



SES

GABARITO | 2026 | GO | 100 Questões



Gabarito: SES

2026 | GO

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

Comentários e Explicações

Questão 1

A succinilcolina é o único bloqueador neuromuscular despolarizante utilizado na prática clínica. Seu mecanismo de ação envolve a ligação aos receptores nicotínicos na placa motora, mimetizando a acetilcolina e causando uma despolarização prolongada, o que se manifesta clinicamente, de forma inicial, através de fasciculações musculares.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A succinilcolina não causa alterações nos níveis de fósforo (hiperfosfatemia). Quanto à frequência cardíaca, embora possa ocorrer taquicardia por estímulo ganglionar em adultos, a resposta autonômica mais característica e preocupante é a bradicardia, especialmente em crianças ou após a administração de uma segunda dose.

Alternativa b) Incorreta. Não há associação entre o uso de succinilcolina e a redução dos níveis de cálcio sérico (hipocalcemia). A bradicardia é um efeito possível, mas a combinação com hipocalcemia torna a alternativa errada.

Alternativa c) Correta. A hipercalemia é o efeito colateral mais temido da succinilcolina. Durante a despolarização persistente da membrana muscular, os canais iônicos permanecem abertos, permitindo a saída de potássio do meio intracelular para o extracelular. Em pacientes hígidos, o aumento é de aproximadamente 0,5 mEq/L, porém em condições de up-regulation de receptores (queimados, traumas graves, doenças desmielinizantes ou imobilização), essa liberação pode ser maciça e fatal. A mioglobinúria ocorre devido às fasciculações intensas que podem causar lesão na fibra muscular (rabdomiólise), liberando mioglobina na circulação.

Alternativa d) Incorreta. A mialgia é, de fato, um efeito colateral comum, ocorrendo frequentemente no pós-operatório devido às fasciculações musculares iniciais. Entretanto, a succinilcolina não possui mecanismo que leve à hiponatremia (redução do sódio).

Resumo: A alternativa C está correta pois aponta a hipercalemia (risco eletrolítico principal) e a mioglobinúria (consequência da ação muscular direta), ambos efeitos clássicos deste fármaco.

Questão 2

A raquianestesia, também conhecida como bloqueio subaracnoideo, consiste na deposição de anestésico local no espaço subaracnoideo, onde circula o líquido cefalorraquidiano (líquor). Para compreender a questão, é fundamental revisar a anatomia das meninges e os espaços entre elas, de fora para dentro: ligamento amarelo, espaço epidural, dura-máter, espaço subdural, aracnoide, espaço subaracnoideo e pia-máter.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O espaço situado entre a dura-máter e a aracnoide é o espaço subdural. Este é um espaço virtual e não é o alvo terapêutico da raquianestesia. Injeções acidentais neste local podem resultar em bloqueios extensos e imprevisíveis.

Alternativa (b) Correta. O espaço subaracnoideo está localizado entre a aracnoide e a pia-máter. É neste compartimento que o anestésico deve ser injetado para a realização da raquianestesia, permitindo o contato direto da droga com as raízes nervosas e a medula, banhadas pelo líquido.

Alternativa (c) Incorreta. No adulto, a medula espinhal termina geralmente no nível de L1 ou L2 (cone medular). Realizar uma punção raquidiana no nível T10 (torácico) oferece um risco altíssimo de lesão direta da medula espinhal. Por segurança, a raquianestesia no adulto é recomendada nos espaços intervertebrais abaixo de L2, como L3-L4 ou L4-L5.

Alternativa (d) Incorreta. O espaço situado entre o ligamento amarelo e a dura-máter é o espaço peridural (ou epidural). Este é o local de deposição do anestésico para a realização da anestesia peridural, e não da raquianestesia. Na peridural, não há saída de líquido, ao contrário da raquianestesia, onde a punção da dura-máter e da aracnoide é mandatória.

Questão 3

A monitorização do bloqueio neuromuscular (BNM) é essencial para garantir a segurança anestésica, permitindo avaliar a profundidade da paralisia e o momento adequado para a reversão ou extubação. Para compreender a resposta correta, é necessário correlacionar os testes com os níveis de bloqueio mencionados no enunciado:

1. Bloqueio Intenso: Nenhuma resposta ao TOF (0/4) e nenhuma resposta à Contagem Pós-Tetânica (PTC = 0).

2. Bloqueio Profundo: Nenhuma resposta ao TOF (0/4), mas presença de pelo menos uma resposta à Contagem Pós-Tetânica ($PTC \geq 1$).
3. Bloqueio Moderado (ou Cirúrgico): Retorno das respostas ao TOF, geralmente entre 1 a 3 respostas (TOF 1/4 a 3/4).
4. Fase de Recuperação: Presença das 4 respostas ao TOF (4/4), devendo-se avaliar a razão TOF ($T4/T1$) para confirmar a reversão completa (razão $> 0,9$).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O estímulo simples (*single twitch*) é utilizado principalmente para determinar o tempo de início de ação (*onset*) do relaxante muscular ou para estabelecer um valor de base (*baseline*) antes da administração da droga. Ele não consegue quantificar o bloqueio profundo de forma eficaz e não é o padrão para avaliar a recuperação fina da musculatura.

Alternativa (b) Correta: Esta é a dupla de testes fundamental na anestesia moderna. O TOF (Sequência de Quatro Estímulos) é o teste mais utilizado universalmente para monitorar o bloqueio moderado e o início da recuperação. No entanto, o TOF possui uma limitação: ele não quantifica nada quando o bloqueio está profundo (zero respostas). Para preencher essa lacuna, utiliza-se a Contagem Pós-Tetânica (PTC), que é o único teste capaz de mensurar o nível de paralisia em níveis profundos, permitindo ao anestesiológista estimar em quantos minutos o paciente voltará a apresentar respostas no TOF.

Alternativa (c) Incorreta: A estimulação tetânica isolada é raramente utilizada de forma independente na clínica, exceto como parte do protocolo de Contagem Pós-Tetânica. Ela é dolorosa e não oferece uma escala de gradação para os quatro níveis de bloqueio citados. O estímulo simples também carece de precisão para a fase de recuperação.

Alternativa (d) Incorreta: O estímulo de duplo pulso (*Double Burst Stimulation* - DBS) foi criado especificamente para facilitar a detecção visual da fadiga (*fade*) na fase de recuperação, sendo mais sensível que o TOF para avaliação manual/visual. Entretanto, ele não avalia o bloqueio profundo. O estímulo simples, como já mencionado, tem utilidade restrita ao início do procedimento.

Portanto, para cobrir todo o espectro do bloqueio neuromuscular (do intenso ao estágio de recuperação), a Contagem Pós-Tetânica e o TOF são os testes clínicos fundamentais.

Questão 4

A questão descreve um fenômeno acústico específico relacionado ao ciclo cardíaco. Para identificar a resposta correta, devemos correlacionar o tempo da diástole e o mecanismo de formação do som.

Alternativa a) Incorreta. O estalido de abertura mitral é um ruído seco e de alta frequência que ocorre no início da diástole, logo após a segunda bulha (B2). Ele marca a abertura das válvulas mitrais espessadas e estenosadas, não tendo relação com a contração atrial no final da diástole.

Alternativa b) Incorreta. O ruflar diastólico não é um ruído único ou débil, mas sim um sopro (som prolongado) de baixa frequência. Ele é típico da estenose mitral e ocorre durante a fase de enchimento ventricular, possuindo uma característica sonora diferente de uma bulha cardíaca.

Alternativa c) Incorreta. A terceira bulha (B3) ocorre no início da diástole, durante a fase de enchimento ventricular rápido (protodiástole). Embora possa ser fisiológica em crianças e jovens, o mecanismo descrito na questão — a contração atrial no final da diástole — define especificamente a quarta bulha, e não a terceira.

Alternativa d) Correta. A quarta bulha (B4), também chamada de bulha atrial, ocorre no final da diástole (pré-sístole) e coincide com a sístole atrial. Ela é gerada pela vibração do sangue e das paredes ventriculares quando o átrio se contrai para expulsar o volume residual de sangue para dentro de um ventrículo que apresenta resistência ao enchimento. Em idosos, pode ser considerada não patológica devido ao endurecimento natural do ventrículo pelo envelhecimento, e em alguns casos pode ser detectada em crianças e atletas, embora na maioria dos adultos sugira patologias como hipertrofia ventricular ou isquemia.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 5

A classificação da fibrilação atrial (FA) baseia-se na forma de apresentação, duração e na conduta terapêutica adotada. A questão aborda especificamente o cenário em que se decide não mais buscar o ritmo sinusal.

Alternativa (a) Incorreta. A fibrilação atrial persistente é aquela que apresenta duração contínua superior a 7 dias. Nesse caso, a estratégia de controle de ritmo (tentar reverter para o ritmo sinusal) ainda pode ser considerada e aplicada pelo médico.

Alternativa (b) Incorreta. A fibrilação atrial persistente de longa duração é definida quando a arritmia dura de forma contínua por um período igual ou superior a 12 meses, mas ainda existe a decisão clínica de tentar restaurar o ritmo normal através de intervenções como cardioversão ou ablação.

Alternativa (c) Correta. A fibrilação atrial permanente não é definida apenas por um tempo cronológico, mas sim por um consenso entre médico e paciente. Ela ocorre quando se aceita a arritmia e decide-se interromper qualquer tentativa de restabelecimento e manutenção do ritmo sinusal. A partir desse ponto, o foco do tratamento passa a ser exclusivamente o controle da frequência cardíaca e a prevenção de fenômenos tromboembólicos. Se no futuro essa estratégia for revista, a arritmia pode ser reclassificada.

Alternativa (d) Incorreta. O termo crônica era muito utilizado no passado, porém foi substituído nas diretrizes atuais por classificações mais precisas (paroxística, persistente, persistente de longa duração e permanente) para melhor orientar as condutas médicas baseadas em evidências.

Questão 6

A anticoagulação na fibrilação atrial (FA) é dividida, para fins de escolha terapêutica, entre causas valvares e não valvares. Os anticoagulantes orais diretos (DOACs), como apixabana, rivaroxabana, edoxabana e dabigatrana, tornaram-se a primeira escolha na FA não valvar devido à maior segurança (especialmente menor risco de sangramento intracraniano) e conveniência em relação à varfarina.

Alternativa (a) Incorreta: Pacientes com prótese valvar mecânica possuem contra-indicação formal ao uso de DOACs. O estudo RE-ALIGN, que avaliou o uso de dabigatrana nesse grupo, mostrou que o fármaco foi inferior à varfarina, apresentando mais eventos tromboembólicos e também mais sangramentos. Portanto, a varfarina é a única opção indicada.

Alternativa (b) Incorreta: A estenose mitral reumática de grau moderado a importante é a outra condição que caracteriza a FA valvar. Nesses pacientes, o risco embólico é muito elevado e os estudos pivotais dos DOACs excluíram essa população. As diretrizes atuais mantêm os antagonistas da vitamina K (varfarina) como o tratamento padrão para esses casos.

Alternativa (c) Incorreta: Na síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF), particularmente nos pacientes com perfil de alto risco (triplo-positivos), o uso de DOACs foi associado a uma maior taxa de eventos arteriais, como AVC, em comparação à varfarina (estudo TRAPS). Por isso, a varfarina continua sendo o

anticoagulante de escolha para essa patologia.

Alternativa (d) Correta: Pacientes com FA que sofrem um infarto agudo do miocárdio e realizam angioplastia precisam de uma combinação de anticoagulação com terapia antiplaquetária. Diversos estudos de grande porte (como AUGUSTUS, PIONEER AF-PCI e REDUAL-PCI) comprovaram que esquemas utilizando DOACs associados a um inibidor do P2Y12 (geralmente clopidogrel) são significativamente mais seguros, reduzindo o risco de sangramentos graves quando comparados ao esquema de tripla terapia contendo varfarina. Assim, nesse cenário de FA e doença coronariana aguda, o DOAC é a opção preferencial.

Questão 7

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico de choque hipovolêmico após hemorragia digestiva alta, tendo recebido 3 litros de solução salina a 0,9% (soro fisiológico). Os exames laboratoriais mostram acidose metabólica (pH 7,30 e HCO₃⁻ 19 mEq/L) com hiperclôremia (Cl⁻ 116 mEq/L). Este é o cenário clássico da acidose metabólica hiperclorêmica induzida por ressuscitação volêmica com grandes volumes de solução salina a 0,9%. O soro fisiológico possui 154 mEq/L de sódio e 154 mEq/L de cloro, uma concentração de cloro muito superior à fisiológica (aproximadamente 100 a 106 mEq/L). O excesso de cloro reduz a diferença de íons fortes (SID), resultando na redução do bicarbonato e na queda do pH.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Manter a solução salina a 0,9% em bolus agravaria ainda mais a hiperclôremia e, conseqüentemente, a acidose metabólica. Embora seja uma solução útil inicialmente, o uso de volumes elevados está diretamente associado a complicações como acidose hiperclorêmica e maior risco de lesão renal aguda.

Alternativa B: Incorreta. O soro glicosado a 5% é uma solução de água livre após a metabolização da glicose. Ele não permanece no espaço intravascular (apenas cerca de 1/12 do volume infundido permanece no vaso), sendo ineficaz para a ressuscitação volêmica no choque. Além disso, pode causar hiponatremia dilucional e hiperglicemia.

Alternativa C: Correta. Os cristaloides balanceados, como o Ringer Lactato ou o Plasma-Lyte, possuem concentrações de cloro mais próximas das concentrações plasmáticas (o Ringer Lactato possui cerca de 109 mEq/L de cloro). Além disso, contêm tampões (lactato, acetato ou gluconato) que são metabolizados em

bicarbonato no organismo, auxiliando na correção da acidose. O uso dessas soluções minimiza o risco de acidose hiperclorêmica e está associado a melhores desfechos renais em pacientes graves.

Alternativa D: Incorreta. Os coloides à base de amido (hidroxietilamido) são contraindicados em pacientes criticamente enfermos devido ao risco aumentado de disfunção renal e à necessidade de terapia renal substitutiva, além de interferirem na coagulação. As diretrizes atuais de sepse e choque desencorajam fortemente o seu uso.

Questão 8

CONCEITO GERAL: A hemostasia de superfícies parenquimatosas (como no fígado ou baço) após ressecções é um desafio cirúrgico devido à grande área de sangramento em lençol, também chamado de laminar ou difuso. A tecnologia ideal para essa situação deve permitir uma coagulação rápida, uniforme e de baixa profundidade, preferencialmente sem contato direto com o tecido para evitar a aderência de escaras.

Alternativa A (Incorreta): A tesoura ultrassônica utiliza vibração mecânica de alta frequência para selar vasos e cortar tecidos simultaneamente. É uma ferramenta excelente para a dissecação e para a secção do parênquima hepático, conseguindo ocluir vasos de até 5 ou 7 mm. No entanto, ela não é projetada para tratar áreas superficiais amplas com sangramento difuso, pois sua ação depende da apreensão do tecido entre suas lâminas.

Alternativa B (Incorreta): O eletrocautério monopolar em modo de corte puro utiliza uma corrente elétrica contínua de baixa voltagem que vaporiza o tecido rapidamente. Esse modo oferece o mínimo de hemostasia possível. Para controle de sangramento, o cirurgião utilizaria o modo de coagulação (fulguração ou spray), mas mesmo este é menos eficiente que o argônio em grandes áreas, pois o sangue acumulado pode isolar a ponta do bisturi e a carbonização excessiva pode fazer a ponta aderir ao tecido, causando novo sangramento ao ser removida.

Alternativa C (Correta): O coagulador por feixe de argônio é a tecnologia padrão-ouro para o cenário descrito. Ele utiliza o gás argônio ionizado (um plasma) para conduzir a corrente elétrica de forma não aderente (sem contato físico). O fluxo de gás tem a vantagem adicional de afastar o sangue da superfície no momento da aplicação, permitindo que a energia atinja diretamente o parênquima. Isso resulta em uma coagulação superficial, uniforme, rápida e com profundidade de necrose limitada, sendo ideal para selar a superfície cruenta do fígado.

Alternativa D (Incorreta): O eletrocautério bipolar funciona através da passagem de corrente entre as duas pontas de uma pinça. É uma tecnologia muito segura e precisa, pois a energia fica restrita ao tecido apreendido. Contudo, é impossível utilizar uma pinça bipolar para tratar uma área ampla de sangramento laminar em uma superfície plana, pois ela exige a apreensão pontual de vasos ou pequenas pontes de tecido.

Questão 9

A indicação para cirurgia bariátrica no Brasil segue as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Ministério da Saúde. Os critérios fundamentais envolvem o Índice de Massa Corporal (IMC), a presença de comorbidades, a idade e a falha do tratamento clínico prévio.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O paciente apresenta um IMC de 37 kg/m². Segundo as diretrizes, a cirurgia é indicada para indivíduos com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² que possuam comorbidades de difícil controle, como o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e a apneia obstrutiva do sono, ambas citadas no caso. Como o paciente também apresenta falha no tratamento clínico e avaliação psiquiátrica estável, ele preenche todos os requisitos para a elegibilidade.

Alternativa b) Incorreta. A idade de 33 anos está dentro da faixa etária recomendada para o procedimento, que abrange pacientes entre 16 e 65 anos. Para menores de 16 anos ou maiores de 65 anos, a indicação exige uma avaliação risco-benefício ainda mais criteriosa e multiprofissional, mas não há impedimento legal ou técnico para um homem de 33 anos.

Alternativa c) Incorreta. O IMC maior ou igual a 40 kg/m² é o critério para indicação da cirurgia independentemente de comorbidades. Entretanto, o IMC entre 35 e 40 kg/m² não exclui o paciente, desde que ele apresente doenças associadas à obesidade que melhorem com a perda ponderal, o que ocorre no caso descrito.

Alternativa d) Incorreta. Embora a norma mencione a necessidade de acompanhamento clínico prévio (geralmente por dois anos) para demonstrar a refratariedade do tratamento convencional, o enunciado já afirma explicitamente que houve falha de tratamento clínico. Portanto, ele já cumpriu esse requisito e está pronto para a indicação cirúrgica imediata, não sendo necessário iniciar agora mais dois anos de terapia intensiva.

Resumo dos critérios de indicação:

1. IMC igual ou maior que 40 kg/m², com ou sem comorbidades.
2. IMC entre 35 e 39,9 kg/m² na presença de comorbidades (como DM2, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, entre outras).
3. Falha no tratamento clínico conservador (dieta, exercícios e medicamentos) por pelo menos dois anos.
4. Ausência de contraindicações clínicas ou psiquiátricas graves.

Questão 10

Análise do caso clínico:

O paciente em questão é um idoso de 68 anos que apresenta um quadro de dor abdominal súbita e de forte intensidade, acompanhada de instabilidade hemodinâmica (hipotensão). Esses sinais, em conjunto com a hematoquezia (sangue vivo nas fezes), apontam para uma catástrofe vascular ou hemorrágica. A ausência de defesa abdominal marcada no exame físico inicial ajuda a afastar processos inflamatórios ou perfurativos com peritonite franca, sugerindo que o foco do problema pode ser retroperitoneal ou vascular.

Alternativa (a) Incorreta: O abdome agudo inflamatório por colecistite aguda costuma apresentar dor localizada no hipocôndrio direito, de início mais gradual e associada a febre e ao sinal de Murphy positivo. A hipotensão súbita não é uma característica inicial da colecistite, surgindo apenas em quadros de choque séptico grave e tardio. A hematoquezia também não faz parte do quadro clínico habitual desta patologia.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o abdome agudo perfurativo por úlcera péptica cause dor súbita e intensa, ele tipicamente evolui com sinais precoces e marcantes de irritação peritoneal (abdome em tábua, com defesa e rigidez), o que contradiz o exame físico descrito. Além disso, a perfuração de vísceras ocas cursa com pneumoperitônio e não costuma causar hematoquezia imediata e hipotensão tão abrupta, a menos que haja uma hemorragia digestiva alta volumosa associada (que causaria melena ou hematêmese, não necessariamente hematoquezia isolada).

Alternativa (c) Incorreta: O abdome agudo obstrutivo manifesta-se classicamente com dor em cólica, distensão abdominal, vômitos e parada da eliminação de flatos e fezes. As bridas (aderências) são a causa principal em pacientes com cirurgias prévias. Embora a obstrução possa evoluir com isquemia e choque, o início súbito com hipotensão severa e hematoquezia é muito mais sugestivo de uma etiologia vascular direta.

Alternativa (d) Correta: A rotura de aneurisma de aorta abdominal (AAA) é uma emergência médica que deve ser sempre suspeitada em pacientes idosos com dor abdominal ou lombar súbita e hipotensão. O sangramento pode ocorrer para o

espaço retroperitoneal, o que explica a dor intensa sem sinais iniciais de irritação peritoneal (sem defesa marcada). A hematoquezia, embora menos comum que a dor e a hipotensão, pode ocorrer devido a hipoperfusão intestinal (isquemia mesentérica não oclusiva secundária ao choque) ou, em casos específicos, por uma fístula aortoentérica. Pela gravidade e perfil epidemiológico, é a principal hipótese diagnóstica.

Questão 11

O caso clínico descreve um quadro clássico de apendicite aguda em um adolescente de 15 anos. A dor que se inicia na região periumbilical e migra para a fossa ilíaca direita (FID), acompanhada de febre baixa e leucocitose, compõe a apresentação típica dessa patologia.

Para auxiliar no diagnóstico, utilizamos o Escore de Alvarado. Uma pontuação de 7 indica alta probabilidade de apendicite. Nesses casos, quando o primeiro exame de imagem realizado (ultrassonografia) é inconclusivo, a conduta deve buscar a confirmação diagnóstica para evitar tanto a demora no tratamento quanto uma cirurgia desnecessária.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Um Escore de Alvarado 7 indica uma probabilidade diagnóstica elevada. Dar alta ao paciente com apenas analgesia seria uma conduta negligente, dado o risco de evolução para perfuração e peritonite.

b) Correta. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste é o padrão-ouro para o diagnóstico de apendicite aguda em adultos e adolescentes quando a ultrassonografia não é diagnóstica. A TC possui alta sensibilidade e especificidade (acima de 95%), permitindo visualizar o apêndice inflamado, possíveis complicações (como abscessos) e diagnósticos diferenciais. No manejo atual, após uma ultrassonografia inconclusiva em paciente com suspeita moderada a alta, a TC é o próximo passo recomendado.

c) Incorreta. A colonoscopia é um exame endoscópico para avaliar a mucosa do cólon e reto. Não tem indicação no diagnóstico de apendicite aguda, podendo inclusive ser perigosa pelo risco de perfuração em um cenário de inflamação aguda.

d) Incorreta. A endoscopia digestiva alta avalia esôfago, estômago e duodeno. O quadro clínico do paciente aponta claramente para uma patologia no andar inferior do abdome (fossa ilíaca direita), tornando a EDA um exame irrelevante para este caso.

Questão 12

Para responder a essa questão, é necessário analisar o trauma tecidual, a extensão das incisões e o tempo de exposição cirúrgica de cada procedimento. O risco de infecção em cirurgia plástica está diretamente relacionado à complexidade da manipulação e à quebra das barreiras defensivas do organismo.

Alternativa a: Incorreta. A dermolipectomia abdominal, ou abdominoplastia, exige grandes incisões e um descolamento extenso do retalho abdominal. Esse processo cria um espaço morto considerável, propenso ao acúmulo de fluidos (seroma), o que aumenta significativamente as chances de colonização bacteriana e infecção no período pós-operatório.

Alternativa b: Incorreta. A mamoplastia redutora envolve a manipulação profunda de tecido glandular e gorduroso, além de cicatrizes extensas. O risco de áreas com sofrimento vascular ou necrose gordurosa (esteatonecrose) é real, e esses tecidos desvitalizados podem servir como foco para o desenvolvimento de infecções.

Alternativa c: Incorreta. A reconstrução mamária com retalhos (como o uso de tecidos do abdome ou das costas) é o procedimento de maior porte e complexidade entre as opções. Envolve tempos cirúrgicos prolongados, manipulação de múltiplos sítios (área doadora e receptora) e maior trauma metabólico para o paciente, resultando estatisticamente nos maiores índices de infecção.

Alternativa d: Correta. A lipoaspiração é um procedimento realizado por meio de pequenas punções ou incisões mínimas (geralmente menores que 1 cm), suficientes apenas para a passagem das cânulas. Por não haver grandes exposições de tecidos profundos ao ambiente externo e por se tratar de um sistema relativamente fechado, a incidência de infecção é extremamente baixa. Estudos epidemiológicos apontam que a lipoaspiração apresenta taxas de infecção menores que 1%, sendo a abordagem de menor índice infeccioso entre as alternativas listadas.

