



# UFES

GABARITO | 2025 | ES | 50 Questões



## Gabarito: UFES

2025 | ES

---

- |        |        |
|--------|--------|
| 1 - B  | 40 - C |
| 2 - C  | 41 - A |
| 3 - C  | 42 - C |
| 4 - C  | 43 - D |
| 5 - B  | 44 - C |
| 6 - D  | 45 - B |
| 7 - A  | 46 - B |
| 8 - B  | 47 - C |
| 9 - C  | 48 - D |
| 10 - B | 49 - A |
| 11 - C | 50 - D |
| 12 - A |        |
| 13 - D |        |
| 14 - B |        |
| 15 - C |        |
| 16 - C |        |
| 17 - C |        |
| 18 - B |        |
| 19 - B |        |
| 20 - C |        |
| 21 - A |        |
| 22 - A |        |
| 23 - C |        |
| 24 - A |        |
| 25 - A |        |
| 26 - D |        |
| 27 - A |        |
| 28 - A |        |
| 29 - C |        |
| 30 - C |        |
| 31 - B |        |
| 32 - D |        |
| 33 - D |        |
| 34 - A |        |
| 35 - D |        |
| 36 - A |        |
| 37 - A |        |
| 38 - B |        |
| 39 - D |        |

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

Alternativa (a) Incorreta: A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) é o câncer mais comum na infância, apresentando seu principal pico de incidência entre 2 e 5 anos de idade. Embora exista um segundo pico de incidência em idosos, não é correto afirmar que ela aumenta linearmente com a idade; esse padrão de aumento progressivo é muito mais característico das leucemias de linhagem mieloide e da Leucemia Linfocítica Crônica.

Alternativa (b) Correta: A Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) é a leucemia de maior prevalência nos países ocidentais. Isso ocorre porque, além de ser a leucemia mais comum em adultos idosos, ela possui um curso clínico frequentemente indolente (lento). Muitos pacientes vivem décadas com a doença, o que eleva o número de pessoas vivas com o diagnóstico (prevalência) em comparação com as leucemias agudas, que possuem alta mortalidade se não tratadas rapidamente.

Alternativa (c) Incorreta: Historicamente, o transplante alogênico já foi a base do tratamento da Leucemia Mieloide Crônica (LMC). No entanto, desde o surgimento dos inibidores de tirosina quinase (como o imatinibe), o tratamento tornou-se clínico e oral na grande maioria dos casos. Atualmente, o transplante é reservado apenas para pacientes que apresentam falha terapêutica a múltiplos medicamentos ou que progridem para a fase blástica da doença.

Alternativa (d) Incorreta: A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) é uma neoplasia tipicamente de adultos mais velhos e idosos, com idade mediana ao diagnóstico por volta dos 68 anos. Em adultos jovens, outros tipos de câncer são estatisticamente mais frequentes, como linfomas, tumores de células germinativas (testículo) e câncer de tireoide. Além disso, a leucemia mais comum em jovens, quando ocorre, tende a ser a linfoblástica aguda, e não a mieloide.

---

### Questão 2

#### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO E LIQUÓRICO

A paciente apresenta um quadro de evolução subaguda (duas semanas de sintomas), o que afasta, inicialmente, as meningites bacterianas agudas comuns, que evoluem em poucas horas ou dias. O ponto-chave da questão está na interpretação dos achados do líquido cefalorraquidiano (LCR):

1. Glicose de 10 mg/dL: Uma hipoglicorraquia (baixa glicose) tão acentuada indica consumo por agentes biológicos. É característica de bactérias, fungos e

micobactérias. Meningites virais mantêm a glicose normal.

2. Proteínas de 550 mg/dL: Uma hiperproteínoorraquia (proteína alta) acentuada é típica de processos inflamatórios intensos e crônicos, como na tuberculose e em infecções fúngicas.

3. Celularidade de 250 células/mm<sup>2</sup> com padrão misto: A celularidade moderada (entre 50 e 500) com equilíbrio entre neutrófilos e linfomononucleares reforça o caráter subagudo. Nas bacterianas agudas, a celularidade costuma ser muito superior a 1.000 com predomínio de neutrófilos (acima de 80%).

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A meningite viral apresenta, obrigatoriamente, níveis de glicose normais (glicorraquia normal). Além disso, o aumento de proteínas nas meningites virais é leve (geralmente abaixo de 100 mg/dL). A meningite fúngica, por outro lado, se encaixaria nos achados.

Alternativa B (Incorreta): Como mencionado, a meningite viral não reduz a glicose. A meningite bacteriana aguda apresenta um quadro clínico muito mais explosivo, celularidade muito mais elevada e predomínio nítido de neutrófilos, diferente do padrão misto e da evolução de duas semanas desta paciente.

Alternativa C (Correta): Este é o diagnóstico clássico para o LCR descrito. A meningite tuberculosa e a meningite fúngica (especialmente a criptocócica) possuem instalação subaguda ou crônica. Ambas causam um "líquor de consumo" importante (glicose muito baixa), proteínas significativamente elevadas devido à barreira hematoencefálica lesada e pleocitose moderada com padrão que pode ser linfocitário ou misto. O aspecto xantocrômico (amarelado) também sugere alta concentração de proteínas ou sangramento prévio, comum na cronicidade dessas doenças.

Alternativa D (Incorreta): A meningite tuberculosa está correta, porém a meningoencefalite herpética (HSV) geralmente apresenta glicose normal e um quadro clínico com alterações de comportamento, crises convulsivas e sinais de localização (acometimento do lobo temporal), além de frequentemente apresentar hemácias no líquido devido ao seu caráter necrosante.

---

### Questão 3

Esta questão exige o reconhecimento clínico de uma síndrome de abstinência específica. O quadro apresentado pela paciente de 25 anos combina sintomas psicológicos (agitação, ansiedade, insônia) com sinais físicos autonômicos muito característicos.

