, como perfuração intestinal evidente, peritonite generalizada ou quando todas as tentativas de extração por via baixa (transanal) falharem.

b) Incorreta. A videolaparoscopia pode ser utilizada em casos difíceis para auxiliar na ordenha (manobra de *milking*) do objeto de cima para baixo, facilitando a retirada

pelo ânus. No entanto, ela ainda é mais invasiva que a tentativa inicial de extração transanal sob anestesia.

c) Incorreta. O uso de laxantes ou enemas é absolutamente contraindicado na suspeita de obstrução por corpo estranho. O estímulo ao peristaltismo contra um objeto fixo aumenta drasticamente o risco de perfuração intestinal e translocação bacteriana.

d) Correta. A extração transanal é a conduta inicial padrão para pacientes estáveis e sem sinais de perfuração. O procedimento deve ser realizado, preferencialmente, sob sedação profunda ou bloqueio anestésico (raquianestesia) para promover o relaxamento do esfíncter anal, permitindo a manipulação do objeto. Mesmo que o corpo estranho esteja no retossigmoide, como mostra a imagem da tomografia (que revela um objeto cilíndrico de grande volume e denso), o relaxamento muscular muitas vezes permite que o cirurgião alcance ou mobilize o objeto para retirá-lo pelo canal anal, sem necessidade de incisões abdominais.

e) Incorreta. A colonoscopia pode ser útil para capturar objetos pequenos e cortantes ou para avaliar lesões na mucosa após a remoção. Contudo, para objetos grandes, pesados e lisos como o da imagem, os acessórios endoscópicos costumam ser insuficientes para garantir a apreensão e a tração necessárias para a retirada.

Associação com a imagem: As imagens de tomografia computadorizada nos planos coronal e axial demonstram um corpo estranho sólido, cilíndrico e radiopaco, compatível com um frasco ou recipiente, ocupando o lúmen do retossigmoide. A ausência de ar livre extraluminal (pneumoperitônio) nas imagens reforça a segurança para a tentativa inicial de extração transanal.

Questão 39

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO E RADIOLÓGICO

A paciente apresenta um quadro de dor em hipocôndrio direito, febre e leucocitose importante (21.000 células/mm³), o que direciona o raciocínio para um processo inflamatório/infeccioso agudo das vias biliares. O fato de ser diabética aumenta o risco de apresentações graves ou variantes atípicas de colecistite.

As imagens de tomografia computadorizada (TC) mostram um espessamento acentuado e irregular da parede da vesícula biliar, com a presença de nódulos hipodensos (claramente visíveis dentro do círculo branco na imagem da direita). Esse achado é característico da colecistite xantomatosa, uma variante rara de inflamação crônica destrutiva.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Correta. A colecistite xantomatosa é um processo inflamatório no qual há acúmulo de macrófagos carregados de lipídios na parede da vesícula. Na TC, manifesta-se tipicamente como espessamento parietal difuso com nódulos intramurais hipodensos (que representam os xantogranulomas ou abscessos). Clinicamente, mimetiza uma colecistite aguda ou mesmo uma neoplasia, devido ao seu caráter infiltrativo. O tratamento de escolha é a colecistectomia, embora seja uma cirurgia tecnicamente difícil devido às intensas aderências.

b) Incorreta. Embora a imagem possa mimetizar o câncer de vesícula biliar (devido ao espessamento e perda de interface com o fígado), o quadro clínico de febre e leucocitose acentuada favorece um processo inflamatório agudo/subagudo. Além disso, a conduta inicial para massas na vesícula biliar não costuma ser a biópsia percutânea pelo risco de disseminação (seeding), mas sim a ressecção cirúrgica.

c) Incorreta. Apesar de ser um quadro de colecistite, a imagem tomográfica aponta especificamente para a variante xantomatosa. A colecistostomia é reservada para pacientes criticamente enfermos (geralmente com instabilidade hemodinâmica ou contra-indicação cirúrgica absoluta) que não tolerariam a anestesia geral. Com um escore APACHE II de 6, a paciente possui um risco cirúrgico manejável, indicando a colecistectomia como tratamento definitivo.

d) Incorreta. O abscesso hepático costuma se apresentar como uma coleção líquida bem definida dentro do parênquima hepático, com realce periférico (em alvo). Na imagem, a alteração é primariamente na parede da vesícula biliar e não uma massa purulenta intra-hepática isolada.

e) Incorreta. A colangite esclerosante é uma doença crônica das vias biliares intra- e extra-hepáticas, caracterizada por estenoses e dilatações multifocais (aspecto em contas de rosário), sem relação com o quadro de colecistite aguda e espessamento parietal nodular da vesícula descrito. Além disso, a plasmáférese não é o tratamento para essa condição.

Questão 40

O quadro clínico de icterícia, colúria e acolia fecal em um paciente de 59 anos é clássico de uma síndrome colestática obstrutiva. A evolução de três semanas e a faixa etária sugerem uma etiologia neoplásica como principal hipótese diagnóstica.

Ao analisar as imagens da tomografia computadorizada de abdômen, tanto nos

cortes axiais quanto nas reconstruções coronais, observa-se uma acentuada dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Essas estruturas aparecem como ramificações hipodensas (escuras) distribuídas pelo parênquima do fígado. O ponto crucial é que essa dilatação converge para o hilo hepático (região central onde os ductos hepáticos direito e esquerdo se unem), apresentando uma interrupção abrupta. Não se observa dilatação da via biliar extra-hepática (colédoco), o que caracteriza uma obstrução biliar alta.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora tumores hepáticos ou metástases possam causar icterícia se comprimirem ductos, a imagem não mostra múltiplas massas sólidas espalhadas pelo fígado. O achado principal é a dilatação sistêmica dos ductos biliares a partir de um ponto central no hilo.

b) Incorreta. Uma trombose venosa portomesentérica apresentaria falhas de enchimento com contraste dentro dos vasos e, possivelmente, sinais de sofrimento intestinal ou hipertensão portal. Não é a causa primária de dilatação isolada das vias biliares intra-hepáticas com colestase obstrutiva clássica.

c) Incorreta. A obstrução arterial mesentérica é uma condição aguda de abdômen vascular, manifestada por dor súbita e desproporcional ao exame físico, evoluindo com isquemia de alças. Não se apresenta com icterícia obstrutiva de três semanas e dilatação biliar.

d) Incorreta. Não há sinais radiológicos de coleções purulentas volumosas ou pneumoperitônio nas imagens. O parênquima hepático e a cavidade abdominal não apresentam as características de um processo infeccioso/peritoneal difuso.

e) Correta. O tumor de Klatskin é um colangiocarcinoma que se origina especificamente na bifurcação dos ductos hepáticos (hilo hepático). Ele é a causa mais comum de obstrução biliar hilar, resultando exatamente no que a tomografia mostra: dilatação importante dos ductos dentro do fígado e via biliar distal de calibre normal (abaixo da obstrução). O quadro clínico de icterícia obstrutiva progressiva é perfeitamente compatível com essa patologia.

Questão 41

Para resolver esta questão, o ponto fundamental é observar o tempo de vida do recém-nascido: 18 horas.

A icterícia que surge antes das 24 horas de vida é sempre considerada patológica, não importando a intensidade. No caso clínico, o valor de bilirrubina transcutânea (BTC) de 9,8 mg/dL em um bebê de apenas 18 horas de vida situa-se acima do percentil 95 no Nomograma de Bhutani (zona de alto risco), o que exige investigação imediata e tratamento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A icterícia fisiológica tem início clássico após 24 a 36 horas de vida, com pico entre o 3º e o 5º dia. Como o paciente apresenta icterícia com 18 horas, ela deve ser considerada patológica.

Alternativa b) Correta. Toda icterícia de início precoce (menos de 24 horas de vida) deve ser encarada como consequência de um processo patológico, sendo a doença hemolítica a principal causa a ser investigada. Mesmo com o Coombs direto negativo (que afasta algumas causas imunes), outras condições hemolíticas, como esferocitose ou deficiência de G6PD, ou até incompatibilidade ABO com Coombs falso-negativo, devem ser consideradas. Pelo nível de 9,8 mg/dL com 18 horas de vida, a indicação de fototerapia é mandatória, conforme os protocolos atuais da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Alternativa c) Incorreta. O diabetes materno é um fator de risco para hiperbilirrubinemia (devido à policitemia neonatal e ao atraso na maturação enzimática hepática), mas não justifica a conduta expectante em uma icterícia de início tão precoce e com níveis elevados para a idade cronológica.

Alternativa d) Incorreta. A bilirrubina transcutânea (BTC) é um método de triagem amplamente validado e confiável para níveis de bilirrubina total de até 14-15 mg/dL. Ela tem boa correlação com a bilirrubina sérica, especialmente em níveis leves a moderados, sendo útil exatamente para identificar pacientes que precisam de coleta sanguínea.

Alternativa e) Incorreta. Embora a conduta de iniciar a fototerapia esteja correta devido ao nível de bilirrubina para o tempo de vida, a afirmação de que a manifestação é meramente "explicada pelo diabetes materno" é insuficiente e perigosa, pois ignora a necessidade de investigar processos hemolíticos ativos que justifiquem o surgimento tão precoce da icterícia.

Questão 42

A taxa de mortalidade infantil e o coeficiente de mortalidade na infância são conceitos distintos e frequentemente cobrados em provas de residência. A mortalidade infantil refere-se especificamente ao número de óbitos em crianças menores de 1 ano de idade para cada 1.000 nascidos vivos. Já a mortalidade na infância abrange os óbitos em menores de 5 anos de idade.

Analisando as alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A definição de mortalidade infantil utiliza o limite de menores de 1 ano, e não menores de 5 anos. Além disso, o valor de 6 a 7 óbitos por 1.000 nascidos vivos é muito inferior à realidade epidemiológica brasileira atual, sendo típico de países com desenvolvimento humano muito elevado.

Alternativa B: Incorreta. Embora apresente o grupo etário correto (menores de 1 ano), a taxa citada de 6 a 7 por 1.000 não condiz com os dados oficiais do IBGE para o ano de 2023. O Brasil ainda apresenta desafios no saneamento e assistência pré-natal que impedem o alcance dessa marca em nível nacional.

Alternativa C: Incorreta. O denominador e a idade estão corretos, mas a faixa de valor (8 a 9) ainda é inferior ao valor registrado no Brasil em 2023. Apesar da tendência histórica de queda observada no gráfico, o país ainda mantém taxas acima de 10 por 1.000.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa traz a definição técnica exata do indicador: óbitos em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos. Em 2023, as projeções e dados do IBGE situam a taxa brasileira entre 12 e 13 por 1.000 nascidos vivos (aproximadamente 12,5). Observando o gráfico, nota-se que o ponto final (2023) apresenta uma leve elevação ou estabilidade em relação aos anos imediatamente anteriores (como 2020, que teve queda atípica), o que é compatível com os dados reais de 12 a 13.

Alternativa E: Incorreta. Esta alternativa erra tanto na definição do grupo etário (usa menores de 5 anos, que define a mortalidade na infância) quanto no valor numérico da taxa para o período solicitado.

Para resolver a questão, o candidato precisava associar o conceito teórico (menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos) ao conhecimento geográfico e estatístico do Brasil, lembrando que a taxa nacional flutua na casa dos 12 óbitos a cada mil nascimentos.

Questão 43

A questão aborda o papel dos desreguladores endócrinos no desenvolvimento puberal, um tema cada vez mais relevante na endocrinologia pediátrica.

Alternativa a) Incorreta. Embora existam regulações para restringir o uso de certas substâncias (como a proibição do bisfenol A em mamadeiras), muitos desreguladores endócrinos artificiais ainda circulam livremente no Brasil e no mundo, presentes em defensivos agrícolas, cosméticos e diversos produtos industriais.

Alternativa b) Incorreta. Há um corpo robusto de evidências científicas demonstrando que essas substâncias podem atuar como agonistas ou antagonistas hormonais, interferindo de forma expressiva no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e em outros sistemas metabólicos.

Alternativa c) Incorreta. Longe de ser um conceito apenas midiático, o estudo dos desreguladores endócrinos é uma área consolidada da ciência. Organizações internacionais de renome, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Endocrine Society, publicam periodicamente diretrizes e revisões sobre o impacto dessas substâncias na saúde humana.

Alternativa d) Incorreta. O bisfenol A (BPA) não foi totalmente excluído dos plásticos. Apesar de restrições pontuais, ele ainda é encontrado em revestimentos de latas, papéis térmicos e diversos outros materiais. Além disso, muitos substitutos do BPA apresentam potencial de toxicidade semelhante, mantendo o problema como uma questão de saúde pública.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa traz a definição clássica de desreguladores endócrinos: substâncias químicas exógenas, ou misturas de substâncias, que interferem em qualquer aspecto da ação hormonal. Elas são frequentemente lipofílicas, o que favorece seu acúmulo no organismo (bioacumulação), e têm como exemplos típicos os bisfenóis e os ftalatos, que podem mimetizar estrogênios e contribuir para quadros de puberdade precoce ou acelerada.

Questão 44

A adrenarca prematura é caracterizada pelo aparecimento de pelos pubianos (pubarca), pelos axilares ou alteração do odor axilar antes dos 8 anos em meninas e dos 9 anos em meninos. Esse fenômeno ocorre devido à maturação precoce da zona reticulada da glândula suprarrenal, resultando no aumento da produção de andrógenos adrenais, como o DHEAS (sulfato de deidroepiandrosterona). É fundamental diferenciar a adrenarca da puberdade precoce central, pois na adrenarca não há desenvolvimento de mamas (telarca) nas meninas ou aumento do

volume testicular nos meninos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A adrenarca prematura é um evento relacionado à glândula suprarrenal (adrenal) e não tem qualquer relação com tumores hipofisários. O eixo envolvido é o adrenal, independentemente do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal que regula a puberdade central.

b) Incorreta. Embora o termo "prematura" indique que o surgimento ocorreu antes da idade habitual, a adrenarca isolada na maioria das vezes não sinaliza uma progressão rápida para a puberdade precoce central. A maioria dessas crianças terá o início da puberdade (gonadarca) e a menarca em idades normais para a população geral.

c) Correta. A adrenarca prematura é considerada uma condição benigna e idiopática na infância, não necessitando de intervenção medicamentosa imediata. Entretanto, estudos longitudinais demonstram que existe uma associação entre a adrenarca prematura e condições metabólicas futuras. Meninas com esse quadro apresentam maior risco de desenvolver resistência insulínica, hiperinsulinismo e Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) na adolescência e vida adulta.

d) Incorreta. O excesso leve de andrógenos adrenais costuma causar uma aceleração transitória da velocidade de crescimento e um discreto avanço da idade óssea, e não desaceleração. Na imensa maioria dos casos, não há prejuízo relevante na estatura final e a menarca costuma ocorrer em idade fisiológica (após os 9 anos).

e) Incorreta. A adrenarca prematura é uma variação do desenvolvimento fisiológico e não se confunde com a Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), que é uma doença genética por deficiência enzimática. O uso de corticosteroides é o tratamento específico para a HAC, mas é contraindicado na adrenarca prematura, que requer apenas acompanhamento clínico.

Gabarito: Letra (c).

Questão 45

O acompanhamento de crianças com sífilis congênita é rigoroso e baseia-se na monitorização dos testes não treponêmicos (como o VDRL). De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, espera-se que esses títulos diminuam progressivamente, devendo estar em queda aos 3 meses e negativar até os 6 meses de vida.

Quando uma criança de 6 meses apresenta títulos mantidos (estáveis) ou em ascensão, mesmo tendo sido tratada ao nascimento, isso é considerado uma falha terapêutica ou uma possível reinfecção. Nesses casos, a conduta padrão exige uma reavaliação clínica e laboratorial completa para investigar a persistência da infecção, especialmente no sistema nervoso central.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Diante de títulos mantidos aos 6 meses, a coleta de líquido (LCR) é mandatória para descartar neurosífilis, independentemente do resultado do raio X ou do teste treponêmico. A investigação não deve ser escalonada ou condicional à alteração de outros exames.

Alternativa b) Incorreta. Não se deve aguardar mais 3 meses. A persistência dos títulos de VDRL após o sexto mês de vida é um sinal de alerta que exige intervenção imediata, e não apenas observação, pois o esperado seria a negatificação ou queda significativa até este período.

Alternativa c) Incorreta. Embora o teste treponêmico auxilie no diagnóstico após os 18 meses, aos 6 meses ele ainda pode sofrer influência de anticorpos maternos (embora em menor escala). O erro principal aqui é propor o tratamento por 10 dias sem a realização da coleta de líquido. O exame do líquido é indispensável para documentar ou afastar o acometimento do sistema nervoso central e guiar o seguimento.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta preconizada para falha no acompanhamento (títulos que não baixam ou que sobem). Deve-se realizar a investigação de neurosífilis por meio da punção lombar (análise citológica, bioquímica e VDRL no líquido) e iniciar o tratamento com penicilina parenteral (cristalina ou procaína) por 10 dias. Essa abordagem visa garantir a eliminação do *Treponema* em todos os compartimentos do organismo, inclusive no sistema nervoso central.

Alternativa e) Incorreta. A penicilina benzatina em dose única não é o tratamento indicado para casos de suspeita de persistência de sífilis congênita com 6 meses de idade, pois ela não atinge concentrações terapêuticas no líquido. Além disso, a conduta exige investigação completa imediata, e não apenas uma dose de reforço e repetição de exames em 1 mês.