Questão 13

A cicatrização de feridas é um processo dinâmico dividido didaticamente em três fases principais: inflamatória, proliferativa (ou de fibroplasia) e de remodelação (ou maturação).

A fase proliferativa inicia-se por volta do terceiro dia e dura aproximadamente três semanas. O objetivo central desta etapa é o fechamento da lesão e a regeneração do tecido. Os eventos principais são a angiogênese (formação de novos vasos), a epitelização e, fundamentalmente, a fibroplasia. Durante a fibroplasia, ocorre a migração e proliferação de fibroblastos, que são responsáveis pela síntese de

colágeno e de outros componentes da matriz extracelular, formando o tecido de granulação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Os macrófagos são células cruciais da fase inflamatória tardia. Eles atuam na limpeza da ferida (fagocitose) e na liberação de fatores de crescimento que estimulam a transição para a fase seguinte, mas não são as células predominantes da fase proliferativa.

b) Incorreta. Os neutrófilos são as primeiras células a chegar ao local da lesão, sendo as células predominantes da fase inflamatória inicial (nas primeiras 24 a 48 horas). Sua função principal é o combate a microrganismos e a remoção de detritos.

c) Correta. Os fibroblastos são as células protagonistas da fase proliferativa. Eles são responsáveis pela produção de colágeno, elastina e proteoglicanos, garantindo a integridade estrutural e a força tênsil inicial do novo tecido que preenche a ferida.

d) Incorreta. Os eosinófilos estão relacionados a reações alérgicas e combate a parasitas, não exercendo papel de predominância ou destaque no processo fisiológico de reparo e cicatrização de feridas.

Questão 14

As úlceras por pressão, atualmente denominadas Lesões por Pressão (LP), ocorrem devido à compressão prolongada dos tecidos moles entre uma proeminência óssea e uma superfície externa, levando à isquemia tecidual. A localização dessas lesões está diretamente relacionada à posição em que o paciente permanece por mais tempo.

Alternativa A: Correta. Estatisticamente, as regiões do sacro, ísquio e trocânter maior são os locais de maior incidência. O sacro é a área mais afetada em pacientes em decúbito dorsal (deitados de costas). O trocânter maior é o ponto principal de pressão no decúbito lateral. Já a região isquiática (ísquio) é a mais acometida em pacientes que permanecem muito tempo sentados, como cadeirantes. Juntas, essas localizações representam a grande maioria dos casos clínicos.

Alternativa B: Incorreta. Embora os calcanhares sejam a segunda localização mais comum de úlceras por pressão, os cotovelos e as escápulas são considerados locais secundários e menos frequentes quando comparados ao complexo pélvico (sacro, ísquio e trocânter).

Alternativa C: Incorreta. A região occipital é um local comum de lesão em crianças e

pacientes em unidades de terapia intensiva, mas não é a mais prevalente na população geral de acamados. Joelhos e tornozelos são pontos de pressão, mas não figuram entre os principais sítios de desenvolvimento de úlceras.

Alternativa D: Incorreta. Punhos e ombros raramente são locais primários de úlceras por pressão. Os maléolos (tornozelos) podem desenvolver lesões em decúbito lateral, mas a frequência é significativamente menor do que no sacro e nos trocanteres.

Em resumo, a questão exige o conhecimento das áreas de maior descarga de peso corporal. A região pélvica e do quadril (sacro, ísquio e trocânter) concentra a maior parte da pressão em pacientes imobilizados, justificando a alternativa A como a correta.

Questão 15

Alternativa A (Incorreta): A pleurostomia do tipo flap de Eloesser é uma técnica de pleurostomia aberta, utilizada no tratamento de empiemas crônicos. O objetivo do procedimento é criar uma comunicação permanente ou semipermanente (uma janela) entre a cavidade pleural e o meio externo para permitir a drenagem e a limpeza da cavidade sem a necessidade de um dreno torácico. A alternativa está incorreta porque a pleurostomia aberta visa justamente dispensar o uso do dreno de demora.

Alternativa B (Incorreta): O tratamento cirúrgico de eleição para micoses pulmonares cavitadas, como o aspergiloma (bola fúngica), é a ressecção pulmonar (lobectomia ou segmentectomia), que visa remover a cavidade e a doença. A cavernostomia (abertura direta da cavidade através da parede torácica) é um procedimento de exceção, indicado apenas como medida de salvamento ou paliativa em pacientes que não possuem reserva funcional pulmonar para tolerar uma ressecção.

Alternativa C (Correta): A traqueostomia percutânea é um procedimento realizado frequentemente em UTIs. A técnica mais utilizada é a de Ciaglia, que se baseia no método de Seldinger. O processo envolve a punção da traqueia, a introdução de um fio-guia metálico, o uso de dilatadores progressivos sobre esse fio-guia para criar o trajeto e, finalmente, a inserção da cânula traqueal. É um método seguro e rápido quando realizado por profissionais treinados.

Alternativa D (Incorreta): A cricotireoidostomia é realizada através da membrana cricotireoidea, que fica situada entre a cartilagem tireoide e a cartilagem cricoide. A descrição de afastar o istmo tireoidiano e acessar os dois primeiros anéis traqueais é característica da traqueostomia convencional (cirúrgica). A cricotireoidostomia é preferida na urgência justamente por ser um acesso mais alto e superficial, evitando

a manipulação do istmo da tireoide e reduzindo o risco de sangramentos graves no cenário de emergência.

Questão 16

Para compreender essa questão, é fundamental revisar as três fases evolutivas do derrame pleural parapneumônico (aquele associado à pneumonia), conforme a classificação clássica da American Thoracic Society (ATS).

Fase 1: Exsudativa (Aguda). Ocorre logo no início da inflamação. O líquido pleural ainda é estéril (sem bactérias), apresenta pH normal (maior que 7,20), glicose normal (maior que 60 mg/dL) e desidrogenase láctica (LDH) em níveis baixos. Geralmente, responde bem apenas ao tratamento com antibióticos para a pneumonia subjacente.

Fase 2: Fibrinopurulenta (Transição). É nesta fase que o derrame passa a ser chamado de complicado. Ocorre a invasão de bactérias no espaço pleural. O metabolismo bacteriano e a atividade intensa dos neutrófilos levam ao consumo de glicose e à produção de ácido láctico, resultando em queda do pH (menor que 7,20) e da glicose (menor que 60 mg/dL), além de um aumento expressivo do LDH (geralmente acima de 1.000 UI/L). Começam a surgir traves de fibrina e septações.

Fase 3: Organizativa (Crônica). Caracteriza-se pela proliferação de fibroblastos, criando uma casca ou carapaça pleural espessa que impede a reexpansão do pulmão (pulmão encarcerado).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Na fase aguda ou exsudativa inicial, o líquido é simples e não complicado, apresentando bioquímica próxima da normalidade. No entanto, o enunciado foca nas características do derrame pleural complicado, cujas alterações bioquímicas marcam justamente a transição para a fase seguinte.

Alternativa B: Incorreta. O consumo de glicose e o aumento do LDH são características marcantes da fase fibrinopurulenta (complicada), e não da fase exsudativa simples.

Alternativa C: Incorreta. Na fase de transição ou fibrinopurulenta, a principal característica é justamente a alteração dos valores bioquímicos (queda da glicose e aumento do LDH), indicando atividade metabólica inflamatória e bacteriana no espaço pleural.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa define perfeitamente o derrame pleural

complicado na fase fibrinopurulenta. A alteração bioquímica (glicose baixa e LDH alto) é o critério para classificar o derrame como complicado e indicar a necessidade de drenagem torácica. Vale destacar que o crescimento bacteriano em culturas pode ser negativo em até 40% a 60% dos casos, muitas vezes devido ao uso prévio de antibióticos, mas a bioquímica do líquido confirma a gravidade do quadro.

Questão 17

Análise da Imagem e Contexto Anatômico:

A angiografia demonstra a transição da região poplítea para os vasos infrapatelares (perna). Na anatomia arterial padrão, a artéria poplítea emite primeiro a artéria tibial anterior. O segmento remanescente, que segue um curto trajeto descendente antes de se dividir nas artérias tibial posterior e fibular (peroneira), é o tronco tibiofibular. A seta na imagem de pré-procedimento (à esquerda) aponta justamente para essa estrutura, que apresentava uma obstrução importante e foi tratada na imagem pós-procedimento (à direita), onde o fluxo sanguíneo aparece restabelecido.

Análise das alternativas:

- a) A. tibial posterior: Incorreta. A artéria tibial posterior é um ramo que surge mais distalmente, originando-se da bifurcação final do tronco tibiofibular. Na imagem da direita, ela é o vaso que segue mais medialmente (à direita do observador) em direção ao maléolo medial.
- b) Tronco anterior iliolumbar: Incorreta. A artéria iliolumbar é um ramo da artéria ilíaca interna, localizada na região pélvica. Não possui qualquer relação anatômica com o território infrapatelar do membro inferior demonstrado no exame.
- c) A. interóssea: Incorreta. A nomenclatura "artéria interóssea" (anterior e posterior) é característica da anatomia do antebraço. Na perna, embora a artéria fibular e a tibial anterior passem próximas à membrana interóssea, os vasos principais são as tibiais e a fibular, e a estrutura de transição é denominada tronco tibiofibular.
- d) Tronco tibiofibular: Correta. Conforme a anatomia angiográfica, o tronco tibiofibular é o segmento arterial situado logo após a saída da artéria tibial anterior e que termina na bifurcação entre a artéria fibular e a artéria tibial posterior. É exatamente a estrutura indicada pela seta e que recebeu o tratamento de angioplastia.

Questão 18

A Arcada de Riolan, também chamada de artéria mesentérica sinuosa ou anastomose de Haller, é um canal vascular que estabelece uma comunicação entre o território da artéria mesentérica superior e o da artéria mesentérica inferior. Ela desempenha um papel fundamental como via de circulação colateral, especialmente em casos de estenose ou oclusão crônica de um desses grandes troncos arteriais, garantindo o suprimento sanguíneo para o intestino.

Alternativa A: Correta. A Arcada de Riolan conecta especificamente a artéria mesentérica superior (geralmente através da artéria cólica média) e a artéria mesentérica inferior (através da artéria cólica esquerda). Ela deve ser diferenciada da Arcada de Drummond, que corre mais próxima à borda do cólon.

Alternativa B: Incorreta. As artérias radial e ulnar conectam-se na região da mão para formar os arcos palmares superficial e profundo. Não há relação com a nomenclatura de Riolan nestes vasos.

Alternativa C: Incorreta. A artéria pediosa (dorsal do pé) comunica-se com ramos da artéria tibial posterior na planta do pé para formar o arco plantar. Essa rede de anastomoses é essencial para a vascularização da extremidade inferior, mas não envolve a Arcada de Riolan.

Alternativa D: Incorreta. A conexão entre os vasos do sistema nervoso central ocorre principalmente no Polígono de Willis. As artérias cerebrais anteriores, por exemplo, conectam-se entre si via artéria comunicante anterior, enquanto as cerebrais médias e anteriores não possuem uma conexão direta chamada Arcada de Riolan.

Questão 19

A oclusão arterial aguda (OAA) de membros inferiores ocorre devido à interrupção abrupta do fluxo sanguíneo, podendo ser causada por trombose (formação de trombo no local da placa aterosclerótica) ou embolia (um fragmento de trombo que se desloca de um local distante). No caso da origem embólica, o coração é a principal fonte.

Alternativa (a) Incorreta. O trauma torácico fechado não é uma causa prevalente de embolia arterial periférica. Embora traumas de alta energia possam causar lesões vasculares ou cardíacas, eles não representam a etiologia mais comum encontrada na prática clínica para oclusão arterial aguda.

Alternativa (b) Incorreta. Aneurismas de aorta, assim como os aneurismas de artéria poplítea, podem ser fontes de êmbolos (microembolização ou macroembolização). No

entanto, apesar de serem causas importantes, a frequência de embolia originada em aneurismas é substancialmente menor do que a de origem cardíaca.

Alternativa (c) Correta. A fonte cardiológica é responsável por cerca de 80 por cento a 90 por cento de todos os casos de embolia arterial periférica. A fibrilação atrial (FA) é a condição mais frequentemente associada, devido à estase sanguínea no átrio esquerdo que facilita a formação de trombos. Outras fontes cardíacas incluem trombos murais pós-infarto agudo do miocárdio, miocardiopatias dilatadas, valvulopatias e endocardite.

Alternativa (d) Incorreta. As veias gastrocnêmicas fazem parte do sistema venoso. Trombos originados no sistema venoso seguem em direção ao coração direito e são lançados na circulação pulmonar, causando tromboembolismo pulmonar (TEP). Para que um trombo venoso cause uma oclusão arterial periférica, seria necessária a presença de um shunt da direita para a esquerda (como o forame oval patente), caracterizando uma embolia paradoxal, que é um evento raro.

Questão 20

As características clínicas descritas no caso - paciente idoso, múltiplas pápulas hiperocrômicas (marrom-claras), superfície verrucosa, localização em tronco e face, evolução lenta e caráter benigno - são patognomônicas da queratose seborreica.

A seguir, a análise de cada alternativa:

Alternativa a) queratoses actínicas. Incorreta. As queratoses actínicas são lesões pré-malignas que surgem em áreas de exposição solar crônica. Clinicamente, apresentam-se como máculas ou pápulas eritematosas cobertas por uma escama aderente e áspera (textura de lixa), sendo mais palpáveis do que visíveis. No caso descrito, a superfície é verrucosa e a lesão é puramente benigna, o que difere do potencial de transformação para carcinoma espinocelular das queratoses actínicas.

Alternativa b) nevos melanocíticos. Incorreta. Embora os nevos (pintas) sejam comuns e possam ser hiperocrômicos, eles geralmente surgem na infância e juventude. O surgimento de múltiplas lesões com aspecto verrucoso em um paciente de 67 anos é muito mais característico de uma proliferação epitelial benigna do que de nevos melanocíticos. Além disso, a descrição de superfície verrucosa e a facilidade de remoção por curetagem apontam para uma lesão mais superficial e epidérmica.

Alternativa c) melanoses solares. Incorreta. Também conhecidas como manchas senis ou lentigos solares, as melanoses solares são máculas (lesões planas) hiperpigmentadas que ocorrem em áreas fotoexpostas. O enunciado descreve

pápulas (lesões elevadas) com superfície verrucosa, o que exclui o diagnóstico de melanose solar, que é sempre plana.

Alternativa d) queratoses seborreicas. Correta. Esta é a neoplasia benigna epitelial mais comum em idosos. Elas se caracterizam por pápulas ou placas bem delimitadas, de coloração variando do castanho-claro ao preto, com uma aparência típica de terem sido coladas sobre a pele (aspecto "stuck-on"). A superfície pode ser cerácea ou verrucosa. São lesões estritamente epidérmicas, o que explica por que podem ser removidas facilmente por curetagem ou criocirurgia, sem necessidade de excisão profunda. O tronco e a face são locais de acometimento frequentes, e as lesões costumam ser assintomáticas, exatamente como relatado no caso clínico.

Questão 21

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro de onicomicose no hálux (unha do dedão) confirmada por exame direto e cultura, que identificou o dermatófito *Trichophyton rubrum*. O acometimento é extenso (80% da superfície), o que já direciona o tratamento para a via sistêmica. O ponto crucial da questão é a segurança farmacológica, uma vez que a paciente utiliza colchicina e rosuvastatina.

Alternativa a) Correta. A terbinafina oral é considerada o padrão-ouro para o tratamento de onicomicoses causadas por dermatófitos, como o *Trichophyton rubrum*. O tempo de tratamento para unhas dos pés é de 12 semanas (3 meses), o que preenche o critério de tempo da questão. Diferentemente dos antifúngicos azóis, a terbinafina não é um inibidor significativo do citocromo P450 3A4 (CYP3A4), que é a via de metabolização da colchicina e de várias estatinas. Portanto, ela apresenta o melhor perfil de segurança para evitar interações medicamentosas graves neste cenário.

Alternativa b) Incorreta. O fluconazol oral é uma opção para onicomicose, porém o tempo de tratamento necessário para atingir a cura clínica nas unhas dos pés costuma ser muito superior a 3 meses, variando geralmente de 6 a 12 meses (posologia semanal). Além disso, o fluconazol inibe a enzima CYP3A4, podendo elevar os níveis de colchicina e estatinas, aumentando o risco de toxicidade.

Alternativa c) Incorreta. O itraconazol é um potente inibidor da enzima CYP3A4. A interação entre itraconazol e colchicina é perigosa e potencialmente fatal, podendo causar toxicidade multiorgânica (neuromiopatia, supressão de medula óssea e falência de órgãos). Também há um risco aumentado de rabdomiólise ao ser associado a estatinas. Por esses motivos, é a opção menos recomendada para esta paciente.

Alternativa d) Incorreta. O tratamento tópico com esmalte de amorolfina como monoterapia é indicado apenas para casos leves a moderados, geralmente quando o acometimento é inferior a 50% da lâmina ungueal e não atinge a matriz (porção proximal). Com 80% da unha acometida, a penetração do esmalte é insuficiente para garantir a cura no prazo de três meses, sendo necessária a associação ou substituição por medicação por via oral.

Questão 22

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma criança com quadro febril seguido do surgimento de lesões cutâneas em diferentes estágios de evolução (máculas, pápulas, vesículas e crostas) presentes simultaneamente na mesma região do corpo. Este fenômeno é chamado de polimorfismo regional e é a marca registrada da varicela (catapora). O surgimento de novas lesões em "ondas" ou surtos por vários dias também corrobora o diagnóstico.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2025)

De acordo com as normas atuais do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, a vacinação contra a varicela é composta por duas doses:

1. Primeira dose: aos 15 meses de idade. Esta dose é geralmente administrada na forma da vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), desde que a criança já tenha recebido a primeira dose da tríplice viral aos 12 meses.
2. Segunda dose: aos 4 anos de idade. Esta dose é administrada como vacina varicela monovalente, visando aumentar a eficácia da proteção e evitar surtos escolares.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) 12 meses e 15 meses. INCORRETA. Aos 12 meses, o calendário brasileiro preconiza a vacina tríplice viral (SCR - dose 1). A vacina que contém o componente da varicela só é introduzida aos 15 meses.

Alternativa b) 15 meses e 4 anos. CORRETA. Este é o esquema oficial do Ministério da Saúde para a vacinação de rotina contra varicela no Brasil. A primeira dose ocorre aos 15 meses (como tetraviral) e a segunda dose aos 4 anos (como varicela monovalente).

Alternativa c) 3 meses e 5 meses. INCORRETA. Nestas idades, as vacinas aplicadas são a meningocócica C (1ª e 2ª doses) e não há previsão para vacina contra varicela, que é uma vacina de vírus vivos atenuados e geralmente administrada após o primeiro ano de vida.

Alternativa d) 18 meses e 6 anos. INCORRETA. Embora aos 15 meses (que são próximos aos 18) existam reforços de outras vacinas (como DTP e VOP), o esquema específico da varicela não utiliza os marcos de 18 meses ou 6 anos como padrão no Calendário Nacional de Vacinação da criança.

GABARITO: Letra (b).

Questão 23

Para resolver essa questão, é fundamental identificar primeiro o perfil de risco cardiovascular do paciente. Trata-se de um homem de 66 anos com doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida (infarto agudo do miocárdio prévio), além de comorbidades como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Esse conjunto de fatores o classifica automaticamente na categoria de Muito Alto Risco Cardiovascular.

Historicamente, as diretrizes brasileiras vinham adotando a meta de LDL-c inferior a 50 mg/dL para essa categoria. No entanto, acompanhando as tendências internacionais e as evidências de estudos clínicos recentes que demonstram benefício adicional em níveis cada vez menores de colesterol, a atualização mais recente (citada como 2025 na questão) reduziu essa meta.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A meta de LDL-c inferior a 70 mg/dL é destinada a pacientes de Alto Risco. São pacientes que possuem múltiplos fatores de risco ou diabetes com estratificadores de gravidade, mas que ainda não manifestaram um evento cardiovascular clínico, como o infarto.

b) Incorreta. O valor inferior a 50 mg/dL era a meta preconizada para pacientes de Muito Alto Risco nas diretrizes anteriores (como a de 2017 e a atualização de 2019). Com a nova atualização de 2025 mencionada no enunciado, esse valor foi atualizado para um patamar mais rigoroso.

c) Correta. Conforme as atualizações mais recentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e o guideline de 2025, pacientes classificados como de Muito Alto Risco Cardiovascular (aqueles com doença aterosclerótica clinicamente manifesta,

como infarto, AVC ou doença arterial periférica) devem agora buscar uma meta de LDL-c inferior a 40 mg/dL. Além do alvo numérico, orienta-se uma redução de pelo menos 50% em relação aos níveis iniciais de LDL-c do paciente.

d) Incorreta. Não existe, até o momento, recomendação em diretrizes para uma meta de LDL-c inferior a 20 mg/dL para a população geral de muito alto risco. Embora níveis extremamente baixos tenham se mostrado seguros e benéficos em subanálises de grandes estudos com inibidores da PCSK9, o alvo oficial estabelecido pelo consenso atual é de 40 mg/dL.

Questão 24

Para resolver essa questão, o primeiro passo é classificar o hipogonadismo do paciente com base nos exames laboratoriais. O paciente apresenta testosterona total e livre baixas, o que confirma o estado de hipogonadismo. O dado crucial é o valor do LH (hormônio luteinizante), que está elevado (23 UI/L).

Quando a testosterona está baixa e o LH está alto, estamos diante de um hipogonadismo hipergonadotrópico (ou primário), indicando que o problema está nos testículos, que não respondem ao estímulo da hipófise. Se o LH estivesse baixo ou normal, seria um hipogonadismo hipogonadotrópico (ou secundário/central).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A síndrome de Kallmann é uma causa de hipogonadismo hipogonadotrópico (secundário), onde há falha na produção de GnRH pelo hipotálamo, geralmente associada a anosmia ou hiposmia (perda de olfato). Laboratorialmente, o LH estaria baixo ou inadequadamente normal, o que contradiz o LH elevado de 23 UI/L deste paciente.

b) Incorreta. Um tumor selar (como um adenoma de hipófise ou prolactinoma) causaria um hipogonadismo hipogonadotrópico (secundário). O tumor comprimiria as células produtoras de gonadotrofinas ou a haste hipofisária, resultando em LH e FSH baixos. Embora a prolactina esteja levemente aumentada (23 ng/mL), esse valor é muito baixo para sugerir um prolactinoma e pode ser decorrente apenas do uso de medicamentos ou do próprio estado de obesidade e hipogonadismo.

c) Correta. A síndrome de Klinefelter (cariótipo 47, XXY) é a causa mais comum de hipogonadismo hipergonadotrópico primário em homens. O quadro clínico clássico inclui ginecomastia e, fundamentalmente, testículos de volume reduzido e endurecidos. Laboratorialmente, a falha testicular leva ao aumento compensatório das gonadotrofinas (LH e FSH elevados) na tentativa de estimular a produção de

testosterona, exatamente como observado no caso.

d) Incorreta. O hipogonadismo funcional relacionado à obesidade é tipicamente hipogonadotrópico (secundário) ou normogonadotrópico. Na obesidade, o excesso de tecido adiposo leva a uma maior conversão de testosterona em estradiol (aromatização), o que gera um feedback negativo no eixo hipotálamo-hipófise, reduzindo o LH. Portanto, a obesidade isolada não explicaria o LH elevado e a diminuição importante do volume testicular observada no exame físico.

Em resumo, a presença de testosterona baixa com LH elevado (hipogonadismo primário) associada a testículos pequenos e ginecomastia direciona o diagnóstico para a síndrome de Klinefelter.

Questão 25

O hiperaldosteronismo primário (HAP) é uma das principais causas de hipertensão arterial secundária, sendo caracterizado pela produção excessiva e autônoma de aldosterona pelo córtex adrenal. Essa condição leva à supressão da atividade da renina, retenção de sódio e, frequentemente, excreção excessiva de potássio.

Para o rastreio (screening) inicial em pacientes com suspeita clínica (como hipertensão de difícil controle, jovens ou com hipocalcemia), as diretrizes da Endocrine Society recomendam a mensuração simultânea de dois componentes fundamentais para o cálculo da Relação Aldosterona/Renina (RAR).