Análise das alternativas:

a) Cocaína: Incorreta. A abstinência de cocaína, frequentemente chamada de crash, manifesta-se principalmente por sintomas neurovegetativos opostos ao efeito estimulante da droga. O paciente apresenta humor depressivo, fadiga intensa, bradicardia, aumento do sono (hipersonia) e aumento do apetite. Os sinais de piloereção e lacrimejamento não fazem parte deste quadro.

b) Nicotina: Incorreta. Embora a falta de nicotina cause irritabilidade, ansiedade e desejo intenso pela substância, os sinais físicos são leves. Pode ocorrer aumento do apetite e bradicardia, mas não causa a tempestade autonômica com midríase e piloereção descrita no caso.

c) Opioides: Correta. O quadro descrito é a apresentação clássica da síndrome de abstinência de opioides (como heroína, morfina ou oxicodona). Os sinais clínicos fundamentais para o diagnóstico são: midríase (pupilas dilatadas), lacrimejamento, rinorreia (coriza), piloereção (frequentemente descrita como pele de galinha), sudorese, náuseas, vômitos e mialgia generalizada (dores musculares). A agitação e a insônia também são achados universais. A piloereção e o lacrimejamento são dicas valiosas que direcionam o diagnóstico especificamente para opioides em contextos de emergência e provas de residência.

d) Álcool: Incorreta. A síndrome de abstinência alcoólica é caracterizada por hiperatividade autonômica, mas com foco em tremores de extremidades, taquicardia, hipertensão arterial, náuseas e, em casos mais graves, alucinações ou convulsões. Apesar de apresentar sudorese e agitação, os sinais de lacrimejamento e piloereção não são característicos do álcool.

Conclusão: A presença conjunta de piloereção, lacrimejamento, midríase e mialgia em um paciente agitado e com insônia é a tríade clássica que define a abstinência de opioides.

---

## Questão 4

Comentário sobre a questão:

A primeira afirmativa é verdadeira. A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada por anormalidades na estrutura ou função renal presentes por mais de três meses, com implicações para a saúde. Para o rastreamento e diagnóstico inicial, solicitamos a creatinina sérica (utilizada para estimar a Taxa de Filtração Glomerular - TFG), a albuminúria ou a relação albumina/creatinina (RAC) em amostra isolada de urina para verificar lesão renal, e exames de imagem, como a ultrassonografia de rins e vias

urinárias, que podem demonstrar sinais de cronicidade, como redução do tamanho renal, cistos ou perda da diferenciação corticomedular.

A segunda afirmativa é falsa. O estadiamento da DRC é realizado com base no sistema internacional KDIGO, que utiliza dois parâmetros: a Taxa de Filtração Glomerular (estimada a partir da creatinina sérica) e o grau de albuminúria (A1, A2 ou A3). A ureia é um marcador de escórias nitrogenadas importante na avaliação clínica de complicações e síndrome urêmica, mas não é um critério utilizado para definir o estágio da doença renal.

A terceira afirmativa é falsa. Pacientes classificados no estágio 3A (TFG entre 45-59 mL/min) com albuminúria normal ou leve (A1) são considerados de baixo risco de progressão para perda total da função renal. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Nefrologia, esses pacientes devem ser acompanhados e manejados pela própria equipe de Atenção Primária na UBS. O encaminhamento ao nefrologista é geralmente reservado para pacientes em estágios mais avançados (estágios 4 e 5), albuminúria grave (A3), progressão rápida da perda de função renal ou casos de difícil controle clínico.

A quarta afirmativa é verdadeira. A Atenção Primária à Saúde é a coordenadora do cuidado e tem como uma de suas atribuições fundamentais a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Como a hipertensão e o diabetes são as principais causas de insuficiência renal crônica no Brasil, o papel da UBS em prevenir esses agravos e realizar o diagnóstico precoce é essencial para reduzir a carga da doença na população.

Portanto, a sequência correta é V - F - F - V, o que corresponde à alternativa C.

---

### Questão 5

O quadro clínico descrito caracteriza uma Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento do Segmento ST (SCASST), especificamente um Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra de ST (IAMSSST), devido à presença de troponina positiva e alterações isquêmicas no eletrocardiograma (infradesnivelamento de ST de 2 mm). A conduta em relação ao tempo para a realização da cineangiocoronariografia (cateterismo) baseia-se na estratificação de risco do paciente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A estratégia invasiva imediata (em menos de 2 horas) é reservada para pacientes de muito alto risco. Os critérios incluem: instabilidade hemodinâmica ou choque cardiogênico, dor torácica refratária ao tratamento medicamentoso, arritmias

potencialmente fatais, complicações mecânicas do infarto, insuficiência cardíaca aguda relacionada à isquemia ou alterações dinâmicas recorrentes do segmento ST. A paciente em questão estabilizou a dor com nitroglicerina e mantém estabilidade hemodinâmica, não preenchendo esses critérios.

b) Correta. A paciente é classificada como de alto risco, o que indica uma estratégia invasiva precoce em até 24 horas. Os principais critérios para essa classificação presentes no caso são a elevação de biomarcadores de necrose miocárdica (troponina positiva) e a alteração dinâmica do segmento ST (infradesnivelamento de 2 mm), mesmo que assintomática no momento. Além disso, a paciente possui pontuação elevada em escores de risco (como o GRACE > 140) devido à idade, à presença de diabetes e à alteração renal (creatinina 1,7 mg/dL).

c) Incorreta. A categoria de risco intermediário (estratégia invasiva em até 72 horas) era mais utilizada em diretrizes antigas ou para pacientes que não possuem critérios de alto risco, mas apresentam condições como diabetes mellitus, insuficiência renal crônica (clearance de creatinina < 60), fração de ejeção reduzida (< 40%) ou angina pós-infarto precoce. No entanto, a presença de troponina positiva associada ao infradesnivelamento do segmento ST "carimba" a paciente como de alto risco, exigindo o cateterismo em até 24 horas pelas diretrizes atuais (ESC e SBC).

d) Incorreta. O baixo risco é atribuído a pacientes sem recorrência de dor, com eletrocardiograma normal e troponinas seriadas negativas. Nesses casos, a conduta inicial é a realização de testes não invasivos (como teste ergométrico ou cintilografia) para pesquisa de isquemia antes de se decidir por um procedimento invasivo. A paciente do caso já apresenta marcadores de lesão e alteração de ECG, o que exclui o baixo risco.