Questão 46

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descreve um adolescente de 14 anos com pneumonia atípica. Os pontos-chave para o diagnóstico são: a idade do paciente (escolares e adolescentes são a faixa etária clássica), o início subagudo dos sintomas (10 dias de tosse), a presença de sintomas extrapulmonares (dor de cabeça, cansaço) e, fundamentalmente, a presença de eritema multiforme. O *Mycoplasma pneumoniae* é o agente etiológico mais comum das pneumonias atípicas e é classicamente associado a manifestações cutâneas, sendo o principal gatilho infeccioso para o eritema multiforme.

Por ser uma bactéria que não possui parede celular, o *Mycoplasma pneumoniae* é naturalmente resistente a antibióticos que agem na síntese da parede, como as penicilinas e cefalosporinas. O tratamento de escolha deve ser feito com antibióticos que agem na síntese proteica bacteriana, especificamente os macrolídeos (como azitromicina ou claritromicina).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o *Mycoplasma pneumoniae* seja o agente correto, as fluoroquinolonas não são a primeira escolha para o tratamento de pneumonia por *Mycoplasma* em adolescentes em provas de residência, sendo reservadas para casos específicos ou pacientes adultos em situações selecionadas. O padrão-ouro para questões de pediatria/adolescência é o macrolídeo.

b) Correta. Identifica corretamente o *Mycoplasma pneumoniae* como o agente causador da pneumonia atípica associada ao eritema multiforme e indica o tratamento de primeira linha, que são os macrolídeos.

c) Incorreta. O *Mycoplasma hominis* é um patógeno relacionado a infecções do trato geniturinário e febre pós-parto, não sendo causa comum de pneumonia na adolescência. Além disso, cefalosporinas são ineficazes contra *Mycoplasma*.

d) Incorreta. O agente está incorreto (*Mycoplasma hominis*). Embora as tetraciclina (como a doxiciclina) tenham ação contra o *Mycoplasma pneumoniae*, elas não são a alternativa que melhor define o quadro clínico e o agente típico da pneumonia nesta idade.

e) Incorreta. O *Mycoplasma hominis* não é o agente causador de pneumonia comunitária no perfil de paciente descrito.

Questão 47

A apresentação clínica do paciente, caracterizada por sintomas gastrointestinais (náusea, vômitos e dor abdominal), renais (poliúria/aumento da diurese) e neurológicos (fadiga e falta de energia), é típica de um quadro de hipercalemia (excesso de cálcio no sangue). No contexto de uso excessivo de suplementos, a vitamina D é a única entre as opções que justifica esse cenário.

A vitamina D é uma vitamina lipossolúvel que atua diretamente no metabolismo do cálcio, aumentando sua absorção no intestino e a reabsorção nos ossos. Quando ingerida em quantidades excessivas, ela provoca uma elevação patológica dos níveis de cálcio sérico. A hipercalemia resultante causa poliúria porque o excesso de cálcio inibe a ação do hormônio antidiurético (ADH) nos rins, impedindo a concentração da urina. Os sintomas gastrointestinais e a prostração ocorrem devido aos efeitos do cálcio na excitabilidade das membranas celulares e na musculatura lisa.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A intoxicação por vitamina A (hipervitaminose A) manifesta-se tipicamente com sinais de hipertensão intracraniana (cefaleia, vômitos em jato, abaulamento de fontanela em lactentes), além de alterações dermatológicas como pele seca, descamação e queda de cabelo. Não é uma causa comum de poliúria.
- b) Incorreta. A vitamina C é hidrossolúvel, o que significa que o excesso é geralmente eliminado pelos rins. Embora doses altíssimas possam predispor à formação de cálculos renais de oxalato, ela não causa hipercalemia nem o quadro sistêmico agudo descrito.
- c) Correta. A intoxicação por vitamina D leva à hipercalemia, que explica perfeitamente a tríade de sintomas gastrointestinais, desidratação por poliúria e letargia apresentada pelo menino de 6 anos.
- d) Incorreta. A vitamina K atua na coagulação sanguínea. Sua toxicidade é rara e não está relacionada ao metabolismo do cálcio ou ao controle da diurese. Em recém-nascidos, o excesso da forma sintética poderia causar anemia hemolítica, o que não se aplica ao caso.
- e) Incorreta. A vitamina E tem um potencial tóxico muito baixo. Quando em doses extremamente elevadas, pode interferir na ação da vitamina K e aumentar o risco de sangramentos, mas não provoca alterações no cálcio ou sintomas como dor abdominal e poliúria.

Gabarito: Letra C.

Questão 48

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU) típica. Esta condição é a principal causa de insuficiência renal aguda em crianças e ocorre frequentemente após um pródromo de diarreia, muitas vezes sanguinolenta, causada pela bactéria *Escherichia coli* produtora de toxina Shiga (STEC), sendo o sorotipo O157:H7 o mais comum. A toxina atinge a corrente sanguínea e causa lesão no endotélio vascular, principalmente nos capilares renais, desencadeando uma cascata de coagulação e inflamação.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

a) Trombose de veia renal: Esta condição costuma ocorrer em recém-nascidos com quadros graves de desidratação ou em pacientes com síndrome nefrótica. Embora provoque hematúria e queda da função renal, não explica a tríade de anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia e insuficiência renal que surge especificamente após uma infecção intestinal bacteriana.

b) Púrpura trombocitopênica trombótica (PTT): É uma microangiopatia trombótica muito semelhante à SHU, mas que acomete predominantemente adultos e está ligada à deficiência da enzima ADAMTS13. Clinicamente, a PTT costuma apresentar uma "pêntade" que inclui febre e sintomas neurológicos proeminentes, além da tríade da SHU. No contexto pediátrico pós-diarreia por *E. coli*, o diagnóstico de SHU é o correto.

c) Lesão renal por hemoglobinúria: A hemoglobinúria ocorre quando há uma hemólise intravascular maciça (como em reações transfusionais), levando à deposição de hemoglobina nos túbulos renais e consequente toxicidade. No entanto, ela isoladamente não justifica a trombocitopenia (baixo nível de plaquetas) e não é a complicação típica da infecção por *E. coli* O157:H7.

d) Síndrome hemolítico-urêmica: É a alternativa correta. O diagnóstico baseia-se na tríade: 1) Anemia hemolítica microangiopática (caracterizada pela presença de esquizócitos no sangue periférico); 2) Trombocitopenia (devido ao consumo de plaquetas nos microtrombos); 3) Insuficiência renal aguda (decorrente da oclusão da microcirculação glomerular). A associação com a *E. coli* O157:H7 é o fator epidemiológico decisivo.

e) Necrose tubular aguda (NTA): A NTA é um mecanismo de lesão renal que pode ocorrer por isquemia ou toxicidade direta aos túbulos. Embora um paciente com SHU possa desenvolver NTA como consequência da gravidade do quadro, o diagnóstico da síndrome sistêmica que engloba as alterações hematológicas e renais após a infecção intestinal é especificamente Síndrome Hemolítico-Urêmica.

Questão 49

A deficiência de G-6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase) é uma condição genética ligada ao cromossomo X que torna as hemácias suscetíveis ao estresse oxidativo. A enzima G-6PD é fundamental para produzir NADPH, que mantém a glutatona em seu estado reduzido, protegendo a hemoglobina contra danos oxidativos. Na ausência dessa proteção, a exposição a certos gatilhos causa a precipitação da hemoglobina (corpúsculos de Heinz) e a hemólise aguda.

Alternativa (a) Incorreta: O gergelim não é reconhecido como um gatilho oxidativo para pacientes com deficiência de G-6PD. Os cuidados dietéticos focam primordialmente nas favas.

Alternativa (b) Correta: A malária, especificamente o seu tratamento, representa um grande risco para esses pacientes. A primaquina, medicamento essencial para a cura radical da malária por *Plasmodium vivax* (eliminando hipnozoítos no fígado), é um potente agente oxidante. Em indivíduos com deficiência de G-6PD, o uso de primaquina pode desencadear uma crise hemolítica grave e potencialmente fatal. Como os pais mencionam o desejo de viajar, a preocupação com áreas endêmicas de malária e a necessidade de testagem antes de usar tal medicação são pontos fundamentais da orientação médica.

Alternativa (c) Incorreta: Embora infecções bacterianas agudas (incluindo a salmonela) possam atuar como gatilhos para crises hemolíticas na deficiência de G-6PD devido à liberação de radicais livres pelos leucócitos, o tratamento padrão da salmonelose (como ceftriaxona ou ciprofloxacino) não é classificado como de alto risco hemolítico comparável à primaquina no tratamento da malária.

Alternativa (d) Incorreta: Não há evidências científicas que correlacionem o consumo de algas com episódios de hemólise em pacientes deficientes de G-6PD.

Alternativa (e) Incorreta: Existe uma confusão comum entre leguminosas. O alimento clássico que causa hemólise nesses pacientes é a fava (*Vicia faba*), fenômeno conhecido como favismo. Embora algumas diretrizes muito restritivas sugiram cautela com outras leguminosas, a lentilha não é considerada um gatilho de alto risco estabelecido como a fava ou os medicamentos oxidantes.

Resumo: O foco da questão é a segurança farmacológica em viagens. O tratamento da malária com primaquina é o exemplo clássico de risco de hemólise grave em pacientes com deficiência de G-6PD.

Questão 50

A icterícia fisiológica do recém-nascido é um processo benigno e multifatorial. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa para compreender a fisiopatologia desse quadro:

Alternativa A (Correta): Esta é a base da maior oferta de bilirrubina ao fígado no período neonatal. O recém-nascido possui uma massa eritrocitária proporcionalmente maior que a do adulto (hematócritos mais elevados) e suas hemácias têm uma vida média mais curta (cerca de 70 a 90 dias, contra 120 dias no adulto). Isso resulta em uma produção de bilirrubina que é, proporcionalmente, duas a três vezes maior do que a de um adulto.

Alternativa B (Incorreta): A bilirrubina indireta é, de fato, neurotóxica devido à sua lipossolubilidade, podendo causar o Kernicterus (impregnação nos núcleos da base). No entanto, essa lesão ocorre quando há níveis elevados de bilirrubina livre que ultrapassam a barreira hematoencefálica, e não em valores baixos sem significado clínico. Em níveis fisiológicos, a bilirrubina atua inclusive como um importante antioxidante neonatal.

Alternativa C (Incorreta): O aumento da circulação entero-hepática no recém-nascido ocorre justamente pela ausência inicial de uma microbiota intestinal colonizada. Em adultos, as bactérias intestinais reduzem a bilirrubina a urobilinogênio e estercobilina. No neonato, a falta dessas bactérias e a presença da enzima beta-glicuronidase permitem que a bilirrubina conjugada seja desconjugada e reabsorvida para a corrente sanguínea.

Alternativa D (Incorreta): A atividade da enzima responsável pela conjugação (UDP-glucuroniltransferase ou UGT1A1) é extremamente baixa ao nascimento, correspondendo a apenas 0,1% a 1% dos níveis do adulto, e não metade. Embora a excreção também possa ser limitada, o principal gargalo metabólico na icterícia fisiológica é a deficiência na captação e, principalmente, na conjugação hepática.

Alternativa E (Incorreta): O erro aqui está na afirmação sobre a "baixa atividade". Na verdade, o recém-nascido apresenta uma ALTA atividade da enzima beta-glicuronidase na mucosa intestinal. Essa enzima transforma a bilirrubina direta (conjugada) de volta em bilirrubina indireta (não conjugada), que é então reabsorvida pela mucosa e volta para o fígado, aumentando a carga total de bilirrubina no organismo.

Questão 51

O ponto central desta questão é identificar qual agente infeccioso exige a substituição do álcool em gel pela lavagem das mãos com água e sabão. Na prática clínica hospitalar, o álcool a 70% é o padrão-ouro para a higiene das mãos por sua eficácia contra a maioria dos vírus e bactérias. No entanto, existe uma exceção clássica: microrganismos formadores de esporos.

Alternativa a) Incorreta. O *Metapneumovirus* é um vírus respiratório envelopado. O álcool é altamente eficaz para inativar vírus que possuem envelope lipídico, sendo indicado para a higienização das mãos nesses casos, além das precauções-padrão e de contato.

Alternativa b) Incorreta. A *Bordetella pertussis* é a bactéria causadora da coqueluche. Ela é transmitida principalmente por gotículas. O álcool em gel é perfeitamente eficaz para a desinfecção das mãos após o contato com o paciente ou superfícies próximas.

Alternativa c) Incorreta. A *Klebsiella pneumoniae* ESBL é uma bactéria Gram-negativa multirresistente. Embora exija medidas rígidas de precaução de contato para evitar a disseminação hospitalar, o álcool é um agente bactericida eficiente contra este patógeno na pele.

Alternativa d) Incorreta. O *Herpes simplex virus* (HSV) é um vírus envelopado. Assim como no caso do *Metapneumovirus*, o álcool destrói o envelope viral e inativa o agente, não havendo necessidade específica de trocar o álcool por água e sabão como medida exclusiva.

Alternativa e) Correta. O *Clostridioides difficile* (antigamente chamado de *Clostridium difficile*) é o principal agente de colite pseudomembranosa e diarreia associada a antibióticos no ambiente hospitalar. Esta bactéria tem a capacidade de formar esporos, que são estruturas altamente resistentes ao calor, à dessecação e a desinfetantes químicos, incluindo o álcool. O álcool não consegue penetrar ou destruir o esporo do *C. difficile*. Portanto, a recomendação do SCIH é a lavagem das mãos com água e sabão, pois a fricção mecânica e o enxágue são necessários para remover fisicamente os esporos da pele. Esta é uma regra de ouro no controle de infecção hospitalar.

Questão 52

Análise do quadro clínico: A paciente de 4 anos apresenta sinais clássicos de pneumonia bacteriana típica. A presença de febre alta, toxemia (comprometimento do estado geral), dor torácica (sugerindo acometimento pleural) e uma consolidação lobar bem definida ao raio-X compõem a apresentação típica do **Streptococcus pneumoniae**.

Alternativa a) **Bordetella pertussis**: Está incorreta. Este agente é o causador da coqueluche, caracterizada por acessos de tosse paroxística, guincho inspiratório e tosse emetizante, geralmente sem febre alta ou consolidação lobar. O achado radiológico clássico na coqueluche é o infiltrado perihilar ou coração felpudo.

Alternativa b) Adenovírus: Está incorreta. Embora o Adenovírus possa causar pneumonias graves e até necrosantes em crianças, o quadro costuma ser precedido por sintomas gripais intensos, conjuntivite ou faringite. Radiologicamente, as pneumonias virais tendem a apresentar infiltrados intersticiais ou multifocais, e não uma consolidação lobar isolada com dor pleurítica tão demarcada.

Alternativa c) **Mycoplasma pneumoniae**: Está incorreta. É o principal agente da pneumonia atípica, mais comum em crianças em idade escolar e adolescentes. O quadro clínico costuma ser mais arrastado (subagudo), com tosse seca persistente e menos toxemia. No raio-X, o achado comum é o infiltrado intersticial ou broncopneumônico dissociado do exame físico, raramente cursando com consolidação lobar densa.

Alternativa d) **Staphylococcus aureus**: Está incorreta. O **S. aureus** causa uma pneumonia bacteriana grave e rapidamente progressiva, mas é menos frequente que o pneumococo na comunidade. Frequentemente está associada a complicações como pneumatoceles, abscessos e derrame pleural (empiema) precoce, muitas vezes ocorrendo após um quadro de gripe (influenza).

Alternativa e) **Streptococcus pneumoniae**: Está correta. O pneumococo é o principal agente causador de pneumonia bacteriana adquirida na comunidade em crianças acima de 1 mês de vida. A tríade de febre alta, dor torácica (indicando irritação da pleura parietal pela consolidação adjacente) e imagem de consolidação lobar no lobo superior direito é a descrição patognomônica da pneumonia pneumocócica clássica. Crianças com asma possuem um risco discretamente aumentado para quadros infecciosos respiratórios, mas o agente principal permanece sendo o **S. pneumoniae**.

Questão 53

O quadro clínico descrito apresenta os elementos clássicos para o diagnóstico de mononucleose infecciosa, geralmente causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV). A combinação de febre, faringite com exsudato e linfonodomegalia compõe a tríade típica da doença, mas alguns detalhes no enunciado são fundamentais para o diagnóstico diferencial.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A faringite estreptocócica (causada pelo *Streptococcus pyogenes*) é a principal causa bacteriana de dor de garganta. No entanto, ela costuma cursar com linfonodomegalia cervical anterior e não costuma causar esplenomegalia. Além disso, o enunciado informa que o teste rápido para estreptococo foi negativo, o que reduz drasticamente a probabilidade desta etiologia.

b) Incorreta. A adenovirose é uma causa comum de faringite exsudativa em crianças e adolescentes, podendo vir acompanhada de febre e conjuntivite (febre faringoconjuntival). Entretanto, o acometimento de cadeias linfonodais posteriores e a presença de esplenomegalia são achados muito mais característicos da mononucleose do que das infecções por adenovírus.

c) Correta. A mononucleose infecciosa é frequente em adolescentes. A presença de exsudato tonsilar pode mimetizar uma infecção bacteriana, mas a linfonodomegalia cervical posterior é um sinal clínico clássico que sugere EBV. O achado de esplenomegalia é altamente específico para este quadro no contexto de faringite aguda, ocorrendo em cerca de 50% dos casos. O teste rápido negativo para estreptococo reforça que a origem é viral.

d) Incorreta. A escarlatina é uma manifestação cutânea associada à faringite estreptocócica. Ela se caracteriza por um exantema micropapular (sensação de pele em lixa), sinal de Filatov (palidez perioral) e sinal de Pastia (acentuação do exantema em dobras). Como o teste rápido foi negativo e há presença de esplenomegalia, o diagnóstico de escarlatina é descartado.

e) Incorreta. A citomegalovirose congênita é uma infecção transmitida da mãe para o feto, manifestando-se ao nascimento com microcefalia, calcificações intracranianas e outras alterações neonatais, o que não condiz com um paciente de 14 anos. A forma adquirida do CMV pode causar uma síndrome semelhante à mononucleose, mas geralmente ocorre com faringite mínima ou ausente e linfonodomegalia menos expressiva que a causada pelo EBV.