Análise das alternativas:

a) Aldosterona e cortisol: Incorreta. A dosagem de cortisol é utilizada para o rastreio da Síndrome de Cushing. Embora existam raros tumores adrenais que secretam ambos os hormônios, o cortisol não faz parte do protocolo padrão de rastreio para o hiperaldosteronismo primário.

b) Aldosterona e renina: Correta. Este é o padrão-ouro para o rastreio. A avaliação conjunta da Concentração Plasmática de Aldosterona (CPA) e da Atividade de Renina Plasmática (ARP) ou Concentração Plasmática de Renina (CPR) permite calcular a Relação Aldosterona/Renina (RAR). No HAP, o achado clássico é a aldosterona elevada (ou inadequadamente normal) acompanhada de uma renina suprimida.

c) Renina e potássio: Incorreta. Embora a renina esteja suprimida no HAP, o potássio não é um marcador sensível o suficiente para o rastreio. Estudos mostram que uma parcela significativa dos pacientes com hiperaldosteronismo primário apresenta níveis normais de potássio (normocalêmicos). Portanto, o potássio é um dado clínico

importante, mas não define o rastreio.

d) Aldosterona e potássio: Incorreta. A dosagem isolada da aldosterona, sem a correlação com os níveis de renina, não permite diferenciar o hiperaldosteronismo primário do secundário. Além disso, conforme mencionado, o potássio normal não descarta a doença, não devendo ser usado como exame de screening principal.

Em resumo, para o rastreio de hiperaldosteronismo primário, o médico deve solicitar a aldosterona plasmática e a renina (atividade ou concentração) para o cálculo da relação entre elas (RAR).

Questão 26

A questão aborda o diagnóstico diferencial das hepatopatias crônicas em pacientes jovens, focando em um marcador laboratorial específico.

Análise das alternativas:

a) Hepatite autoimune: Embora seja uma causa frequente de doença hepática em adolescentes, especialmente em mulheres, seu diagnóstico é sugerido pelo aumento das transaminases, elevação de gamaglobulinas (IgG) e presença de autoanticorpos (como FAN, antimúsculo liso ou anti-LKM1). A ceruloplasmina não é um marcador utilizado para esta patologia.

b) Colangite biliar primária: Trata-se de uma doença colestática autoimune que atinge os pequenos ductos biliares intra-hepáticos. Afeta predominantemente mulheres na idade adulta (geralmente entre 40 e 60 anos) e tem como marcador clássico o anticorpo antimitocôndria. É um diagnóstico improvável na adolescência e não se associa à redução de ceruloplasmina.

c) Deficiência de alfa-1 antitripsina: É uma condição genética que pode causar cirrose e enfisema pulmonar devido ao acúmulo de proteínas mal dobradas no fígado. O diagnóstico é feito pela dosagem da própria proteína alfa-1 antitripsina no sangue e pelo teste genético. Não há relação direta entre esta deficiência e os níveis baixos de ceruloplasmina.

d) Doença de Wilson: Esta é a alternativa correta. A Doença de Wilson (ou degeneração hepatolenticular) é um distúrbio autossômico recessivo do metabolismo do cobre, causado por mutações no gene ATP7B. Isso leva a uma falha na excreção biliar de cobre e na sua incorporação à ceruloplasmina. O acúmulo de cobre no fígado causa hepatopatia crônica, que pode se manifestar na infância ou na adolescência. A redução dos níveis séricos de ceruloplasmina (geralmente < 20 mg/dL) é um dos

achados laboratoriais fundamentais para o diagnóstico, juntamente com a elevação do cobre urinário e a presença dos anéis de Kayser-Fleischer na avaliação oftalmológica.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 27

A pancreatite crônica é uma doença inflamatória progressiva caracterizada por mudanças estruturais irreversíveis no pâncreas, como fibrose, atrofia e a formação de calcificações parenquimatosas e intraductais. A apresentação calcificante é a forma mais comum da doença.

Alternativa (a) Correta: O consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas é, isoladamente, a principal causa de pancreatite crônica no mundo ocidental, sendo responsável por cerca de 70 a 90 por cento dos casos. O álcool promove um efeito tóxico direto nas células acinares e altera a composição do suco pancreático, aumentando a concentração de proteínas e reduzindo a concentração de citrato e litostatina. Isso favorece a formação de plugs proteicos que se calcificam, gerando as calcificações típicas visíveis em exames de imagem.

Alternativa (b) Incorreta: A hipertrigliceridemia é uma causa bem estabelecida de pancreatite aguda, ocorrendo geralmente quando os níveis de triglicerídeos ultrapassam 1000 mg/dL. Embora a recorrência de quadros agudos possa eventualmente levar a uma pancreatite crônica, ela não é a causa principal nem a mais frequente da forma calcificante.

Alternativa (c) Incorreta: O diabetes mellitus tipo 1 não causa pancreatite crônica. Na realidade, ocorre o inverso: o diabetes (classificado como tipo 3c ou pancreatogênico) é uma complicação tardia da pancreatite crônica, resultante da destruição das ilhotas de Langerhans e da consequente perda da função endócrina do pâncreas.

Alternativa (d) Incorreta: A hipercalcemia, frequentemente associada ao hiperparatireoidismo primário, é uma causa conhecida de pancreatite crônica. O excesso de cálcio no sangue pode estimular a ativação prematura de enzimas pancreáticas e favorecer a deposição de cálcio nos ductos. No entanto, estatisticamente, representa uma causa rara em comparação ao impacto epidemiológico do alcoolismo.

Questão 28

O ponto central desta questão é o reconhecimento da principal manifestação extra-hepática hepatobiliar associada às Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), especialmente à Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI). Quando um paciente com RCUI apresenta um padrão laboratorial de colestase (elevação de fosfatase alcalina e gama-GT), a principal suspeita clínica deve ser a Colangite Esclerosante Primária.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Colangite Biliar Primária (CBP) é uma doença autoimune que atinge os pequenos ductos biliares interlobulares, ocorrendo predominantemente em mulheres de meia-idade. Diferentemente da CEP, a CBP não possui uma associação clássica ou frequente com a Retocolite Ulcerativa. O marcador sorológico típico da CBP é o anticorpo antimitocôndria (AMA).

b) Correta. A Colangite Esclerosante Primária (CEP) caracteriza-se por inflamação e fibrose dos ductos biliares intra e extra-hepáticos, levando a estenoses multifocais. Cerca de 70 a 80 por cento dos pacientes com CEP possuem Retocolite Ulcerativa concomitante. Por outro lado, embora a porcentagem de pacientes com RCUI que desenvolvem CEP seja menor (cerca de 3 a 5 por cento), a presença de enzimas colestáticas persistentemente elevadas neste grupo obriga o médico a investigar a CEP, geralmente por meio de uma colangiorressonância.

c) Incorreta. O colangiocarcinoma é uma neoplasia maligna das vias biliares. É importante notar que pacientes com CEP têm um risco significativamente aumentado de desenvolver colangiocarcinoma ao longo da vida. No entanto, diante apenas do aumento persistente de enzimas em um paciente com RCUI, a investigação inicial visa diagnosticar a doença de base (CEP) e não diretamente a neoplasia, que seria uma complicação tardia.

d) Incorreta. A colangite supurativa (ou colangite aguda grave) é uma emergência médica causada por infecção bacteriana aguda da bile em um sistema obstruído. Ela se manifesta clinicamente de forma aguda com a Pêntade de Reynolds (febre, dor abdominal, icterícia, hipotensão e alteração do nível de consciência). Não se trata de um quadro de aumento "persistente e assintomático" de enzimas, mas sim de um quadro infeccioso grave e súbito.

Questão 29

O conceito central para responder a esta questão é o de organogênese. Durante o desenvolvimento intrauterino, existem períodos de maior ou menor suscetibilidade aos agentes teratogênicos, que são substâncias ou condições capazes de produzir anomalias estruturais ou funcionais no embrião ou feto.

O desenvolvimento é dividido em três etapas principais:

1. Período Pré-embrionário (1ª e 2ª semanas): É a fase do "tudo ou nada". Se um agente teratogênico atua aqui, ou ele causa a morte do concepto (aborto espontâneo) ou o embrião se recupera totalmente sem sequelas, pois as células ainda são totipotentes.
2. Período Embrionário (3ª a 8ª semanas): É a fase da organogênese. Aqui ocorre a diferenciação dos tecidos e a formação de todos os grandes sistemas orgânicos. É o período de sensibilidade máxima.
3. Período Fetal (9ª semana ao nascimento): Caracteriza-se pelo crescimento e maturação funcional. A exposição a teratógenos nesta fase geralmente causa defeitos fisiológicos ou anomalias estruturais menores, mas não grandes malformações morfológicas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) 1ª a 4ª: Está incorreta porque inclui as duas primeiras semanas (fase do tudo ou nada) e termina precocemente na 4ª semana, deixando de fora o restante do pico da organogênese, que se estende até a 8ª semana.

Alternativa (b) 2ª a 12ª: Está incorreta por ser um intervalo muito amplo. Embora englobe o período crítico, ela inclui o início do período fetal (9ª a 12ª semana), em que o risco de malformações estruturais graves é significativamente menor do que na fase de formação básica dos órgãos.

Alternativa (c) 4ª a 8ª: Está correta. Este intervalo representa o ápice da organogênese. Entre a 4ª e a 8ª semana de gestação, os brotos dos membros, o coração, o sistema nervoso central, os olhos e os ouvidos estão em pleno desenvolvimento morfogenético. Qualquer interferência externa (fármacos como a talidomida, infecções como a rubéola ou radiações) neste período específico resulta em malformações graves e características de cada sistema.

Alternativa (d) 8ª a 12ª: Está incorreta. A partir da 8ª semana, o embrião passa a ser chamado de feto. A maioria dos órgãos já está formada em sua estrutura básica,

entrando em fase de crescimento. O risco de indução de grandes defeitos anatômicos diminui drasticamente após a 8ª semana.

Questão 30

A alternativa correta é a (a).

A questão exige o conhecimento dos processos fisiológicos que ocorrem no endométrio materno durante a fase de implantação embrionária (nidação).

Alternativa (a) Reação decidual: Está correta. A reação decidual consiste no conjunto de alterações morfológicas e funcionais do estroma endometrial induzidas principalmente pela progesterona após a implantação do blastocisto. As células estromais tornam-se grandes e poliédricas, acumulando glicogênio e lipídios em seu citoplasma para nutrir o embrião inicial. O tecido também se torna mais vascularizado e edemaciado. Após essa transformação, o endométrio passa a ser chamado de decídua.

Alternativa (b) Citotrofoblasto: Está incorreta. O citotrofoblasto é um tecido de origem embrionária e não materna. Ele constitui a camada interna do trofoblasto, sendo formado por células individuais com limites bem definidos que se proliferam para dar origem ao sinciotrofoblasto.

Alternativa (c) Sinciotrofoblasto: Está incorreta. Assim como o citotrofoblasto, o sinciotrofoblasto tem origem embrionária. É a camada externa e invasiva do trofoblasto, caracterizada por ser uma massa multinucleada sem limites celulares nítidos. Sua função é invadir o endométrio para estabelecer a circulação uteroplacentária e secretar o hormônio hCG.

Alternativa (d) Zona pelúcida: Está incorreta. A zona pelúcida é uma camada acelular de glicoproteínas que envolve o ovócito e o embrião jovem. Para que a implantação no endométrio ocorra, o blastocisto precisa romper e sair dessa camada, em um processo chamado eclosão (hatching). Portanto, a zona pelúcida desaparece antes que as principais alterações de adaptação endometrial se consolidem.

Questão 31

A alternativa correta é a letra (d).

A questão exige o conhecimento sobre a estática fetal e como a atitude da cabeça do feto influencia o mecanismo de parto. O objetivo é identificar qual apresentação oferece a menor resistência e o menor risco de complicações mecânicas (distocias).

Alternativa (a) Incorreta: A apresentação pélvica completa (ou agrupada) ocorre quando o feto está sentado com as coxas e pernas flexionadas sobre o tronco. Embora seja mais favorável que a pélvica incompleta, o parto pélvico é inerentemente mais complexo do que o cefálico. Ele apresenta riscos elevados de compressão ou prolapso de cordão umbilical e, principalmente, de retenção da cabeça derradeira, que é o maior diâmetro fetal e sai por último, podendo ficar presa se o colo não estiver totalmente dilatado ou se houver deflexão.

Alternativa (b) Incorreta: A apresentação pélvica incompleta (seja no modo de nádegas, de pés ou de joelhos) é considerada de alto risco para o parto vaginal. No modo de pés ou joelhos, há um espaço considerável entre a apresentação e o colo uterino, o que aumenta drasticamente o risco de prolapso de cordão umbilical (emergência obstétrica grave). Além disso, as partes fetais que se apresentam não são capazes de promover uma dilatação cervical tão eficiente quanto a cabeça fletida.

Alternativa (c) Incorreta: As apresentações cefálicas defletidas ocorrem quando o feto estende o pescoço em diferentes graus. Na deflexão de 1º grau (bregma), o diâmetro apresentado é o occipitofrontal (12 cm). Na de 2º grau (fronte), apresenta-se o diâmetro occipitomentoniano (13,5 cm), que é o maior da cabeça fetal, tornando o parto vaginal frequentemente impossível. Na de 3º grau (face), embora o diâmetro seja menor (submentobregmático, 9,5 cm), o mecanismo de parto é muito mais complexo e sujeito a traumas do que na apresentação fletida.

Alternativa (d) Correta: A apresentação cefálica fletida, também chamada de apresentação de vértice ou occipital, é a forma fisiológica e ideal para o nascimento. Nesta posição, o queixo do feto está encostado no tórax (atitude de flexão generalizada). Isso permite que a região da pequena fontanela (lambda) seja a parte diretriz, oferecendo ao canal de parto o diâmetro suboccipitobregmático. Este é o menor diâmetro da cabeça fetal (aproximadamente 9,5 cm), facilitando a passagem pelos estreitos da pelve materna e minimizando os riscos de distocia e intervenções cirúrgicas.

Questão 32

A conduta ativa no secundamento (terceiro estágio do parto) é a estratégia mais eficaz para a prevenção da hemorragia pós-parto, reduzindo significativamente a incidência de perda sanguínea excessiva. Ela se baseia em três pilares principais: administração de um agente uterotônico, tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina após a saída da placenta.

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a manobra de "hands off" (mãos fora) é o oposto da conduta ativa. O "hands off" caracteriza a conduta expectante, em que o médico ou enfermeiro obstetra aguarda a saída espontânea da placenta sem interferências. Além disso, o momento padrão para a ocitocina é após o desprendimento do ombro anterior ou saída total do feto, e não especificamente logo após a cabeça.

A alternativa (b) está correta. A ocitocina é o padrão-ouro e a droga de primeira escolha para a prevenção da atonia uterina. Em pacientes hipertensas, ela é a opção mais segura. A administração no momento do desprendimento do ombro anterior ou logo após o nascimento, associada à tração controlada do cordão (Manobra de Brandt-Andrews) e à massagem uterina para garantir o tônus, compõe o protocolo de conduta ativa preconizado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde.

A alternativa (c) está incorreta. A metilergonovina (Ergotrate) é um potente uterotônico, porém possui um efeito vasoconstritor importante. Ela é formalmente contraindicada em gestantes com qualquer distúrbio hipertensivo (pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional ou hipertensão arterial crônica), pois pode elevar perigosamente a pressão arterial e causar acidentes vasculares ou crises hipertensivas.

A alternativa (d) está incorreta. O misoprostol é considerado um uterotônico de segunda linha na prevenção, devendo ser utilizado preferencialmente quando a ocitocina não estiver disponível ou houver contraindicação ao seu uso. Além disso, esta alternativa menciona novamente a manobra de "hands off", que é incompatível com a definição de conduta ativa no secundamento.

Questão 33

O tema central desta questão é a conduta diante de uma gestante com risco para Incompetência Istmocervical (IIC). A IIC caracteriza-se pela incapacidade do colo uterino em manter a gestação no segundo trimestre, geralmente resultando em perdas fetais tardias indolores.

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta fatores de risco, porém o colo uterino medido às 14 semanas é de 30 mm. Na obstetrícia moderna, consideramos um colo curto quando a medida é inferior a 25 mm. Como a medida atual é normal (30 mm), a indicação imediata de cerclagem por ultrassonografia não se aplica, sendo necessário o acompanhamento

da evolução desse comprimento.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A cerclagem baseada apenas na história (cerclagem por história) costuma ser realizada entre 12 e 14 semanas em casos de perdas prévias clássicas e inequívocas. Quando optamos pela conduta baseada no seguimento ultrassonográfico (cerclagem por ultrassom), a cirurgia só é indicada se o colo apresentar encurtamento (menor que 25 mm) antes de 24 semanas. Com o colo em 30 mm, a intervenção cirúrgica imediata não é a conduta padrão.

Alternativa (b) Incorreta. A progesterona é uma ferramenta importante na prevenção da prematuridade, mas, em pacientes com risco para IIC e colo ainda normal, a prioridade é a monitorização da medida cervical para decidir sobre a necessidade de uma intervenção cirúrgica (cerclagem). Além disso, o limite de 28 semanas para administração não condiz com os protocolos usuais, que podem se estender até a 34ª ou 36ª semana em outros contextos.

Alternativa (c) Incorreta. Pelos mesmos motivos da alternativa anterior, a administração de progesterona não substitui a necessidade de vigilância ultrassonográfica do colo em pacientes com risco para IIC. A progesterona isolada é mais indicada para casos de colo curto em pacientes de baixo risco ou como adjuvante, mas não é a conduta isolada principal para quem tem indicação de seguimento de IIC.

Alternativa (d) Correta. Esta é a conduta recomendada para pacientes com fatores de risco para IIC que apresentam, inicialmente, um comprimento de colo normal. O seguimento ultrassonográfico quinzenal (ou semanal, dependendo do protocolo) entre 14 e 24-26 semanas permite identificar precocemente se o colo começará a encurtar ou a sofrer tunelização (abertura do orifício interno). Se o colo atingir menos de 25 mm durante esse acompanhamento, a cerclagem será, então, indicada (cerclagem indicada por ultrassom). Após 24 a 26 semanas, a cerclagem perde seu benefício e aumenta o risco de complicações, por isso o seguimento foca nesse intervalo.

Questão 34

A análise desta questão deve considerar dois fatores fundamentais: a idade da paciente (65 anos) e as características morfológicas observadas na ultrassonografia.

A imagem exhibe uma massa anexial complexa, multilocular, apresentando septos grosseiros e, principalmente, componentes sólidos e projeções papilíferas

(vegetações) volumosas que se projetam para o interior das lojas císticas. Segundo os critérios do grupo IOTA (International Ovarian Tumor Analysis), a presença de estruturas sólidas e a irregularidade interna em uma paciente na pós-menopausa são fortes preditores de malignidade.

Alternativa (a) Incorreta: A endometriose pélvica atinge mulheres predominantemente em idade reprodutiva. O achado ultrassonográfico típico de um endometrioma é uma formação cística com conteúdo hipoeoico homogêneo, apresentando ecos de baixa amplitude (aspecto de vidro fosco), sem a vegetação grosseira observada na imagem.

Alternativa (b) Incorreta: O corpo lúteo hemorrágico é uma estrutura funcional resultante do ciclo ovulatório. Como a paciente tem 65 anos e está na pós-menopausa, ela não apresenta atividade ovariana cíclica, o que exclui esta hipótese. Além disso, o aspecto ultrassonográfico do corpo lúteo hemorrágico é de um cisto com retículo de fibrina ("aspecto em teia de aranha"), diferente da massa sólida-cística apresentada.

Alternativa (c) Incorreta: Embora alguns tumores benignos (como o cistadenoma seroso) possam ter septos, eles geralmente são finos e as paredes são lisas, sem componentes sólidos significativos. A complexidade desta tumoração, com vegetações evidentes, aponta contra a benignidade.

Alternativa (d) Correta: A combinação de uma paciente idosa (pós-menopausa) com uma massa ovariana contendo componentes sólidos/papilíferos e septações espessas é altamente sugestiva de câncer de ovário. Na prática clínica, massas com tais "M-rules" (regras de malignidade) devem ser investigadas com urgência, incluindo a dosagem de marcadores tumorais (como o CA-125) e avaliação cirúrgica, dada a alta probabilidade de um tumor ovariano maligno.

Questão 35

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O caso descreve uma paciente de 35 anos com quadro clássico de Vaginose Bacteriana (VB) de repetição. A VB de repetição é geralmente definida pela ocorrência de três ou mais episódios em um período de 12 meses. No relato, a paciente já realizou os tratamentos convencionais para episódios agudos (metronidazol e clindamicina, oral e vaginal) e seguiu orientações comportamentais, mas mantém recidivas em intervalos menores que dois meses. Nesses casos de falha terapêutica ou recorrência frequente, a conduta indicada deixa de ser apenas o tratamento do episódio agudo e passa a ser a terapia de supressão prolongada.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (B) descreve o esquema de manutenção recomendado pelos principais protocolos clínicos, como os do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e os da FEBRASGO. Após o tratamento inicial de um episódio agudo (que pode durar de 7 a 10 dias), inicia-se a terapia supressiva com metronidazol em gel/creme vaginal 0,75%, na frequência de duas vezes por semana, por um período de 4 a 6 meses. Essa estratégia visa manter a carga de *Gardnerella vaginalis* e outros anaeróbios em níveis baixos, permitindo a tentativa de recolonização por lactobacilos e reduzindo drasticamente as taxas de recidiva durante o tratamento.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (A): O secnidazol em dose única é uma opção eficaz para o tratamento de episódios agudos e esporádicos de vaginose bacteriana, devido à sua meia-vida longa. No entanto, para casos de recorrência crônica e frequente (vaginose de repetição), a dose única não oferece a proteção prolongada necessária para evitar novas recidivas em curto prazo.

Alternativa (C): A tetraciclina não é o antibiótico de escolha para o tratamento da vaginose bacteriana. Os agentes patogênicos envolvidos na VB (*Gardnerella*, *Mobiluncus*, *Atopobium vaginae* e anaeróbios) possuem melhor sensibilidade ao metronidazol, tinidazol e clindamicina. Além disso, o tempo de uso proposto (10 a 14 dias) trata apenas um episódio agudo prolongado, mas não configura uma estratégia de manutenção para casos recidivantes.

Alternativa (D): O uso de cápsulas vaginais de lactobacilos e probióticos é uma estratégia adjuvante muito estudada, com o objetivo de restaurar a microbiota vaginal normal. No entanto, embora possam ser utilizados de forma complementar, os probióticos ainda não possuem força de evidência científica suficiente nas diretrizes clínicas para serem recomendados como medida terapêutica isolada ou principal no manejo da vaginose de repetição, especialmente em casos graves com falhas prévias aos antibióticos. A terapia supressiva com metronidazol (Alternativa B) permanece como o padrão-ouro nessas circunstâncias.

Questão 36

A acantose nigricans é uma manifestação cutânea caracterizada por placas hiperkeratóticas, aveludadas e hiperpigmentadas, comumente localizadas em áreas de dobras, como pescoço, axilas e virilhas. Na Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), essa condição é um marcador clínico fundamental de resistência à insulina e hiperinsulinemia compensatória.

Explicação das alternativas:

Alternativa A (Correta): A insulina, quando em níveis elevados no sangue (hiperinsulinemia), exerce um efeito mitogênico e proliferativo na pele. Em altas concentrações, a insulina atravessa a barreira dermoepidérmica e se liga aos receptores do fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1) presentes nos queratinócitos e fibroblastos. Essa estimulação excessiva promove a proliferação desordenada dessas células, resultando no espessamento da epiderme (acantose) e no aspecto escurecido e aveludado característico.

Alternativa B (Incorreta): O estradiol é o principal estrogênio circulante. Embora a SOP possa cursar com um estado de estrogênio não oposto (devido à falta de ovulação e conseqüente falta de progesterona), o estradiol não possui propriedades indutoras de proliferação de queratinócitos que levem à acantose nigricans. Sua relevância na SOP está mais ligada ao risco de hiperplasia endometrial.

Alternativa C (Incorreta): A testosterona e outros androgênios estão elevados na SOP, sendo responsáveis pelo quadro de hiperandrogenismo clínico (hirsutismo, acne e alopecia). Embora exista uma correlação estreita entre níveis elevados de androgênios e resistência à insulina, não é a testosterona que causa a lesão cutânea da acantose, mas sim a insulina agindo nos receptores de crescimento.

Alternativa D (Incorreta): A progesterona é produzida pelo corpo lúteo após a ovulação. Como a SOP é caracterizada por anovulação crônica, essas pacientes apresentam, na verdade, uma deficiência de progesterona na maior parte do ciclo. Este hormônio não tem participação na patogênese da acantose nigricans.

Em resumo, a presença de acantose nigricans em pacientes com SOP deve sempre alertar o médico para a investigação de distúrbios metabólicos, especificamente a resistência insulínica, que é o mecanismo fisiopatológico direto da lesão através da ação da insulina nos receptores de IGF-1 da pele.