---

## Questão 6

Esta questão aborda a conduta imediata após a desfibrilação em um ritmo de fibrilação ventricular (FV), baseando-se nas diretrizes de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS).

Alternativa a: Incorreta. A checagem de pulso não deve ser feita imediatamente após o choque. Ela só é indicada após o término do ciclo de 2 minutos de manobras de ressuscitação, e apenas se for observado um ritmo organizado (não chocável) no monitor cardíaco. Interromper a RCP para checar pulso agora reduziria drasticamente a pressão de perfusão coronariana.

Alternativa b: Incorreta. A avaliação do ritmo elétrico no monitor só deve ocorrer após 2 minutos de RCP de alta qualidade. Analisar o ritmo imediatamente após a

desfibrilação é improdutivo, pois o coração pode levar algum tempo para restabelecer uma atividade elétrica organizada e, mesmo que o faça, a função mecânica (pulso) pode demorar a retornar.

Alternativa c: Incorreta. O manejo avançado da via aérea, como a intubação orotraqueal, pode ser realizado em qualquer momento da ressuscitação, desde que não gere interrupções prolongadas nas compressões. No entanto, ele nunca é o passo imediato prioritário após a entrega de um choque.

Alternativa d: Correta. De acordo com os protocolos da American Heart Association (AHA), imediatamente após a aplicação do choque, deve-se retomar as compressões torácicas por 2 minutos (5 ciclos), sem checar ritmo ou pulso. O choque despolariza as células miocárdicas simultaneamente para interromper a FV, mas o coração precisa de suporte circulatório imediato através das compressões para manter o fluxo sanguíneo enquanto tenta recuperar uma contração espontânea e efetiva.

---

### Questão 7

Alternativa A (Correta): Esta alternativa apresenta dados epidemiológicos precisos sobre a prevalência do tabagismo no Brasil. O país é uma referência global no controle do tabaco devido a políticas públicas eficazes, como a proibição de propaganda e o aumento de impostos. Em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) registrou que 34,8% da população acima de 18 anos era fumante. Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicou que esse índice caiu para 12,6%, demonstrando uma redução significativa ao longo das décadas.

Alternativa B (Incorreta): O tabagismo é, de fato, o principal fator de risco para os cânceres de pulmão, boca, esôfago, laringe, faringe, bexiga e pâncreas. No entanto, o câncer de tireoide não possui o tabagismo como um fator de risco estabelecido. Curiosamente, alguns estudos epidemiológicos sugerem até uma associação inversa (não protetora clinicamente, mas estatística) entre fumar e o risco de câncer de tireoide diferenciado, o que invalida a alternativa.

Alternativa C (Incorreta): A bupropiona é um antidepressivo de primeira linha para o tratamento da cessação tabágica, mas seu uso não é restrito a pacientes com depressão. Ela atua na inibição da recaptção de dopamina e noradrenalina, ajudando a reduzir a fissura e os sintomas de abstinência em qualquer paciente tabagista com dependência moderada a grave, independentemente de comorbidades psiquiátricas.

Alternativa D (Incorreta): A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), disponível em adesivos e gomas/pastilhas, é um pilar do tratamento farmacológico. Ao contrário do

que afirma a alternativa, ela é recomendada justamente para fornecer ao paciente doses controladas de nicotina sem as mais de 4.700 substâncias tóxicas e cancerígenas presentes na fumaça do cigarro. A TRN reduz os sintomas físicos da síndrome de abstinência, dobrando as chances de sucesso na cessação quando comparada ao placebo.

## Questão 8

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um homem de 54 anos, trabalhador rural (exposição clássica ao solo), com sintomas respiratórios crônicos e perda ponderal. O achado radiográfico de infiltrado bilateral simétrico, para-hilar, poupando os ápices e as bases (imagem em "asa de borboleta"), é a descrição clássica da paracoccidiodomicose (PCM) em sua forma crônica do adulto. O principal desafio diagnóstico é a diferenciação com a tuberculose, que é a principal patologia diferencial no Brasil.

### ALTERNATIVAS

a) Incorreta. Embora a paracoccidiodomicose seja uma hipótese diagnóstica correta para o caso, o tratamento indicado na alternativa está errado. O albendazol é um medicamento antiparasitário (usado para verminoses). O tratamento de escolha para casos leves a moderados de PCM é o itraconazol ou, como alternativa, a associação sulfametoxazol/trimetoprima (cotrimoxazol).

b) Correta. O diagnóstico padrão-ouro da paracoccidiodomicose é a visualização do fungo (levedura com múltiplos brotamentos, assemelhando-se a uma "roda de leme") em exames de espécimes clínicos. O escarro é um material de fácil acesso onde se pode realizar a pesquisa direta de fungos e, obrigatoriamente, a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) para descartar a tuberculose, que pode ser um diagnóstico diferencial ou uma coinfeção em cerca de 10% dos pacientes.

c) Incorreta. A imagem em "asa de borboleta" (acometimento para-hilar e simétrico com preservação de ápices e bases) é muito mais característica da PCM do que da tuberculose. A tuberculose pulmonar no adulto tipicamente atinge os ápices e segmentos posteriores dos lobos superiores. Além disso, devido à toxicidade e duração dos tratamentos, deve-se buscar a confirmação diagnóstica antes de iniciar a terapêutica.

d) Incorreta. O acometimento das glândulas suprarrenais na paracoccidiodomicose não é raro; pelo contrário, é uma das manifestações extrapulmonares mais comuns.

Estudos de necropsia mostram envolvimento adrenal em até 50% dos casos. Embora muitos pacientes sejam assintomáticos do ponto de vista endócrino, a insuficiência adrenal clínica pode ocorrer e deve ser sempre investigada.

---

### Questão 9

Esta questão aborda as indicações de erradicação da bactéria *Helicobacter pylori*. Embora a doença ulcerosa péptica, como a apresentada pelo paciente (úlcera duodenal Sakita A1), seja a indicação mais clássica, existem outras condições, inclusive extragástricas, que justificam o tratamento de acordo com os consensos nacionais e internacionais.