Em resumo, a idade do paciente, a localização da linfonodomegalia (posterior) e a

presença de esplenomegalia tornam a mononucleose infecciosa a hipótese diagnóstica mais provável.

Questão 54

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro descrito é típico do Eritema Infeccioso, também conhecido como Quinta Doença. A criança apresenta o sinal da face esbofetada (exantema malar ou em asa de borboleta), que representa a primeira fase da erupção cutânea desta patologia. O relato de contato prévio com um caso confirmado de Quinta Doença é o dado epidemiológico definitivo para o diagnóstico.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

a) Vírus da Rubéola: INCORRETA. Embora a rubéola cause um exantema maculopapular e possa cursar com artralgia (mais comum em mulheres adultas), sua apresentação clínica clássica envolve linfonodomegalia retroauricular, occipital e cervical posterior. O exantema da rubéola tem progressão craniocaudal rápida e não apresenta o padrão de face esbofetada.

b) Parvovírus B19: CORRETA. Este é o agente etiológico da Quinta Doença (Eritema Infeccioso). A doença manifesta-se tipicamente em crianças em idade escolar. O exantema evolui em três fases: 1) Face esbofetada (eritema malar bifacial, poupando a região perioral, assemelhando-se a uma asa de borboleta); 2) Exantema reticulado ou rendilhado em tronco e extremidades; 3) Recidiva do exantema por semanas, desencadeada por luz solar, calor ou exercício físico. A artralgia é um sintoma possível decorrente da deposição de imunocomplexos.

c) Enterovírus: INCORRETA. Os enterovírus (como o Coxsackie) são responsáveis por diversas síndromes, como a doença mão-pé-boca e a herpangina. Podem causar exantemas inespecíficos, mas não seguem o padrão clínico de três fases nem a morfologia malar característica da Quinta Doença.

d) Epstein-Barr vírus: INCORRETA. É o principal agente da Mononucleose Infecciosa. Clinicamente, caracteriza-se por febre, faringite exsudativa, fadiga e linfonodomegalia generalizada. O exantema na mononucleose geralmente ocorre apenas após o uso de antibióticos aminopenicilinas (como amoxicilina).

e) Vírus do Sarampo: INCORRETA. O sarampo é uma doença exantemática grave, marcada por pródromos intensos com febre alta, tosse, coriza, conjuntivite e as manchas de Koplik. O exantema do sarampo é maculopapular morbiliforme com

progressão craniocaudal lenta, bem diferente do aspecto malar localizado descrito na questão.

GABARITO: Letra B.

Questão 55

A questão apresenta um quadro clínico clássico que correlaciona história epidemiológica, sintomas sistêmicos e sinais físicos específicos. A associação de exposição a enchentes com a tríade de febre, icterícia e dor em panturrilhas é o ponto-chave para o raciocínio clínico.

Alternativa (a) Correta: Leptospirose. Esta é a principal hipótese diagnóstica diante de um paciente com exposição a águas de inundação ou lama, onde há contato com a urina de roedores infectados pela bactéria *Leptospira*. O quadro descrito é típico da forma ictero-hemorrágica (Síndrome de Weil), caracterizada por: 1. Icterícia progressiva (frequentemente de tom rubínico/alaranjado); 2. Sufusão conjuntival (conjuntivite não purulenta, sinal muito sugestivo); e 3. Mialgia intensa, com predileção marcante pelas panturrilhas.

Alternativa (b) Incorreta: Malária. Embora a malária cause febre e icterícia (devido à hemólise), ela costuma cursar com paroxismos febris, calafrios e esplenomegalia. A mialgia em panturrilhas e a sufusão conjuntival não são achados característicos, e a epidemiologia clássica envolve a picada do mosquito *Anopheles* em áreas endêmicas, não necessariamente o contexto de enchentes urbanas.

Alternativa (c) Incorreta: Hepatite A. É uma doença de transmissão fecal-oral que pode aumentar em situações de saneamento precário, causando febre e icterícia. Contudo, a hepatite viral não justifica a sufusão conjuntival nem a mialgia intensa e específica nas panturrilhas, que são sinais patognomônicos da leptospirose nesse contexto.

Alternativa (d) Incorreta: Febre tifoide. O quadro de febre tifoide geralmente apresenta febre prolongada, dor abdominal, dissociação pulso-temperatura (sinal de Faget), hepatoesplenomegalia e roséolas tíficas. A icterícia e a mialgia de panturrilha não são componentes típicos dessa patologia.

Alternativa (e) Incorreta: Febre maculosa brasileira. Esta doença é transmitida pela picada do carrapato-estrela, com epidemiologia ligada a áreas rurais ou parques com presença de capivaras ou cavalos. O sinal característico é o exantema maculopapular que evolui para petéquias, iniciando-se nas extremidades (punhos e tornozelos), o que difere do quadro de icterícia progressiva e sufusão conjuntival após enchente.

Questão 56

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente de 3 anos com a tríade clássica da Síndrome Nefrótica: edema (palpebral e ascite), proteinúria maciça (sugerida pela urina espumosa) e hipoalbuminemia importante (1,9 g/dL). O fato de o paciente apresentar função renal normal e ausência de hematuria caracteriza o que chamamos de síndrome nefrótica pura. Em pediatria, especialmente na faixa etária pré-escolar, a causa, disparadamente, mais comum para esse cenário é a Doença de Lesões Mínimas.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP) é uma síndrome clínica caracterizada por perda rápida e agressiva da função renal (elevação de creatinina em dias ou semanas) e sedimento urinário ativo (hematuria e cilindros hemáticos). O paciente do caso apresenta função renal preservada e ausência de hematuria, o que exclui este diagnóstico.

b) INCORRETA. A glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE) manifesta-se tipicamente como uma síndrome nefrítica: hematuria (frequentemente macroscópica, cor de chá ou cola), hipertensão arterial, edema e oligúria. Embora possa haver proteinúria, ela raramente é na faixa nefrótica a ponto de gerar hipoalbuminemia tão grave sem vir acompanhada de sangue na urina.

c) INCORRETA. A nefropatia por IgA (Doença de Berger) é a glomerulopatia primária mais comum no mundo, mas sua marca registrada é a hematuria (seja ela macroscópica recorrente após quadros infecciosos ou microscópica persistente). Embora possa evoluir com proteinúria em estágios avançados, não é a causa típica de síndrome nefrótica pura em uma criança de 3 anos.

d) INCORRETA. A nefrite lúpica classe IV (proliferativa difusa) é a forma mais grave de acometimento renal no Lúpus Eritematoso Sistêmico. Apresenta-se com sedimento urinário muito ativo (hematuria e proteinúria), hipertensão e queda da função renal. Além de ser raríssima em meninos de 3 anos, o quadro clínico não condiz com uma síndrome nefrótica pura e isolada.

e) CORRETA. A Síndrome Nefrótica por Lesão Mínima é responsável por cerca de 80% a 90% dos casos de síndrome nefrótica em crianças abaixo dos 10 anos, com pico de incidência entre 2 e 6 anos. Caracteriza-se pelo início súbito de edema generalizado e proteinúria maciça, resultando em hipoalbuminemia severa. Tipicamente, não apresenta hematuria significativa, não cursa com hipertensão e mantém a função

renal preservada na grande maioria dos casos, exatamente como descrito no enunciado.

Questão 57

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente em questão é um lactente de 6 meses com Taquicardia Supraventricular (TSV). Os critérios que definem essa condição na pediatria são a frequência cardíaca elevada (geralmente acima de 220 bpm em lactentes e acima de 180 bpm em crianças maiores) associada a um complexo QRS estreito (menor que 0,09 segundos). Um ponto crucial do enunciado é que a perfusão está preservada, o que indica estabilidade hemodinâmica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Correta. De acordo com o protocolo PALS (Pediatric Advanced Life Support), o manejo inicial da TSV em pacientes estáveis deve começar com manobras vagais. Em lactentes, a manobra mais comum é a aplicação de bolsa de gelo na face (ice-to-face) por 15 a 20 segundos. Caso a manobra não reverta a arritmia, a primeira escolha farmacológica é a Adenosina por via intravenosa ou intraóssea, administrada em bôlus rápido devido à sua meia-vida curtíssima.

Alternativa b: Incorreta. A lidocaína é um antiarrítmico indicado para o tratamento de arritmias ventriculares (QRS largo), como a taquicardia ventricular, e não possui papel no manejo inicial da TSV de QRS estreito.

Alternativa c: Incorreta. A Amiodarona pode ser utilizada em arritmias pediátricas, mas é reservada para casos refratários ou arritmias de complexo largo. Não é a droga de primeira escolha para TSV em paciente estável.

Alternativa d: Incorreta. A cardioversão elétrica sincronizada é o tratamento de escolha para TSV apenas em pacientes com sinais de instabilidade hemodinâmica (choque, alteração de consciência, hipotensão). Como o enunciado afirma que a perfusão está preservada, opta-se primeiro pelas medidas conservadoras e farmacológicas.

Alternativa e: Incorreta. O Verapamil (bloqueador de canal de cálcio) é terminantemente contraindicado em lactentes menores de 1 ano de idade. O uso nessa faixa etária pode causar hipotensão grave, colapso cardiovascular e assistolia, devido à imaturidade do miocárdio e da dependência do cálcio extracelular para a contração nessa fase.

CONCLUSÃO

Diante de uma TSV estável em lactente, a sequência correta é manobra vagal seguida de adenosina IV, respeitando-se as contraindicações de drogas como o verapamil para esta idade.

Questão 58

Para responder corretamente a essa questão, é necessário conhecer o Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde (PNI). Aos 4 anos de idade, a criança deve receber reforços de vacinas cujas séries primárias foram iniciadas no primeiro ano de vida e que tiveram o primeiro reforço aos 15 meses.

Alternativa (a): CORRETA. De acordo com o PNI, aos 4 anos de idade, a criança deve receber o segundo reforço da vacina DTP (tríplice bacteriana, que protege contra difteria, tétano e coqueluche) e o segundo reforço da vacina VOP (vacina oral poliomielite). Essas duas vacinas compõem o esquema clássico de reforço para essa faixa etária.

Alternativa (b): INCORRETA. A vacina contra a hepatite A é aplicada em dose única no Brasil, aos 15 meses de idade. Não há recomendação de reforço para crianças de 4 anos que já possuem o esquema completo até os 2 anos.

Alternativa (c): INCORRETA. A vacina pneumocócica 10-valente é administrada em um esquema de duas doses (aos 2 e 4 meses) com um único reforço aos 12 meses de idade. Não há previsão de reforço aos 4 anos no calendário de rotina.

Alternativa (d): INCORRETA. No calendário atual do PNI, a criança recebe a primeira dose da vacina varicela aos 15 meses (geralmente como a vacina tetraviral) e a segunda dose aos 4 anos de idade. No entanto, tecnicamente, essa dose aos 4 anos é classificada como uma segunda dose, e não como um reforço (booster) do esquema básico. Além disso, a alternativa (a) contempla o conjunto mais tradicional de reforços exigidos em provas para essa idade.

Alternativa (e): INCORRETA. A vacina meningocócica C (conjugada) tem seu esquema básico aos 3 e 5 meses, com um reforço aos 12 meses. Atualmente, existe um reforço com a vacina meningocócica ACWY, mas ele é destinado a adolescentes entre 11 e 14 anos, não sendo indicado para crianças de 4 anos.

Questão 59

Esta questão aborda a imunização de lactentes expostos ao HIV. De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e as diretrizes do Ministério da Saúde, crianças nascidas de mães soropositivas (expostas) devem seguir o calendário vacinal habitual, com atenção especial às vacinas de agentes vivos.

Alternativa a: Incorreta. Não se deve suspender todas as vacinas. As vacinas inativadas, como a VIP (Poliomielite inativada) e a Pentavalente, não oferecem risco de replicação do agente e são fundamentais para a proteção da criança.

Alternativa b: Incorreta. A vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin) é indicada para crianças expostas ao HIV e deve ser administrada o mais precocemente possível, preferencialmente na maternidade. A vacinação só seria adiada ou contraindicada caso a criança apresentasse sinais clínicos de imunodeficiência (sintomas sugestivos de AIDS), o que não é o caso de um lactente assintomático de 2 meses.

Alternativa c: Correta. A conduta padrão para o lactente exposto, porém assintomático, é seguir o calendário de rotina. Isso inclui a BCG e a vacina contra rotavírus (que é de vírus vivo atenuado), além das vacinas inativadas. Em crianças expostas, o benefício da proteção contra doenças graves supera o risco teórico de complicações vacinais, desde que não haja evidência de imunossupressão grave.

Alternativa d: Incorreta. O diagnóstico definitivo de infecção pelo HIV em lactentes pode levar meses devido à permanência de anticorpos maternos. Aguardar a sorologia negativa para iniciar a vacinação deixaria o bebê vulnerável a diversas doenças imunopreveníveis durante o período de maior risco.

Alternativa e: Incorreta. Nem todas as vacinas de vírus vivos são adiadas. A vacina do rotavírus, por exemplo, é iniciada aos 2 meses. O adiamento ou a avaliação rigorosa para vacinas de vírus vivos geralmente se aplica a crianças que já possuem diagnóstico confirmado de HIV com contagem de linfócitos T CD4 abaixo dos limites de segurança, ou para vacinas administradas mais tardiamente, como a Tríplice Viral.

Em resumo, o lactente exposto ao HIV sem sinais de doença deve ser vacinado normalmente conforme o calendário básico de vacinação da criança.

Questão 60

O ponto fundamental para a resolução desta questão é a análise da curva de crescimento do perímetro cefálico (PC). Na pediatria, mais importante do que um valor isolado em um gráfico é a tendência de crescimento ao longo do tempo.

A criança apresenta um PC no percentil 97 (p97), o que a caracteriza como macrocefálica (geralmente definido como PC acima do p95 ou 2 desvios-padrão). No entanto, o enunciado destaca três informações cruciais:

1. O crescimento acompanha o mesmo canal (p97) desde o nascimento, ou seja, não houve aceleração ou "salto" de percentis.
2. O desenvolvimento neuropsicomotor é normal.
3. O exame físico (fontanela anterior aberta e sem menção a sinais de hipertensão intracraniana) é normal.

Quando uma criança é constitucionalmente grande, mas mantém seu canal de crescimento de forma harmônica e possui desenvolvimento normal, a principal hipótese é de macrocefalia familiar ou constitucional, que são variantes da normalidade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ressonância magnética é um exame de alto custo e complexidade, que em lactentes geralmente requer sedação. Ela estaria indicada se houvesse sinais de alerta, como atraso no desenvolvimento, sinais de hipertensão intracraniana ou uma mudança súbita na curva de crescimento.

b) Incorreta. O encaminhamento ao especialista deve ocorrer quando há dúvida diagnóstica ou sinais de patologia neurológica. O pediatra generalista deve estar apto a identificar que uma curva estável com desenvolvimento normal permite o seguimento na atenção primária.

c) Incorreta. Embora a ultrassonografia de crânio seja um exame acessível e sem radiação (aproveitando a fontanela aberta), ela é desnecessária neste momento clínico. O acompanhamento da curva de crescimento é o "padrão-ouro" para descartar hidrocefalia ou outras coleções intracranianas em expansão. Se o crescimento é estável, a chance de patologia cirúrgica é mínima.

d) Incorreta. A tomografia computadorizada utiliza radiação ionizante e não deve ser utilizada como triagem para macrocefalia estável e assintomática, devido aos riscos a longo prazo para o tecido cerebral em desenvolvimento.

e) Correta. Diante de uma curva de crescimento paralela aos percentis de

normalidade (mesmo que no limite superior), sem sinais de desvio e com exame neurológico adequado para a idade, a conduta correta é tranquilizar a família e manter o seguimento clínico de rotina nas consultas de puericultura. Caso o PC começasse a cruzar percentis para cima (ex.: passar do p97 para muito acima dele), aí sim seria necessária investigação por imagem.

Questão 61

A questão aborda o calendário vacinal da gestante, especificamente para uma paciente com comorbidade (cardiopatia crônica). O raciocínio principal deve separar as vacinas de rotina, as vacinas de vírus vivos (contraindicadas) e as vacinas indicadas em situações de risco clínico.