Questão 37

A questão aborda o manejo da cistite aguda não complicada em mulheres no menacme (período fértil). Este é um dos quadros mais comuns na prática ambulatorial e segue protocolos bem estabelecidos pelas sociedades de urologia e infectologia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Em mulheres jovens, com sintomas típicos de infecção urinária baixa (disúria, polaciúria, urgência miccional) e sem sinais de gravidade ou fatores de risco para complicações, o diagnóstico é eminentemente clínico. A solicitação de urocultura não é necessária rotineiramente para o primeiro episódio. Além disso, as quinolonas (como o ciprofloxacino) não são mais recomendadas como primeira escolha devido ao risco de efeitos colaterais (como lesões tendinosas) e ao aumento da resistência bacteriana, devendo ser reservadas para casos de pielonefrite ou cistites complicadas.

Alternativa b) Incorreta. A fenazopiridina é um analgésico das vias urinárias que auxilia apenas no alívio sintomático da dor e do desconforto, mas não possui atividade antimicrobiana. O tratamento da infecção exige obrigatoriamente o uso de antibióticos. Aguardar o resultado de uma urocultura (que leva de 48 a 72 horas) para iniciar o tratamento em um quadro de cistite simples é clinicamente inadequado, pois prolonga o sofrimento da paciente.

Alternativa c) Correta. A fosfomicina trometamol, na dose de 3 g em dose única, é considerada uma das terapias de primeira linha para cistite não complicada em mulheres. Suas principais vantagens são a posologia simplificada (dose única), que garante a adesão total ao tratamento, e o baixo índice de resistência das cepas de *Escherichia coli* (principal agente causador). Outra opção de primeira linha igualmente aceita é a nitrofurantoína (100 mg de 12/12h por 5 dias).

Alternativa d) Incorreta. Conforme mencionado, as quinolonas não são a primeira escolha para cistites simples. Além disso, o tempo de tratamento de 7 dias é considerado excessivo para uma infecção urinária baixa não complicada em mulher jovem. Quando as quinolonas são utilizadas para cistite, o tempo preconizado costuma ser de apenas 3 dias. Tratamentos de 7 a 14 dias são reservados para casos de pielonefrite, gestantes ou infecções em homens.

Questão 38

Para resolver o caso desta adolescente, o método escolhido deve atender a três critérios simultâneos: eficácia contraceptiva, controle do sangramento uterino anormal (SUA) e tratamento da acne com ação antiandrogênica.

A alternativa (b) está correta porque os contraceptivos hormonais combinados (estrogênio + progestágeno) são a primeira linha de tratamento para acne em mulheres que buscam contracepção. O estrogênio aumenta a síntese hepática da SHBG (globulina transportadora de hormônios sexuais), o que reduz a testosterona livre circulante. A drospirenona, especificamente, é um progestágeno de quarta geração que possui ação antiandrogênica direta, bloqueando os receptores de androgênios na pele, além de regular o ciclo e reduzir o fluxo menstrual.

A alternativa (a) está incorreta. O implante de etonorgestrel é um excelente método contraceptivo e eficaz para reduzir o fluxo menstrual (podendo causar amenorreia). No entanto, por ser um método de progestágeno isolado e ter um leve perfil androgênico, a acne é um dos seus efeitos colaterais mais comuns, podendo agravar o sofrimento psicológico da paciente.

A alternativa (c) está incorreta. O DIU de levonorgestrel (Mirena/Kyleena) é padrão-ouro para o controle do sangramento uterino anormal e oferece alta eficácia contraceptiva. Entretanto, o levonorgestrel é um progestágeno derivado da testosterona, o que confere a ele um perfil androgênico. O uso do DIU hormonal frequentemente causa ou piora a acne, não sendo a escolha ideal quando o controle dermatológico é uma prioridade.

A alternativa (d) está incorreta. As pílulas de progestágeno isolado (minipílulas ou pílula de desogestrel) não possuem estrogênio, elemento necessário para o aumento expressivo da SHBG. Além disso, esses progestágenos não possuem a propriedade antiandrogênica da drospirenona, sendo ineficazes para o tratamento da acne e podendo causar sangramentos irregulares (escapes) em alguns casos.

Questão 39

EXPLICAÇÃO DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro epidemiológico clássico para hepatite C, com histórico de transfusão sanguínea antes de 1992 (período em que não havia testes de triagem rigorosos para esse vírus em bancos de sangue) e uso de drogas injetáveis. A sorologia anti-HCV reagente indica que o paciente teve contato com o vírus em algum momento da vida, gerando anticorpos. No entanto, o anti-HCV não diferencia uma infecção ativa (atual) de uma cura espontânea ou de uma cicatriz sorológica.

Cerca de 20% a 30% dos indivíduos que se infectam com o HCV conseguem eliminar o vírus espontaneamente na fase aguda, mas permanecem com o anti-HCV positivo pelo resto da vida.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Correta: Diante de um anti-HCV positivo, o protocolo clínico exige a confirmação da infecção ativa. O exame indicado para isso é a pesquisa do RNA do vírus (HCV-RNA) por métodos moleculares (como o PCR). Se o RNA for detectado, confirma-se que o vírus está presente e em replicação, caracterizando a hepatite C crônica e indicando a necessidade de avaliação para tratamento.

Alternativa (b) Incorreta: Repetir a sorologia é uma conduta desnecessária. O anti-HCV funciona como um marcador de exposição definitiva. Se o teste já foi reagente e o paciente possui fatores de risco claros, o resultado é confiável quanto à exposição prévia, e a repetição não ajudará a diagnosticar se a doença está ativa no momento.

Alternativa (c) Incorreta: A genotipagem viral é um exame utilizado para identificar o genótipo do vírus (1, 2, 3, etc.), o que auxiliava na escolha do esquema de antivirais. Contudo, ela só faz sentido se soubermos que o vírus está presente no sangue. Portanto, o HCV-RNA deve vir antes. Além disso, com os novos tratamentos pangenotípicos (que tratam todos os genótipos com a mesma eficácia), a genotipagem perdeu o papel de destaque que tinha anteriormente no início da investigação.

Alternativa (d) Incorreta: Não existe tratamento empírico para hepatite C. Os antivirais de ação direta (DAAs) são medicamentos específicos e de alto custo, que devem ser prescritos apenas após a confirmação laboratorial da viremia (presença do RNA viral). Tratar um paciente apenas com base no anti-HCV seria um erro, pois ele pode fazer parte do grupo que se curou espontaneamente e não possui mais o vírus.

Questão 40

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta uma úlcera genital de crescimento progressivo, indolor, com bordas planas e fundo granulomatoso. O ponto crucial para o diagnóstico diferencial neste caso é a ausência de linfonodomegalias inguinais associadas, além das características morfológicas da lesão.

Alternativa (a) Incorreta. O linfogranuloma venéreo é causado pela *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3). Sua apresentação típica envolve uma pequena

lesão ulcerada inicial que cicatriza rapidamente e muitas vezes não é notada pelo paciente. A fase secundária é marcada por linfadenopatia inguinal exuberante, dolorosa e que pode fistulizar por múltiplos orifícios. A ausência de linfonodomegalia e o caráter progressivo da úlcera descrita afastam essa hipótese.

Alternativa (b) Incorreta. O cancro mole é causado pela bactéria *Haemophilus ducreyi*. Clinicamente, caracteriza-se por úlceras múltiplas, extremamente dolorosas, com bordas irregulares e fundo purulento (aspecto sujo). Em cerca de metade dos casos, há presença de linfonodomegalia inguinal dolorosa que pode sofrer flutuação e drenagem. O quadro do paciente é indolor e granulomatoso, o que é incompatível com cancro mole.

Alternativa (c) Correta. A donovanose (granuloma inguinale) é causada pela *Klebsiella granulomatis*. É uma doença crônica, progressiva e indolor. As lesões são tipicamente úlceras de fundo granulomatoso, vermelho-vivo (descritas às vezes como em carne viva), com bordas planas ou hipertróficas e que sangram facilmente ao toque. Uma característica clássica cobrada em provas é que a donovanose não costuma cursar com linfadenopatia verdadeira, embora possam ocorrer pseudobubões (lesões granulomatosas subcutâneas na região inguinal). O relato de úlcera indolor, progressiva, granulomatosa e sem linfonodomegalias fecha o diagnóstico.

Alternativa (d) Incorreta. A sífilis primária, ou cancro duro (causado pelo *Treponema pallidum*), manifesta-se como uma úlcera única, indolor, com base limpa e bordas endurecidas. Diferente da donovanose, o cancro duro é quase invariavelmente acompanhado de linfonodomegalia regional indolor e não supurativa. Além disso, a lesão da sífilis costuma ser autolimitada, desaparecendo mesmo sem tratamento, enquanto a donovanose tem caráter progressivo e o fundo da lesão é granulomatoso, não limpo.

Questão 41

Esta questão aborda o manejo inicial e o rastreo de infecções oportunistas em uma paciente recém-diagnosticada com HIV, que já apresenta boa resposta virológica e imunológica ao tratamento antirretroviral (TARV).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A simplificação da terapia antirretroviral para o esquema de dois fármacos (dolutegravir + lamivudina) é uma estratégia válida, mas possui critérios específicos. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Brasil, o paciente deve ter pelo menos 6 meses de carga viral indetectável, não ter

histórico de falha virológica e não possuir mutações de resistência conhecidas aos fármacos do esquema. Como a paciente foi diagnosticada e iniciou o tratamento há apenas 3 meses, ainda é cedo para essa troca.

Alternativa B (Correta): O rastreio de tuberculose latente (ILTb) é mandatório para todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) no momento do diagnóstico e deve ser repetido periodicamente. O teste de liberação de interferon-gama (IGRA) ou a prova tuberculínica (PPD) são as ferramentas utilizadas para esse fim. Como a paciente está assintomática e com CD4 acima de 350 células/mm³, o rastreio é a conduta imediata indicada para determinar a necessidade de tratamento preventivo, reduzindo o risco de progressão para tuberculose ativa.

Alternativa C (Incorreta): A densitometria óssea não é um exame de rotina para uma mulher de 36 anos assintomática, mesmo com HIV. As diretrizes recomendam o rastreio de osteoporose em homens com 50 anos ou mais, mulheres na pós-menopausa ou em pacientes que apresentem fatores de risco significativos para perda de massa óssea (como uso prolongado de corticoides ou histórico de fraturas de fragilidade). O tenofovir (TDF) pode causar perda de densidade óssea, mas isso não justifica o exame preventivo nesta faixa etária sem outros fatores associados.

Alternativa D (Incorreta): A profilaxia (tratamento) para tuberculose latente não deve ser iniciada de forma empírica sem antes realizar o teste de rastreio (PPD ou IGRA). A exceção ocorre em casos de contatos domiciliares ou próximos com pacientes bacilíferos, o que não foi mencionado no caso clínico. Primeiro confirma-se a infecção latente pelo teste diagnóstico e descarta-se tuberculose ativa (pela ausência de sintomas) para, então, iniciar o tratamento preventivo com isoniazida ou rifampicina.

Resumo: Em uma paciente com HIV estável, o próximo passo essencial na rotina de seguimento é o rastreio de infecções oportunistas latentes, sendo a tuberculose a principal prioridade no cenário epidemiológico brasileiro, utilizando o IGRA ou PPD.

Questão 42

Este indicador é fundamental para a gestão do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e para a Vigilância em Saúde no Brasil. Ele não mede apenas o ato isolado de vacinar, mas sim a conclusão de esquemas vacinais completos em grupos específicos.

O cálculo descrito na questão utiliza o número de últimas doses (que representa o encerramento do esquema básico, como a terceira dose da Pentavalente ou a segunda dose da Tríplice Viral) e o relaciona com a população estimada pelo IBGE ou SVS.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O termo "imunizados" refere-se a um estado biológico de proteção, que nem sempre é garantido apenas pela aplicação da vacina, embora seja o objetivo final. Os indicadores de vigilância baseiam-se em doses aplicadas e registradas; portanto, o termo correto é cobertura vacinal.

Alternativa (b) Incorreta. A expressão "doses aplicadas" é genérica e pode se referir a qualquer dose (primeira, segunda ou reforços). O indicador específico solicitado no enunciado foca na última dose do esquema vacinal para caracterizar a cobertura vacinal completa de um determinado grupo.

Alternativa (c) Correta. Esta é a nomenclatura oficial adotada pelo Guia de Vigilância em Saúde. O indicador de cobertura vacinal nas coortes de vacinados de cada população-alvo permite acompanhar se um grupo específico de pessoas (nascidos em determinado ano ou pertencentes a uma faixa etária específica) atingiu a meta de vacinação com o esquema completo. O uso do termo "coortes" é essencial na vigilância moderna para monitorar o histórico vacinal de grupos populacionais ao longo do tempo.

Alternativa (d) Incorreta. Esta alternativa mistura o termo "imunizados", que é clinicamente impreciso para um indicador de cobertura administrativa, com a estrutura de coortes. Como explicado anteriormente, a vigilância monitora a aplicação das doses e não a resposta imunológica individual de cada cidadão.

Em resumo, a alternativa (c) define com precisão o indicador que monitora a proporção da população que completou o esquema vacinal preconizado para sua idade ou grupo de risco.

Questão 43

ANÁLISE DA QUESTÃO:

Em estudos de caso-controle, a validade dos resultados depende diretamente da escolha adequada do grupo-controle. Os controles devem representar a base populacional de onde os casos surgiram, permitindo estimar a frequência de exposição ao fator de risco em indivíduos sem a doença. Quando os casos são recrutados em um hospital de referência (casos já estabelecidos e frequentemente graves) e os controles são retirados da comunidade, há um risco inerente de erros sistemáticos na comparabilidade dos grupos.

ALTERNATIVA A (CORRETA):

O câncer de esôfago é uma patologia que pode ter uma fase subclínica (assintomática ou com sintomas leves) relativamente longa. Ao selecionar pessoas na comunidade para compor o grupo-controle apenas com base na ausência de um diagnóstico prévio, o pesquisador corre o risco de incluir indivíduos que já possuem a neoplasia, mas ainda não foram diagnosticados. Se o grupo-controle contiver pessoas doentes (casos "mascarados"), a diferença de exposição entre os dois grupos diminuirá artificialmente, subestimando a associação entre o fator de risco e a doença. Isso é um erro de classificação que compromete a sensibilidade do estudo.

ALTERNATIVA B (INCORRETA):

O viés de aferição ou mensuração ocorre quando a forma de coletar os dados é diferente entre os grupos (por exemplo, entrevistar os casos pessoalmente e mandar um questionário por correio para os controles). A exclusão de indivíduos expostos durante a seleção configuraria um viés de seleção, mas a questão descreve uma metodologia de recrutamento que aponta mais diretamente para o risco de doença não detectada nos controles do que para a exclusão deliberada de expostos.

ALTERNATIVA C (INCORRETA):

Geralmente, ocorre o oposto: hospitais de referência oncológica costumam concentrar casos mais graves, avançados ou complexos, o que pode gerar o Viés de Berkson (uma forma de viés de seleção). Além disso, o erro na escolha dos casos é um viés de seleção, enquanto o viés de informação refere-se a falhas na coleta de dados sobre a exposição (como o viés de memória, onde o doente lembra mais detalhadamente de hábitos passados do que o saudável).

ALTERNATIVA D (INCORRETA):

O viés de confusão acontece quando uma terceira variável está associada tanto ao fator de risco quanto ao desfecho, distorcendo o resultado. Não se pode afirmar que controles da comunidade tenham, por definição, maior risco de exposição. Na verdade, controles comunitários são frequentemente preferíveis aos hospitalares para evitar que outras doenças (que levaram o controle ao hospital) também estejam associadas ao fator de risco em estudo. O problema central da questão reside na dificuldade de garantir que o controle comunitário esteja realmente livre da doença específica (câncer de esôfago).

Questão 44

Para compreender esta questão, devemos analisar como o formato da distribuição dos dados influencia as medidas de tendência central (média, mediana e moda).

Em uma distribuição simétrica, como a curva normal, a média, a mediana e a moda possuem o mesmo valor. No entanto, quando os dados são assimétricos, essas

medidas se separam. Na assimetria à direita (ou positiva), a cauda da distribuição se alonga para os valores maiores. Isso significa que existem alguns valores muito altos (valores extremos) que exercem uma força de atração sobre a média, puxando-a para a direita.

Alternativa a: Incorreta. O enunciado afirma corretamente que a média é sensível a valores extremos. Contudo, é exatamente por essa sensibilidade que ela se torna uma medida ruim para representar o centro de dados assimétricos. Em uma distribuição assimétrica à direita, a média será artificialmente elevada pelos pacientes mais velhos, não representando bem o grupo como um todo.

Alternativa b: Incorreta. O desvio padrão é uma medida de dispersão, que indica o quanto os dados variam em torno da média. A questão solicita especificamente uma medida de tendência central, o que exclui o desvio padrão desta função.

Alternativa c: Correta. A mediana é o valor que ocupa a posição central de um conjunto de dados ordenados, dividindo-os em duas metades iguais (50% dos valores acima e 50% abaixo). Por depender apenas da ordem dos valores e não da sua magnitude numérica extrema, a mediana é pouco afetada por valores muito altos ou muito baixos. Por isso, em distribuições assimétricas, ela é a medida mais fidedigna para representar o centro da amostra.

Alternativa d: Incorreta. A moda é o valor que ocorre com maior frequência. Embora seja uma medida de tendência central, ela costuma ficar posicionada no pico da curva e não necessariamente no centro da distribuição. Em dados quantitativos, como a idade, a moda pode ser instável e não é considerada a melhor escolha para lidar com a assimetria em comparação com a mediana.

Resumo didático:

Distribuição Assimétrica à Direita: Média > Mediana > Moda.

Distribuição Assimétrica à Esquerda: Moda > Mediana > Média.

Em qualquer distribuição com valores extremos (assimétrica), a mediana é a medida de tendência central mais robusta e recomendada.

Questão 45

Para resolver essa questão, é fundamental compreender a relação entre a prevalência de uma doença e os valores preditivos de um teste diagnóstico. Sensibilidade e especificidade são características intrínsecas ao teste, mas os valores preditivos (positivo e negativo) variam conforme a probabilidade pré-teste (prevalência) na população estudada.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora a alta sensibilidade realmente garanta poucos falsos negativos, isso impacta diretamente a confiança no resultado negativo (Valor Preditivo Negativo), e não o Valor Preditivo Positivo (VPP). O VPP é extremamente dependente da prevalência da doença. Mesmo com alta sensibilidade, se a doença é rara, o VPP será prejudicado.

Alternativa b: Correta. Este é um conceito fundamental em epidemiologia: em populações com baixa prevalência, o Valor Preditivo Positivo tende a ser baixo. Isso ocorre porque, como a imensa maioria da população é saudável (98 por cento neste caso), mesmo um teste com boa especificidade (90 por cento) gerará um número absoluto de falsos positivos superior ao número de verdadeiros positivos. Matematicamente, se testarmos 1.000 pessoas, teremos 20 doentes e 980 saudáveis. O teste identificará 19 doentes (95 por cento de sensibilidade), mas gerará 98 falsos positivos (10 por cento de erro da especificidade sobre os 980 saudáveis). Assim, a maioria dos resultados positivos será falsa.

Alternativa c: Incorreta. A alternativa apresenta um termo inexistente (valor preditivo positivo negativo) e comete o erro conceitual de dizer que a prevalência interfere pouco. Na verdade, a prevalência é o principal fator que modifica os valores preditivos de um teste na prática clínica.

Alternativa d: Incorreta. O desafio em populações de baixa prevalência não é o Valor Preditivo Negativo (VPN), que costuma ser muito elevado nessas situações (já que é muito provável que um teste negativo em uma população quase sem doentes esteja correto). Além disso, a especificidade de 90 por cento não é considerada baixa, mas sim o volume de pessoas saudáveis testadas que gera o problema dos falsos positivos.

Questão 46

O preenchimento adequado da Declaração de Óbito (DO) é o pilar fundamental para a Vigilância Epidemiológica, especialmente no monitoramento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), como doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas. O uso de causas inespecíficas, frequentemente chamadas de códigos-lixo (*garbage codes*), prejudica a qualidade da informação em saúde.

Alternativa (a): CORRETA. Esta é a repercussão direta do fenômeno. Quando as causas reais de morte (ex.: infarto agudo do miocárdio) são registradas de forma genérica (ex.: parada cardiorrespiratória ou causa indeterminada), os indicadores específicos das DANT deixam de ser alimentados corretamente. Isso cria uma falsa

sensação de estabilidade ou até de redução nas taxas de mortalidade dessas doenças, o que esconde a realidade epidemiológica e impede que o gestor perceba se uma intervenção (como uma campanha de controle da hipertensão) está funcionando ou se os casos estão aumentando.

Alternativa (b): INCORRETA. O aumento de causas inespecíficas promove a degradação dos registros, e não a sua uniformização. Para que a análise temporal e a comparação entre regiões sejam úteis, os dados precisam ser precisos. Se uma região preenche bem as DOs e outra utiliza causas inespecíficas, a comparação entre elas se torna impossível ou enviesada.

Alternativa (c): INCORRETA. O aumento de causas mal definidas interfere drasticamente na avaliação de políticas de prevenção. Embora os indicadores globais (como a taxa de mortalidade geral) possam ser calculados, eles não fornecem subsídios para o planejamento específico contra as DANT. Sem saber do que a população está morrendo especificamente, a gestão não consegue direcionar recursos para as doenças que mais impactam a comunidade.

Alternativa (d): INCORRETA. Sistemas de informação em saúde buscam o máximo de precisão e fidedignidade clínica possível. A flexibilidade ou a necessidade constante de reclassificar causas devido a preenchimentos vagos é considerada uma falha do sistema, e não uma vantagem. Isso gera uma sobrecarga no sistema de vigilância, que precisa realizar investigações de óbito para tentar recuperar a causa básica que deveria ter sido declarada corretamente pelo médico assistente.

Questão 47

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um paciente com sintomas clássicos de hanseníase (dormência), que recebeu diagnóstico, tratamento com Poliquimioterapia (PQT) e teve seus contatos examinados. Essas ações compõem os pilares do controle da hanseníase no Brasil.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e seu manejo é prioridade da Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e o Programa Nacional de Controle da Hanseníase, a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a Unidade de Saúde da Família (UBSF) é a principal porta de entrada e a responsável pela execução das ações de vigilância, diagnóstico, tratamento e investigação de contatos. A descentralização do atendimento para a rede básica visa

facilitar o acesso do paciente, garantir a adesão ao tratamento prolongado e realizar a busca ativa de casos na comunidade.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Embora especialistas (dermatologistas) possam tratar a hanseníase, o SUS preconiza que o atendimento não seja restrito ou centralizado em especialidades. O objetivo é que qualquer médico ou enfermeiro da atenção básica esteja capacitado para diagnosticar e tratar casos rotineiros, reservando os especialistas para casos de dúvida diagnóstica ou complicações graves.

Alternativa (c): Os Centros de Referência (estaduais ou regionais) existem no SUS, mas sua função é atuar como suporte para casos complexos, como resistência medicamentosa, reações hansênicas de difícil manejo ou necessidade de cirurgias reabilitadoras. O manejo inicial e o acompanhamento de contatos descritos no enunciado são atribuições típicas da atenção básica, não necessitando, a priori, de uma unidade de referência.

Alternativa (d): O Hospital Municipal é uma unidade de atenção secundária ou terciária voltada para urgências, emergências e internações. A hanseníase é uma doença crônica de tratamento ambulatorial. O ambiente hospitalar não é o local adequado para o acompanhamento longitudinal e para a vigilância epidemiológica de contatos domiciliares.

Questão 48

A questão aborda as competências das esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecidas pela Lei nº 8.080/1990. Para resolvê-la, é necessário distinguir as atribuições da União (Artigo 16), dos Estados (Artigo 17) e dos Municípios (Artigo 18).

Alternativa (a) Incorreta: Esta é uma competência tipicamente municipal, prevista no Artigo 18, inciso I. O Município é o ente federativo responsável pela execução direta, planejamento, organização e gestão dos serviços de saúde em seu território local.

Alternativa (b) Correta: De acordo com o Artigo 17, inciso II, da Lei nº 8.080/1990, é competência da direção estadual do SUS coordenar a rede de laboratórios de saúde pública e hemocentros, além de gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa. O Estado atua como um coordenador das redes regionais e mantém sob sua gestão direta serviços estratégicos ou de referência que ainda não foram transferidos para a gestão municipal.

Alternativa (c) Incorreta: Esta função é atribuída aos Municípios pelo Artigo 18, inciso

II. Cabe ao gestor municipal participar do planejamento e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a direção estadual, visando à integração dos serviços locais na rede estadual.

Alternativa (d) Incorreta: A execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho (Saúde do Trabalhador) são competências municipais, descritas no Artigo 18, inciso IV, alínea "b". Por ser o ente executor, o Município é quem realiza a vigilância direta nos locais de trabalho situados em seu território.

Resumo didático: Na divisão de tarefas do SUS, a União define as normas nacionais e políticas gerais; o Estado atua na coordenação regional e no apoio suplementar aos Municípios; e o Município é o principal executor das ações e serviços de saúde para a população.