Alternativa a) Incorreta: A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) não é uma indicação para o tratamento do *H. pylori*. Inclusive, a relação entre a bactéria e a DRGE é complexa; em alguns pacientes, a presença da bactéria e a consequente gastrite atrófica podem reduzir a produção de ácido, e sua erradicação poderia, teoricamente, exacerbar os sintomas de refluxo. As diretrizes atuais deixam claro que a erradicação não é recomendada rotineiramente para tratar ou prevenir a DRGE.

Alternativa b) Incorreta: A Leucemia Mieloide Crônica (LMC) é uma neoplasia hematológica originada na medula óssea, sem qualquer relação fisiopatológica ou clínica documentada com a infecção pelo *H. pylori*. Portanto, não há justificativa para a erradicação baseada nesta patologia.

Alternativa c) Correta: A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é uma das indicações extragástricas formalmente reconhecidas para a pesquisa e tratamento do *H. pylori*. Evidências científicas demonstram que a erradicação da bactéria pode levar a um aumento significativo na contagem de plaquetas em uma parcela dos pacientes com PTI. O mecanismo proposto envolve o mimetismo molecular, onde anticorpos produzidos contra proteínas da bactéria acabariam reagindo de forma cruzada contra antígenos plaquetários.

Alternativa d) Incorreta: O uso de antagonistas da vitamina K (varfarina) não é, por si só, uma indicação para o tratamento do *H. pylori*. Diferente do que ocorre com usuários crônicos de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) ou aspirina (especialmente naqueles com histórico de úlcera), onde a erradicação reduz o risco de sangramento gástrico, não existe recomendação formal de rotina para erradicação em pacientes apenas por estarem em uso de anticoagulantes orais.

---

## Questão 10

O caso clínico descreve uma paciente com sífilis secundária (lesões maculopapulares em tronco, palmas e plantas, VDRL elevado e histórico de exposição sexual) que, após a administração de penicilina benzatina, apresentou um quadro agudo de febre, cefaleia, mialgia e exacerbação das lesões cutâneas. Esse fenômeno é conhecido como Reação de Jarisch-Herxheimer.

A Reação de Jarisch-Herxheimer ocorre devido à destruição maciça de espiroquetas (*Treponema pallidum*) pelo antibiótico, o que libera uma grande quantidade de lipopolissacarídeos e citocinas pró-inflamatórias na circulação. É uma reação comum (ocorre em cerca de 10 a 25% dos pacientes com sífilis, sendo mais frequente na forma secundária), autolimitada e que não deve ser confundida com alergia à penicilina.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não se trata de uma reação anafilática. A anafilaxia cursa com instabilidade hemodinâmica, angioedema, broncoespasmo ou urticária de início imediato. A paciente está hemodinamicamente estável, e o quadro de febre e mialgia após o tratamento da sífilis é patognomônico de Jarisch-Herxheimer.

b) Correta. A dose de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina é o tratamento preconizado para sífilis primária, secundária e latente recente (menos de um ano de evolução). Como a paciente recebeu a medicação e os sintomas atuais são uma resposta esperada ao tratamento (Herxheimer), ela é considerada tratada. A conduta é apenas sintomática, como o uso de dipirona para febre e dor.

c) Incorreta. O uso de corticoides (como a prednisona) não é rotina na reação de Jarisch-Herxheimer na sífilis secundária. Além disso, o esquema de repetição de dose semanal é indicado para sífilis latente tardia ou de duração ignorada, o que não é o caso descrito (quadro clínico compatível com fase secundária e 45 dias após a relação).

d) Incorreta. A reação de Jarisch-Herxheimer não é uma reação alérgica. Portanto, não há necessidade de suspender a penicilina ou substituir o tratamento por doxiciclina. O tratamento com penicilina é o padrão-ouro e deve ser mantido.

## Questão 11

Análise do caso clínico:

O quadro descreve uma paciente de 68 anos com um nódulo de tireoide antigo (15 anos de evolução lenta) que subitamente, nos últimos 3 meses, apresentou crescimento acelerado, consistência pétrea e sintomas de compressão de vias aéreas (dispneia e dificuldade de identificar a traqueia). Essa apresentação é o sinal de alerta clássico para o carcinoma anaplásico.

Por que a alternativa (c) é a correta?

O carcinoma anaplásico é o tumor de tireoide mais agressivo e ocorre predominantemente em pacientes idosos. É comum que ele se desenvolva a partir de um bócio multinodular pré-existente ou de um carcinoma diferenciado prévio que sofreu dediferenciação. Sua marca registrada é o crescimento em questão de semanas ou poucos meses, com invasão local massiva de estruturas cervicais, o que explica a consistência endurecida e o quadro respiratório obstrutivo por compressão da traqueia.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

Alternativa (a): O carcinoma medular deriva das células C (parafoliculares). Embora possa ser agressivo e apresentar metástases, ele não é o tumor que tipicamente causa esse crescimento explosivo e invasão local súbita em bócios de longa data em pacientes idosos.

Alternativa (b): O carcinoma papilífero é o tipo mais comum de câncer de tireoide e geralmente apresenta crescimento muito lento e excelente prognóstico. Ele não condiz com a evolução rápida de 3 meses e a gravidade dos sintomas compressivos relatados.

Alternativa (d): O bócio endêmico é uma patologia benigna relacionada à deficiência crônica de iodo na dieta. Embora a paciente tenha um bócio prévio de 15 anos, o bócio endêmico isolado não justifica o endurecimento pétreo nem o crescimento acelerado recente, que são sinais claros de uma neoplasia maligna indiferenciada.

---

## Questão 12

Análise do caso clínico: O paciente apresenta um PSA de 6,0 ng/mL, valor que se encontra na chamada zona cinzenta (entre 4 e 10 ng/mL), e uma próstata de volume normal (25 g).

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A densidade do PSA é obtida pela divisão do valor do PSA total pelo volume prostático. No cálculo do caso: 6,0 dividido por 25

resulta em 0,24 ng/mL/cm<sup>3</sup>. Na prática urológica, valores de densidade do PSA acima de 0,15 são fortemente sugestivos de câncer de próstata. Isso indica que a produção de PSA é excessiva para o volume da glândula, diminuindo a probabilidade de que o aumento seja decorrente apenas de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), que costuma ter densidade menor.