Alternativa (a) Correta: A vacina pneumocócica não faz parte do calendário vacinal de rotina da gestante. No entanto, ela está indicada para pacientes com condições médicas especiais que aumentam o risco de doença pneumocócica invasiva, como é o caso das cardiopatias crônicas, pneumopatias, diabetes mellitus, entre outras. Nessas situações, a gestante cardiopata deve receber a imunização pneumocócica (VPC13 e/ou VPP23) conforme a orientação do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Alternativa (b) Incorreta: A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) é composta por vírus vivos atenuados. Ela é contraindicada durante a gestação devido ao risco teórico de transmissão dos vírus ao feto e à ocorrência de malformações, devendo ser administrada apenas no puerpério ou antes da concepção.

Alternativa (c) Incorreta: As vacinas contra a dengue atualmente disponíveis (como a Qdenga ou a Dengvaxia) são produzidas com tecnologia de vírus vivo atenuado. Portanto, são contraindicadas para gestantes e mulheres em fase de amamentação.

Alternativa (d) Incorreta: A vacina contra o HPV (seja a quadrivalente ou a nonavalente) não é recomendada para ser administrada durante a gravidez. Embora seja uma vacina de subunidades proteicas (inativada), os estudos de segurança em gestantes ainda não são suficientes para recomendá-la na rotina. Se uma mulher engravidar durante o esquema vacinal, as doses restantes devem ser adiadas para o pós-parto.

Alternativa (e) Incorreta: Assim como a tríplice viral, a vacina contra a varicela é composta por vírus vivos atenuados. É formalmente contraindicada na gestação pelo risco de infecção fetal. Em caso de exposição de gestante suscetível ao vírus da varicela, a conduta é a profilaxia com imunoglobulina específica, e não a vacinação.

Questão 62

O diagnóstico de Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) é essencialmente clínico, e os sinais apresentados no caso são clássicos dessa patologia. A paciente apresenta o tripé diagnóstico principal: dor abdominal (cólica), sangramento vaginal (com presença de coágulos) e, fundamentalmente, o aumento do tônus uterino (hipertonia). A bradicardia fetal (100 bpm) reforça a gravidade do quadro, indicando sofrimento fetal agudo decorrente da redução da troca de oxigênio pela área de descolamento.

Análise das alternativas:

a) Rompimento de vasa prévia: Incorreta. Ocorre geralmente após a ruptura das membranas (amniorrexe) e o sangramento é de origem fetal. Embora cause sofrimento fetal rápido, não cursa com hipertonia uterina nem com dor abdominal materna intensa.

b) Placenta prévia: Incorreta. A característica principal da placenta prévia é o sangramento indolor, de início súbito, de cor vermelho-viva e, muito importante, o útero permanece relaxado (tônus normal). Na placenta prévia, o bem-estar fetal costuma estar preservado no início do quadro.

c) Descolamento prematuro da placenta: Correta. É a principal causa de sangramento doloroso na segunda metade da gestação. A presença de hipertonia uterina (útero lenhoso) e a repercussão no batimento cardíaco fetal são sinais típicos que confirmam a suspeita diagnóstica, sendo uma emergência obstétrica.

d) Síndrome HELLP: Incorreta. Trata-se de uma complicação grave da pré-eclâmpsia caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. Embora a pré-eclâmpsia seja um fator de risco para o DPP, a síndrome HELLP isoladamente não explica o quadro de sangramento vaginal agudo com hipertonia uterina.

e) Hemangioma roto de cordão umbilical: Incorreta. É uma condição extremamente rara que levaria a uma hemorragia fetal grave, mas não apresenta a clínica de dor abdominal materna e hipertonia uterina característica do descolamento placentário.

Questão 63

O caso descreve uma gestante de 12 semanas (primeiro trimestre) com urocultura positiva para *Escherichia coli**, mas que não apresenta nenhum sintoma urinário, como dor ao urinar ou urgência. O corrimento branco inodoro relatado é um achado compatível com a leucorreia fisiológica da gestação, resultante de alterações hormonais, e não indica infecção genital ou urinária.

Análise das alternativas:

Letra a) Incorreta. O histórico de infecções ocorrido há 3 anos não define o diagnóstico atual. A infecção urinária de repetição é uma classificação cronológica (geralmente definida por 2 ou mais episódios em 6 meses ou 3 em um ano). O foco da questão é o diagnóstico clínico do achado laboratorial presente nesta consulta.

Letra b) Incorreta. A cistite bacteriana aguda é uma infecção do trato urinário inferior que obrigatoriamente cursa com sintomas, como disúria, polaciúria (aumento da frequência), urgência miccional ou dor suprapúbica. A paciente nega especificamente a disúria.

Letra c) Incorreta. A pielonefrite é uma infecção do trato superior e apresenta um quadro clínico sistêmico evidente, incluindo febre alta, calafrios, dor lombar e sinal de Giordano positivo ao exame físico. A paciente em questão está assintomática.

Letra d) Incorreta. A uretrite manifesta-se com disúria e, frequentemente, corrimento uretral, sendo geralmente causada por patógenos sexualmente transmissíveis (como clamídia e gonococo). O isolamento de *E. coli* em urocultura e a ausência de sintomas irritativos afastam essa hipótese.

Letra e) Correta. A bacteriúria assintomática é definida pela presença de uma contagem significativa de colônias de uma única espécie bacteriana (geralmente maior ou igual a 100.000 UFC/mL) em uma amostra de urina de uma paciente que não apresenta sintomas de infecção urinária. Na gestação, o rastreamento por urocultura é mandatório no primeiro trimestre, pois, se não tratada, a bacteriúria assintomática pode evoluir para pielonefrite em até 30% a 40% dos casos, além de estar associada a maior risco de prematuridade e baixo peso ao nascer.

Questão 64

A indicação de prevenção da pré-eclâmpsia com o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e suplementação de cálcio é baseada na identificação de fatores de risco durante o acompanhamento pré-natal. As principais diretrizes, como as da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e do United States Preventive Services Task Force (USPSTF), dividem esses fatores em dois grupos: alto risco e risco moderado.

A profilaxia medicamentosa é indicada se a paciente apresentar pelo menos um fator de alto risco ou dois ou mais fatores de risco moderado. Os fatores de alto risco geralmente incluem: história prévia de pré-eclâmpsia, gestação múltipla, hipertensão

arterial crônica, diabetes mellitus (tipo 1 ou 2), doença renal crônica e doenças autoimunes (como lúpus e síndrome do anticorpo antifosfolípide).

Alternativa a) Incorreta. O intervalo entre partos superior a 10 anos é classificado como um fator de risco moderado. Isoladamente, ele não é suficiente para indicar a profilaxia na maioria dos protocolos, exigindo a presença de pelo menos mais um fator moderado associado.

Alternativa b) Correta. A gestação decorrente de técnicas de reprodução assistida (como a fertilização in vitro) é um marcador significativo de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia devido a alterações na placentação. Em diretrizes recentes e frequentemente cobradas em provas de residência médica, a reprodução assistida é considerada um fator de risco que, isoladamente, justifica a prescrição de AAS para a prevenção da doença.

Alternativa c) Incorreta. O histórico familiar de pré-eclâmpsia, especificamente em parentes de primeiro grau (mãe ou irmã), é considerado um fator de risco moderado. Portanto, não preenche o critério de indicação isolada para prevenção.

Alternativa d) Incorreta. A idade materna avançada (geralmente definida como maior ou igual a 35 ou 40 anos, dependendo do protocolo utilizado) é listada como um fator de risco moderado. Embora a paciente em questão tenha 36 anos, este fator isolado não seria a justificativa principal de "alto risco" frente às outras opções.

Alternativa e) Incorreta. O antecedente de recém-nascido com baixo peso para a idade gestacional ou com restrição de crescimento em gestação anterior é classificado como fator de risco moderado. Assim como o intervalo interpartal e a idade, ele costuma ser somado a outros fatores para compor a indicação de profilaxia.

Em resumo, o caso apresenta uma paciente com múltiplos fatores moderados (idade, intervalo longo, histórico familiar e baixo peso prévio), mas a reprodução assistida é o marcador que as bancas examinadoras e protocolos atuais destacam como indicação isolada de alto risco para o manejo preventivo.

Questão 65

Análise do Caso Clínico:

Estamos diante de um quadro de Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMAM) em uma gestante pré-termo (32 semanas). O diabetes gestacional está controlado apenas com dieta, o que indica baixo risco metabólico adicional no

momento. Não há sinais de infecção (corioamnionite), o feto apresenta boa vitalidade e não há trabalho de parto iniciado (dinâmica ausente).

O manejo da RPMAM pré-termo, especificamente entre 24 e 34 semanas de gestação, visa ao prolongamento da gravidez para reduzir as complicações da prematuridade, desde que não haja contra-indicações.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. Não há indicação de interrupção imediata da gestação. O feto possui 32 semanas e a vitalidade está preservada. A conduta imediata deve ser conservadora para permitir a maturação pulmonar fetal. Além disso, a cesárea não é a via de regra para esses casos, devendo ser reservada para indicações obstétricas habituais.

b) Correta. Esta é a conduta clássica para a RPMAM entre 24 e 33 semanas e 6 dias. A observação visa detectar precocemente sinais de infecção ou sofrimento fetal. A corticoterapia (betametasona ou dexametasona) é fundamental para reduzir o risco de Síndrome do Desconforto Respiratório, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante. A antibioticoprofilaxia (conhecida como antibioticoterapia de latência) é indicada para aumentar o período de latência (tempo entre a ruptura e o parto) e reduzir riscos infecciosos neonatais.

c) Incorreta. Como mencionado, não há indicação de parto imediato (seja cesárea ou indução) em uma gestação de 32 semanas com feto estável e ausência de infecção. O benefício de ganhar tempo gestacional supera o risco de manter a bolsa rota sob vigilância.

d) Incorreta. A indução do trabalho de parto com misoprostol seria considerada caso houvesse indicação de interrupção (como corioamnionite ou idade gestacional acima de 34-36 semanas, dependendo do protocolo de serviço) e o colo uterino fosse desfavorável. Às 32 semanas, a prioridade é a conduta conservadora.

e) Incorreta. Embora a corticoterapia por 48 horas seja parte do tratamento, o erro da alternativa está em determinar o parto cesárea logo em seguida de forma programada. Na conduta conservadora, após o ciclo de corticoide e início dos antibióticos, a gestação deve ser mantida sob vigilância rigorosa até completar 34 semanas (ou 36 semanas em alguns protocolos), a menos que surjam sinais de infecção ou comprometimento fetal.

Questão 66

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda os critérios de indicação para a anticoncepção de emergência (AE), também conhecida como "pílula do dia seguinte". A AE deve ser utilizada para prevenir uma gravidez indesejada após uma relação sexual desprotegida ou em casos de falha potencial do método anticonceptivo em uso.

Alternativa (a) - CORRETA: O uso isolado de espermicida apresenta uma taxa de falha muito elevada e não é considerado um método contraceptivo eficaz quando utilizado sem uma barreira associada (como o diafragma). Segundo os manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, o uso de métodos de barreira de forma incorreta ou o uso isolado de espermicidas em uma relação sexual é uma indicação clássica para a anticoncepção de emergência.

Alternativa (b) - INCORRETA: No caso das pílulas combinadas (estrogênio + progesterona), o esquecimento de apenas uma pílula, independentemente do tempo (mesmo que por 24 horas), não exige anticoncepção de emergência. A recomendação é tomar a pílula esquecida assim que lembrar e seguir com as demais no horário habitual. A AE só passaria a ser considerada se houvesse o esquecimento de 3 ou mais pílulas (alguns protocolos sugerem a partir de 2), especialmente na primeira semana da cartela.

Alternativa (c) - INCORRETA: O anticonceptivo injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona) possui uma margem de segurança para a sua aplicação. Embora o ideal seja aplicar a cada 12 semanas (84 dias), as diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde permitem um atraso de até 2 semanas (14 dias) além da data prevista sem que haja necessidade de proteção adicional ou anticoncepção de emergência. Um atraso de apenas 1 semana está dentro da margem de segurança.

Alternativa (d) - INCORRETA: Para o anel vaginal, a conduta depende do tempo em que ele ficou fora da vagina e da semana de uso. Se o anel for removido ou expelido por mais de 3 horas na 3ª semana de uso, a recomendação é descartar esse anel e inserir um novo imediatamente (iniciando um novo ciclo de 3 semanas) ou antecipar a pausa de 7 dias. A anticoncepção de emergência não é a conduta padrão nessa situação, pois a inibição do eixo hipotálamo-hipofise-gonadal já ocorreu nas duas semanas anteriores.

Alternativa (e) - INCORRETA: No pós-parto de mulheres que não estão amamentando, a ovulação geralmente não ocorre antes do 21º dia. Portanto, o risco de gravidez em uma relação sexual ocorrida no 14º dia pós-parto é considerado desprezível, não havendo indicação formal para anticoncepção de emergência. A orientação seria

iniciar um método anticonceptivo de rotina a partir do 21º dia.

Questão 67

Análise Clínica do Caso:

A paciente de 58 anos apresenta um quadro de Incontinência Urinária Mista, pois relata tanto perda aos esforços (incontinência de esforço) quanto urgência e noctúria (componentes de bexiga hiperativa/urgência). No exame físico, o ponto Ba em -1 indica um prolapso de parede anterior muito leve (Estágio I pelo POP-Q), que não justifica intervenção cirúrgica. A Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA) com nota 4 demonstra que a paciente possui uma boa percepção e contração da musculatura perineal, o que aumenta as chances de sucesso com o tratamento conservador.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A oxibutinina é um agente anticolinérgico indicado para o tratamento da incontinência de urgência (bexiga hiperativa). Embora a paciente tenha esses sintomas, a terapia medicamentosa não é a primeira escolha isolada, devendo ser precedida ou acompanhada por medidas comportamentais. Além disso, ela não trata o componente de perda aos esforços.

Alternativa (b) Incorreta: O hipoestrogenismo da menopausa contribui para a atrofia urogenital, mas a hormonioterapia sistêmica não é o tratamento de primeira linha para a incontinência urinária. O uso de estrogênio tópico poderia ser considerado como adjuvante, mas não a terapia sistêmica isolada para este fim.

Alternativa (c) Correta: De acordo com os protocolos da FEBRASGO e diretrizes internacionais, o tratamento inicial para a incontinência urinária (seja de esforço, de urgência ou mista) deve ser sempre conservador. As medidas comportamentais (como redução de cafeína, controle hídrico e treinamento vesical) somadas à fisioterapia pélvica (exercícios de Kegel) são altamente eficazes, apresentam baixo risco de efeitos colaterais e devem ser a primeira escolha, especialmente em pacientes com boa função muscular (AFA nota 4).

Alternativa (d) Incorreta: O sling retropúbico é o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço. No entanto, a cirurgia só deve ser indicada após a falha do tratamento conservador ou em casos de perda urinária grave e bem documentada. No caso em questão, a paciente sequer demonstrou perda ao exame físico e tem sintomas mistos, o que exige cautela, pois a cirurgia de esforço pode piorar os sintomas de urgência.

Alternativa (e) Incorreta: A colpoplastia anterior é uma cirurgia para correção de cistocele (prolapso de parede anterior). A paciente apresenta um prolapso estágio I (Ba -1), que é considerado normal ou assintomático na maioria das mulheres e não tem indicação cirúrgica. Vale ressaltar que a colpoplastia anterior isolada não é o tratamento adequado para a incontinência de esforço.

Conclusão:

Diante de uma paciente com sintomas mistos, sem prolapso significativos e com boa função muscular, a conduta mais adequada e menos invasiva é iniciar com medidas comportamentais e fisioterapia pélvica.

Questão 68

A preservação da fertilidade no câncer de ovário, técnica conhecida como cirurgia conservadora ou cirurgia de preservação da fertilidade (CPF), consiste na manutenção do útero e de pelo menos parte de um dos ovários. Essa abordagem é criteriosa e depende diretamente do tipo histológico e do estadiamento da doença. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): A cirurgia de second look (uma reoperação para avaliar a cavidade abdominal após o tratamento inicial) caiu em desuso na oncologia ginecológica moderna. Ela não é um critério ou necessidade para a preservação da fertilidade, tendo sido substituída por exames de imagem de alta resolução e acompanhamento de marcadores tumorais.

Alternativa B (Incorreta): No caso do carcinoma epitelial de ovário (o tipo mais comum e agressivo), a preservação da fertilidade é geralmente aceita apenas no estágio IA e com grau histológico 1 (G1). O estágio IA G3 (alto grau) apresenta um risco de recorrência e metástase muito elevado, o que contraindica a cirurgia conservadora na maioria dos protocolos. Além disso, a biópsia rotineira do ovário contralateral, se ele tiver aparência normal, não é mais recomendada, pois pode causar aderências e reduzir a reserva ovariana sem mudar o prognóstico.

Alternativa C (Incorreta): Os tumores de células germinativas são altamente responsivos à quimioterapia e possuem excelente prognóstico. Por isso, a preservação da fertilidade é o padrão de tratamento mesmo em estádios avançados. Assim como no carcinoma epitelial, a biópsia do ovário contralateral macroscopicamente normal é contraindicada pelo risco de trauma tecidual e infertilidade iatrogênica (aderências).

Alternativa D (Correta): Os tumores de baixo potencial de malignidade (borderline) possuem um comportamento clínico indolente e excelente sobrevida. Nesses casos, a preservação do útero e do tecido ovariano contralateral é permitida não apenas no estágio I, mas também nos estádios II e III (quando há implantes peritoneais não invasivos). A cistectomia (retirada apenas do tumor) ou a salpingo-oforectomia unilateral são opções viáveis, mesmo na presença de doença extraovariana, desde que os implantes não sejam invasivos.