Questão 49

O Artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e as Diretrizes do SUS

Para resolver esta questão, é fundamental o conhecimento literal do Artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços públicos de saúde devem ser organizados como um sistema único (SUS), seguindo três diretrizes obrigatórias:

1. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo (União, Estados e Municípios).
2. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
3. Participação da comunidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O erro está no termo longitudinalidade. A longitudinalidade é um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde (APS), definido na literatura de Barbara Starfield e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Embora seja um pilar do cuidado, não consta como diretriz no texto do Artigo 198 da Constituição.

Alternativa b: Incorreta. O termo primeiro contato refere-se à acessibilidade e à função da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema. Assim como a longitudinalidade, é um atributo da APS e não uma das três diretrizes constitucionais listadas no Artigo 198.

Alternativa c: Incorreta. A equidade é um princípio doutrinário do SUS, fundamentado no conceito de justiça social (tratar desigualmente os desiguais para alcançar a igualdade). No entanto, ela não está descrita nominalmente como diretriz no Artigo 198. O termo referência faz parte da organização da rede (regionalização e hierarquização), mas não é uma diretriz isolada no texto constitucional.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa contém o atendimento integral e a participação da comunidade, que são duas das três diretrizes explícitas do Artigo 198. É importante notar que, tecnicamente, o Artigo 198 cita a descentralização em vez da universalidade (que aparece no Artigo 196). Contudo, em questões de prova, esta alternativa é a correta por excluir os atributos específicos da APS presentes nas outras opções e por focar nos pilares fundamentais da organização do sistema previstos na Constituição.

Questão 50

O tema central da questão é a base legal do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). Para responder corretamente, é necessário distinguir as duas leis fundamentais que compõem a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080 e nº 8.142).

Alternativa a) Correta. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é o marco legal que garante a participação da comunidade na gestão do SUS. Ela instituiu as instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde (que ocorrem a cada quatro anos) e os Conselhos de Saúde (permanentes e deliberativos). Além disso, essa lei estabeleceu os critérios para o repasse de recursos financeiros entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Alternativa b) Incorreta. O Pacto pela Saúde, instituído em 2006, foi uma estratégia de gestão para qualificar o SUS por meio de metas e compromissos entre os gestores (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão). Embora seja importante para a consolidação do sistema, ele não foi o instrumento que garantiu legalmente a participação da comunidade, que já estava estabelecida desde 1990.

Alternativa c) Incorreta. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) foram portarias publicadas ao longo da década de 1990 para regulamentar a descentralização e as formas de financiamento. Elas serviram para operacionalizar o sistema e definir o papel dos municípios, mas a garantia legal da participação popular advém da Lei nº 8.142.

Alternativa d) Incorreta. A Lei nº 8.080/1990 é conhecida como a "Lei Mãe" do SUS, pois define os princípios, objetivos e a organização dos serviços. No entanto, no momento de sua sanção, os trechos que tratavam da participação popular e do

financiamento foram vetados pelo então presidente Fernando Collor. Para suprir essa lacuna, foi editada, logo em seguida, a Lei nº 8.142. Portanto, a 8.080 não é a lei que garante a participação da comunidade.

Questão 51

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar as atribuições comuns a todos os membros das equipes de Atenção Básica das atribuições específicas de cada categoria profissional, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Alternativa (a) Incorreta. Participar do processo de territorialização, mapeamento e identificação de riscos e vulnerabilidades é uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Todos devem conhecer o território para planejar as ações de saúde.

Alternativa (b) Incorreta. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, seja na unidade de saúde, no domicílio ou em espaços comunitários, também é uma atribuição comum a todos os membros da equipe. O cuidado compartilhado e a atuação em diversos cenários da comunidade são pilares da Estratégia Saúde da Família para todos os seus componentes.

Alternativa (c) Incorreta. A execução de ações de atenção à saúde baseadas nas necessidades locais e nos protocolos da gestão é outra atribuição comum. Todo o corpo técnico da unidade deve seguir as diretrizes e protocolos estabelecidos para garantir a segurança e a padronização do atendimento.

Alternativa (d) Correta. Esta é uma atribuição específica do profissional médico dentro da PNAB. Cabe ao médico a responsabilidade clínica de indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar. O texto destaca um ponto crucial da coordenação do cuidado: mesmo quando o paciente é encaminhado para outro ponto de atenção (como um hospital), o médico da Atenção Básica deve manter a responsabilização pelo acompanhamento do usuário, garantindo a continuidade do tratamento após a alta. Outras atribuições específicas do médico incluem a realização de consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, prescrição de medicamentos e emissão de laudos e atestados.

Questão 52

Texto Original:

O quadro clínico descrito aponta para uma complicação clássica de pacientes que permanecem em terapia renal substitutiva por longos períodos, geralmente por mais de 10 a 15 anos. A chave para a questão é a associação entre o tempo de diálise, a dor articular (especialmente no ombro) e a presença de cistos ósseos periarticulares.

Alternativa d (Correta): A Amiloidose Associada à Diálise é causada pelo acúmulo de beta-2-microglobulina. Esta proteína, que normalmente é filtrada pelos rins, não é removida de forma eficiente pelas membranas de hemodiálise convencionais. Com o passar dos anos, ela se deposita em tecidos osteoarticulares, sinóvia e ligamentos. As manifestações mais comuns incluem a síndrome do túnel do carpo, a espondiloartropatia e o acometimento de grandes articulações, como o ombro. Radiograficamente, caracteriza-se por cistos ósseos subcondrais (geodos) e erosões articulares, exatamente como relatado no caso.

Alternativa a (Incorreta): O Hiperparatireoidismo Secundário faz parte do distúrbio mineral e ósseo da doença renal crônica, resultando em osteíte fibrosa cística devido ao alto turnover ósseo. Embora possa causar lesões líticas conhecidas como tumores marrons, o quadro de dor articular limitante associada a cistos ósseos específicos após 15 anos de diálise é muito mais sugestivo de depósito amiloide do que de reabsorção óssea pelo PTH elevado.

Alternativa b (Incorreta): O Hiperparatireoidismo Primário decorre de um problema intrínseco nas glândulas paratireoides (como um adenoma) em pacientes sem doença renal. Pacientes em hemodiálise apresentam a forma secundária ou, em casos de autonomia glandular prolongada, a forma terciária.

Alternativa c (Incorreta): A Doença Óssea Adinâmica é um estado de baixo turnover ósseo, frequentemente causado pela supressão excessiva do paratormônio (PTH) pelo uso de vitamina D ou calcimiméticos. Ela cursa com maior risco de fraturas e calcificações vasculares, mas não apresenta cistos ósseos periarticulares ou o quadro inflamatório articular típico da amiloidose.

Questão 53

O metanol é um álcool incolor e volátil que, quando ingerido, é metabolizado pelo organismo de forma a gerar metabólitos extremamente tóxicos. A compreensão da fisiopatologia dessa intoxicação é fundamental para identificar o distúrbio ácido-básico característico.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A acidose metabólica com ânion gap normal (ou hiperclorêmica) ocorre tipicamente em situações de perda de bicarbonato (como em diarreias graves ou acidose tubular renal). Na intoxicação por metanol, há o acréscimo de ácidos orgânicos exógenos no sangue, o que obrigatoriamente eleva o ânion gap.

Alternativa (b) Correta: O metanol é metabolizado pela enzima álcool-desidrogenase em formaldeído e, posteriormente, pela aldeído-desidrogenase em ácido fórmico (formato). O acúmulo de ácido fórmico é o responsável pela toxicidade sistêmica (especialmente lesão de retina e nervo óptico) e pela acidose metabólica. Como o formato é um ânion não medido na rotina laboratorial, sua presença aumenta a diferença entre os cátions e ânions medidos, resultando em acidose metabólica com ânion gap aumentado. Além disso, costuma haver um aumento do gap osmolar (diferença entre a osmolaridade medida e a calculada).

Alternativa (c) Incorreta: A alcalose metabólica com hipocalemia é um quadro associado a perdas digestivas altas (vômitos), uso de diuréticos de alça ou tiazídicos, ou hiperaldosteronismo. O metanol, por gerar metabólitos ácidos, provoca queda do pH sanguíneo (acidose), e não elevação (alcalose).

Alternativa (d) Incorreta: As síndromes de Bartter e Gitelman são tubulopatias hereditárias que cursam com alcalose metabólica, hipocalemia e alterações na excreção urinária de cálcio. Elas mimetizam o uso crônico de diuréticos. Não possuem qualquer relação fisiopatológica com a ingestão de álcoois tóxicos como o metanol.

Questão 54

O acidente crotálico, causado por serpentes do gênero *Crotalus* (cascavel), apresenta um quadro clínico marcado por três ações principais do veneno: neurotóxica, miotóxica e coagulante. A complicação mais grave e principal causa de óbito nesses pacientes é a injúria renal aguda (IRA).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Apesar de existirem estudos que sugerem uma possível ação citotóxica direta do veneno sobre as células tubulares, esse mecanismo é considerado secundário. Na prática clínica e em provas de residência, o mecanismo indireto via toxicidade de pigmentos é o mais relevante e provável.

b) Correta. A ação miotóxica sistêmica do veneno crotálico provoca a destruição das

fibras musculares esqueléticas, processo conhecido como rabdomiólise. Essa destruição libera grandes quantidades de mioglobina na corrente sanguínea. A mioglobina é filtrada pelo glomérulo e torna-se altamente nefrotóxica, causando obstrução tubular e lesão tubular direta (necrose tubular aguda). A presença de mioglobina na urina (mioglobinúria) é a responsável pela coloração escura (urina de cor "chá" ou "Coca-Cola") descrita no enunciado.

c) Incorreta. Embora o veneno crotálico possua uma ação coagulante que pode consumir o fibrinogênio e tornar o sangue incoagulável, esse fenômeno raramente é a causa da lesão renal neste cenário. A coagulopatia é muito mais intensa e associada a complicações hemorrágicas no acidente botrópico (jararaca).

d) Incorreta. A síndrome compartimental ocorre devido ao edema intenso em compartimentos musculares fechados. O acidente por cascavel é caracterizado justamente por apresentar manifestações locais mínimas, com pouco ou nenhum edema no local da picada, ao contrário do acidente botrópico, que cursa com importante reação inflamatória local.

Em resumo, diante de um acidente crotálico com urina escura e insuficiência renal, o diagnóstico fisiopatológico principal é a rabdomiólise com consequente deposição de mioglobina nos túbulos renais.

Questão 55

Esta questão exige o conhecimento anatômico e funcional dos núcleos da base, que são agrupamentos de corpos celulares de neurônios localizados na profundidade dos hemisférios cerebrais, responsáveis pela modulação e refinamento do movimento voluntário. Lesões nessas estruturas resultam em distúrbios do movimento, conhecidos como síndromes extrapiramidais.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O putâmen e o globo pálido (que juntos formam o núcleo lentiforme) são componentes fundamentais dos núcleos da base. O putâmen, junto ao núcleo caudado, forma o estriado, que é a principal porta de entrada de informações para o sistema. O globo pálido atua como uma das principais vias de saída de estímulos para o tálamo. Disfunções nessas áreas estão diretamente ligadas a movimentos involuntários, como coreia e tiques.

b) INCORRETA. Embora o núcleo caudado faça parte dos núcleos da base, o corpo mamilar pertence ao sistema límbico (faz parte do diencéfalo). Os corpos mamilares estão envolvidos no processamento da memória e sua lesão é classicamente

associada à Síndrome de Wernicke-Korsakoff, não a distúrbios motores primários.

c) INCORRETA. A substância negra é considerada funcionalmente parte dos núcleos da base (sua degeneração causa o parkinsonismo). No entanto, o núcleo basal de Meynert é uma estrutura rica em neurônios colinérgicos situada no prosencéfalo basal, relacionada a funções cognitivas, atenção e memória. Sua degeneração é um marco da Doença de Alzheimer e não está primariamente envolvida na gênese de balismo ou coreia.

d) INCORRETA. O núcleo rubro está localizado no mesencéfalo e participa da coordenação motora (via trato rubro-espinal), mas não é classificado como um dos núcleos da base. A área postrema situa-se no bulbo (assoalho do quarto ventrículo) e atua como o centro do vômito, detectando toxinas no sangue; ela não possui relação com o controle motor extrapiramidal.

Questão 56

O cerne desta questão está em diferenciar processos que podem causar tanto isquemia quanto hemorragia daqueles que são puramente hemorrágicos em sua manifestação clínica clássica.

Alternativa a) Incorreta. A trombose venosa cerebral (TVC) gera um aumento da pressão venosa e capilar por obstrução do fluxo de saída. Isso pode resultar em edema cerebral e infartos venosos (isquemia). A hemorragia na TVC ocorre frequentemente como uma transformação hemorrágica desses infartos venosos ou devido à ruptura de vênulas sobrecarregadas; portanto, o processo envolve tanto isquemia quanto hemorragia.

Alternativa b) Incorreta. As vasculites do sistema nervoso central causam inflamação da parede dos vasos, o que leva ao estreitamento do lúmen (causando isquemia e infartos arteriais) ou ao enfraquecimento da parede vascular (causando rupturas e hemorragias). É uma condição classicamente associada a eventos mistos.

Alternativa c) Incorreta. A cocaína possui diversos mecanismos de injúria cerebral. Ela causa um vasoespasma intenso e agudo, levando a AVCs isquêmicos. Simultaneamente, provoca picos de hipertensão arterial e pode predispor à ruptura de aneurismas preexistentes ou malformações arteriovenosas, resultando em AVC hemorrágico. Assim, cursa com ambos os tipos de insulto.

Alternativa d) Correta. Os microaneurismas de Charcot-Bouchard são pequenas dilatações (pseudoneurismas) que se formam nas pequenas artérias perfurantes cerebrais (como as artérias lenticuloestriadas) como consequência direta da

hipertensão arterial sistêmica crônica. O processo fisiopatológico associado a essas estruturas é, especificamente, a sua ruptura, o que gera a hemorragia intraparenquimatosa hipertensiva clássica (em locais como putâmen, tálamo e ponte). Embora a hipertensão também cause isquemia via lipohialinose (infartos lacunares), o microaneurisma de Charcot-Bouchard em si é uma lesão cuja única manifestação clínica é a ruptura hemorrágica.

Portanto, entre as opções apresentadas, apenas os microaneurismas de Charcot-Bouchard estão exclusivamente vinculados ao evento hemorrágico no contexto de sua patologia específica.

Questão 57

A aura na migrânea é um fenômeno neurológico focal que se manifesta mais comumente por sintomas visuais, sensitivos ou de linguagem. O processo fisiopatológico fundamental que explica a ocorrência da aura é a Depressão Cortical Alastrante (conhecida internacionalmente como Cortical Spreading Depression - CSD).

A Depressão Cortical Alastrante é uma onda de despolarização celular (neurônios e glia) que percorre o córtex cerebral a uma velocidade de aproximadamente 2 a 5 milímetros por minuto. Essa onda geralmente começa no córtex occipital (explicando por que a maioria das auras são visuais) e se propaga para a frente. Após essa despolarização intensa, ocorre um período de supressão prolongada da atividade neuronal. Clinicamente, a fase de despolarização correlaciona-se aos sintomas positivos (como as cintilações e luzes), enquanto a depressão subsequente correlaciona-se aos sintomas negativos (como o escotoma ou perda de visão).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A ativação do sistema trigêmeo-vascular é o mecanismo responsável pelo desencadeamento da dor na migrânea. Quando este sistema é ativado, ocorre a transmissão de sinais dolorosos das meninges e vasos sanguíneos para o núcleo caudal do trigêmeo no tronco encefálico e, posteriormente, para o tálamo e córtex. Embora a aura possa gatilhar esse sistema, ela não é causada por ele.
- b) Correta. Como descrito, a Depressão Cortical Alastrante é o evento elétrico e metabólico que gera os sintomas neurológicos transitórios da aura. Foi descrita originalmente pelo brasileiro Aristides Leão e permanece como a explicação científica padrão para o fenômeno.
- c) Incorreta. A inflamação neurogênica é um processo que ocorre na fase de dor. Ela

envolve a liberação de neuropeptídeos que causam vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar e edema perivascular, contribuindo para a sensibilização dos receptores de dor e para o caráter pulsátil da cefaleia.

d) Incorreta. O CGRP (Peptídeo Relacionado ao Gene da Calcitonina) é um potente vasodilatador e um dos principais mediadores químicos liberados pelas terminações nervosas do trigêmeo durante a crise de dor. O bloqueio do CGRP é alvo de novos tratamentos, mas sua liberação está ligada à sinalização da dor e inflamação vascular, e não à origem eletrofisiológica da aura no córtex.

Questão 58

O sinal descrito no enunciado é conhecido na semiologia ortopédica como sinal da tecla ou sinal da tecla de piano. Esse achado é indicativo de instabilidade na articulação acromioclavicular.

Alternativa (a) Incorreta: A lesão do tendão do supraespal faz parte das patologias do manguito rotador. Clinicamente, manifesta-se com dor no ombro, dor noturna e fraqueza na abdução, sendo avaliada por testes de impacto e força, como o teste de Jobe. Não apresenta instabilidade com elevação da clavícula distal.

Alternativa (b) Incorreta: A luxação esternoclavicular ocorre na junção da clavícula com o esterno, ou seja, na extremidade medial da clavícula. A luxação posterior é uma emergência médica devido ao risco de compressão de estruturas vitais no mediastino (vasos, traqueia e esôfago), mas o sinal da tecla é um fenômeno típico da extremidade lateral (distal) da clavícula.

Alternativa (c) Correta: Na luxação acromioclavicular, ocorre a ruptura dos ligamentos que estabilizam essa articulação (ligamentos acromioclaviculares e coracoclaviculares). Com a perda da sustentação ligamentar, o peso do membro superior desloca o acrômio para baixo, fazendo com que a extremidade distal da clavícula pareça elevada. Ao pressionar essa extremidade para baixo, ela se reduz momentaneamente, mas retorna à posição elevada assim que a pressão é removida, simulando o movimento de uma tecla de piano. Esse sinal é comum em luxações de maior grau (grau III ou superior na classificação de Rockwood).

Alternativa (d) Incorreta: A ruptura do tendão do bíceps braquial, geralmente da cabeça longa, manifesta-se com o sinal de Popeye, que é um abaulamento muscular na região média do braço devido à retração do ventre muscular. Não há acometimento ou deformidade na articulação acromioclavicular.

Questão 59

O acetábulo é a cavidade em forma de taça localizada na face lateral do osso do quadril, sendo a superfície articular que recebe a cabeça do fêmur para formar a articulação coxofemoral. Anatômica e embriologicamente, o osso do quadril é o resultado da fusão de três ossos distintos que se encontram exatamente no centro dessa cavidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta. Embora o ísquio e o púbis sejam componentes do acetábulo, o sacro é um osso pertencente à coluna vertebral (esqueleto axial). O sacro se articula com o osso do quadril na articulação sacroilíaca, mas não participa da formação da cavidade acetabular.

Alternativa b: Está incorreta. Assim como na alternativa anterior, a inclusão do sacro torna a opção errada. O ílio e o ísquio são constituintes do acetábulo, mas o sacro não contribui para essa estrutura articular.

Alternativa c: Está correta. De acordo com a Terminologia Anatômica, o acetábulo é formado pela fusão do ílio, do ísquio e do púbis. O ílio contribui com a parte superior (cerca de dois quintos da estrutura), o ísquio com a parte posterior e inferior (também cerca de dois quintos) e o púbis com a parte anterior e inferior (cerca de um quinto). No indivíduo jovem, esses três ossos são separados pela cartilagem trirradiada, em formato de Y, que se ossifica completamente entre o final da adolescência e o início da vida adulta, transformando-os em um osso único.

Alternativa d: Está incorreta. Nesta opção, apenas o ílio faz parte do acetábulo. O sacro e o cóccix são ossos da porção terminal da coluna vertebral e não possuem participação na formação da superfície articular onde o fêmur se encaixa.

Questão 60

A questão aborda um achado clássico do exame físico ortopédico conhecido como sinal de Trendelenburg. Este sinal avalia a integridade do mecanismo abductor do quadril e a estabilidade da pelve no plano frontal.

Alternativa (a) Incorreta. O nervo ciático é responsável pela inervação dos músculos do compartimento posterior da coxa e de todos os músculos abaixo do joelho. Embora seja um nervo calibroso e importante, ele não inerva o glúteo médio (que é inervado pelo nervo glúteo superior). Portanto, sua lesão não causa a queda da pelve contralateral no apoio unipodal.

Alternativa (b) Incorreta. O glúteo máximo é o principal extensor do quadril e um importante rotador externo. A fraqueza desse músculo manifesta-se tipicamente com dificuldade em subir escadas ou levantar-se de cadeiras. No exame da marcha, a insuficiência do glúteo máximo faz com que o paciente jogue o tronco para trás no momento do apoio para manter o equilíbrio, mas não gera o desabamento lateral da pelve.

Alternativa (c) Correta. O glúteo médio é o principal abductor do quadril e o maior responsável por manter a pelve nivelada durante a marcha ou no apoio em um só pé. Quando uma pessoa retira um dos pés do chão (apoio unipodal), o glúteo médio do lado que permanece apoiado deve se contrair com força para evitar que o peso do lado suspenso faça a pelve cair. Se o glúteo médio estiver fraco ou houver lesão no nervo glúteo superior, a pelve do lado oposto ao apoio "cai", caracterizando o sinal de Trendelenburg.

Alternativa (d) Incorreta. O músculo psoas-ilíaco é o principal flexor do quadril. Sua função primária é elevar a coxa em direção ao tronco. A fraqueza desse músculo resulta em dificuldade para iniciar o passo ou realizar movimentos de subida, mas não compromete a estabilização lateral da cintura pélvica durante o apoio unipodal.

Questão 61

A questão exige o conhecimento dos termos semiológicos utilizados para descrever a origem de sangramentos no corpo humano.

Alternativa (a) Hemoptise: Esta é a alternativa correta. A hemoptise é definida como a expulsão de sangue através da tosse, proveniente do trato respiratório inferior (abaixo da glote), o que inclui a traqueia, brônquios e o parênquima pulmonar. Clinicamente, o sangue costuma ser vermelho rutilante, alcalino e frequentemente apresenta-se aerado (com bolhas de ar).

Alternativa (b) Epistaxe: Está incorreta. Epistaxe é o termo técnico para o sangramento nasal. Ocorre devido ao rompimento de vasos sanguíneos na mucosa das fossas nasais, sendo uma condição comum em quadros de ressecamento, traumas ou crises hipertensivas.

Alternativa (c) Melena: Está incorreta. Melena refere-se à eliminação de fezes negras, tipo borra de café ou graxa, com odor extremamente fétido. Esse aspecto decorre da presença de sangue digerido no trato gastrointestinal, sinalizando habitualmente uma hemorragia digestiva alta.

Alternativa (d) Hematemese: Está incorreta. Hematemese é o vômito de sangue vivo

ou em borra de café, indicando que a hemorragia tem origem no trato digestivo superior (acima do ligamento de Treitz). Diferencia-se da hemoptise por ser precedida de náuseas e vômitos, apresentando pH ácido e, por vezes, restos alimentares associados.

Portanto, para o sangramento com origem pulmonar ou brônquica, o termo correto é hemoptise.

Questão 62

Análise do Caso Clínico

O quadro clínico descreve um paciente com fibrilação atrial (FA), uma arritmia que predispõe à formação de trombos no átrio esquerdo. Esses trombos podem se desprender (êmbolos) e obstruir a circulação arterial sistêmica. A dor lombar súbita, a hematúria e a queda da função renal, somadas ao achado de imagem de uma lesão triangular (em cunha) no córtex renal, confirmam o diagnóstico de infarto renal agudo. No rim, as artérias são do tipo terminal, o que explica o formato clássico do infarto: a base voltada para a periferia (córtex) e o ápice voltado para o centro (medula), onde ocorreu a obstrução do vaso.

Análise das Alternativas

Alternativa (d): Correta. A necrose por coagulação é o padrão típico de morte celular que ocorre quando há isquemia (interrupção do fluxo sanguíneo) em tecidos sólidos, como o rim, o coração e o baço (a única exceção importante é o cérebro). Nesse mecanismo, a privação súbita de oxigênio causa a desnaturação das proteínas celulares e, crucialmente, das enzimas digestivas (hidrolases). Como as enzimas que fariam a autólise também são desnaturadas, a arquitetura básica do tecido e o contorno das células mortas são preservados por alguns dias antes da remoção pelos leucócitos. Isso confere ao tecido uma consistência firme.

Alternativa (a): Incorreta. A necrose caseosa é característica da infecção por *Mycobacterium tuberculosis* (tuberculose) e de alguns fungos. Ela ocorre no centro de granulomas e apresenta um aspecto macroscópico esbranquiçado e friável, semelhante a queijo. Diferentemente da necrose por coagulação, na caseosa a arquitetura tecidual é completamente desintegrada.