Alternativa b: Incorreta. Embora a ressonância magnética multiparamétrica seja uma ferramenta fundamental para localizar lesões suspeitas e guiar biópsias, sua principal característica é o alto valor preditivo negativo. Ou seja, um exame normal (PI-RADS 1 ou 2) oferece uma segurança elevada de que o paciente não possui tumores clinicamente significativos no momento.

Alternativa c: Incorreta. Na relação PSA livre/total, valores elevados (superiores a 20-25%) indicam uma maior probabilidade de doença benigna. O risco de câncer de próstata aumenta quando a relação está reduzida (geralmente valores menores que 15% a 18%).

Alternativa d: Incorreta. A pesquisa de mutações somáticas ou germinativas do gene BRCA não é um exame de rastreamento inicial. Esse tipo de avaliação genética é indicado para pacientes que já possuem diagnóstico de câncer de próstata de alto risco, doença metastática ou quando há um histórico familiar muito forte de neoplasias relacionadas, visando aconselhamento genético ou terapias específicas.

---

### Questão 13

A questão aborda os critérios para a solicitação de exames de coagulação (como Tempo de Protrombina - TP e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada - TTPA) na avaliação pré-operatória. O objetivo atual das diretrizes médicas é evitar a solicitação rotineira de exames em pacientes assintomáticos, focando na história clínica e no risco do procedimento.

Análise das alternativas:

a) Portadores de hepatopatias: Esta é uma indicação clara. O fígado é o principal local de síntese da maioria dos fatores de coagulação (Fatores II, VII, IX, X, entre outros). Pacientes com doenças hepáticas podem apresentar deficiências desses fatores, aumentando significativamente o risco de sangramento intraoperatório. Portanto, o coagulograma é obrigatório nesse grupo.

b) Cirurgias de médio porte: Esta alternativa é considerada uma indicação em diversos protocolos acadêmicos e de concursos. Cirurgias de médio e grande porte possuem um risco inerente de maior perda volêmica e manipulação de tecidos

vascularizados. Nesses casos, conhecer o status da coagulação do paciente é uma medida de segurança para o manejo de possíveis complicações hemorrágicas.

c) História de hematomas espontâneos ou sangramentos de difícil controle: Esta é a indicação mais importante de todas. A anamnese focada em distúrbios de hemostasia (sangramentos gengivais excessivos, hematomas sem trauma, histórico de hemorragia em procedimentos anteriores ou história familiar de coagulopatias) é o preditor mais sensível para risco de sangramento, tornando a investigação laboratorial indispensável.

d) Idade maior que 40 anos: Esta é a exceção e o gabarito da questão. A idade isoladamente, sem comorbidades associadas ou histórico de sangramento, não justifica a solicitação de exames de coagulação. Diferentes sociedades médicas podem sugerir exames como eletrocardiograma (ECG) ou glicemia a partir de certas faixas etárias, mas o coagulograma deve ser guiado pela clínica e pelo tipo de cirurgia, e não pela idade cronológica do paciente.

Conclusão: A idade superior a 40 anos não consta nos protocolos como um gatilho isolado para a realização de coagulograma pré-operatório, fazendo da alternativa (d) a resposta correta.

---

### Questão 14

Para responder a essa questão, é necessário conhecer os critérios clássicos de indicação de laparotomia imediata em pacientes vítimas de ferimentos por arma branca (FAB) no abdome. O manejo atual preconiza que nem todo ferimento requer cirurgia, mas alguns achados tornam a exploração obrigatória.

Alternativa (a) Instabilidade hemodinâmica/hipotensão refratária: Esta é uma indicação absoluta de laparotomia. Se o paciente apresenta sinais de choque e não responde à ressuscitação inicial, assume-se que há uma hemorragia interna grave decorrente do ferimento, necessitando de controle cirúrgico imediato da fonte do sangramento.

Alternativa (b) Hematoma volumoso em flancos: Esta é a alternativa CORRETA, pois representa a exceção. A presença de um hematoma em flancos, de forma isolada e em um paciente estável, não é indicação mandatória de laparotomia imediata. Nesses casos, se o paciente não tiver outros sinais de alerta, a conduta indicada é a realização de uma tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve para avaliar o espaço retroperitoneal e a gravidade de possíveis lesões em órgãos como rins ou grandes vasos, podendo-se optar pelo tratamento conservador em situações específicas.

Alternativa (c) Peritonite: A presença de sinais de irritação peritoneal ao exame físico (como dor à descompressão súbita, defesa abdominal ou rigidez) indica que houve violação da cavidade com vazamento de conteúdo de vísceras ocas ou sangramento que irrita o peritônio. É uma indicação formal e indiscutível de cirurgia.

Alternativa (d) Evisceração: A protrusão de órgãos ou tecidos intra-abdominais (como omento ou alças intestinais) através da ferida confirma que a parede abdominal foi totalmente transfixada. A evisceração está associada a uma alta incidência de lesões viscerais internas, sendo, portanto, uma indicação clássica de laparotomia exploradora na maioria dos protocolos de trauma.

Em resumo, as indicações imediatas de laparotomia no ferimento por arma branca são: instabilidade hemodinâmica, sinais de peritonite e evisceração. O hematoma isolado exige investigação complementar, mas não cirurgia imediata mandatória.

---

## Questão 15

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro típico de cólica biliar: mulher na quarta década de vida com dor em hipocôndrio direito e epigástrico, de caráter agudo e desencadeada por ingestão de alimentos gordurosos (pizza). A ausência de febre sugere, inicialmente, uma cólica biliar simples decorrente de colelitíase (pedras na vesícula), antes de uma eventual evolução para processos inflamatórios como a colecistite.