Alternativa E (Incorreta): Conforme mencionado anteriormente, a biópsia do ovário contralateral que apresenta aspecto normal à inspeção cirúrgica não deve ser realizada de rotina em tumores borderline. O procedimento aumenta o risco de falência ovariana precoce e obstrução tubária por aderências pós-operatórias, não trazendo benefício no estadiamento ou na sobrevida da paciente.

Questão 69

Para compreender essa questão, é fundamental dominar a Classificação da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) para os miomas uterinos, que os categoriza de acordo com a sua localização anatômica na parede uterina.

A classificação varia de 0 a 8:

FIGO 0: Submucoso pediculado (intracavitário).

FIGO 1: Submucoso com menos de 50% de componente intramural.

FIGO 2: Submucoso com 50% ou mais de componente intramural.

FIGO 3: Intramural que toca o endométrio.

FIGO 4: Intramural puro (não toca o endométrio nem a serosa).

FIGO 5: Subseroso com 50% ou mais de componente intramural.

FIGO 6: Subseroso com menos de 50% de componente intramural.

FIGO 7: Subseroso pediculado (ligado ao útero apenas por um pedículo).

FIGO 8: Outras localizações (cervical, parasita).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O mioma intramural é classificado como FIGO 3 ou 4. O FIGO 7 está localizado na parte externa do útero (subseroso). Além disso, a hipervascularização não é uma característica definidora da categoria 7.

Alternativa b) Incorreta. A dismenorreia secundária (cólica menstrual) é mais comumente associada a miomas que distorcem a cavidade uterina (submucosos) ou que estão dentro da musculatura (intramurais). Miomas subserosos pediculados raramente causam dor, a menos que sofram torção de seu pedículo.

Alternativa c) Incorreta. Hemorragias uterinas (sangramento uterino anormal) estão associadas a miomas que impactam o endométrio (FIGO 0, 1, 2 e às vezes 3). Como o mioma FIGO 7 é subseroso e pediculado, ele não entra em contato com a cavidade endometrial e, portanto, não costuma causar alterações no fluxo menstrual.

Alternativa d) Incorreta. A presença de um mioma, por si só, não é uma contraindicação absoluta para terapia hormonal, seja anticoncepcional ou reposição hormonal na menopausa. O manejo depende dos sintomas e do desejo da paciente.

Alternativa e) Correta. Por definição, o mioma classificado como FIGO 7 é um nódulo subseroso pediculado. Como ele se desenvolve para fora da cavidade uterina e não comprime órgãos adjacentes na maioria dos casos pequenos ou moderados, ele costuma ser um achado incidental de exames de imagem, sendo frequentemente assintomático.

Questão 70

A paciente em questão apresenta a síndrome climatérica (sintomas vasomotores e geniturinários) em um cenário de contraindicação absoluta à terapia de reposição hormonal sistêmica tradicional, devido ao antecedente de câncer de mama e ao uso atual de anastrozol (um inibidor da aromatase). O manejo deve focar em alternativas não hormonais para os fogachos e tratamentos tópicos de baixa absorção para a atrofia vaginal.

Alternativa a: Incorreta. A testosterona transdérmica não tem indicação para o tratamento de sintomas vasomotores (fogachos). Além disso, em pacientes com câncer de mama, o uso de esteroides sistêmicos deve ser evitado, pois podem sofrer conversão periférica em estrogênios, o que é contraproducente, especialmente em quem usa inibidores da aromatase.

Alternativa b: Incorreta. O óleo de prímula é frequentemente citado em terapias alternativas, porém estudos clínicos não demonstram eficácia superior ao placebo no controle de ondas de calor. O hidratante vaginal é uma boa opção não hormonal para a secura, mas a alternativa falha ao não oferecer uma solução eficaz para os sintomas sistêmicos (fogachos).

Alternativa c: Incorreta. A progesterona isolada não é a primeira linha para tratamento de fogachos neste perfil de paciente. O lubrificante vaginal ajuda apenas no momento da relação sexual (alívio imediato da dispareunia), mas não trata a causa-base da atrofia vaginal nem restaura o epitélio.

Alternativa d: Incorreta. A tibolona é um esteroide sintético que está formalmente contraindicada em pacientes com histórico de câncer de mama. O estudo LIBERATE demonstrou que o uso de tibolona nessas pacientes aumenta significativamente o risco de recorrência da neoplasia. O estradiol vaginal, embora tópico, tem maior potencial de absorção sistêmica que outras opções.

Alternativa e: Correta. Esta é a conduta mais adequada. A desvenlafaxina é um inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN) que possui evidência robusta no controle de sintomas vasomotores em mulheres que não podem realizar reposição hormonal. Ela é segura para sobreviventes de câncer de mama. O promestrieno é um estrogênio tópico com absorção sistêmica mínima e não altera os níveis séricos de estradiol, sendo uma opção viável para o tratamento da síndrome geniturinária da menopausa (atrofia e dispareunia) quando os hidratantes vaginais não são suficientes, sempre com cautela e discussão com a oncologia.

Questão 71

RESUMO DO CASO:

A paciente é uma mulher jovem (26 anos), em idade reprodutiva, com quadro de amenorreia secundária (atraso menstrual de 50 dias) associada a sinais e sintomas sugestivos de gestação, como náuseas, mastalgia (mamas doloridas) e aumento do conteúdo vaginal fisiológico. Diante desse cenário clínico, a principal hipótese diagnóstica a ser afastada ou confirmada é a gravidez.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A gravidez é a causa mais comum de amenorreia secundária em mulheres sexualmente ativas na idade reprodutiva. O teste imunológico de urina ou a dosagem sérica de β -hCG são os exames de escolha iniciais devido à sua alta sensibilidade, baixo custo e facilidade de execução. Os sintomas relatados (náuseas e mastalgia) reforçam a necessidade imediata de excluir gestação antes de prosseguir com qualquer outra investigação diagnóstica.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

ALTERNATIVA B: A dosagem de FSH e LH é utilizada para avaliar o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, sendo indicada na investigação de insuficiência ovariana prematura ou causas centrais de amenorreia. No entanto, esses exames só devem ser solicitados após a exclusão de gravidez e, geralmente, após outros testes iniciais, como o teste do progestogênio.

ALTERNATIVA C: A ultrassonografia pélvica é um exame de imagem complementar importante para datar a gestação ou avaliar a morfologia uterina e anexial. Contudo, em uma fase tão inicial (cerca de 7 semanas se considerarmos os 50 dias), o

diagnóstico bioquímico via β -hCG é o primeiro passo laboratorial preconizado antes da avaliação por imagem.

ALTERNATIVA D: A prolactina é dosada quando há suspeita de hiperprolactinemia (que pode causar amenorreia e galactorreia), e a progesterona pode ser usada para confirmar ovulação. Entretanto, nenhuma delas é o exame inicial prioritário para uma paciente com atraso menstrual e sintomas simpáticos de gravidez.

ALTERNATIVA E: A pesquisa de hiperandrogenismo (como na Síndrome dos Ovários Policísticos) seria indicada caso a paciente apresentasse sinais clínicos de excesso de androgênios, como hirsutismo, acne ou alopecia, o que não foi descrito no exame físico da paciente. Mesmo nesses casos, a gravidez ainda precisaria ser excluída primeiro.

Questão 72

Esta questão aborda o diagnóstico e o manejo terapêutico da sífilis na gestação, um tema recorrente e de extrema importância na prática clínica e em provas de residência.

Análise do Caso Clínico:

A paciente é uma gestante (24 semanas) com diagnóstico sorológico de sífilis, confirmado pela combinação de um teste treponêmico reagente e um teste não treponêmico (VDRL 1:16). Ela é assintomática e não possui histórico de tratamento prévio. Quando não é possível determinar o tempo de evolução da doença (tempo de infecção desconhecido) ou quando a infecção tem mais de um ano (sífilis latente tardia), o protocolo do Ministério da Saúde preconiza o tratamento para sífilis de duração ignorada.

Alternativa A (Incorreta): A ceftriaxona pode ser uma opção de segunda linha para o tratamento da sífilis em adultos não gestantes em casos específicos. No entanto, para a gestante, a única terapia considerada adequada para tratar a mãe e prevenir a sífilis congênita (atravessando a barreira placentária de forma eficaz) é a penicilina benzatina.

Alternativa B (Correta): Para casos de sífilis latente de tempo de evolução desconhecido, sífilis latente tardia ou sífilis terciária, o esquema terapêutico recomendado é a penicilina G benzatina na dose de 2,4 milhões de UI, por via intramuscular, semanalmente, durante 3 semanas consecutivas (totalizando 7,2 milhões de UI). Como a paciente não apresenta sintomas de fase primária ou secundária e não se sabe quando ocorreu a infecção, ela se enquadra no esquema de duração ignorada.

Alternativa C (Incorreta): O esquema de dose única (2,4 milhões de UI) é indicado apenas para sífilis primária, sífilis secundária ou sífilis latente recente (com infecção comprovadamente ocorrida há menos de um ano). No caso descrito, não há elementos que permitam classificar a infecção como recente.

Alternativa D (Incorreta): A penicilina cristalina, administrada por via intravenosa em doses elevadas, é o tratamento de escolha para a neurosífilis ou para a sífilis congênita no recém-nascido. Não é o tratamento padrão para a sífilis latente na gestante.

Alternativa E (Incorreta): A coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR) para investigação de neurosífilis em pacientes com sífilis latente só está indicada na presença de sintomas neurológicos, oculares ou auditivos, ou em casos de falha terapêutica após o tratamento correto, o que não se aplica ao quadro inicial desta paciente.

Resumo: Diante de uma gestante com sífilis de duração desconhecida, o tratamento deve ser feito com 3 doses semanais de penicilina benzatina 2,4 milhões de UI.

Questão 73

O tema central desta questão são as contraindicações ao aleitamento materno, um assunto recorrente em provas de residência que exige o conhecimento de quais condições impedem a amamentação de forma temporária ou definitiva.

Letra A - Incorreta. A infecção pelos vírus HTLV I e II (vírus T-linfotrófico humano) é uma contraindicação absoluta e definitiva à amamentação no Brasil. O vírus é transmitido através do leite materno e está associado ao desenvolvimento de doenças graves a longo prazo, como a leucemia/linfoma de células T do adulto e a paraparesia espástica tropical.

Letra B - Incorreta. A tuberculose pulmonar ativa e não tratada é uma contraindicação temporária ao contato direto. A transmissão ocorre por via aérea (gotículas) e não pelo leite. No entanto, não se pode dizer que o aleitamento é "sem restrições", pois a mãe deve ser afastada do bebê ou usar máscara cirúrgica até que tenha completado pelo menos 15 dias de tratamento e apresente melhora clínica (tornando-se não bacilífera). O recém-nascido também deve receber quimioprofilaxia.

Letra C - Correta. A varfarina é um anticoagulante oral considerado seguro e compatível com a amamentação. A molécula possui alta ligação às proteínas plasmáticas da mãe, o que impede sua passagem para o leite materno em

quantidades clinicamente significativas. Estudos demonstram que não há alteração no tempo de protrombina ou risco de sangramento para o lactente cuja mãe utiliza varfarina.

Letra D - Incorreta. A infecção pelo HIV é uma contraindicação absoluta e definitiva para a amamentação no Brasil. O risco de transmissão vertical do vírus pelo leite materno é alto, sendo obrigatória a substituição do leite materno por fórmula infantil e a inibição da lactação com cabergolina logo após o parto.

Letra E - Incorreta. O tratamento com quimioterapia antineoplásica contraindica o aleitamento materno de forma absoluta. Os fármacos quimioterápicos são excretados no leite e possuem alto potencial de toxicidade, podendo causar supressão da medula óssea, citotoxicidade e outros efeitos adversos graves no desenvolvimento da criança.

Questão 74

Análise da questão:

Trata-se de uma gestação gemelar dicoriônica e diamniótica (DCDA) sem complicações (crescimento adequado para a idade gestacional). O desafio aqui é determinar o momento ideal para o parto e a conduta frente à apresentação pélvica de ambos os fetos em uma gestação de 33 semanas.

Alternativa (a) Incorreta. A interrupção da gestação com 34 semanas é reservada para situações de alto risco, como na gestação monócoriônica monoamniótica (devido ao risco de entrelaçamento de cordões) ou em casos de complicações materno-fetais graves. Para uma gestação dicoriônica estável, o parto prematuro com 34 semanas traria riscos desnecessários de morbidade neonatal. O corticoide é indicado apenas quando há risco iminente de parto prematuro em até 7 dias.

Alternativa (b) Incorreta. A resolução com 36 semanas é a recomendação clássica para gestações gemelares monócoriônicas diamnióticas (MCDA) não complicadas. Nas gestações dicoriônicas (DCDA), como no caso da questão, o risco placentário é menor, permitindo que a gestação avance com segurança até o termo precoce.

Alternativa (c) Incorreta. Em gestações únicas, 39 semanas é o marco para cesáreas eletivas. No entanto, em gestações gemelares, estudos mostram que o risco de óbito fetal intraútero aumenta após a 38ª semana. Por isso, as diretrizes sugerem não ultrapassar 38 semanas e 6 dias.

Alternativa (d) Correta. Para gestações gemelares dicoriônicas e diamnióticas sem

complicações, o consenso da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e de órgãos internacionais (como ACOG e RCOG) é realizar o parto entre 37 e 38 semanas e 6 dias. Como o primeiro feto (feto A) está em apresentação pélvica, a via de parto de eleição é a cesárea. Portanto, deve-se realizar o acompanhamento ambulatorial com avaliação seriada da vitalidade e crescimento até atingir o período de termo (37-38 semanas), quando a resolução será programada.

Alternativa (e) Incorreta. Aguardar o trabalho de parto espontâneo em uma gestação gemelar pode resultar em ultrapassar a idade gestacional de segurança (38 semanas). Além disso, como o primeiro feto está pélvico, a indicação de cesárea já está estabelecida. Programar o procedimento para o período de termo é mais seguro do que aguardar o início do trabalho de parto, que pode ocorrer em momentos desfavoráveis ou evoluir para situações de urgência.

Questão 75

O caso clínico descreve uma emergência obstétrica clássica caracterizada por um colapso cardiorrespiratório súbito durante o parto (neste caso, uma cesariana). A tríade de hipóxia (dispneia e cianose), hipotensão grave e, frequentemente, coagulopatia subsequente define o quadro de embolia amniótica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A atonia uterina é a principal causa de hemorragia pós-parto. Embora cause hipotensão devido ao choque hipovolêmico, ela se manifesta clinicamente por sangramento vaginal abundante e útero amolecido (globoso e sem tônus) após a dequitação placentária. Não é a causa primária de dispneia súbita e cianose durante o procedimento cirúrgico.

b) Incorreta. O tromboembolismo pulmonar (TEP) é um diagnóstico diferencial importante, pois a gestação é um estado hipercoagulável. O TEP pode causar dispneia e hipotensão, mas a embolia amniótica é mais classicamente associada ao colapso catastrófico e imediato durante o trabalho de parto ou manipulação uterina na cesariana em pacientes com fatores de risco como a idade materna avançada (41 anos).

c) Incorreta. O infarto agudo do miocárdio pode ocorrer no perioperatório, especialmente em pacientes com idade mais avançada ou comorbidades. No entanto, em provas de residência, o quadro de insuficiência respiratória aguda seguida de choque circulatório profundo no momento do parto direciona especificamente para patologias obstétricas.

d) Incorreta. A anafilaxia (por antibióticos ou anestésicos) pode causar hipotensão e desconforto respiratório. Contudo, costuma vir acompanhada de manifestações cutâneas (urticária, angioedema) ou broncoespasmo severo, não sendo a principal suspeita diante da tríade clássica apresentada.

e) Correta. A embolia amniótica é uma síndrome rara, mas gravíssima, que ocorre pela entrada de componentes do líquido amniótico na circulação materna. Os principais fatores de risco presentes são a idade materna avançada e o parto por cesariana. O quadro é marcado por início abrupto de sofrimento respiratório, cianose, hipotensão arterial acentuada e evolução rápida para choque cardiogênico e parada cardiorrespiratória. É a alternativa que melhor se encaixa na descrição da questão.

Questão 76

O ciclo menstrual humano, em um modelo clássico de 28 dias, é dividido em duas fases principais: a fase folicular (que precede a ovulação) e a fase lútea (que sucede a ovulação). O evento que separa essas duas fases é a ovulação.

O pico do hormônio luteinizante (LH) é o principal gatilho biológico para a ovulação. Ele ocorre devido ao feedback positivo do estradiol sobre a hipófise quando este atinge níveis elevados e sustentados ao final da fase folicular.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na metade da fase lútea (aproximadamente no 21.º dia do ciclo), o hormônio predominante é a progesterona, produzida pelo corpo lúteo. O LH está em níveis baixos nesse período devido ao feedback negativo exercido pelos hormônios esteroides sexuais sobre o eixo hipotálamo-hipófise.

Alternativa b) Incorreta. No meio da fase folicular, o folículo dominante está em processo de seleção e crescimento sob influência predominante do FSH (hormônio folículo-estimulante). Os níveis de estrogênio estão em ascensão progressiva, mas ainda não atingiram o limiar necessário para disparar o pico de LH.