Alternativa (b): Incorreta. A necrose liquefativa é caracterizada pela digestão completa das células mortas, transformando o tecido em uma massa líquida viscosa. Ela ocorre tipicamente em duas situações: infecções bacterianas ou fúngicas intensas (formação de abscessos e pus) e, curiosamente, em infartos no sistema nervoso

central (cérebro). No rim, o infarto isquêmico segue o padrão de coagulação, não o de liquefação.

Alternativa (c): Incorreta. A esteatonecrose, ou necrose gordurosa, refere-se a áreas focais de destruição de tecido adiposo. É um achado clássico na pancreatite aguda, onde as lipases pancreáticas vazam para a cavidade peritoneal e digerem a gordura do omento e mesentério, ou em traumas diretos no tecido gorduroso (como na mama). Não é o mecanismo envolvido no infarto do parênquima renal.

Questão 63

Para compreender a nomenclatura das neoplasias, é necessário identificar o tecido de origem e o comportamento biológico do tumor (benigno ou maligno). De forma geral, tumores benignos recebem o sufixo -oma, enquanto tumores malignos de origem epitelial recebem o sufixo -carcinoma.

Análise das alternativas:

a) Papiloma: Incorreta. O papiloma é uma neoplasia benigna de células epiteliais, mas sua definição está ligada à arquitetura do crescimento. Ele se caracteriza por projeções digitiformes (em forma de dedos) que crescem para fora de uma superfície epitelial. Não é o termo específico para a origem glandular.

b) Adenoma: Correta. Na terminologia médica, o prefixo adeno- refere-se à glândula, e o sufixo -oma é utilizado para designar neoplasias benignas. Portanto, adenoma é o nome dado a um tumor benigno que se origina de tecidos glandulares ou que forma padrões histológicos glandulares, como ocorre na tireoide, nas glândulas salivares ou no cólon.

c) Adenocarcinoma: Incorreta. Embora apresente o prefixo adeno- (glandular), o sufixo -carcinoma indica obrigatoriamente uma neoplasia maligna de origem epitelial. O adenocarcinoma é, portanto, o câncer que se origina em tecido glandular.

d) Carcinoma escamoso: Incorreta. Este termo descreve uma neoplasia maligna (carcinoma) cujas células apresentam diferenciação escamosa, assemelhando-se ao epitélio da pele (queratinócitos). Não possui relação com a estrutura ou função glandular.

Questão 64

Texto Original:

A escabiose é uma infestação cutânea causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. O tratamento padrão-ouro na pediatria costuma ser a permetrina 5% tópica; porém, a terapia oral é uma alternativa eficaz e prática, especialmente em surtos, casos extensos ou quando a aplicação tópica é dificultada.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A ivermectina oral é o tratamento de escolha para escabiose quando se opta pela via sistêmica. Ela atua paralisando o sistema muscular e nervoso do parasita. Sua segurança e eficácia em crianças estão bem estabelecidas para aquelas com peso corporal acima de 15 kg. A posologia habitual é de 200 microgramas por quilograma em dose única, com repetição em 7 a 14 dias, uma vez que a ivermectina não é ovicida.

Alternativa b: Incorreta. O mebendazol é um anti-helmíntico utilizado para tratar verminoses intestinais, como ascaridíase e oxiúriase. Ele atua interferindo na síntese de microtúbulos dos vermes, mas não possui atividade contra o ácaro da sarna.

Alternativa c: Incorreta. O metronidazol é um agente com propriedades antibacterianas, especificamente contra bactérias anaeróbias, e antiprotozoárias. É indicado para condições como amebíase, giardíase e vaginoses, não exercendo efeito sobre ectoparasitas como o *Sarcoptes scabiei*.

Alternativa d: Incorreta. O praziquantel é utilizado no tratamento de infecções por vermes chatos, como a esquistossomose e a teníase. Ele aumenta a permeabilidade da membrana celular do parasita ao cálcio, provocando paralisia, mas não tem papel no manejo da escabiose.

Em resumo, para uma criança com mais de 15 kg que necessite de tratamento sistêmico, a ivermectina é a medicação oral de escolha.

Questão 65

A pediculose do couro cabeludo é uma infestação causada pelo inseto *Pediculus humanus capitis*. Para compreender a questão, é necessário revisar o ciclo biológico desse parasita, que passa pelas fases de ovo, ninfa (forma jovem) e adulto.

Alternativa a: Incorreta. Os filhotes de piolhos, que são as formas imaturas que já eclodiram e possuem mobilidade, são chamados de ninfas. Elas são morfologicamente semelhantes aos adultos, porém menores e sexualmente imaturas.

Alternativa b: Incorreta. As lêndeas não representam uma espécie ou família diferente de insetos. Elas são apenas uma fase do desenvolvimento do próprio *Pediculus humanus capitis*.

Alternativa c: Incorreta. O piolho fêmea é o inseto adulto responsável por realizar a postura. A lêndea é o produto dessa postura, e não o agente causador adulto.

Alternativa d: Correta. As lêndeas são os ovos depositados pelas fêmeas, fixados firmemente à haste do cabelo por uma substância cimentante (quitina). Clinicamente, o termo lêndea é utilizado para descrever tanto o ovo que ainda contém o embrião (geralmente localizado próximo ao couro cabeludo, a menos de 0,6 cm) quanto o invólucro de quitina que permanece aderido ao fio após a eclosão da ninfa (ovos vazios). A distinção é importante na prática médica para avaliar a atividade da infestação.

Questão 66

A pediculose do couro cabeludo, causada pelo *Pediculus humanus capitis*, exige uma abordagem que elimine tanto as formas adultas (piolhos) quanto os ovos (lêndeas). Para a resolução desta questão, é necessário identificar qual método garante a maior eficácia na interrupção do ciclo biológico do parasita.

Alternativa a: Incorreta. O benzoato de benzila é um agente químico escabicida e pediculicida, porém não é considerado o tratamento de primeira escolha. Ele apresenta um potencial irritativo significativo para a pele e mucosas, além de possuir baixa ação ovicida. Na prática médica atual, quando se opta pelo tratamento farmacológico, a permetrina 1% é a substância de preferência devido à sua maior segurança e eficácia, mas ela não foi listada nas opções.

Alternativa b: Correta. A remoção mecânica de piolhos e lêndeas é o método mais eficaz e seguro, sendo considerada indispensável. O uso frequente do pente-fino permite a retirada física das formas adultas e, principalmente, das lêndeas, que são resistentes a muitos tratamentos químicos. Como a maioria das substâncias pediculicidas não possui ação ovicida completa (não mata todos os ovos), a remoção manual é o que impede a eclosão de novos parasitas e a consequente reinfestação, garantindo a cura definitiva.

Alternativa c: Incorreta. O uso de fórmulas caseiras, como querosene, álcool, vinagre puro ou inseticidas de uso ambiental, é contraindicado. Essas substâncias não têm eficácia comprovada por estudos clínicos e representam riscos graves à saúde do paciente, podendo causar queimaduras químicas, intoxicações sistêmicas e reações alérgicas severas.

Alternativa d: Incorreta. Repelentes tópicos são produtos destinados a tentar evitar a infestação inicial, embora sua eficácia real no couro cabeludo seja limitada e pouco comprovada. Eles não possuem propriedades terapêuticas, ou seja, não conseguem matar ou remover os parasitas e ovos em um paciente que já está infestado. Portanto, não servem como tratamento.

Questão 67

A larva migrans cutânea, conhecida popularmente como bicho geográfico, é uma dermatose causada pela penetração acidental na pele de larvas de ancilostomídeos que habitam o intestino de cães e gatos, sendo o *Ancylostoma braziliense* o agente mais comum. O tratamento é direcionado de acordo com a extensão e o número de lesões.

Alternativa a: Incorreta. O enxofre precipitado, geralmente em concentrações de 5% a 10%, é um agente terapêutico clássico para o tratamento da escabiose (sarna), sendo preferido em situações específicas, como em recém-nascidos, devido ao seu baixo perfil de toxicidade. Contudo, ele não possui eficácia contra as larvas de ancilostomídeos.

Alternativa b: Correta. O tiabendazol tópico (pomada ou creme a 5%) é a terapia de escolha para casos de larva migrans cutânea com lesões únicas ou em pequena quantidade, especialmente em crianças. A medicação deve ser aplicada de 2 a 3 vezes ao dia, durante 5 a 7 dias. Ele atua inibindo a enzima fumarato redutase, essencial para o metabolismo energético do parasita, levando à sua morte. Para casos com lesões múltiplas ou extensas, opta-se pelo tratamento sistêmico com albendazol ou ivermectina.

Alternativa c: Incorreta. O óxido de zinco é uma substância com propriedades adstringentes, protetoras e antissépticas leves. É amplamente utilizado no tratamento de dermatite de fralda (assaduras) e irritações cutâneas superficiais para restaurar a barreira da pele, mas não apresenta qualquer atividade antiparasitária.

Alternativa d: Incorreta. O uso de nitrogênio líquido para crioterapia foi muito comum no passado para tentar congelar e matar a larva. No entanto, essa prática caiu em desuso e é atualmente contraindicada. A técnica é dolorosa, pode causar bolhas e cicatrizes e apresenta baixa eficácia, uma vez que a larva viva costuma estar localizada alguns milímetros à frente da extremidade visível do túnel serpiginoso, dificultando o acerto exato do alvo.

Questão 68

A infestação por *Tunga penetrans*, conhecida como tungíase ou popularmente como bicho-de-pé, é uma ectoparasitose causada pela fêmea grávida de uma espécie de pulga. O tratamento padrão para lesões únicas ou em pequena quantidade é a extração mecânica cuidadosa em condições assépticas. No entanto, em casos de infestação extensa ou disseminada, especialmente em crianças, nas quais o procedimento mecânico múltiplo seria muito traumático, o tratamento sistêmico é indicado.

Alternativa a) Incorreta. O Praziquantel é um medicamento anti-helmíntico utilizado especificamente para o tratamento de infecções causadas por trematódeos (como a esquistossomose) e cestódeos (como a teníase e a cisticercose). Ele não possui atividade contra ectoparasitas como a *Tunga penetrans*.

Alternativa b) Incorreta. O Metronidazol é um antibiótico com excelente ação contra bactérias anaeróbias e também atua como antiprotozoário (indicado para giardíase, amebíase e tricomoníase). Não apresenta qualquer eficácia no tratamento de infestações por pulgas ou outros artrópodes.

Alternativa c) Correta. A Ivermectina é um agente antiparasitário de amplo espectro que atua paralisando a musculatura de diversos parasitas. Na prática clínica e em protocolos de medicina tropical, a Ivermectina oral (geralmente na dose de 200 mcg/kg) é a droga de escolha para casos de tungíase extensa. Ela auxilia na redução da inflamação e na morte dos parasitas, facilitando o controle da doença quando a remoção cirúrgica de dezenas ou centenas de lesões é inviável.

Alternativa d) Incorreta. O Albendazol é um benzimidazol amplamente utilizado para tratar helmintíases intestinais (como ascaridíase e ancilostomíase) e a larva migrans cutânea (bicho-geográfico). Apesar de ser um antiparasitário comum na pediatria, não é o tratamento preconizado para a tungíase.

Questão 69

A dor do crescimento é uma das causas mais comuns de dor musculoesquelética na infância, afetando geralmente crianças entre 3 e 12 anos. É um diagnóstico de exclusão, com exame físico rigorosamente normal. Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A dor do crescimento é caracteristicamente bilateral e simétrica. Ela ocorre tipicamente nas coxas, panturrilhas ou atrás dos joelhos de ambas as pernas. A presença de dor persistente em apenas um membro (unilateral) deve acender um sinal de alerta para o médico, exigindo a investigação de outras

patologias, como tumores ósseos ou osteomielite.

Alternativa (b) Incorreta: A localização predominante é nos membros inferiores. Embora os membros superiores possam ser afetados em uma minoria dos casos (geralmente acompanhando a dor nas pernas), o acometimento de arcos costais não faz parte do quadro clínico dessa condição e sugere outros diagnósticos.

Alternativa (c) Incorreta: Esta é uma "pegadinha" clássica. A dor do crescimento ocorre obrigatoriamente no final da tarde ou durante a noite, muitas vezes despertando a criança do sono. Um critério diagnóstico importante é que a criança esteja completamente sem dor e com atividade física normal pela manhã. A presença de dor ou rigidez ao acordar aponta para doenças inflamatórias, como a Artrite Idiopática Juvenil.

Alternativa (d) Correta: A intermitência é uma característica fundamental. A dor não é diária; os episódios ocorrem de forma paroxística, com intervalos livres de sintomas que podem durar dias, semanas ou até meses. Não há prejuízo ao crescimento ou às atividades cotidianas da criança durante os períodos intermitentes.

Questão 70

A dor do crescimento é uma das queixas musculoesqueléticas mais comuns na prática pediátrica, afetando crianças entre 3 e 12 anos. Ela se caracteriza por ser tipicamente bilateral, ocorrer ao final do dia ou durante a noite e localizar-se preferencialmente em membros inferiores (coxas, panturrilhas e região posterior dos joelhos). Um ponto fundamental para o diagnóstico é a total ausência de alterações ao exame físico.

Alternativa (a): Está correta. O tratamento da dor do crescimento é essencialmente de suporte e voltado ao alívio dos sintomas. Mesmo nos episódios descritos como mais intensos ou graves pela criança ou pelos pais, a aplicação de massagens, calor local e o uso de analgésicos comuns (como paracetamol ou dipirona) costumam ser suficientes para a remissão da dor.

Alternativa (b): Está incorreta. A dor do crescimento é uma condição autolimitada e benigna. Ela não apresenta um caráter progressivo de piora com o tempo; a tendência natural é que os episódios se tornem menos frequentes e desapareçam completamente até o final da infância ou início da adolescência.

Alternativa (c): Está incorreta. A dor do crescimento não cursa com alterações estruturais ou aumento de volume (edema). A presença de qualquer tumefação ou aumento de volume local deve direcionar o raciocínio clínico para diagnósticos

diferenciais mais graves, como tumores ósseos, osteomielite ou processos inflamatórios articulares.

Alternativa (d): Está incorreta. Sinais flogísticos (calor, rubor, edema e limitação funcional) estão ausentes na dor do crescimento. O exame físico da criança com essa condição deve estar rigorosamente normal. A presença de sinais inflamatórios sugere patologias orgânicas, como artrite idiopática juvenil ou infecções, e invalida o diagnóstico de dor do crescimento.

Questão 71

A dor do crescimento e a leucemia são diagnósticos que frequentemente se confundem na prática pediátrica, porém a identificação de sinais de alerta é fundamental para diferenciar uma condição benigna de uma neoplasia grave.

Alternativa (a) Incorreta: A dor intensa no período noturno é, na verdade, uma das características clássicas da dor do crescimento. Embora a dor da leucemia também possa ocorrer à noite, o fato de a dor ser predominantemente noturna e melhorar com o amanhecer ou com massagens e calor local sugere benignidade. Na leucemia, a dor tende a ser constante e progressiva.

Alternativa (b) Correta: A dor óssea à palpação, especialmente em ossos chatos como o esterno, é um sinal clínico altamente sugestivo de infiltração maligna da medula óssea. Na leucemia aguda, a proliferação descontrolada de blastos dentro do espaço medular causa um aumento da pressão intramedular e estiramento do periosteio, resultando em sensibilidade à digitopressão. Esse achado não ocorre na dor do crescimento, que não apresenta dor à palpação óssea ou sinais inflamatórios.

Alternativa (c) Incorreta: A alternância na localização da dor é comum na dor do crescimento, que tipicamente acomete membros inferiores de forma bilateral e intermitente, mudando de lugar entre uma crise e outra. Portanto, esse sinal não auxilia no diagnóstico diferencial favorável à leucemia.

Alternativa (d) Incorreta: A piora da dor com a atividade física é mais característica de problemas ortopédicos ou mecânicos, como lesões por sobrecarga ou osteocondrites. A dor da leucemia é independente da atividade, sendo decorrente da expansão celular interna, podendo ocorrer mesmo em repouso absoluto.

Resumo: Diante de uma criança com dores em membros, a presença de dor à palpação óssea (especialmente esterno e tíbias), associada a sintomas sistêmicos como febre, palidez, perda de peso e hepatosplenomegalia, deve obrigatoriamente levantar a suspeita de leucemia e motivar a solicitação de um hemograma imediato.

Questão 72

A apneia da prematuridade é definida como uma pausa respiratória superior a 20 segundos ou interrupções mais curtas que venham acompanhadas de bradicardia ou queda da saturação de oxigênio em recém-nascidos pré-termo. O tratamento farmacológico principal baseia-se no uso de metilxantinas, que atuam estimulando o centro respiratório, aumentando a sensibilidade ao dióxido de carbono e melhorando a contratilidade diafragmática.

Alternativa (a) Incorreta. O salbutamol é um medicamento beta-2 agonista com ação broncodilatadora. É indicado para o tratamento de doenças obstrutivas das vias aéreas, como asma ou bronquiolite, e não possui efeito estimulante sobre o centro respiratório central necessário para tratar a apneia neonatal.

Alternativa (b) Incorreta. Embora a aminofilina seja uma metilxantina e tenha sido amplamente utilizada para esta finalidade, ela não é mais considerada a droga de escolha. A aminofilina apresenta uma janela terapêutica estreita, o que aumenta o risco de efeitos colaterais como taquicardia e irritabilidade, além de exigir a monitorização frequente dos níveis séricos do fármaco.

Alternativa (c) Correta. O citrato de cafeína é o tratamento de escolha para a apneia da prematuridade. Em comparação com outras metilxantinas, a cafeína possui uma meia-vida mais longa, permitindo a administração em dose única diária, e apresenta uma margem de segurança muito maior. Além disso, o uso da cafeína está associado a melhores desfechos clínicos, como a redução da necessidade de ventilação mecânica e menor incidência de displasia broncopulmonar.

Alternativa (d) Incorreta. O isoproterenol é um agonista beta-adrenérgico não seletivo utilizado principalmente para o tratamento de bradicardias graves ou bloqueios cardíacos devido ao seu efeito cronotrópico e inotrópico positivo. Não possui indicação ou eficácia comprovada no manejo da apneia da prematuridade.

Questão 73

A questão aborda os instrumentos de avaliação clínica utilizados em diferentes cenários da medicina, focando especificamente na neurologia neonatal.

Alternativa (a) Incorreta: A Escala de Coma de Glasgow é uma ferramenta desenvolvida para avaliar o nível de consciência e a gravidade do trauma cranioencefálico. Embora exista uma versão adaptada para o público pediátrico (Escala de Glasgow Modificada), ela não é o recurso específico utilizado para o estadiamento e acompanhamento da encefalopatia neonatal secundária à asfixia perinatal.

Alternativa (b) Incorreta: A Escala de Braden é um instrumento amplamente utilizado na prática assistencial para avaliar o risco de o paciente desenvolver lesões por pressão (escaras). Ela analisa parâmetros como percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção, não tendo relação com a avaliação neurológica do recém-nascido.

Alternativa (c) Incorreta: O Escore de Wells é um algoritmo de predição clínica utilizado para avaliar a probabilidade de um paciente apresentar tromboembolismo pulmonar (TEP) ou trombose venosa profunda (TVP). É uma ferramenta da prática de urgência e emergência de adultos e não se aplica à neonatologia.

Alternativa (d) Correta: O Escore de Sarnat (ou Classificação de Sarnat & Sarnat) é o padrão-ouro clínico para a avaliação e o estadiamento da encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) no período neonatal. Este escore subdivide a patologia em três estágios: Estágio I (leve), Estágio II (moderado) e Estágio III (grave). A avaliação baseia-se em diversos sinais clínicos, como o nível de consciência, tônus muscular, postura, reflexos tendinosos, presença de convulsões e funções autonômicas (como pupilas e respiração). É uma ferramenta essencial para a tomada de decisão terapêutica, inclusive para a indicação de protocolos de hipotermia terapêutica.

Questão 74

A encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) é uma síndrome clínica de disfunção neurológica aguda decorrente de um insulto asfíxico no período perinatal. Essa condição desencadeia uma cascata de eventos bioquímicos que leva à morte celular em duas fases principais: a lesão primária (durante o insulto) e a lesão secundária (horas após a reperfusão). A estratégia terapêutica atual visa justamente mitigar os danos dessa segunda fase.

Alternativa a: Incorreta. A criocirurgia é um procedimento cirúrgico que utiliza frio extremo para destruir tecidos doentes, como tumores, verrugas ou lesões pré-cancerosas. É uma técnica localizada e intervencionista que não possui qualquer aplicação no manejo sistêmico da asfixia neonatal ou na proteção cerebral global do recém-nascido.

Alternativa b: Incorreta. O óxido nítrico inalatório é um potente vasodilatador pulmonar seletivo. Ele é indicado para o tratamento da hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido (HPPN), visando melhorar a oxigenação sanguínea ao reduzir o shunt da direita para a esquerda nos pulmões. Embora possa ser usado em pacientes críticos que também sofreram asfixia, ele não atua diretamente como um mecanismo de neuroproteção para o parênquima cerebral.

Alternativa c: Correta. A hipotermia terapêutica é o tratamento padrão-ouro e a principal terapia neuroprotetora para recém-nascidos com idade gestacional maior ou igual a 35 semanas que apresentam critérios clínicos de EHI moderada ou grave. O protocolo consiste na redução da temperatura corpórea central para 33,5 a 34,5 graus Celsius por um período de 72 horas, devendo ser iniciado preferencialmente nas primeiras 6 horas após o nascimento. Esse resfriamento reduz a taxa metabólica cerebral, diminui o acúmulo de aminoácidos excitatórios (como o glutamato), reduz a produção de radicais livres e inibe a apoptose (morte celular programada), demonstrando impacto real na redução de mortalidade e sequelas motoras e cognitivas a longo prazo.

Alternativa d: Incorreta. O midazolam é um benzodiazepínico com propriedades sedativas, hipnóticas e anticonvulsivantes. Embora o controle de crises convulsivas seja uma etapa fundamental no suporte ao recém-nascido asfíxiado, o midazolam não possui efeito neuroprotetor intrínseco. Ele atua apenas no controle de sintomas e na sedação, não impedindo a progressão das lesões bioquímicas causadas pela hipóxia e isquemia.

Questão 75

O caso clínico descreve um recém-nascido de baixo risco para sífilis congênita, fundamentado em três pilares: mãe adequadamente tratada durante a gestação, exame físico do bebê normal (assintomático) e teste não treponêmico (VDRL) do bebê negativo.

De acordo com as diretrizes atuais do Ministério da Saúde do Brasil (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis), a conduta para este cenário é detalhada a seguir:

Alternativa (a) Incorreta. A penicilina benzatina em dose única (50.000 UI/kg, via intramuscular) é indicada para recém-nascidos assintomáticos cujas mães não foram tratadas ou foram tratadas de forma inadequada, desde que todos os exames complementares do bebê (líquor, hemograma e radiografia de ossos longos) estejam normais e o VDRL do recém-nascido seja não reagente. No caso em questão, como a mãe teve tratamento adequado, essa intervenção medicamentosa imediata não é necessária.

Alternativa (b) Incorreta. O uso de penicilina cristalina endovenosa por 10 dias é reservado para casos de sífilis congênita confirmada ou com alta probabilidade. Isso inclui bebês sintomáticos, aqueles com alterações em exames complementares (como hemograma ou raios X) ou quando há alteração no exame líquórico

(caracterizando neurosífilis). O cenário descrito não preenche esses critérios de gravidade.

Alternativa (c) Correta. Quando a mãe recebeu tratamento adequado (esquema de penicilina correto para o estágio da sífilis, iniciado até 30 dias antes do parto e com queda documentada dos títulos de VDRL) e o recém-nascido encontra-se assintomático com VDRL negativo, o risco de infecção é considerado mínimo. A conduta preconizada é o acompanhamento clínico e laboratorial ambulatorial. O seguimento deve incluir consultas periódicas e repetição dos testes não treponêmicos para garantir que o bebê permaneça sem sinais da doença.

Alternativa (d) Incorreta. A realização do exame liquórico (punção lombar) é um procedimento invasivo indicado apenas para recém-nascidos que apresentam sinais clínicos de sífilis congênita, alterações laboratoriais/radiológicas ou quando o VDRL do sangue periférico do bebê é reagente. Em um bebê assintomático, com VDRL negativo e filho de mãe bem tratada, não há justificativa clínica para a coleta de líquido.

Em resumo, para filhos de mães adequadamente tratadas, assintomáticos e com VDRL negativo ao nascimento, não há necessidade de exames invasivos ou tratamento imediato, sendo o acompanhamento ambulatorial a conduta padrão.