Exame de escolha:

A alternativa (c) está correta porque a ultrassonografia (USG) de abdome é considerada o exame de imagem inicial preferencial e o padrão-ouro para o diagnóstico de patologias da vesícula biliar. O método apresenta sensibilidade e especificidade elevadas (superiores a 95%) para identificar cálculos biliares, permitindo também avaliar a espessura da parede da vesícula e a presença de líquido pericolecístico. É um exame não invasivo, que não utiliza radiação ionizante, possui baixo custo e fácil disponibilidade na maioria dos centros de emergência.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a): A radiografia de abdome agudo possui baixíssima utilidade neste contexto. Apenas cerca de 10% a 15% dos cálculos biliares são radiopacos (contêm cálcio suficiente para serem visualizados no raio X). Portanto, um raio X normal não exclui a doença biliar. Esse exame é mais indicado para suspeitas de perfuração de víscera oca ou obstrução intestinal.

Alternativa (b): A tomografia computadorizada é um excelente exame para avaliar outras causas de dor abdominal, como pancreatite ou apendicite, mas é inferior à ultrassonografia para a detecção de cálculos biliares. Muitos cálculos são isodensos em relação à bile, tornando-se invisíveis na tomografia. Além disso, submete a paciente à radiação ionizante e possui custo mais elevado.

Alternativa (d): A ressonância magnética (ou colangiressonância) é um exame extremamente sensível para avaliar a árvore biliar e detectar cálculos nos ductos biliares (coledocolitíase). Entretanto, devido ao seu altíssimo custo, demora na execução e menor disponibilidade, nunca é a primeira escolha em um atendimento de pronto-socorro para suspeita de coledocolitíase simples, sendo reservada para casos complexos ou duvidosos após a ultrassonografia.

---

### Questão 16

Esta questão aborda o manejo inicial do traumatismo cranioencefálico (TCE) em uma paciente idosa e com comorbidades importantes. O ponto central para a resolução é identificar os fatores de risco para lesões intracranianas graves, mesmo em traumas de baixa energia (queda da própria altura).

A paciente possui 72 anos e foi submetida a uma angioplastia com stent há apenas um mês. Isso indica, obrigatoriamente, que ela está em uso de dupla antiagregação plaquetária (DAPT), geralmente ácido acetilsalicílico associado a um inibidor de P2Y12 (como clopidogrel ou ticagrelor). O uso de antiagregantes ou anticoagulantes em idosos que sofrem quedas aumenta drasticamente o risco de hemorragias intracranianas, como o hematoma subdural. Além disso, ela apresenta uma pontuação de 14 na Escala de Coma de Glasgow, o que caracteriza um TCE leve, porém com alteração do nível de consciência (o normal seria 15).

Alternativa a) Incorreta. A internação em UTI e a avaliação neurocirúrgica são condutas posteriores ao diagnóstico. Não se indica conduta invasiva ou monitorização intensiva sem antes realizar um exame de imagem que justifique tais medidas ou que avalie a gravidade da lesão.

Alternativa b) Incorreta. O raio X de crânio é um exame obsoleto na avaliação do trauma craniano agudo, pois não permite visualizar o parênquima cerebral ou identificar sangramentos. O padrão-ouro é a tomografia computadorizada.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta imediata. A tomografia computadorizada (TC) de crânio é mandatória nesta paciente por três motivos principais baseados em protocolos internacionais (como o Canadian CT Head Rule): idade superior a 65 anos, Escala de Glasgow menor que 15 e uso de antiagregantes plaquetários. A TC de

coluna cervical também é necessária, pois idosos têm maior risco de fraturas cervicais em quedas da própria altura, muitas vezes com poucos sintomas iniciais.

Alternativa d) Incorreta. Dar alta para esta paciente seria um erro grave. Devido à idade, ao uso de antiagregantes e ao Glasgow de 14, ela apresenta alto risco de deterioração neurológica por sangramento intracraniano tardio ou progressivo. A investigação por imagem deve ser realizada antes de qualquer decisão sobre alta.

---

### Questão 17

Alternativa a: Incorreta. O tumor está localizado no antro gástrico, ou seja, na porção distal do estômago. Para lesões distais, a gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 é a conduta de escolha, pois oferece os mesmos resultados oncológicos que a gastrectomia total, mas com menores taxas de complicações nutricionais e melhor qualidade de vida no pós-operatório. A gastrectomia total é indicada para tumores proximais (corpo e fundo) ou em casos de tumores de padrão difuso que acometam grande parte do órgão.

Alternativa b: Incorreta. O estadiamento padrão-ouro inicial para o câncer gástrico consiste em tomografias computadorizadas de tórax, abdome e pelve. O PET-CT não é considerado um exame mandatório ou de rotina no pré-operatório. Ele pode ser utilizado em situações específicas, como na suspeita de metástases ocultas que não foram confirmadas pelos exames de imagem convencionais, mas não faz parte do protocolo obrigatório de estadiamento inicial.

Alternativa c: Correta. Pacientes com neoplasias malignas que serão submetidos a cirurgias de grande porte possuem um risco elevado para o desenvolvimento de tromboembolismo venoso (TEV). Isso se deve tanto ao estado inflamatório e de hipercoagulabilidade induzido pelo câncer quanto ao tempo de imobilização e à manipulação cirúrgica. Além disso, a paciente apresenta um fator de risco familiar (pai falecido por embolia). A profilaxia farmacológica, preferencialmente com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM), é fundamental e deve ser mantida no período pós-operatório.

Alternativa d: Incorreta. A cirurgia gástrica é considerada potencialmente contaminada, e a flora predominante no estômago e na porção proximal do intestino delgado é composta majoritariamente por germes Gram-positivos e Gram-negativos. Por isso, a antibioticoprofilaxia padrão costuma ser feita com cefalosporinas de primeira ou segunda geração (como a cefazolina). A cobertura específica para anaeróbios é obrigatória em cirurgias que envolvem o cólon ou o reto, onde esses germes são abundantes, o que não é o caso da gastrectomia.

---

## Questão 18

Comentário sobre a Síndrome Compartimental Abdominal (SCA):

A Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) é uma condição crítica definida pela presença de uma pressão intra-abdominal (PIA) sustentada acima de 20 mmHg, associada à disfunção ou falência de órgãos. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: Segundo as diretrizes da Sociedade Mundial de Síndrome do Compartimento Abdominal (WSACS), a SCA é caracterizada por uma PIA superior a 20 mmHg junto com uma nova disfunção orgânica. Uma PIA de 10 mmHg é considerada dentro da normalidade ou no limite superior para pacientes críticos, não sendo suficiente para o diagnóstico da síndrome.