Alternativa c) Incorreta. O início da fase folicular coincide com o primeiro dia da menstruação. Nesse estágio, os níveis de progesterona e estrogênio caíram e as gonadotrofinas (FSH e LH) estão em patamares basais, começando a subir discretamente para recrutar uma nova coorte de folículos.

Alternativa d) Correta. O pico de LH ocorre justamente no meio do ciclo, servindo como o divisor biológico entre a fase folicular e a fase lútea. Ele acontece

aproximadamente entre 34 a 36 horas antes da liberação do óvulo (ovulação). Em um ciclo de 28 dias, esse fenômeno se concentra em torno do 14.º dia.

Alternativa e) Incorreta. No final da fase lútea, ocorre a regressão do corpo lúteo (luteólise) caso não tenha havido fecundação. Isso resulta na queda drástica dos níveis de progesterona e estrogênio, levando à menstruação. Os níveis de LH permanecem baixos durante essa transição.

Questão 77

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro clássico de condiloma acuminado, causado pela infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). A descrição de lesões acinzentadas, aveludadas e com aspecto em couve-flor (vegetante) na vulva é característica das verrugas genitais. Em lesões visíveis e típicas, o diagnóstico é eminentemente clínico e o tratamento visa à destruição das lesões.

Alternativa (a) Correta: O objetivo do tratamento é a eliminação das verrugas visíveis. A cauterização, que pode ser química (como o uso de ácido tricloroacético - ATA) ou física (eletrocauterização ou crioterapia), é considerada uma conduta de primeira linha. Para lesões de 2 cm, a cauterização é eficaz, segura e comumente disponível na prática ambulatorial.

Alternativa (b) Incorreta: A ressecção cirúrgica (exérese) é uma opção terapêutica, mas geralmente é reservada para lesões muito extensas, volumosas, casos de suspeita de malignidade ou quando há falha em tratamentos menos invasivos. Não é a primeira escolha para uma lesão única de 2 cm em uma paciente jovem.

Alternativa (c) Incorreta: O erro desta alternativa é a via de administração. O imiquimode é um modificador da resposta imune muito utilizado no tratamento do HPV, porém sua apresentação é exclusivamente tópica (creme a 5%). Não existe imiquimode por via oral para o tratamento de verrugas genitais.

Alternativa (d) Incorreta: A vacinação contra o HPV é uma estratégia de prevenção primária fundamental para evitar novas infecções pelos subtipos virais cobertos pelo imunizante. No entanto, a vacina não tem efeito terapêutico, ou seja, ela não trata e não elimina as lesões que já estão instaladas no organismo.

Alternativa (e) Incorreta: O diagnóstico do condiloma acuminado é clínico. A vulvosopia com biópsia não é necessária de rotina. Ela deve ser solicitada apenas em situações específicas, como: dúvida diagnóstica, lesões atípicas (pigmentadas, fixas ou ulceradas), suspeita de neoplasia intraepitelial vulvar (NIV), pacientes

imunossuprimidas ou quando as lesões não respondem ao tratamento convencional.

Questão 78

Análise do caso clínico: O quadro descreve uma adolescente com amenorreia primária (nunca menstruou aos 18 anos). Os achados fundamentais são a presença de mamas desenvolvidas, o que indica que houve ação do estrogênio no organismo, e a ausência completa de pelos pubianos, o que indica uma falha na ação ou na produção de androgênios.

Alternativa (b) CORRETA: A Síndrome de Insensibilidade Androgênica, também conhecida como Síndrome de Morris, é o diagnóstico mais provável. Trata-se de um indivíduo com cariótipo 46,XY (genótipo masculino) que possui testículos. Esses testículos produzem testosterona e Hormônio Antimülleriano (AMH). O AMH causa a regressão dos ductos de Müller, por isso a paciente não tem útero nem tubas (causando a amenorreia). A testosterona é convertida periféricamente em estrogênio, o que garante o desenvolvimento das mamas. Porém, como há um defeito nos receptores de androgênios, o corpo não responde à testosterona, o que explica a ausência de pelos pubianos e axilares. A genitália externa é feminina porque a masculinização depende da ação androgênica.

Alternativa (a) INCORRETA: A Síndrome de Kallmann é uma causa de hipogonadismo hipogonadotrófico (falha na produção de GnRH). Nesses casos, não há estímulo para os ovários produzirem estrogênio. Portanto, a paciente não apresentaria desenvolvimento mamário (infantilismo sexual). Além disso, costuma cursar com anosmia (ausência de olfato).

Alternativa (c) INCORRETA: Na Disgenesia Gonadal, como na Síndrome de Turner, as gônadas não são funcionais e não produzem hormônios. O resultado é a falta de estrogênio, levando à ausência de mamas e amenorreia primária. Frequentemente associa-se à baixa estatura e outras malformações.

Alternativa (d) INCORRETA: Anomalias müllerianas são defeitos de formação do trato reprodutivo. Embora possam causar amenorreia (por ausência de útero ou obstrução), a paciente teria cariótipo 46,XX e ovários normais, o que resultaria em desenvolvimento mamário e pelos pubianos normais, já que a ação dos androgênios não estaria afetada.

Alternativa (e) INCORRETA: A Síndrome de Rokitansky (Agenesia Mülleriana) é caracterizada pela ausência de útero e dos dois terços superiores da vagina em pacientes 46,XX. Como os ovários são normais e funcionantes, a paciente apresenta caracteres sexuais secundários normais, incluindo mamas e pelos pubianos. A

ausência de pelos descrita na questão afasta essa hipótese e direciona para a insensibilidade androgênica.

Questão 79

A análise desta questão exige o conhecimento das principais características clínicas das úlceras genitais, um tema recorrente em provas de residência. O quadro clínico descrito apresenta elementos fundamentais para o diagnóstico diferencial: lesão única ou confluenta, extremamente dolorosa, com fundo purulento e bordas irregulares, acompanhada de linfonodopatia inguinal também dolorosa.

Alternativa (a) Incorreta. A *Clamídia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3) é o agente do linfogranuloma venéreo. Nesta patologia, a lesão inicial é uma pequena pápula ou úlcera fugaz e indolor, que frequentemente passa despercebida pela paciente. O quadro evolui posteriormente com uma linfonodopatia inguinal exuberante e dolorosa (bubão), que pode fistulizar por orifícios múltiplos (bico de regador). A descrição de uma úlcera grande, purulenta e dolorosa descarta essa opção.

Alternativa (b) Incorreta. O herpes-vírus tipo 1 (e, mais comumente, o tipo 2 na região genital) causa lesões muito dolorosas, porém o padrão típico é de múltiplas pequenas vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que se rompem formando exulcerações rasas e limpas, com aspecto "em saca-bocado". Embora possam confluir, a presença de uma úlcera de 2 cm com fundo purulento e bordas irregulares é muito mais característica do cancro mole.

Alternativa (c) Correta. O *Haemophilus ducreyi* é o agente etiológico do cancro mole (também conhecido como cancroide). A descrição clássica da doença envolve úlceras múltiplas (devido à autoinoculação) ou confluentes, de bordas irregulares, com fundo necrótico/purulento e, crucialmente, muito dolorosas ao toque. Além disso, cerca de 50% dos casos apresentam linfonodopatia inguinal dolorosa e unilateral, que pode sofrer liquefação e drenagem por orifício único. Todos esses elementos estão presentes no caso clínico.

Alternativa (d) Incorreta. O *Treponema pallidum* é o agente da sífilis. Na fase primária (cancro duro), a lesão é classicamente uma úlcera única, de bordas bem definidas e endurecidas, com fundo limpo e, o mais importante, indolor. A linfonodopatia associada à sífilis também costuma ser bilateral, endurecida e indolor, o que contradiz totalmente o quadro de dor e purulência relatado na questão.

Questão 80

ANÁLISE DO CASO

O caso clínico descreve uma paciente de 42 anos com Carcinoma Ductal In Situ (CDIS) de pequena extensão (1 cm), localizado no quadrante superior externo da mama. O CDIS é uma lesão pré-invasiva, na qual as células malignas estão confinadas ao sistema ductal, sem ultrapassar a membrana basal. O objetivo principal do tratamento é o controle local para prevenir a progressão para carcinoma invasor.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: Embora a mastectomia simples seja uma opção terapêutica para o CDIS, ela é considerada um tratamento agressivo para uma lesão de apenas 1 cm. A mastectomia é reservada para casos de doença multicêntrica (em diferentes quadrantes), lesões extensas que não permitem bons resultados cosméticos com cirurgia conservadora ou quando a paciente possui contraindicações formais à radioterapia.

Alternativa (b) INCORRETA: A hormonioterapia (como o Tamoxifeno) pode ser utilizada no CDIS apenas como terapia adjuvante (após a cirurgia) em pacientes com receptores hormonais positivos, visando reduzir o risco de recorrência ipsilateral ou de um novo tumor na mama contralateral. Não existe indicação de hormonioterapia neoadjuvante (antes da cirurgia) para o tratamento de carcinoma in situ.

Alternativa (c) INCORRETA: A radioterapia nunca é utilizada como modalidade exclusiva de tratamento para o CDIS. O pilar do tratamento é a ressecção cirúrgica completa da lesão com margens livres. A radioterapia atua como um complemento para diminuir as taxas de recidiva local após a cirurgia preservadora.

Alternativa (d) CORRETA: Para lesões únicas e pequenas (neste caso, 1 cm), a conduta padrão é a cirurgia conservadora (setorectomia ou quadrantectomia) com o objetivo de obter margens cirúrgicas livres, obrigatoriamente associada à radioterapia adjuvante. Diversos estudos clínicos demonstram que a adição da radioterapia após a cirurgia conservadora reduz o risco de recorrência local (tanto in situ quanto invasora) em cerca de 50%.

Alternativa (e) INCORRETA: A setorectomia é o procedimento cirúrgico correto, mas a biópsia de linfonodo sentinela não deve ser realizada rotineiramente no CDIS. Por definição, o carcinoma in situ não tem capacidade de metastatizar para linfonodos. A pesquisa de linfonodo sentinela no CDIS é indicada apenas em situações específicas: quando se opta por mastectomia (pois a retirada da mama impede uma pesquisa

futura caso o exame anatomopatológico final revele um componente invasor) ou se houver forte suspeita clínica/radiológica de microinvasão (lesões muito extensas, geralmente maiores que 4-5 cm).

Questão 81

O cerne desta questão reside na distinção fundamental entre os princípios que regem todo o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), e os atributos específicos da Atenção Primária à Saúde (APS), baseados na literatura de Barbara Starfield.

De acordo com o Artigo 7º da Lei nº 8.080/1990, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com diretrizes previstas na Constituição e obedecem a princípios específicos. Entre os chamados princípios doutrinários (ou éticos) estão a Universalidade, a Equidade e a Integralidade.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A Longitudinalidade é um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde. Ela se refere ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela mesma equipe ou profissional, criando um vínculo de confiança. Embora seja uma diretriz operacional importante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), não consta como princípio na Lei 8.080/1990.

Alternativa (b) Correta. A Integralidade está explicitamente listada no Artigo 7º, inciso II, da Lei nº 8.080/1990. Ela é definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. É o princípio que garante que o sistema olhe para o indivíduo como um todo, não apenas para uma doença.

Alternativa (c) Incorreta. A Coordenação do Cuidado é um atributo essencial da Atenção Primária. Define que a APS deve servir como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, organizando o fluxo do paciente entre os diferentes pontos de atenção (especialistas, hospitais, exames) e integrando as informações.

Alternativa (d) Incorreta. O Acesso de Primeiro Contato é um atributo essencial da Atenção Primária. Significa que a unidade de saúde deve ser a porta de entrada preferencial do sistema, sendo acessível e a primeira escolha do usuário sempre que surgir uma nova necessidade de saúde.

Alternativa (e) Incorreta. A Orientação Comunitária é um atributo derivado da

Atenção Primária. Refere-se ao fato de que os serviços de saúde devem conhecer o perfil epidemiológico e as necessidades sociais da comunidade onde estão inseridos, adaptando suas ações a esse contexto.

Resumo didático:

As alternativas A, C, D e E são atributos da Atenção Primária à Saúde. Somente a Integralidade (Alternativa B) é um princípio doutrinário estabelecido pela Lei 8.080/1990 para todo o funcionamento do SUS.

Questão 82

A questão aborda as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria nº 2.436, de 2017, que é o marco regulatório atual para a organização da Atenção Primária no Brasil.

De acordo com o texto da PNAB 2017, a recomendação para o número de pessoas sob responsabilidade de cada Equipe de Saúde da Família (eSF) ou Equipe de Atenção Básica (eAB) é de 2.000 a 3.500 pessoas. Este parâmetro visa equilibrar a carga de trabalho das equipes com a capacidade de oferecer um cuidado longitudinal e resolutivo. A legislação permite variações para menos ou para mais, dependendo das vulnerabilidades socioeconômicas e do perfil epidemiológico da região, mas mantém essa faixa específica como o padrão de referência para o planejamento da rede.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Esta é exatamente a faixa populacional prevista na Portaria nº 2.436/2017. O objetivo é garantir que a equipe consiga realizar o cadastramento e o acompanhamento efetivo de todos os indivíduos de sua área de abrangência, respeitando os princípios da equidade e universalidade.

Alternativa b) Incorreta. Uma população acima de 3.500 pessoas, chegando a 5.000, é considerada excessiva para uma única equipe padrão, o que prejudicaria o acesso e a qualidade do atendimento, dificultando a criação de vínculo e a realização de ações preventivas e promocionais.

Alternativa c) Incorreta. Valores entre 5.000 e 6.000 extrapolam significativamente a capacidade operacional das equipes de Atenção Básica previstas na legislação brasileira atual.

Alternativa d) Incorreta. Embora populações menores possam ser adotadas em áreas de grande dispersão territorial, áreas ribeirinhas ou de altíssima vulnerabilidade

social para garantir a equidade, a faixa recomendada como regra geral pela PNAB para equipes urbanas e rurais padrão é de 2.000 a 3.500.

Alternativa e) Incorreta. Este valor é muito superior ao recomendado pela política nacional, impossibilitando a gestão adequada do cuidado e o cumprimento das atribuições da Estratégia Saúde da Família.

Questão 83

Barbara Starfield, uma das maiores referências mundiais em Atenção Primária à Saúde (APS), estruturou o cuidado primário em atributos que definem sua qualidade e resolutividade. Esses atributos são divididos em dois grandes grupos: os Essenciais e os Derivados.

Atributos Essenciais:

1. Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade): A unidade de saúde deve ser a porta de entrada preferencial e acessível sempre que houver uma nova necessidade de saúde.
2. Longitudinalidade: Acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela mesma equipe, estabelecendo um vínculo terapêutico duradouro.
3. Integralidade: Capacidade da APS de abordar a maioria dos problemas de saúde e considerar o paciente como um todo, incluindo ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação.
4. Coordenação do Cuidado: Capacidade de integrar e sincronizar o cuidado em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, mantendo a continuidade do tratamento mesmo quando o paciente é referenciado.

Atributos Derivados:

1. Orientação Familiar: Considerar o contexto familiar e as dinâmicas de convivência na avaliação da saúde e no plano terapêutico.
2. Orientação Comunitária: Reconhecer as necessidades de saúde da comunidade onde a unidade está inserida, utilizando dados epidemiológicos locais para o planejamento das ações.
3. Competência Cultural: Adaptação dos serviços de saúde às características culturais, linguísticas e sociais específicas da população atendida para facilitar o vínculo e a adesão.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade fazem parte do grupo de atributos essenciais.

- b) Incorreta. Integralidade e Coordenação do Cuidado são atributos essenciais.
- c) Incorreta. Acessibilidade é uma dimensão do Acesso de Primeiro Contato (essencial). Equidade é um princípio doutrinário do SUS, não um atributo de Starfield.
- d) Correta. A Orientação Familiar e a Competência Cultural são, conforme a classificação proposta por Starfield e adotada pelo Ministério da Saúde (por meio do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária — PCATool), consideradas atributos derivados.
- e) Incorreta. Escuta qualificada é uma prática de acolhimento e humanização. Universalidade é um princípio doutrinário e ético do SUS. Nenhum dos dois integra a lista de atributos de Starfield.

Gabarito: Letra (d).

Questão 84

O tema central desta questão são os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente a Longitudinalidade, conforme definida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Esta descrição refere-se ao atributo da Resolutividade. A resolutividade é a capacidade da APS de identificar os riscos e as necessidades de saúde da população, resolvendo a grande maioria dos problemas (cerca de 80% a 90%) por meio de seus próprios recursos e tecnologias, sem necessariamente recorrer a especialistas focalizados.

Alternativa (b) Correta. A Longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Segundo a PNAB 2017, ela envolve o acompanhamento do paciente ao longo da vida, criando um vínculo de confiança e responsabilização mútua entre a equipe de saúde e o usuário. É a continuidade do cuidado independentemente da presença ou ausência de doença.

Alternativa (c) Incorreta. Esta definição refere-se à Adstrição de Clientela e à Territorialização. Estes processos visam delimitar a área de atuação da Unidade Básica de Saúde (UBS) e identificar a população sob sua responsabilidade, permitindo o planejamento e a programação das ações de saúde de forma descentralizada.

Alternativa (d) Incorreta. Esta alternativa descreve princípios relacionados à

Autonomia e ao Cuidado Centrado na Pessoa (ou Clínica Ampliada). O foco aqui é o empoderamento do paciente para o autocuidado e a elaboração de projetos terapêuticos singularizados, mas não define o conceito técnico de Longitudinalidade.