Questão 76

O acompanhamento da criança com diagnóstico de sífilis congênita é fundamental para a identificação precoce de sequelas tardias que podem não estar presentes ao nascimento, como a ceratite intersticial e a surdez neurosensorial (que compõem, junto com os dentes de Hutchinson, a Tríade de Hutchinson).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde, o seguimento clínico dessas crianças deve incluir consultas especializadas com periodicidade definida.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A frequência bimestral é muito curta para avaliações oftalmológicas e audiológicas de rotina no seguimento da sífilis, e o período de apenas um ano seria insuficiente para monitorar o desenvolvimento de sequelas que podem surgir mais tardiamente.

Alternativa b) Incorreta. Não existe recomendação nos protocolos oficiais para essa

alternância de prazos (bimestral nos primeiros seis meses) especificamente para os exames de audição e visão no contexto da sífilis congênita.

Alternativa c) Incorreta. Embora o seguimento laboratorial (VDRL) ocorra em intervalos de 1, 3, 6, 12 e 18 meses, a avaliação especializada sensorial não segue o padrão trimestral sugerido nesta alternativa.

Alternativa d) Correta. As diretrizes nacionais estabelecem que as consultas com oftalmologista e a avaliação audiológica devem ser realizadas semestralmente até os 2 anos de idade. Esse monitoramento é essencial para garantir que qualquer alteração visual ou auditiva decorrente da infecção treponêmica seja detectada e tratada oportunamente, minimizando prejuízos ao desenvolvimento da criança. Além dessas, o acompanhamento clínico geral (pediátrico) é mensal até o 6º mês e bimestral do 6º ao 12º mês.

Questão 77

Esta questão aborda o manejo da sífilis durante a gestação, um tema frequente em provas devido à importância da prevenção da sífilis congênita. O ponto central para responder corretamente é identificar qual fármaco é capaz de atravessar a barreira placentária e tratar o feto ainda no útero.

Análise das alternativas:

a) Ampicilina: Incorreta. Embora pertença à classe das penicilinas, a ampicilina não é o tratamento preconizado para a sífilis em nenhuma de suas formas. Na obstetrícia, seu uso é comum para profilaxia de infecção pelo estreptococo do grupo B ou em casos de pielonefrite, mas não apresenta eficácia documentada para a cura fetal no caso do *Treponema pallidum*.

b) Penicilina benzatina: Correta. É o padrão-ouro e a única droga considerada capaz de tratar adequadamente a gestante e prevenir a sífilis congênita, por atravessar a barreira placentária e atingir níveis terapêuticos no compartimento fetal. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, qualquer tratamento realizado com outra droga que não seja a penicilina benzatina é considerado inadequado para fins de tratamento fetal, e o recém-nascido deverá ser investigado e tratado para sífilis congênita ao nascer.

c) Penicilina cristalina: Incorreta. A penicilina cristalina é administrada por via intravenosa e é reservada para casos de neurosífilis ou para o tratamento do próprio recém-nascido já diagnosticado com sífilis congênita. Não é a droga de escolha para o tratamento de rotina da gestante visando à prevenção de sequelas no concepto

durante o pré-natal.

d) Rovamicina: Incorreta. A rovamicina (espiramicina) é um antibiótico da classe dos macrolídeos utilizado especificamente no tratamento da toxoplasmose gestacional, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical do *Toxoplasma gondii*. Ela não possui ação contra o agente etiológico da sífilis.

Portanto, para garantir que o concepto não apresente sequelas ou malformações, a gestante deve ser tratada obrigatoriamente com penicilina benzatina, em doses adequadas ao estágio da infecção (primária, secundária, latente ou terciária).

Questão 78

A questão aborda os disruptores endócrinos, substâncias químicas que interferem no sistema hormonal, podendo causar problemas como puberdade precoce, obesidade, distúrbios da tireoide e alterações no desenvolvimento reprodutivo. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) alerta constantemente sobre os riscos da exposição a esses agentes, presentes em plásticos (bisfenol A), pesticidas e diversos produtos de higiene e cosméticos (parabenos e ftalatos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Aos 18 anos, o indivíduo atinge a maioridade civil. Embora a prudência com substâncias químicas deva ser mantida por toda a vida, as diretrizes da SBP focam na proteção durante as janelas de desenvolvimento biológico mais críticas, estabelecendo um limite inferior ao da vida adulta.

b) Incorreta. A idade de 16 anos não é o marco estabelecido pela SBP para o início do uso desses produtos. As recomendações visam proteger a criança desde o período pré-natal e a primeira infância, mas o limite para o uso supervisionado e específico de certos produtos não é fixado nessa idade.

c) Incorreta. Quatorze anos é uma idade em que o adolescente já está em pleno desenvolvimento puberal, mas os documentos técnicos da SBP que orientam o uso de produtos cosméticos ou de higiene que possam conter tais substâncias indicam um marco cronológico anterior.

d) Correta. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, especialmente no que tange ao uso de cosméticos e produtos que possam conter disruptores endócrinos (como maquiagens, esmaltes ou produtos para cabelo), a orientação principal é evitar o uso. Caso seja extremamente necessário, deve-se optar por produtos específicos para a idade, respeitando a idade mínima de 12 anos. Esse

marco coincide com o início da adolescência (conforme o ECA), período em que, embora o sistema endócrino ainda seja vulnerável, há uma recomendação de cautela rigorosa até essa transição.

Gabarito: Letra (d).

Questão 79

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta um paciente idoso, ex-tabagista pesado (45 maços-ano), com sintomas respiratórios crônicos (dispneia e tosse seca há 2 anos). O exame físico revela um dado crucial: estertores crepitantes finos nas bases (tipo velcro), que são característicos de doenças pulmonares intersticiais. A tomografia de tórax é o ponto-chave para o diagnóstico, descrevendo a coexistência de dois padrões distintos: enfisema centrolobular nos lobos superiores e achados de fibrose (reticulações, faveolamento e bronquiectasias de tração) nos lobos inferiores.

DIAGNÓSTICO: SÍNDROME DE COMBINAÇÃO FIBROSE PULMONAR E ENFISEMA (CPFE)

Essa condição, também referida como superposição DPOC-fibrose, ocorre tipicamente em homens tabagistas. A fisiopatologia é marcada pela coexistência de enfisema nos ápices e fibrose nas bases. Funcionalmente, essa síndrome é peculiar: os volumes pulmonares na espirometria (VEF1 e CVF) podem estar relativamente preservados ou próximos do normal, pois a hiperinsuflação do enfisema compensa a restrição da fibrose. No entanto, há uma redução acentuada e desproporcional da capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO) e hipoxemia importante ao esforço.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

O diagnóstico de superposição DPOC-fibrose correlaciona-se perfeitamente com os achados tomográficos (enfisema superior e fibrose inferior). Para confirmar a repercussão funcional, a prova de função pulmonar completa, incluindo a difusão de monóxido de carbono (DLCO), é essencial, pois é o parâmetro que melhor reflete a gravidade do comprometimento da unidade alvéolo-capilar nessa síndrome específica.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) DPOC com bronquiectasias císticas e dosagem de alfa-1 antitripsina: As bronquiectasias descritas na TC são "de tração", o que indica retração do parênquima por fibrose, e não uma doença primária das vias aéreas como a bronquiectasia cística. Além disso, a deficiência de alfa-1 antitripsina costuma causar enfisema panlobular com predomínio nas bases, o oposto do descrito (enfisema centrolobular

nos ápices).

b) Enfisema pulmonar associado a bronquite crônica e gasometria arterial: A bronquite crônica é um diagnóstico clínico definido por tosse produtiva na maioria dos dias por pelo menos 3 meses em 2 anos consecutivos; o paciente em questão tem tosse seca. Além disso, a gasometria isolada não avalia a repercussão funcional completa e os volumes pulmonares. Os achados de faveolamento na TC não são explicados apenas pela bronquite crônica.

d) Doença intersticial fibrosante - fibrose pulmonar idiopática e teste de caminhada de seis minutos: Embora o padrão de base (faveolamento e bronquiectasias de tração) sugira um padrão de Pneumonia Intersticial Usual (UIP), comum na Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI), a questão enfatiza a presença de enfisema centrolobular importante nos lobos superiores em um grande fumante. Isso caracteriza a síndrome combinada (CPFE), e não apenas a FPI isolada. O teste de caminhada avalia a capacidade funcional, mas a prova de função pulmonar com difusão é mais completa para a caracterização fisiopatológica inicial.

Questão 80

ANÁLISE DO CASO

O paciente de 19 anos apresenta um quadro clínico de exacerbação de asma brônquica, com sinais de gravidade moderada, evidenciados pela fala entrecortada e sibilância difusa. O uso de dispositivo eletrônico (vaping) é um gatilho irritativo comum para crises respiratórias. O manejo inicial deve focar na reversão rápida do broncoespasmo e no controle da inflamação das vias aéreas.

ALTERNATIVA B (CORRETA)

A conduta medicamentosa inicial correta para a crise de asma envolve a associação de um broncodilatador de curta ação com um corticoide. O Salbutamol é um beta-2-agonista de curta ação (SABA) que promove o alívio imediato do broncoespasmo. A Budesonida é um corticoide inalatório (CI). As diretrizes atuais, como as do GINA (Global Initiative for Asthma), recomendam o uso precoce do corticoide inalatório já no primeiro atendimento da crise, pois essa prática reduz significativamente o risco de hospitalização e melhora o desfecho clínico ao tratar a base inflamatória da doença simultaneamente ao alívio dos sintomas.

ALTERNATIVA A (INCORRETA)

Embora o Fenoterol seja um broncodilatador de curta ação eficaz para o tratamento

da crise, a Acebrofilina é um medicamento derivado da xantina com ação mucolítica e broncodilatadora fraca. Ela não possui papel no manejo de urgência da asma brônquica e não substitui a necessidade do uso de corticoides para o controle da inflamação aguda.

ALTERNATIVA C (INCORRETA)

O xarope de Ambroxol é um mucolítico que não tem indicação no tratamento da asma, podendo, em alguns casos, até irritar a via aérea. O Salbutamol por via oral não deve ser utilizado no pronto atendimento, pois a via inalatória é a via de escolha por apresentar início de ação mais rápido, maior eficácia broncodilatadora e significativamente menos efeitos colaterais sistêmicos, como tremores e taquicardia.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

A Prednisona é um corticoide sistêmico indicado para crises moderadas a graves, mas a associação proposta nesta alternativa é inadequada como conduta inicial inalatória comparada à alternativa B. O Formoterol é um beta-2-agonista de longa ação (LABA) com início de ação rápido, porém, segundo as diretrizes, ele deve ser utilizado preferencialmente em combinação com um corticoide inalatório no mesmo dispositivo (terapia de resgate CI-Formoterol). A alternativa B descreve a abordagem clássica e eficaz de resgate com SABA associado ao corticoide inalatório.

Questão 81

A investigação de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera é uma das principais estratégias para o controle da doença. O objetivo central é identificar precocemente novos casos de tuberculose ativa e diagnosticar a Infecção Latente por Tuberculose (ILT) para realizar o tratamento preventivo.

A alternativa (b) está correta, porque segue rigorosamente o protocolo do Ministério da Saúde. Para um contato domiciliar de caso bacilífero, mesmo que assintomático, a conduta inicial envolve a exclusão de TB ativa. Isso é feito pela anamnese e pela radiografia de tórax. Uma vez descartada a doença ativa, deve-se realizar o teste imunológico (PPD ou IGR). Se esse teste for positivo (no caso do PPD, um resultado maior ou igual a 5 mm para contatos), e o paciente não tiver sintomas nem alterações radiológicas, está indicado o tratamento da infecção latente para evitar que ele adoça no futuro.

A alternativa (a) está incorreta, porque inverte a interpretação do PPD. O tratamento da infecção latente é indicado para aqueles que são reatores ao teste (PPD maior ou igual a 5 mm em contatos). Se o resultado for menor que 5 mm em um adulto

imunocompetente, ele é considerado não-reator, e a conduta padrão não prevê o início imediato de isoniazida, mas sim a reavaliação ou alta, dependendo do tempo de exposição.

A alternativa (c) está incorreta, pois assume uma postura passiva. O contato de um paciente bacilífero (que elimina bacilos no escarro) possui alto risco de ter sido infectado. A conduta deve ser ativa, realizando exames de triagem para ILTB de imediato, e não apenas aguardar o surgimento de sintomas, o que permitiria a progressão de uma possível infecção para doença transmissível.

A alternativa (d) está incorreta, porque o exame de escarro (BAAR) não é o exame de escolha para triagem de contatos assintomáticos. A baciloscopia é utilizada no diagnóstico de tuberculose-doença em pacientes que apresentam tosse e produção de escarro. Como o paciente está em bom estado geral e sem sintomas respiratórios, a investigação deve focar em testes imunológicos para identificar a infecção latente.

Questão 82

O quadro clínico descrito — mulher de 52 anos com poliartrite simétrica de pequenas articulações (mãos e punhos), rigidez matinal e marcadores laboratoriais específicos positivos (Fator Reumatoide e Anti-CCP) — fecha o diagnóstico de Artrite Reumatoide (AR).

A Artrite Reumatoide é uma doença inflamatória sistêmica que atinge predominantemente as articulações sinoviais. Na coluna vertebral, a AR acomete quase exclusivamente a coluna cervical, pois é onde se localizam as articulações sinoviais da espinha, especialmente a articulação entre o atlas (C1) e o eixo (C2).

Análise das alternativas:

a) Correta. A instabilidade (ou subluxação) atlantoaxial é a manifestação mais comum e grave da AR na coluna. A inflamação crônica (pannus sinovial) causa erosão do processo odontoide do eixo e fragilidade do ligamento transversal, que mantém o odontoide estável contra o atlas. Isso resulta em um aumento do espaço entre esses ossos e no risco de compressão medular.

b) Incorreta. A erosão nos cantos dos corpos vertebrais, também conhecida como lesão de Romanus, é uma característica inicial das espondiloartrites, como a Espondilite Anquilosante, e não da Artrite Reumatoide.

c) Incorreta. A anquilose difusa por sindesmófitos (que leva ao aspecto de "coluna em bambu") é o achado clássico e avançado da Espondilite Anquilosante. Na AR, não

ocorre a formação de sindesmófitos, pois a doença é predominantemente erosiva e não osteofitária/ossificante.

d) Incorreta. O espessamento das trabéculas verticais ósseas é um achado radiológico típico do hemangioma vertebral (aspecto em "veludo" ou "estrias") ou pode ser visto em doenças ósseas metabólicas e na doença de Paget, não tendo relação com a fisiopatologia inflamatória da Artrite Reumatoide.

Questão 83

O tema central desta questão é o diagnóstico por imagem da espondilólise, que é a descontinuidade óssea da "pars interarticularis" (ou parte interarticular). Quando essa falha ocorre, a vértebra pode deslizar para a frente, configurando a espondilolistese. Para identificar essa alteração na radiografia convencional, é fundamental visualizar a anatomia dos elementos posteriores da vértebra.

A incidência oblíqua da coluna lombar é o exame clássico para essa finalidade. Nessa projeção, as estruturas ósseas formam uma imagem característica conhecida como "Cachorrinho de Lachapelle". O focinho do cachorro é o processo transversal, o olho é o pedículo, a orelha é o processo articular superior, a pata dianteira é o processo articular inferior e, crucialmente, o pescoço do cachorro representa a "pars interarticularis". Se houver uma espondilólise, o "cachorro" aparecerá com uma linha de fratura no pescoço (como se estivesse usando uma coleira ou estivesse decapitado).

Análise das alternativas:

a) Em flexão: As incidências em flexão e extensão (chamadas de radiografias dinâmicas) são utilizadas para avaliar a estabilidade segmentar da coluna. Elas servem para verificar se o deslizamento vertebral (listese) aumenta ou se reduz com o movimento, mas não são a técnica primária para visualizar a integridade óssea da pars interarticularis.

b) Oblíqua: Esta é a alternativa correta. Como explicado, as incidências oblíquas (direita e esquerda) permitem a visualização do "Cachorrinho de Lachapelle", facilitando a identificação de fraturas ou defeitos na parte interarticular que muitas vezes passam despercebidos nas incidências de rotina (frente e perfil).

c) Inclinação lateral: Também conhecida como incidência com "bending", é utilizada principalmente na avaliação de escolioses para testar a flexibilidade das curvas laterais da coluna e planejar cirurgias. Não tem papel no diagnóstico de espondilólise.

d) Pósterio-anterior: É uma incidência de rotina (frente) que avalia o alinhamento coronal, a integridade dos pedículos e dos corpos vertebrais. Devido à sobreposição de estruturas ósseas, ela é insuficiente para diagnosticar com precisão uma falha na pars interarticularis.

Portanto, a incidência oblíqua é a ferramenta radiográfica adicional específica para o diagnóstico da espondilólise. Em casos de dúvida persistente, a Tomografia Computadorizada é considerada o padrão-ouro para confirmar o defeito ósseo.

Questão 84

A questão apresenta um quadro clínico e radiológico clássico dentro da neuropediatria. Temos um paciente de 9 anos com sinais de acometimento da fossa posterior (tontura, alteração de equilíbrio e vômitos decorrentes de efeito de massa ou hidrocefalia obstrutiva). O achado na ressonância magnética de uma lesão cística associada a um nódulo mural que sofre realce pelo contraste no hemisfério cerebelar é a descrição típica do astrocitoma pilocítico.

Análise das alternativas:

A) Incorreta. O glioblastoma multiforme (GBM) é um tumor de alto grau (Grau IV da OMS), extremamente agressivo e muito mais comum em adultos. Radiologicamente, ele costuma ser supratentorial (nos hemisférios cerebrais) e apresenta realce periférico irregular com centro necrótico e importante edema perilesional, o que difere da imagem de cisto com nódulo mural.

B) Incorreta. A neurotoxoplasmose é uma infecção parasitária oportunista, geralmente associada a pacientes com imunodeficiência grave (como no HIV/AIDS). Caracteriza-se por múltiplas lesões que apresentam realce anelar ou nodular, localizadas preferencialmente nos núcleos da base e na transição entre substância branca e cinzenta, não correspondendo ao padrão de lesão única cística no cerebelo de uma criança.

C) Incorreta. A meningite tuberculosa manifesta-se tipicamente por um realce leptomeníngeo espesso, especialmente nas cisternas da base do crânio. Pode causar tuberculomas, que são pequenas lesões sólidas ou com realce em alvo, mas não se apresenta como uma lesão cística expansiva com nódulo mural no hemisfério cerebelar.

D) Correta. O astrocitoma pilocítico é o tumor cerebral primário mais comum na infância. É um tumor de crescimento lento (Grau I da OMS) e sua localização preferencial é o cerebelo. A morfologia descrita na questão — uma grande cavidade

cística preenchida por fluido com um nódulo sólido na parede (nódulo mural) que realça intensamente após a administração de contraste — é a apresentação radiológica patognomônica cobrada em provas para este diagnóstico.

Gabarito: Letra D.

Questão 85

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) pode apresentar diversas manifestações neuropsiquiátricas, sendo a mielite transversa uma das mais graves e raras, ocorrendo em menos de 1% a 2% dos pacientes. O quadro clínico descrito na questão é clássico para essa patologia.

Alternativa A: Correta. A mielite transversa é uma síndrome inflamatória da medula espinal que, no lúpus, pode ser causada por vasculite ou por fenômenos trombóticos (frequentemente associados a anticorpos antifosfolípidos). Clinicamente, manifesta-se de forma aguda ou subaguda com a tríade de déficit motor (paraplegia ou tetraplegia), nível sensitivo (perda de sensibilidade abaixo da lesão medular) e disfunção autonômica (retenção ou incontinência urinária e fecal). É considerada uma emergência reumatológica pela necessidade de tratamento imediato com pulsoterapia de corticoide e, muitas vezes, ciclofosfamida ou plasmaferese para evitar sequelas permanentes.

Alternativa B: Incorreta. Provavelmente referindo-se à psicose lúpica (apesar do erro de digitação na alternativa), esta manifestação caracteriza-se por alterações do pensamento, delírios ou alucinações. Embora seja uma manifestação grave do sistema nervoso central no LES, ela não causa déficits motores focais, níveis sensitivos ou disfunção esfincteriana.

Alternativa C: Incorreta. A anemia hemolítica autoimune é uma manifestação hematológica do LES decorrente da destruição periférica das hemácias por autoanticorpos. Os sintomas principais são palidez, fadiga, icterícia e taquicardia, sem qualquer relação com déficits neurológicos motores ou sensoriais medulares.

Alternativa D: Incorreta. A síndrome antifosfolípide catastrófica (CAPS) é uma variante extrema da síndrome antifosfolípide, definida por trombooses microvasculares disseminadas que levam à falência de múltiplos órgãos (geralmente três ou mais) em um curto período. Embora possa afetar o sistema nervoso, seu quadro é de falência multiorgânica sistêmica e não se limita à apresentação focal e específica de nível sensitivo e motor medular descrita no enunciado.

Questão 86

A questão aborda as manifestações extra-articulares do grupo das espondiloartrites, que engloba condições como a espondilite anquilosante, a artrite psoriásica, a artrite reativa e as artrites associadas a doenças inflamatórias intestinais. Essas patologias compartilham uma base fisiopatológica comum, frequentemente associada ao marcador genético HLA-B27.

Alternativa a: Incorreta. O acometimento pleuropulmonar nas espondiloartrites é considerado raro. Quando ocorre, a manifestação mais descrita é a fibrose pulmonar apical, muitas vezes com formação de cistos ou bolhas. A pleurite é uma serosite muito mais comum no lúpus eritematoso sistêmico e na artrite reumatoide.

Alternativa b: Incorreta. O envolvimento renal não é uma característica prevalente nas espondiloartrites. Em casos de inflamação crônica de longa data e sem controle, pode surgir amiloidose secundária ou, em alguns casos específicos, nefropatia por IgA, mas a nefrite intersticial não é uma manifestação típica deste grupo de doenças.

Alternativa c: Incorreta. Embora o coração possa ser afetado, a serosite pericárdica não é a manifestação cardíaca principal. Nas espondiloartrites, as alterações mais características são a aortite (inflamação da base da aorta), que pode levar à insuficiência aórtica, e distúrbios de condução elétrica, como o bloqueio atrioventricular.

Alternativa d: Correta. A uveíte anterior aguda (também chamada de iridociclite) é, de longe, a manifestação extra-articular mais comum das espondiloartrites, afetando até 40 por cento dos pacientes com espondilite anquilosante. Clinicamente, ela se apresenta como um quadro de início súbito, geralmente unilateral e recorrente, caracterizado por olho vermelho, dor ocular intensa, fotofobia e visão turva. É uma emergência oftalmológica que requer tratamento imediato para evitar sequelas, como a formação de sinéquias.

Questão 87

O caso clínico descreve uma paciente jovem com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) que apresenta um quadro de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) agudo/subagudo (hipodensidade na TC de crânio e déficit focal), associado a um histórico de morbidade gestacional (três abortos precoces). Essa associação entre fenômenos trombóticos (arteriais ou venosos) e/ou complicações obstétricas na presença de anticorpos específicos define a Síndrome Antifosfolípide (SAF). No contexto do LES, a SAF é dita secundária.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A dosagem de complementos (C3 e C4) e a avaliação da função renal são fundamentais para monitorar a atividade inflamatória e o acometimento visceral do Lúpus Eritematoso Sistêmico (como na nefrite lúpica), mas não são exames diagnósticos para a SAF. A hidroxicloroquina é um pilar no tratamento do LES e pode ajudar a prevenir eventos trombóticos, mas não é o tratamento agudo ou de escolha para a trombose estabelecida na SAF.

Alternativa B: Incorreta. Os anticorpos c-ANCA e p-ANCA são marcadores utilizados na investigação de vasculites sistêmicas (como a granulomatose com poliangiite e a poliangiite microscópica). A pulsoterapia com metilprednisolona e o uso de ciclofosfamida são reservados para manifestações graves de atividade inflamatória do lúpus (como as neuropsiquiátricas ou renais), e não para o tratamento de eventos puramente trombóticos da SAF.

Alternativa C: Correta. O diagnóstico laboratorial da SAF baseia-se na presença de pelo menos um dos três anticorpos antifosfolípides, testados com intervalo de 12 semanas: anticoagulante lúpico, anticardiolipina (IgG ou IgM em títulos moderados a altos) e anti-beta2-glicoproteína 1 (IgG ou IgM). O tratamento de um evento trombótico arterial (como o AVC desta paciente) na SAF exige a anticoagulação plena (geralmente com varfarina, mantendo RNI entre 2,0 e 3,0 ou $> 3,0$ em casos selecionados). A associação com antiagregantes plaquetários, como a aspirina, é frequentemente utilizada em eventos arteriais para reduzir o risco de recorrência.