Alternativa (b) Correta: O manejo da hipertensão intra-abdominal e da SCA é escalonado. Antes de proceder para a laparotomia descompressiva, que é uma medida extrema e invasiva, deve-se tentar intervenções médicas para reduzir a pressão. Isso inclui a descompressão do conteúdo luminal (sondas gástricas e retais), a drenagem de coleções ou ascite, a otimização da volemia (podendo envolver diálise para remoção de fluidos) e a melhora da complacência da parede abdominal através de sedação profunda e uso de bloqueadores neuromusculares (relaxantes).

Alternativa (c) Incorreta: O aumento da pressão abdominal empurra o diafragma para cima, o que reduz a complacência pulmonar (o pulmão torna-se mais rígido) e exige pressões ventilatórias cada vez maiores para manter a oxigenação e ventilação. Além disso, a SCA provoca o aumento da pressão intracraniana (PIC), pois a pressão intratorácica elevada dificulta o retorno venoso do sistema nervoso central através das veias jugulares.

Alternativa (d) Incorreta: Na SCA, ocorre uma diminuição da taxa de filtração glomerular por múltiplos fatores: compressão direta dos rins e de suas veias e redução do débito cardíaco. A redução do débito cardíaco acontece justamente porque a pressão elevada comprime a veia cava inferior, gerando uma diminuição do retorno venoso (pré-carga), e não um aumento. Além disso, há um aumento da pós-carga por compressão arterial sistêmica.

### Questão 19

Análise do caso clínico: O paciente apresenta um quadro de isquemia e necrose no ceco. Do ponto de vista anatômico, o ceco é a porção inicial do intestino grosso e faz parte do chamado intestino médio (midgut), cujo suprimento arterial é garantido pela artéria mesentérica superior.

Alternativa a: Incorreta. A artéria responsável pela irrigação do ceco é a artéria ileocólica. Este vaso é um ramo da artéria mesentérica superior, que tem sua origem na face anterior da aorta abdominal, aproximadamente ao nível da primeira vértebra lombar (L1). A artéria íliaca interna é um ramo da bifurcação da íliaca comum e destina-se à irrigação dos órgãos pélvicos, paredes da pelve e região glútea, não participando da vascularização do ceco.

Alternativa b: Correta. O suprimento arterial do intestino grosso é dividido entre duas artérias principais. A artéria mesentérica superior irriga desde o duodeno distal até os dois terços proximais do cólon transversal (incluindo o ceco e o cólon ascendente). A artéria mesentérica inferior irriga o terço distal do cólon transversal, o cólon descendente, o cólon sigmoide e a parte superior do reto. Como a necrose está restrita ao ceco, conclui-se que o comprometimento vascular envolve o território da mesentérica superior, mantendo o território da mesentérica inferior preservado.

Alternativa c: Incorreta. Há dois erros principais nesta sentença. Primeiro, a veia mesentérica inferior drena o cólon esquerdo (descendente e sigmoide) e o reto superior, enquanto o cólon direito é drenado pela veia mesentérica superior. Segundo, a veia porta é formada pela união da veia mesentérica superior com a veia esplênica. A veia mesentérica inferior geralmente desemboca na veia esplênica (formando o tronco esplenomesentérico) antes desta se unir à mesentérica superior.

Alternativa d: Incorreta. A artéria cólica média é, de fato, um ramo da artéria mesentérica superior, porém sua função principal é a irrigação do cólon transversal. O órgão acometido no caso (ceco) recebe seu principal suprimento sanguíneo da artéria ileocólica, especificamente através de seus ramos cecais anterior e posterior.

---

### Questão 20

A conduta diante de um abscesso hepático piogênico, como o sugerido no caso (complicação pós-colecistite aguda com empiema), baseia-se na associação de antibioticoterapia sistêmica e controle do foco infeccioso, que, na maioria das vezes, envolve a drenagem da coleção.

Alternativa a: Incorreta. A hepatectomia é uma ressecção cirúrgica de grande porte e alta morbidade. Ela não possui indicação como primeira linha para abscessos

simples. É reservada para situações de exceção, como abscessos crônicos com destruição do parênquima, múltiplos abscessos restritos a um lobo que não respondem a terapias conservadoras ou quando há suspeita de malignidade associada.

Alternativa b: Incorreta. Embora a drenagem cirúrgica (seja por laparoscopia ou laparotomia) seja eficaz, ela é considerada uma conduta de segunda linha em comparação à técnica percutânea. A abordagem cirúrgica é indicada preferencialmente quando há falha na drenagem percutânea, abscessos multiloculados com septos espessos, rotura do abscesso para a cavidade peritoneal ou necessidade de tratar outra patologia intra-abdominal simultaneamente.

Alternativa c: Correta. A punção ou drenagem percutânea guiada por ultrassonografia (USG) ou tomografia computadorizada (TC), associada à antibioticoterapia, é o padrão-ouro para abscessos hepáticos piogênicos maiores que 3 a 5 cm. O abscesso da paciente possui 5 x 6 cm (volume considerável de 150 mL) e está localizado no segmento VI, que é superficial e de fácil acesso para procedimentos percutâneos. Esta opção oferece alta taxa de sucesso com menor invasividade e menor índice de complicações em relação à cirurgia.

Alternativa d: Incorreta. O uso isolado de antibióticos pode ser considerado apenas para abscessos pequenos, geralmente menores que 3 cm, em pacientes estáveis e com boa resposta clínica inicial. Para uma coleção de 150 mL, a antibioticoterapia isolada apresenta alto risco de falha terapêutica, exigindo o esvaziamento da cavidade para garantir a cura e evitar a rotura do abscesso.

Raciocínio clínico: Em um hospital terciário, o manejo de escolha para abscesso hepático piogênico solitário e acessível acima de 3 cm é a drenagem percutânea por imagem somada ao suporte antibiótico. A cirurgia fica reservada para casos complicados ou falha do método menos invasivo.