Alternativa (e) Incorreta. Esta descrição corresponde ao atributo da Coordenação do Cuidado e ao papel da APS como Ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A coordenação implica que a APS deve ser o centro de comunicação entre os diversos pontos da rede, organizando o fluxo do paciente e integrando as informações para garantir que o cuidado seja harmônico em todos os níveis de complexidade.

Gabarito: A alternativa correta é a letra (b).

Questão 85

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é um indicador fundamental em saúde pública, pois reflete não apenas a qualidade da assistência à saúde da gestante e da criança, mas também as condições socioeconômicas e de saneamento de uma região. Para o cálculo correto desse indicador, devemos considerar o número de óbitos em crianças menores de um ano em relação ao número de nascidos vivos no mesmo período e local.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Esta fórmula refere-se ao Coeficiente de Mortalidade na Infância (ou mortalidade em menores de 5 anos). Embora seja um indicador importante de sobrevivência infantil global, o Coeficiente de Mortalidade Infantil restringe-se especificamente ao primeiro ano de vida (menores de 365 dias).

Alternativa b) Incorreta. O denominador de indicadores de mortalidade infantil deve ser o número de nascidos vivos, que representa a população real sob risco de morte naquela faixa etária, e não a população total. Além disso, o fator multiplicador padrão para a mortalidade infantil é 1.000, e não 100.000.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa apresenta a fórmula oficial preconizada pelo Ministério da Saúde: o número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade, dividido pelo número de nascidos vivos residentes, multiplicado por 1.000. O resultado expressa o risco de um nascido vivo morrer antes de completar seu primeiro ano de vida.

Alternativa d) Incorreta. Esta fórmula descreve a Razão de Mortalidade Materna. Nela, utiliza-se o número de óbitos por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério no numerador e o multiplicador de 100.000. Não possui relação direta com o cálculo

da mortalidade infantil.

Alternativa e) Incorreta. Embora o numerador (óbitos em menores de 1 ano) e o denominador (nascidos vivos) estejam corretos para o indicador solicitado, o multiplicador utilizado na saúde pública para a mortalidade infantil é a base 1.000 (por mil nascidos vivos). O uso de 100.000 é reservado para outros indicadores, como a mortalidade materna ou coeficientes de mortalidade por causas específicas (como câncer ou doenças cardiovasculares).

Questão 86

A questão aborda o rastreamento do câncer de mama em uma mulher de 55 anos, idade que está dentro da faixa prioritária recomendada pelo Ministério da Saúde (50 a 69 anos). O resultado do exame foi classificado como BI-RADS 1, e a descrição aponta mamas predominantemente adiposas.

O BI-RADS 1 (Exame Negativo) significa que não foram encontradas alterações, como massas, distorções de arquitetura ou calcificações suspeitas. Além disso, mamas adiposas facilitam a visualização do parênquima mamário na mamografia, conferindo alta sensibilidade ao exame neste caso específico.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A ultrassonografia mamária complementar é indicada em casos de BI-RADS 0 (exame inconclusivo) ou quando as mamas são densas, o que dificulta a avaliação mamográfica. Como a paciente tem mamas adiposas e o resultado foi negativo (BI-RADS 1), não há necessidade de exames adicionais.

b) Correta. BI-RADS 1 é um resultado normal. A conduta correta é tranquilizar a paciente quanto à ausência de achados suspeitos e manter o rastreamento bienal, conforme preconiza o protocolo do Ministério da Saúde para mulheres na sua faixa etária.

c) Incorreta. A repetição da mamografia em um intervalo curto (6 meses) é a conduta indicada para achados classificados como BI-RADS 3 (provavelmente benignos), o que não se aplica a este caso.

d) Incorreta. O encaminhamento ao mastologista deve ser reservado para casos de alterações suspeitas (BI-RADS 4 ou 5) ou quando há sintomas clínicos que não foram esclarecidos pelos exames de imagem. Um exame normal pode e deve ser acompanhado pelo médico de família e comunidade na Atenção Primária.

e) Incorreta. A biópsia mamária é um procedimento invasivo indicado para lesões suspeitas de malignidade (BI-RADS 4 ou 5). Solicitar biópsia para um exame BI-RADS 1 é tecnicamente impossível e clinicamente injustificado, visto que não existe lesão a ser biopsiada.

Questão 87

O acompanhamento pré-natal de baixo risco, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e a Caderneta da Gestante, deve seguir um cronograma de periodicidade crescente. O objetivo é aumentar a vigilância sobre o bem-estar fetal e a saúde materna conforme a gestação se aproxima do termo, período em que aumentam os riscos de intercorrências como síndromes hipertensivas e restrição de crescimento fetal.

O esquema oficial recomendado é:

- Até a 28ª semana: Consultas mensais.
- Da 28ª até a 36ª semana: Consultas quinzenais (a cada 15 dias).
- Da 36ª semana até o parto: Consultas semanais.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O erro está em estender o período de consultas mensais até a 36ª semana. Isso deixaria a gestante sem o acompanhamento quinzenal necessário no início do terceiro trimestre e retardaria a intensificação da vigilância.

Alternativa b: Incorreta. Os marcos temporais apresentados não condizem com a norma técnica. O Ministério da Saúde estabelece a transição para o regime quinzenal na 28ª semana (e não na 32ª) e para o regime semanal na 36ª semana (e não na 38ª).

Alternativa c: Correta. Esta alternativa reflete exatamente a recomendação dos manuais técnicos e da Caderneta da Gestante. A transição do regime mensal para o quinzenal deve ocorrer ao completar 28 semanas, e a transição do quinzenal para o semanal deve ocorrer na 36ª semana.

Alternativa d: Incorreta. Apesar de citar a 28ª e a 36ª semanas, a redação é considerada menos precisa que a da alternativa c em termos de nomenclatura técnica e divisão dos períodos. A alternativa c descreve de forma mais clara os intervalos entre os marcos.

Alternativa e: Incorreta. Sugere a manutenção do regime mensal por tempo excessivo (até a 32ª semana) e falha ao não prever a necessidade de consultas

semanais a partir da 36ª semana, o que é essencial para o preparo e monitoramento próximo ao parto.

Questão 88

Para compreender esta questão, é fundamental dominar o modelo de Dahlgren e Whitehead, que explica como as condições sociais, econômicas e ambientais influenciam a saúde. O modelo é representado em camadas, partindo dos fatores individuais até os condicionantes macroestruturais.

Análise das proposições:

I. Correta. De acordo com o modelo, as condições de vida e de trabalho, que incluem habitação, saneamento e ambiente de trabalho, são consideradas determinantes intermediários. Eles funcionam como o elo entre a estrutura social e o impacto biológico direto no indivíduo. No caso descrito, a proximidade com o lixão e a má ventilação são fatores ambientais que elevam o risco de infecções e alergias respiratórias.

II. Correta. A escolaridade e a renda são determinantes estruturais da saúde. Eles definem a posição socioeconômica do indivíduo na sociedade. Esses fatores condicionam as oportunidades de escolha, a qualidade da alimentação e o acesso a serviços de saúde e informação, gerando desigualdades que se traduzem em diferentes perfis de adoecimento.

III. Incorreta. Afirmar que o adoecimento está relacionado apenas a fatores individuais e biológicos ignora todo o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Embora a idade (menores de 5 anos) seja um fator biológico de vulnerabilidade, a alta prevalência na comunidade específica é claramente explicada pelo contexto social e ambiental descrito, e não apenas pela biologia isolada.

IV. Correta. Visto que os problemas identificados (lixão, moradias inadequadas, baixa renda) estão fora do alcance direto apenas do setor saúde (clínicas e hospitais), a intervenção exige ações intersetoriais. Isso envolve a articulação entre saúde, assistência social, urbanismo, saneamento e educação para modificar as causas fundamentais das doenças e promover a equidade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Inclui a proposição III, que é conceitualmente errada ao reduzir a saúde ao fator biológico.

b) Incorreta. Embora II e IV estejam corretas, a alternativa está incompleta, pois a

proposição I também é verdadeira.

c) Correta. Identifica corretamente que as proposições I, II e IV estão de acordo com a teoria dos determinantes sociais e a análise do caso clínico-comunitário.

d) Incorreta. Inclui a proposição III, que nega a importância dos determinantes sociais.

e) Incorreta. Inclui a proposição III e exclui determinantes fundamentais como renda, escolaridade e a necessidade de intersetorialidade.

Questão 89

Análise do Caso:

Dona Helena apresenta sinais claros de sobrecarga do cuidador, o que está impactando diretamente sua saúde física (descontrole da pressão arterial) e mental (insônia e sofrimento emocional). A utilização do Genograma permitiu visualizar a estrutura familiar e a rede de apoio disponível, enquanto o APGAR familiar confirmou uma disfunção familiar importante, caracterizada principalmente pela falta de participação e apoio dos outros membros (neste caso, o filho). Na Medicina de Família e Comunidade, o foco deve ser a abordagem sistêmica, entendendo que o adoecimento do indivíduo está interligado à dinâmica da família.

Alternativa A: Incorreta. Focar exclusivamente no controle da hipertensão e no ajuste medicamentoso é uma conduta puramente biomédica e reducionista. Ignora a causa-raiz do descontrole pressórico, que é o estresse psicossocial decorrente da sobrecarga. Sem abordar o contexto familiar, dificilmente haverá sucesso terapêutico a longo prazo.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa aplica os princípios da abordagem familiar. Após coletar dados com o Genograma e o APGAR, o médico deve usar essas informações para intervir na dinâmica familiar. Elaborar um plano de cuidado que envolva os demais membros (como o filho) visa redistribuir as responsabilidades do cuidado com o marido, aliviando a carga sobre Dona Helena e tratando o problema em sua origem.

Alternativa C: Incorreta. O sofrimento de Dona Helena é uma reação compreensível a uma situação de estresse crônico (estresse do cuidador). O manejo inicial deve ser feito pela própria equipe de Atenção Primária, através da escuta qualificada e da intervenção familiar. O encaminhamento para a psiquiatria seria uma medida secundária, caso o ajuste do contexto familiar não fosse suficiente ou se houvesse critérios para um transtorno mental grave.

Alternativa D: Incorreta. Reforçar a adesão e iniciar antidepressivos sem modificar a realidade objetiva da paciente é uma forma de medicalizar um problema que é, em

essência, social e familiar. O uso de psicofármacos não substitui a necessidade de suporte e reorganização da rotina de cuidados.

Alternativa E: Incorreta. Embora a participação do filho seja o objetivo terapêutico, o médico não possui autoridade legal ou ética para impor condutas que ignorem os desejos pessoais ou a autonomia dos familiares. A abordagem familiar na medicina busca a pactuação, o diálogo e a construção conjunta de soluções, e não a imposição de tarefas.

Questão 90

Texto Original:

A questão aborda os princípios do Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentado na Política Nacional de Humanização (PNH). O foco central é a identificação de prioridades clínicas para garantir a equidade e a segurança do paciente dentro da unidade de saúde.

Alternativa (a) Incorreta: No Sistema Único de Saúde (SUS), a organização do fluxo deve basear-se na vulnerabilidade e no risco clínico, e não apenas na ordem cronológica. O princípio da equidade orienta que devemos tratar de forma diferente os desiguais, priorizando quem apresenta maior gravidade. Atender por ordem de chegada em um cenário de dor torácica súbita negligencia o risco de morte iminente.

Alternativa (b) Incorreta: A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada do sistema e deve ser resolutiva. Ela tem a responsabilidade de realizar o manejo inicial de urgências e emergências que cheguem ao serviço, garantindo a estabilização e, se necessário, a transferência segura. Orientar a procura direta pela UPA sem prestar o atendimento inicial é uma omissão de socorro e viola o princípio do acesso universal.

Alternativa (c) Incorreta: O enfermeiro, ao realizar o acolhimento, já identificou sinais de alerta de alta gravidade (dor torácica súbita e sudorese intensa são sinais clássicos de possível Síndrome Coronariana Aguda). Solicitar que este paciente aguarde em uma fila de triagem convencional atrasa o atendimento tempo-dependente necessário para o manejo do infarto agudo do miocárdio, o que aumenta a morbimortalidade.

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta que respeita a classificação de risco e a priorização clínica. Diante de sintomas que sugerem instabilidade ou emergência cardiovascular, o protocolo de humanização e as diretrizes clínicas determinam o atendimento imediato. O encaminhamento direto para avaliação médica visa realizar o diagnóstico rápido (como o ECG em até 10 minutos) e iniciar as medidas de suporte necessárias.

Alternativa (e) Incorreta: A gestão da agenda na APS deve ser dinâmica. Embora o atendimento programado seja importante para o acompanhamento de condições crônicas e prevenção, a demanda espontânea, especialmente os casos agudos e graves, deve ter prioridade sobre atendimentos eletivos. Reagendar casos de procura espontânea sem avaliação prévia de risco é uma prática que contraria as diretrizes de cuidado da Atenção Primária.

Portanto, a alternativa (d) reflete corretamente a aplicação dos protocolos de triagem e o dever de prestar assistência imediata conforme a gravidade do quadro clínico apresentado.

Questão 91

A alternativa correta é a letra b. Abaixo, segue a análise detalhada de cada item com base nas normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e na conduta médica adequada:

Alternativa a: Está incorreta. A adolescente de 13 anos está dentro da faixa etária-alvo do PNI (9 a 14 anos) para a vacina contra o HPV. A presença de doença pulmonar crônica no idoso não é motivo para adiar a vacina contra influenza; pelo contrário, é uma indicação clínica prioritária para evitar complicações respiratórias. Além disso, febre e irritabilidade leves são eventos adversos comuns e não graves, não justificando a notificação como evento grave.

Alternativa b: Está correta. Historicamente, o esquema para a vacina contra o HPV em adolescentes de 9 a 14 anos consistia em duas doses com intervalo de seis meses (embora o Ministério da Saúde tenha iniciado a transição para dose única em 2024, a alternativa reflete o conhecimento clássico do PNI e a conduta clínica correta). O idoso de 70 anos deve ser vacinado contra influenza, pois a idade e a comorbidade respiratória o colocam como grupo prioritário. Sobre a criança, febre baixa e irritabilidade nas primeiras 24 horas após a vacina tríplice viral são reações leves e esperadas, exigindo apenas orientação aos pais sobre cuidados sintomáticos e observação.

Alternativa c: Está incorreta. O esquema de três doses para a vacina contra o HPV é indicado especificamente para pacientes imunocomprometidos (como portadores de HIV/AIDS, transplantados e pacientes oncológicos) entre 9 e 45 anos. Não há necessidade de encaminhamento médico de rotina para que idosos se vacinem contra influenza se não houver contra-indicação aguda. Reações leves não são motivo para suspensão de doses subsequentes da vacina.

Alternativa d: Está incorreta. Apesar de o PNI ter atualizado a recomendação da vacina contra o HPV para dose única em 2024, a alternativa erra ao considerar que eventos adversos leves (febre e irritabilidade) constituem uma contraindicação definitiva. Contraindicações definitivas são raras e geralmente relacionadas a reações anafiláticas graves a componentes da vacina ou eventos neurológicos graves prévios.

Alternativa e: Está incorreta. A orientação fundamental do PNI e das equipes de Atenção Primária é o aproveitamento de toda e qualquer oportunidade de vacinação. Aguardar campanhas futuras causa atrasos desnecessários na proteção individual e coletiva, deixando os pacientes vulneráveis a doenças imunopreveníveis.

Questão 92

Análise da questão:

Dona Lúcia apresenta um quadro clínico clássico de alto risco cardiovascular: idosa, com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de longa duração (10 anos), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e presença de lesão de órgão-alvo (microalbuminúria positiva). Para responder corretamente, devemos identificar qual das afirmações é INCORRETA com base nas diretrizes brasileiras vigentes.

Alternativa a) Correta. A paciente é classificada como de alto risco cardiovascular. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a presença de DM2 com mais de 10 anos de evolução ou a presença de albuminúria (mesmo microalbuminúria) já coloca o paciente, no mínimo, na categoria de alto risco. Nesses casos, o controle rigoroso dos fatores de risco é mandatório.

Alternativa b) Correta. A individualização da meta de hemoglobina glicada (HbA1c) é uma recomendação forte. Para pacientes idosos, com longa duração da doença ou maior risco de hipoglicemia, as metas podem ser mais flexíveis (entre 7,5% e 8,0%), visando à segurança e à prevenção de eventos adversos graves, o que se aplica perfeitamente ao caso clínico apresentado.

Alternativa c) INCORRETA (Gabarito). Esta é a alternativa que deve ser marcada. Embora a associação de losartana e hidroclorotiazida seja adequada para o tratamento da hipertensão em um paciente diabético com microalbuminúria (devido ao efeito nefroprotetor do BRA — losartana), a afirmação sobre a meta lipídica está errada. Para pacientes de alto risco cardiovascular, como Dona Lúcia, as metas de LDL-c são muito mais rígidas. A meta de LDL < 130 mg/dL é para baixo risco. Para o alto risco, a diretriz brasileira recomenda LDL < 70 mg/dL (ou, em alguns contextos,

até < 50 mg/dL se houver risco muito alto). Portanto, com LDL de 118 mg/dL, a paciente não atingiu a meta e a conduta terapêutica com sinvastatina 20 mg precisaria ser intensificada.