Alternativa D: Incorreta. O teste de Coombs direto (usado para anemia hemolítica autoimune) e o anticorpo anti-Sm são critérios diagnósticos e marcadores de atividade/especificidade para o Lúpus Eritematoso Sistêmico. O micofenolato de mofetila é um imunossupressor utilizado principalmente na nefrite lúpica, não possuindo papel no tratamento da trombose da SAF.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 88

Esta questão aborda o tratamento farmacológico da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), que se baseia em dois componentes fisiopatológicos: o componente estático (aumento do volume da glândula) e o componente dinâmico (tônus da musculatura lisa da próstata e do colo vesical).

Alternativa (a) Incorreta: Os inibidores da 5-alfa-redutase (como a finasterida e a dutasterida) atuam bloqueando a conversão da testosterona em di-hidrotestosterona (DHT). O objetivo dessa classe é reduzir o volume prostático ao longo do tempo

(componente estático). Eles não promovem o relaxamento muscular imediato e levam de 3 a 6 meses para apresentar resultados clínicos significativos na melhora do fluxo urinário.

Alternativa (b) Correta: Os bloqueadores alfa-adrenérgicos (como tansulosina, doxazosina e terazosina) são a primeira linha para o alívio dos sintomas obstrutivos. Eles agem bloqueando os receptores alfa-1-adrenérgicos localizados no estroma prostático e no colo da bexiga. Esse bloqueio causa o relaxamento da musculatura lisa nessas regiões, reduzindo a resistência uretral e promovendo uma melhora rápida e direta do jato urinário. É a classe que atua especificamente no componente dinâmico da obstrução.

Alternativa (c) Incorreta: Os antimuscarínicos (como a oxibutinina e a solifenacina) atuam bloqueando os receptores colinérgicos no músculo detrusor da bexiga. Eles são utilizados para tratar sintomas de armazenamento, como a urgência miccional e a polaciúria, por reduzirem a contratilidade da bexiga. Eles não relaxam a musculatura prostática e, em pacientes com obstrução grave, podem até aumentar o risco de retenção urinária aguda.

Alternativa (d) Incorreta: Os diuréticos de alça (como a furosemida) atuam no néfron, inibindo o transportador Na-K-2Cl na alça de Henle para aumentar a excreção de água e eletrólitos. Eles não possuem ação sobre o tecido prostático ou sobre a dinâmica miccional relacionada à próstata, sendo utilizados no manejo de quadros de edema e insuficiência cardíaca.

Questão 89

O ponto fundamental para resolver esta questão é entender que o rastreamento do câncer de próstata é baseado no binômio PSA (Antígeno Prostático Específico) e toque retal. Esses dois exames são complementares e não excludentes. Um toque retal alterado, com a presença de nódulo, endurecimento ou irregularidades, é uma indicação formal de biópsia, independentemente do valor do PSA.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. No caso apresentado, embora o PSA esteja em um nível considerado baixo (1,5 ng/ml), o exame físico revelou um nódulo prostático. Qualquer alteração suspeita ao toque retal exige a investigação histopatológica para descartar neoplasia maligna. A biópsia transretal guiada por ultrassonografia é o procedimento padrão para obter o diagnóstico definitivo.

Alternativa b) Incorreta. Repetir o PSA não traria informações adicionais que

mudassem a conduta frente ao achado físico. O problema aqui não é o valor laboratorial, mas sim a alteração anatômica detectada pelo médico. Postergar a investigação com um novo exame de sangue retardaria o diagnóstico de um possível tumor.

Alternativa c) Incorreta. O tratamento medicamentoso com bloqueadores alfa-adrenérgicos (tansulosina) e inibidores da 5-alfa-redutase (dutasterida) é indicado para pacientes com hiperplasia prostática benigna (HPB) que apresentam sintomas urinários obstrutivos ou irritativos. O paciente em questão é assintomático. Além disso, não se deve iniciar tratamento para crescimento benigno antes de excluir malignidade em um paciente com nódulo palpável.

Alternativa d) Incorreta. Atualmente, a Ressonância Magnética Multiparamétrica da próstata é uma excelente ferramenta para localização de lesões suspeitas e auxílio na biópsia (fusão de imagens). No entanto, o uso de "bobina endorretal" é considerado obsoleto na prática clínica moderna, sendo desconfortável e desnecessário com os aparelhos atuais de alto campo. Além disso, em provas de residência, o achado de nódulo ao toque retal direciona classicamente para a biópsia como o próximo passo definitivo.

Questão 90

A conduta no tratamento da ureterolitíase (pedra no ureter) baseia-se primordialmente no tamanho do cálculo, na sua localização e na presença de complicações, como a hidronefrose ou sinais de infecção. No caso apresentado, temos um cálculo de 1,2 cm (12 mm) localizado no ureter proximal.

Alternativa a) Incorreta. Embora a litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) seja uma opção para cálculos proximais, sua eficácia diminui significativamente em cálculos maiores que 1 cm e na presença de hidronefrose importante, que pode indicar um cálculo impactado. A taxa de sucesso (*stone-free*) é inferior à da ureterosopia para este tamanho de cálculo.

Alternativa b) Incorreta. A terapia medicamentosa expulsiva (TME) com tansulosina é indicada preferencialmente para cálculos distais (próximos à bexiga) e com dimensões menores que 10 mm. Cálculos maiores que 1 cm raramente são expelidos espontaneamente, e a presença de hidronefrose reforça a necessidade de intervenção cirúrgica para desobstrução da via urinária.

Alternativa c) Incorreta. A ureterorrenolitotripsia semirrígida é o padrão-ouro para cálculos no ureter distal. No ureter proximal, o uso do aparelho semirrígido apresenta maior risco de complicações, como a migração do cálculo de volta para o rim

(retropulsão) e maior chance de lesão ureteral devido à anatomia e à flexibilidade necessária para atingir essa região.

Alternativa d) Correta. A ureterorrenolitotripsia flexível, associada ao uso de laser (Holmium:YAG ou Thulium), é a conduta preferencial para cálculos do ureter proximal maiores que 1 cm. Esta técnica permite navegar por toda a anatomia do ureter e até o interior do rim com segurança, oferecendo as maiores taxas de fragmentação completa e resolução do quadro em um único procedimento, sendo superior à LECO e à ureterosopia semirrígida para esta localização específica.

Questão 91

Para a correta interpretação de um genograma, é essencial identificar os símbolos das relações interpessoais representados pelas linhas que unem os membros da família:

- Duas linhas paralelas: Relacionamento próximo.
- Três linhas paralelas: Relacionamento muito próximo ou fusionado (emaranhado).
- Linha em zigue-zague: Relacionamento conflituoso ou estressante.
- Linha pontilhada: Relacionamento distante.
- Duas barras transversais na linha de união: Separação ou divórcio.
- Círculo duplo: Pessoa-índice (probanda), sobre quem o genograma foi construído.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A relação entre A.L.L. (pai) e A.C.L. (filha) está marcada com uma linha em zigue-zague. Na convenção dos genogramas, isso indica um relacionamento conflituoso. A violência costuma ser representada por símbolos específicos (como uma seta ou uma linha em zigue-zague com uma direção específica), não sendo possível concluir a ocorrência de "violência" apenas por este gráfico.

b) Incorreta. S.C.W. e A.C.L. estão conectadas por três linhas paralelas. Esse símbolo representa uma relação de extrema proximidade ou dependência (fusionada), o oposto de um conflito.

c) Correta. A.C.L. (a paciente identificada pelo círculo duplo) é a mãe de J.L.W. A conexão entre as duas é feita por duas linhas paralelas, o que, na padronização dos genogramas, significa um relacionamento próximo.

d) Incorreta. Embora exista uma linha de conflito (zigue-zague) entre R.L.M. e J.L.W., o genograma indica que R.L.M. não é a mãe de J.L.W. A mãe biológica de J.L.W. é A.C.L. R.L.M. aparece no gráfico como a nova parceira de T.U.W. (ex-marido de A.C.L.

e pai de B.L.W.). Portanto, a afirmação de que ela tem conflitos com a "filha" está tecnicamente errada quanto ao parentesco.

Questão 92

A contracepção de emergência (CE) é uma medida de exceção que visa prevenir a gravidez após uma relação sexual desprotegida, falha do método contraceptivo em uso ou em casos de violência sexual. Os métodos reconhecidos para esse fim incluem o levonorgestrel (progestagênio isolado), o acetato de ulipristal (modulador seletivo do receptor de progesterona), o Método de Yuzpe (combinação de etinilestradiol e levonorgestrel) e o DIU de cobre.

Alternativa a) Incorreta. O etonogestrel é um progestagênio de terceira geração utilizado em métodos contraceptivos de rotina, como o implante subdérmico e o anel vaginal. Ele não possui indicação, dosagem ou farmacocinética adequadas para o uso como contracepção de emergência.

Alternativa b) Incorreta. A medroxiprogesterona, especificamente o acetato de medroxiprogesterona, é utilizada como anticoncepcional injetável de aplicação trimestral. Trata-se de um método de depósito com liberação lenta, não servindo para a necessidade de ação imediata requerida na contracepção de emergência.

Alternativa c) Correta. O DIU de cobre é o método de contracepção de emergência mais eficaz disponível, com taxa de falha de aproximadamente 0,1%. Ele pode ser inserido em até 5 dias após o coito desprotegido (algumas diretrizes estendem esse prazo para até 7 dias se a ovulação puder ser estimada). O cobre causa uma reação inflamatória endometrial e possui efeitos citotóxicos para os gametas, impedindo a fertilização. Além da eficácia superior aos métodos hormonais, ele oferece a vantagem de prover contracepção contínua e reversível de longa duração após a sua inserção.

Alternativa d) Incorreta. A combinação de etinilestradiol e ciproterona é um anticoncepcional oral combinado (AOC) comum, frequentemente prescrito por seus benefícios antiandrogênicos (tratamento de acne e hirsutismo). Embora o Método de Yuzpe utilize AOCs para emergência, ele exige especificamente a combinação de etinilestradiol com levonorgestrel em altas doses. Não há protocolos que utilizem a ciproterona para esta finalidade.

Questão 93

Para resolver essa questão, é fundamental compreender a estrutura do registro em prontuário pelo método SOAP e os critérios diagnósticos para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

O método SOAP é dividido em:

S (Subjetivo): Relatos do paciente, queixas e história colhida.

O (Objetivo): Dados do exame físico e resultados de exames complementares.

A (Avaliação): Onde o médico registra o raciocínio clínico, hipóteses diagnósticas ou diagnósticos já estabelecidos.

P (Plano): Conduitas, prescrições e orientações.

No caso clínico apresentado, o paciente possui uma medida isolada de 148 x 98 mmHg. De acordo com as diretrizes brasileiras e internacionais de hipertensão, o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não deve ser firmado com base em uma única aferição de consultório, a menos que o paciente apresente valores muito elevados (estágio 3), evidência de lesão de órgão-alvo ou crise hipertensiva.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não se pode classificar o estágio de uma doença que ainda não foi diagnosticada. O diagnóstico de HAS exige, em regra, pelo menos duas aferições em momentos distintos ou confirmação por exames como a MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) ou a MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial).

b) Incorreta. Pelos mesmos motivos citados acima, afirmar que o paciente tem "Hipertensão Arterial" com apenas uma medida é um erro técnico. Nesse momento, temos apenas um achado clínico alterado, e não uma patologia crônica confirmada.

c) Incorreta. O termo "descompensada" pressupõe que o paciente já tenha um diagnóstico prévio de hipertensão e que os níveis atuais estejam acima da meta terapêutica estabelecida. Como o enunciado diz que o paciente nega comorbidades e esta é a primeira vez que a pressão apresenta elevação, esse termo é inadequado.

d) Correta. No campo "Avaliação", quando ainda não há critérios para fechar um diagnóstico definitivo, o médico deve descrever o problema ou o achado clínico identificado. Como houve apenas uma medida alterada, o registro correto é "Pressão arterial elevada" (ou "Níveis pressóricos elevados"), sinalizando que o achado foi identificado e que precisará de investigação ou acompanhamento para confirmar ou descartar a doença crônica.

Questão 94

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é a base da Medicina de Família e Comunidade, estruturado atualmente em quatro componentes principais. Para responder corretamente a essa questão, é necessário identificar em qual desses pilares se encaixa o uso de ferramentas de abordagem familiar e comunitária, como o ecomapa.

Alternativa a) Incorreta. O 1º componente foca em explorar a doença (o processo fisiopatológico) e a experiência da doença (o que o paciente sente). Aqui, utiliza-se o mnemônico SIFE: Sentimentos do paciente em relação ao problema, suas Ideias sobre o que está acontecendo, como o problema afeta seu Funcionamento (rotina) e quais são suas Expectativas com a consulta. O ecomapa vai além da experiência individual da doença.

Alternativa b) Correta. O 2º componente busca entender a pessoa como um todo, inserida em seu contexto. Isso envolve compreender o estágio do ciclo de vida, a dinâmica familiar e o meio social em que o indivíduo vive. O ecomapa é justamente a representação gráfica das relações do indivíduo ou da família com o seu meio social (amigos, trabalho, igreja, serviços de saúde, lazer). Junto com o genograma, o ecomapa é uma das principais ferramentas para operacionalizar este segundo componente, permitindo visualizar a rede de apoio e as tensões sociais do paciente.

Alternativa c) Incorreta. O 3º componente refere-se à elaboração de um plano conjunto de manejo. É a etapa da negociação, onde médico e paciente definem prioridades, estabelecem metas terapêuticas e decidem, de comum acordo, quais passos serão seguidos no tratamento. O ecomapa pode auxiliar a subsidiar decisões, mas sua construção em si faz parte da compreensão do contexto, e não da pactuação do plano.

Alternativa d) Incorreta. O 4º componente trata de fortalecer a relação médico-paciente. Ele permeia toda a consulta e foca na continuidade do cuidado, na empatia, na confiança e no uso terapêutico da própria relação entre profissional e paciente. Embora o uso de ferramentas como o ecomapa possa demonstrar interesse e fortalecer o vínculo, sua classificação técnica dentro do método clínico é no componente de compreensão da pessoa no seu contexto social.

Questão 95

A Coordenação do Cuidado é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS). Ela pressupõe que a Equipe de Saúde da Família seja capaz de sincronizar e integrar as ações de saúde realizadas pelo paciente em diferentes pontos da rede assistencial. Para que a coordenação ocorra, é necessário que haja fluxo de informações entre os profissionais, continuidade da relação e gestão compartilhada dos casos.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. O matriciamento (ou apoio matricial) é uma ferramenta pedagógico-terapêutica que visa oferecer suporte técnico especializado a uma equipe de referência (APS). Quando a Equipe de Saúde da Família realiza o matriciamento com o CAPS, ela está articulando o cuidado entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada em saúde mental. Isso garante que o cuidado não seja fragmentado, promovendo a integração e o acompanhamento conjunto do paciente, o que define a Coordenação do Cuidado.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. O encaminhamento, isoladamente, é apenas o ato de referenciar o paciente para um nível de maior complexidade tecnológica (derivativo). A Coordenação do Cuidado vai além: ela exige que a Equipe de Saúde da Família receba a contrarreferência, analise as condutas do especialista e integre essas informações ao plano de cuidado contínuo do paciente. O simples encaminhamento sem o acompanhamento do retorno não garante a coordenação.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A realização de grupos comunitários sobre alimentação saudável está mais relacionada aos atributos de Orientação Comunitária e Promoção da Saúde. Embora seja uma habilidade importante na APS, o foco aqui é a educação em saúde e o trabalho coletivo, e não a articulação entre diferentes serviços ou profissionais da rede para a continuidade de um caso individual.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A visita domiciliar é uma ferramenta fundamental para garantir a Acessibilidade e a Longitudinalidade, permitindo que a equipe conheça o contexto de vida do paciente e ofereça assistência a quem tem dificuldade de locomoção. No entanto, o ato da visita em si não exemplifica a Coordenação do Cuidado entre os níveis de atenção da rede de saúde, mas sim o exercício do cuidado direto no território.

Questão 96

CONCEITO DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

A prevenção quaternária consiste na detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias (sobremedicalização), visando a protegê-los de procedimentos que causem mais danos do que benefícios. Baseia-se no princípio ético da não maleficência (Primum non nocere).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A prescrição de vacinas (Pneumo 13 e 23) em pacientes vivendo com HIV é um exemplo de Prevenção Primária. A prevenção primária atua sobre os fatores de risco ou agentes causais para evitar que a doença ocorra. Neste caso, busca-se evitar infecções pneumocócicas antes que elas se instalem.

Alternativa (b) CORRETA: O rastreio universal do câncer de próstata em homens assintomáticos é um tema controverso devido ao alto risco de sobrediagnóstico (overdiagnosis) e sobretratamento (overtreatment). Ao optar por não solicitar o rastreio rotineiro (PSA e toque retal) sem uma decisão compartilhada ou em desacordo com as evidências de benefício, o médico está praticando a prevenção quaternária, protegendo o paciente de biópsias desnecessárias, incontinência urinária e impotência sexual decorrentes de tratamentos de tumores que poderiam nunca se manifestar clinicamente.

Alternativa (c) INCORRETA: De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA, o rastreio do câncer do colo do útero deve ser iniciado justamente aos 25 anos para mulheres que já iniciaram a vida sexual. Portanto, deixar de solicitar o exame nessa faixa etária não é prevenção quaternária, mas sim uma falha na Prevenção Secundária (que visa ao diagnóstico precoce de doenças em estágio inicial ou pré-clínico).

Alternativa (d) INCORRETA: O uso de dapagliflozina em pacientes que já possuem o diagnóstico de Diabetes Mellitus e Insuficiência Cardíaca é um exemplo de Prevenção Terciária. A prevenção terciária foca em reduzir o impacto de uma doença já estabelecida, prevenindo complicações, recidivas, internações e buscando a reabilitação do paciente.

RESUMO DOS NÍVEIS DE PREVENÇÃO:

- Primária: Evitar a doença (ex: vacina, orientar a cessação do tabagismo).
- Secundária: Diagnóstico precoce/Rastreio (ex: mamografia, preventivo).
- Terciária: Reduzir prejuízos de doença instalada (ex: controle de PA/glicemia, fisioterapia pós-AVC).
- Quaternária: Evitar iatrogenia e excessos médicos (ex: não pedir check-up

desnecessário, evitar polifarmácia em idosos).

Questão 97

O diagnóstico comunitário é um processo de coleta e análise de dados que visa identificar os problemas de saúde, as necessidades e as potencialidades de uma determinada população em seu território.

Alternativa (a) Incorreta: O genograma é uma ferramenta essencial na Estratégia Saúde da Família, porém seu foco é a abordagem familiar. Ele representa graficamente a estrutura e a dinâmica das relações entre os membros de uma família ao longo de gerações, auxiliando no diagnóstico individual e familiar, e não no diagnóstico da comunidade como um todo.

Alternativa (b) Incorreta: O matriciamento (ou apoio matricial) é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. É uma ferramenta de gestão e organização do cuidado, visando à retaguarda especializada e ao suporte técnico às equipes de referência, mas não é uma ferramenta de diagnóstico comunitário.

Alternativa (c) Incorreta: O grupo comunitário é um espaço de participação social e execução de atividades coletivas. Embora a participação da comunidade seja fundamental para o diagnóstico, o "grupo" em si é uma forma de organização social ou estratégia de intervenção, e não uma ferramenta técnica e metodológica de diagnóstico de saúde pública.

Alternativa (d) Correta: A estimativa rápida (ou Estimativa Rápida Participativa) é uma técnica de investigação utilizada para obter informações sobre a realidade local em um curto período. Ela utiliza dados secundários, observação direta do território e entrevistas com informantes-chave da comunidade para identificar problemas prioritários e recursos disponíveis. Por focar na coleta de dados territoriais e sociais de forma ágil para subsidiar o planejamento local, é o exemplo clássico de ferramenta de diagnóstico comunitário solicitado pela questão.

Questão 98

A abordagem familiar sistêmica entende a família como um sistema dinâmico, em que o que acontece com um membro afeta todos os outros. Para operacionalizar essa visão na prática clínica, especialmente na Medicina de Família e Comunidade, utilizam-se ferramentas específicas que ajudam a entender a estrutura, o contexto e o momento vivido pelo grupo.

Alternativa (a) Incorreta: O Plano Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações de maior complexidade. É uma ferramenta da Clínica Ampliada e de gestão do cuidado multiprofissional, e não uma ferramenta exclusiva ou definidora da abordagem sistêmica familiar.

Alternativa (b) Correta: O Ciclo de Vida Familiar é uma das ferramentas fundamentais da abordagem sistêmica. Ele descreve as etapas previsíveis de desenvolvimento pelas quais a maioria das famílias passa (como o acasalamento, o nascimento dos filhos, a adolescência, o "ninho vazio" e o estágio tardio da vida). Cada etapa exige mudanças nos papéis e nas regras familiares, gerando crises normativas que podem estar relacionadas ao processo de adoecimento. Conhecer o ciclo de vida ajuda o médico a antecipar conflitos e entender o contexto do paciente.

Alternativa (c) Incorreta: O diagnóstico de demanda é um conceito administrativo e clínico geral que se refere à identificação das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários que procuram o serviço. Não se trata de uma ferramenta específica para a análise da dinâmica ou da estrutura familiar sob a ótica sistêmica.

Alternativa (d) Incorreta: A Educação Popular em Saúde é uma orientação pedagógica e política que valoriza o saber do usuário e busca a transformação social e a participação comunitária. Embora seja um princípio importante na Atenção Primária, não é classificada como uma ferramenta técnica da abordagem familiar sistêmica (como seriam o Genograma, o Ecomapa ou o APGAR familiar).

Questão 99

A resposta correta é a alternativa (a) Competência cultural.

A questão aborda a aplicação de princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto da saúde indígena. A seguir, a análise detalhada de cada alternativa:

a) Correta. A competência cultural é a capacidade dos sistemas de saúde e de seus profissionais de reconhecer, respeitar e integrar os valores, crenças e práticas culturais dos pacientes no processo de cuidado. No caso de pacientes indígenas, o Plano Terapêutico Singular (PTS) deve ser construído por meio do diálogo intercultural, respeitando os saberes tradicionais e as formas próprias de cura de cada povo. Sem essa competência, há o risco de baixa adesão ao tratamento e de desrespeito à identidade do paciente.

b) Incorreta. A humanização é uma política transversal no SUS que visa a melhorar a

qualidade do atendimento e das relações entre profissionais e usuários, pautada na empatia, no acolhimento e na dignidade. Embora respeitar a cultura seja uma atitude humanizada, o termo específico para a integração de saberes e práticas culturais no planejamento clínico é a competência cultural.

c) Incorreta. A coordenação do cuidado é um atributo da APS que garante que o paciente receba uma assistência contínua e integrada em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Ela trata da organização do fluxo do paciente no sistema (referência e contrarreferência) e da harmonia das informações clínicas, não se referindo diretamente ao conteúdo cultural dos saberes tradicionais.

d) Incorreta. A participação popular refere-se ao controle social e ao envolvimento da comunidade na gestão e nas decisões políticas do sistema de saúde, como por meio dos conselhos e conferências de saúde. Embora seja fundamental para que os povos indígenas reivindiquem seus direitos, ela não define a técnica de elaboração de um plano terapêutico individualizado que leva em conta o saber tradicional.

Questão 100

Esta questão aborda o funcionamento das instâncias de participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido na Lei Federal nº 8.142/1990 e na Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Alternativa a) Incorreta. Órgãos normativos são aqueles que possuem a função primordial de estabelecer normas e regras técnicas de conduta ou operação. Embora as decisões dos Conselhos de Saúde possam originar normas após a homologação do gestor, o caráter jurídico definido por lei para esses colegiados é o deliberativo, focado na formulação de estratégias e no controle da execução.

Alternativa b) Incorreta. Um órgão consultivo é aquele que apenas emite pareceres, conselhos ou opiniões que podem ser seguidos, ou não, pelo gestor público. No SUS, a participação popular é fortalecida pelo fato de os conselhos terem poder de decisão real, indo muito além de uma função meramente consultiva.

Alternativa c) Incorreta. O caráter executivo refere-se à gestão prática, administrativa e operacional das ações de saúde. Essa função pertence ao Poder Executivo, representado pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O conselho fiscaliza e delibera sobre a política, mas não executa as ações de saúde ou a gestão direta dos serviços.

Alternativa d) Correta. De acordo com a Lei nº 8.142/1990, o Conselho de Saúde é um órgão colegiado, permanente e deliberativo. O caráter deliberativo significa que o

conselho tem competência para decidir sobre as estratégias da política de saúde e atuar no controle da execução dessa política em cada esfera de governo (Municipal, Estadual e Nacional), inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do Poder Executivo de cada esfera.