Alternativa d) Correta. Mudanças de Estilo de Vida (MEV) são o pilar fundamental do tratamento de doenças crônicas como HAS e DM2. A adesão irregular citada no enunciado reforça a necessidade de aconselhamento contínuo sobre dieta e atividade física.

Alternativa e) Correta. O algoritmo de tratamento do DM2 prevê a otimização da metformina como primeira linha. Se a meta de HbA1c individualizada não for alcançada, a adição de um segundo agente (como inibidores de SGLT2 ou análogos de GLP-1, preferencialmente em pacientes com risco cardiovascular elevado ou doença renal) ou mesmo o início de insulina basal está de acordo com os protocolos clínicos.

Questão 93

Afirmativa I: Correta. A puericultura é a base da atenção integral à saúde da criança na Atenção Primária. Ela envolve o acompanhamento sistemático do crescimento (peso, estatura, perímetro cefálico) e do desenvolvimento neuropsicomotor, além da vigilância vacinal, orientações nutricionais e o fortalecimento da rede de apoio familiar para a promoção da saúde.

Afirmativa II: Correta. Esta conduta corresponde ao Plano A do manejo da doença diarreica aguda, preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde para crianças sem sinais de desidratação. O foco é a prevenção da desidratação mediante o aumento da oferta de líquidos, manutenção da dieta habitual e uso do Soro de Reidratação Oral (SRO) após as perdas, além da educação da família sobre sinais de alerta.

Afirmativa III: Incorreta. O resfriado comum é uma infecção viral autolimitada e o seu manejo na APS é baseado no alívio de sintomas, como lavagem nasal e controle da febre. Não há indicação de realizar painel viral rotineiramente para casos leves, muito menos para decidir o uso de oseltamivir. O oseltamivir é indicado especificamente para o vírus Influenza em pacientes com Síndrome Gripal que apresentem fatores de risco para complicações ou em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Afirmativa IV: Correta. A pneumonia permanece como uma importante causa de mortalidade infantil. No contexto da APS, o diagnóstico é clínico e fundamentado na presença de tosse ou dificuldade respiratória associada à taquipneia (aumento da

frequência respiratória conforme a idade). A identificação de esforço respiratório (tiragem subcostal) indica gravidade e necessidade de encaminhamento ou tratamento imediato.

Afirmativa V: Correta. O acompanhamento do desenvolvimento na puericultura deve ser multidimensional. Avaliar a linguagem, a interação social e o comportamento permite ao profissional identificar precocemente desvios da normalidade, como o Transtorno do Espectro Autista ou atrasos globais do desenvolvimento, possibilitando o encaminhamento para estimulação precoce e terapias especializadas.

Análise das alternativas: Apenas as afirmativas I, II, IV e V estão corretas. A afirmativa III está incorreta por sugerir exames desnecessários e conduta terapêutica inadequada para resfriados comuns. Portanto, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 94

Essa questão aborda os níveis de prevenção em saúde, um tema recorrente em provas de Medicina Preventiva e Social, baseado na classificação de Marc Jamouille. O foco aqui é o reconhecimento de quando a intervenção médica pode ser prejudicial ao paciente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A prevenção primária ocorre no período pré-patogênico e visa remover causas e fatores de risco de uma doença antes que ela ocorra. Exemplos clássicos são a vacinação e o incentivo à cessação do tabagismo. No caso do Seu José, o foco não é evitar a exposição a um fator de risco, mas sim decidir sobre a realização de exames de rastreamento.

b) Incorreta. A prevenção secundária consiste no diagnóstico precoce e tratamento imediato de doenças em estágio inicial ou assintomático, geralmente por meio de rastreamento (screening). O filho do paciente sugeriu ações de prevenção secundária (PSA, colonoscopia), mas a conduta do médico foi justamente questionar a validade dessas ações para este paciente específico, optando por não realizá-las.

c) Incorreta. A prevenção terciária foca na redução de prejuízos causados por uma doença já estabelecida, visando à reabilitação, à redução de sequelas e à melhoria da funcionalidade. Embora o paciente tenha hipertensão e insuficiência cardíaca, a decisão médica descrita não se refere ao tratamento dessas patologias, mas sim à recusa de novos exames diagnósticos desnecessários.

d) Correta. A prevenção quaternária é definida como a detecção de indivíduos em

risco de excesso de intervenções médicas (overmedicalization), visando protegê-los de intervenções desnecessárias e sugerindo alternativas eticamente aceitáveis. Em pacientes idosos com comorbidades, o rastreamento de cânceres pode levar ao sobrediagnóstico (overdiagnosis) e ao sobretratamento (overtreatment), em que os riscos dos procedimentos (biópsias, cirurgias, complicações de exames invasivos) e o impacto na qualidade de vida superam o benefício de detectar uma doença que possivelmente não seria a causa da morte do paciente. Portanto, ao priorizar o bem-estar e evitar danos iatrogênicos, o médico exerce a prevenção quaternária.

e) Incorreta. A promoção da saúde envolve estratégias para aumentar o controle dos indivíduos sobre sua saúde e sobre os determinantes sociais, indo além da prevenção clínica. Embora o médico priorize a qualidade de vida, o termo técnico específico para a ação de evitar intervenções desnecessárias que podem causar dano é prevenção quaternária.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 95

A Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024, marca uma transição importante no financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, buscando corrigir distorções do modelo anterior (Previne Brasil) e fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF). O novo modelo é estruturado em três componentes principais: Fixo, Vínculo e Acompanhamento Territorial e Qualidade.

Alternativa (a) INCORRETA: O Componente Fixo é o valor transferido mensalmente com base no tipo de equipe (eSF ou eAP) e na classificação do município conforme o Índice de Equidade e Dimensionamento (IED). Os critérios citados na alternativa, como vulnerabilidade, completude de cadastro e acompanhamento, pertencem, na verdade, ao Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial.

Alternativa (b) INCORRETA: O Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial não depende do IED para sua definição de valor por equipe, mas sim do número de pessoas cadastradas e efetivamente acompanhadas pelas equipes. O IED (Índice de Equidade e Dimensionamento) é a métrica utilizada para definir os valores do Componente Fixo, visando reduzir as desigualdades regionais e socioeconômicas.

Alternativa (c) INCORRETA: Embora o Componente de Qualidade avalie indicadores de saúde da gestante, puérpera, desenvolvimento infantil (vacinação) e cuidado com diabetes e hipertensão, os "cuidados paliativos" não foram incluídos como indicadores de desempenho para fins de incentivo financeiro direto neste modelo inicial da portaria. Os sete indicadores focam em: pré-natal (6 consultas), exames de

sífilis e HIV na gestação, atendimento odontológico na gestação, citopatológico, vacinação (Poliomielite e Pentavalente), hipertensão e diabetes.

Alternativa (d) CORRETA: O novo modelo de financiamento reafirma a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo prioritário e estruturante da APS. Além disso, a portaria integra e incentiva financeiramente a atuação das equipes multiprofissionais (e-Multi) e das equipes de Saúde Bucal (eSB), vinculando o repasse de recursos à existência e ao trabalho articulado desses profissionais junto às equipes de referência.

Alternativa (e) INCORRETA: As visitas domiciliares e o trabalho territorial são pilares do novo modelo. O Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial valoriza justamente o papel proativo das equipes e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na busca ativa e no monitoramento constante da população sob sua responsabilidade, sendo um critério fundamental para o recebimento dos recursos.

Questão 96

Esta questão aborda o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, com foco no papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.

Alternativa a: Incorreta. O encaminhamento para um serviço de especialidade não interrompe o vínculo da paciente com a Unidade Básica de Saúde (UBS). Na lógica da RAS, a APS deve manter o acompanhamento longitudinal da paciente, independentemente de ela estar sendo assistida simultaneamente por um especialista focal.

Alternativa b: Incorreta. A atuação da UBS não se limita a ações de promoção e prevenção. A APS é responsável pelo manejo clínico de condições crônicas, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, e deve realizar o acompanhamento clínico compartilhado da insuficiência renal crônica em conjunto com o nefrologista.

Alternativa c: Incorreta. A coordenação do cuidado é uma atribuição fundamental da Atenção Primária. O serviço secundário (especialidade) atua como um ponto de atenção de maior densidade tecnológica para apoiar o caso, mas a responsabilidade de organizar o percurso da paciente na rede e integrar as informações permanece com a equipe de Saúde da Família.

Alternativa d: Incorreta. Esta alternativa descreve um modelo fragmentado de idas e vindas. Nas Redes de Atenção à Saúde, busca-se o cuidado compartilhado e a continuidade da assistência. A paciente não deve simplesmente aguardar uma alta

para retornar à UBS; o fluxo de informações entre os níveis de atenção deve ser contínuo.

Alternativa e: Correta. Segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os fundamentos da RAS, a APS é o centro de comunicação da rede. Ela deve coordenar o cuidado, garantindo a continuidade da atenção, enquanto o serviço de nefrologia (atenção secundária) oferece o suporte especializado. Esse arranjo é conhecido como cuidado compartilhado, em que a equipe da UBS e o especialista colaboram no plano terapêutico da paciente.

Questão 97

Alternativa A: Correta. Na Atenção Primária à Saúde (APS), onde a prevalência de doenças graves costuma ser menor do que em ambientes hospitalares, a aplicação do raciocínio bayesiano é fundamental. A probabilidade pré-teste representa a suspeita clínica inicial baseada na epidemiologia, anamnese e exame físico antes da realização de qualquer exame. Utilizar essa estimativa permite ao médico interpretar melhor os resultados, evitando excesso de diagnósticos (*overdiagnosis*) e intervenções desnecessárias.

Alternativa B: Incorreta. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é composta por um tripé: a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica do profissional e as preferências e valores do paciente. Ignorar a experiência individual e os desejos da pessoa consultada descaracteriza a prática da MBE.

Alternativa C: Incorreta. Embora ensaios clínicos e revisões sistemáticas estejam no topo da pirâmide de evidências para tratamentos, os estudos ecológicos ocupam a base. Estudos ecológicos analisam grupos ou populações, e não indivíduos, sendo úteis para gerar hipóteses, mas frágeis para definir condutas terapêuticas individuais devido ao risco de falácia ecológica.

Alternativa D: Incorreta. O objetivo das diretrizes clínicas é justamente reduzir a variabilidade clínica injustificada e promover a segurança. Embora adaptações locais sejam necessárias para ajustar as recomendações à realidade de cada serviço, o intuito é garantir a equidade e a qualidade, e não gerar inconsistência no cuidado.

Alternativa E: Incorreta. Na hierarquia das evidências, a observação não sistemática (experiência assistencial isolada ou opinião de especialistas) é classificada como o nível mais baixo de evidência. Ela é altamente sujeita a vieses e erros de interpretação, ao contrário de estudos sistemáticos e controlados que fornecem alta qualidade de evidência.

Questão 98

O caso clínico apresenta uma trabalhadora formal (auxiliar de limpeza em um supermercado) que sofreu um acidente típico de trabalho, caracterizado por ocorrer no local e durante o horário de expediente, resultando em lesão corporal.

Alternativa (b) - Correta: A emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é obrigatória para todo acidente de trabalho ou doença ocupacional, conforme a Lei nº 8.213/1991. A CAT deve ser emitida mesmo que não haja necessidade de afastamento das atividades. Ela possui fins epidemiológicos e, principalmente, garante os direitos previdenciários da trabalhadora perante o INSS. O médico que presta o atendimento tem a competência e o dever ético de preencher o documento, especialmente se a empresa se recusar a fazê-lo.

Alternativa (a) - Incorreta: Embora a CAT seja obrigatória, a notificação no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é exigida apenas para casos específicos de acidentes de trabalho: os considerados graves (que resultam em morte, mutilação ou internação hospitalar), acidentes com exposição a material biológico ou acidentes envolvendo crianças e adolescentes. O quadro de escoriações e leve edema em uma mulher adulta não preenche os critérios de gravidade para notificação compulsória no SINAN.

Alternativa (c) - Incorreta: O CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) é uma unidade de suporte especializado para a rede de saúde. Não é necessário encaminhar a paciente para lá apenas para avaliar a emissão da CAT. O médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o profissional responsável por essa conduta no momento do atendimento inicial.

Alternativa (d) - Incorreta: A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) destina-se a urgências e emergências clínicas. Encaminhar uma paciente estável apenas para a emissão de um documento administrativo (CAT) sobrecarrega o sistema de urgência desnecessariamente, uma vez que a CAT pode ser emitida em qualquer serviço de saúde, inclusive na Atenção Primária.

Alternativa (e) - Incorreta: A ausência de fratura ou de necessidade de repouso não desobriga a emissão da CAT. O registro do acidente deve ser feito para resguardar a trabalhadora caso a lesão evolua com complicações tardias ou se torne crônica, permitindo o nexo causal entre a patologia futura e o evento ocorrido no supermercado.

Questão 99

Análise do Tema:

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são indicadores que refletem a efetividade e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS). Quando as taxas de internação por causas evitáveis estão altas, indica-se que o acesso ou a qualidade do acompanhamento na UBS estão deficientes. No caso em questão, o cenário envolve barreiras geográficas (zona rural), sociais (vulnerabilidade) e de adesão (absenteísmo). O planejamento em saúde exige que as ações sejam pautadas na realidade do território.

Alternativa (a): Incorreta. Orientar a importância do pré-natal e dos exames é uma ação educativa de rotina, mas ela é ineficaz como estratégia isolada neste caso. Se há uma alta taxa de absenteísmo e dificuldade de acesso, a gestante muitas vezes nem sequer chega à consulta para receber essa orientação. A estratégia falha por não enfrentar a causa raiz do não comparecimento.

Alternativa (b): Correta. Esta alternativa segue os preceitos da territorialização e do diagnóstico situacional. Para planejar ações em saúde, a equipe precisa primeiro compreender o "porquê" do absenteísmo e quais são os obstáculos reais daquela população rural. Ao realizar visitas e diagnosticar as vulnerabilidades "in loco", a equipe pode criar estratégias específicas, como o uso de transporte sanitário, busca ativa por Agentes Comunitários de Saúde ou adequação do cronograma de atendimento à realidade local.

Alternativa (c): Incorreta. A redução das ICSAP e o pré-natal de baixo risco são responsabilidades fundamentais e inerentes à equipe de APS. Afirmar que a responsabilidade não é da equipe é um erro conceitual frente às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Além disso, a construção de uma nova UBS é uma decisão de gestão macro, não uma estratégia imediata de planejamento local para resolver o problema assistencial identificado.

Alternativa (d): Incorreta. O pré-natal especializado (alto risco) deve ser reservado para gestantes que apresentam critérios clínicos de risco gestacional. Encaminhar todas as gestantes apenas pela dificuldade de acesso local causaria um colapso no sistema secundário e não resolveria o problema das condições sensíveis à APS, que devem ser manejadas na própria comunidade.

Alternativa (e): Incorreta. A solução para o problema de acesso e vulnerabilidade em território rural não reside na contratação de especialistas focais. O fortalecimento da APS se faz com a melhoria do processo de trabalho da equipe já existente, foco na territorialização e resolutividade do médico de família e da enfermeira. O problema descrito é de logística, acesso e vulnerabilidade social, e não de falta de densidade

tecnológica especializada.

Questão 100

Texto Original:

O caso clínico apresenta um paciente com sintomas clássicos de um transtorno de ansiedade, possivelmente transtorno de pânico ou transtorno de ansiedade generalizada, caracterizado por sintomas físicos (palpitações, tremores, tontura) e psíquicos (medo de perder o controle, angústia). O quadro já gera prejuízo funcional e social, o que indica a necessidade de intervenção clínica.

Alternativa a) Incorreta. O paciente está clinicamente estável no momento da consulta, tranquilo e nega ideação suicida ou planos de morte. Não há critérios para internação hospitalar ou acionamento de serviço de urgência (SAMU), que são reservados para crises psicóticas agudas, risco iminente de autoagressão ou heteroagressão ou instabilidade clínica grave.

Alternativa b) Incorreta. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são destinados ao atendimento de transtornos mentais graves e persistentes. Casos de ansiedade leve a moderada, como o apresentado, devem ser manejados preferencialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), utilizando as ferramentas da própria unidade e, se necessário, o matriciamento.

Alternativa c) Correta. A conduta ideal na APS para transtornos de ansiedade que causam prejuízo funcional envolve a abordagem multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, grupos terapêuticos) e o manejo farmacológico. Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), como a fluoxetina ou a sertralina, são a primeira linha de tratamento medicamentoso para esses casos devido à sua eficácia e ao seu perfil de segurança.

Alternativa d) Incorreta. Embora o psicólogo faça parte da equipe multiprofissional e seja fundamental no tratamento (psicoterapia), a definição do local de seguimento (fluxo de cuidado) e o diagnóstico inicial são competências de toda a equipe de saúde da família, especialmente do médico no acolhimento. Além disso, o quadro descrito é tipicamente de manejo na APS, não havendo dúvida clínica que justifique o encaminhamento para o CAPS apenas para "definição de local".

Alternativa e) Incorreta. Embora o acolhimento e a escuta qualificada sejam fundamentais, dizer que é "comum se sentir assim" e que não há necessidade de acompanhamento específico minimiza o sofrimento do paciente e ignora o prejuízo funcional relatado (trabalho e vida social). O paciente preenche critérios para um transtorno mental que requer tratamento e acompanhamento longitudinal.