---

## Questão 21

Alternativa (a) - INCORRETA (Gabarito): Ao contrário do que afirma a alternativa, o câncer de ovário é conhecido por ser uma doença silenciosa, sendo que cerca de 70% a 75% dos casos são diagnosticados em estágios avançados (estádios III e IV). Não existe, até o momento, um protocolo de rastreamento (screening) populacional eficaz para o câncer de ovário. O marcador CA-125 apresenta baixa especificidade (pode elevar-se em condições benignas, como a endometriose) e baixa sensibilidade em fases iniciais, e os exames de imagem não conseguem diferenciar com precisão absoluta lesões precoces malignas em pacientes assintomáticas.

Alternativa (b) - CORRETA: As mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 são as alterações genéticas mais conhecidas relacionadas ao câncer de ovário e de mama. Homens que carregam essas mutações, especialmente no gene BRCA2, possuem um risco aumentado de desenvolver câncer de próstata e câncer de mama masculino.

Alternativa (c) - CORRETA: O histórico familiar é um dos fatores de risco mais importantes e bem estabelecidos para o câncer de ovário. Mulheres com parentes de primeiro grau afetados por câncer de mama ou de ovário, principalmente se o diagnóstico ocorreu em idade jovem, apresentam um risco significativamente maior do que a população geral devido ao componente hereditário.

Alternativa (d) - CORRETA: Fatores que interrompem ou reduzem o número de ovulações ao longo da vida da mulher exercem um efeito protetor. O uso de anticoncepcionais orais combinados por tempo prolongado, a multiparidade (várias gestações) e a amamentação reduzem o risco. A ligadura de trompas (laqueadura) também é considerada um fator protetor, possivelmente por impedir a migração de células cancerígenas ou de agentes carcinogênicos da extremidade das tubas uterinas para os ovários.

---

## Questão 22

Alternativa (a) - CORRETA: O câncer de mama é a neoplasia maligna mais incidente entre as mulheres em todo o mundo, com exceção do câncer de pele não melanoma. A maior incidência em regiões desenvolvidas está relacionada a fatores como maior expectativa de vida, maior exposição a fatores de risco ambientais e reprodutivos (como nuliparidade e menopausa tardia), além de um rastreamento mais ativo. Em termos de mortalidade mundial, considerando ambos os sexos, ele ocupa a quinta posição, ficando atrás dos cânceres de pulmão, fígado, estômago e colorretal.

Alternativa (b) - INCORRETA: O tamanho do tumor (T) e o comprometimento dos linfonodos (N) são, classicamente, os fatores prognósticos mais importantes na oncologia mamária. Eles são a base do sistema de estadiamento TNM e definem tanto a sobrevida global quanto a escolha da estratégia terapêutica (cirurgia, quimioterapia e radioterapia).

Alternativa (c) - INCORRETA: O diagnóstico precoce ideal é aquele realizado na fase pré-clínica, ou seja, por meio de exames de rastreamento (como a mamografia) antes que o tumor seja palpável. Quando uma paciente palpa um nódulo, a lesão geralmente já possui pelo menos 1 a 2 centímetros, o que pode indicar uma fase mais avançada do que a detectada exclusivamente por imagem.

Alternativa (d) - INCORRETA: Programas de rastreamento não devem ser aplicados a

todas as idades de forma indiscriminada. O rastreamento é populacional e focado em faixas etárias nas quais a incidência da doença e o benefício da detecção precoce superam os riscos de exames desnecessários e resultados falsos-positivos. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento mamográfico para mulheres de 50 a 69 anos, enquanto sociedades especializadas recomendam o início aos 40 anos. Não há indicação de rastreamento de rotina para mulheres jovens fora de grupos de alto risco.

---

### Questão 23

ALTERNATIVA (C) - CORRETA: A candidíase vulvovaginal é causada pelo crescimento excessivo de fungos do gênero \*Candida\*, que habitam a microbiota vaginal em equilíbrio em cerca de 20% das mulheres. O quadro clínico de vaginite aguda ocorre quando há um desequilíbrio nesse ambiente. O uso de antibióticos de amplo espectro é um fator desencadeante clássico, pois elimina os lactobacilos protetores, permitindo a proliferação fúngica. A atividade sexual, mudanças na microbiota após episódios de vaginose bacteriana e dietas ricas em açúcares (que alteram o glicogênio vaginal) são fatores reconhecidos que podem precipitar crises agudas.

ALTERNATIVA (A) - INCORRETA: A candidíase vulvovaginal não é classificada como uma infecção sexualmente transmissível (IST). O tratamento do parceiro sexual não está indicado de rotina, sendo reservado exclusivamente para casos em que o parceiro apresenta sintomas clínicos, como balanopostite (inflamação da glândula e do prepúcio). O tratamento de parceiros assintomáticos não previne a recorrência na mulher.

ALTERNATIVA (B) - INCORRETA: Embora o papel dos lactobacilos seja fundamental na proteção vaginal, o uso de probióticos (via oral ou vaginal) como terapia adjuvante ainda carece de evidências científicas robustas e de alta qualidade. Por esse motivo, as principais diretrizes nacionais (FEBRASGO) e internacionais (CDC) não recomendam seu uso rotineiro no tratamento da candidíase.

ALTERNATIVA (D) - INCORRETA: Esta alternativa apresenta um erro grave de conduta obstétrica. O fluconazol por via oral é contraindicado durante a gestação devido ao risco de teratogenicidade (malformações fetais), especialmente em doses elevadas ou tratamentos prolongados. O tratamento para gestantes, mesmo em casos de recorrência, deve ser realizado obrigatoriamente por via tópica (cremes vaginais), geralmente por um período de 7 a 14 dias.

---

## Questão 24

A escolha entre o DIU de cobre e o DIU de levonorgestrel (SIU-LNG) depende do perfil clínico da paciente e de suas expectativas em relação ao ciclo menstrual. A seguir, a análise de cada alternativa:

Alternativa (a) Correta: O DIU de levonorgestrel libera o progestagênio localmente, promovendo a atrofia do endométrio. Isso resulta em uma redução drástica do volume e da duração do fluxo menstrual, levando muitas mulheres à amenorreia (ausência de menstruação). Por esse motivo, é considerado um tratamento de primeira linha para o sangramento uterino anormal e é altamente eficaz na melhora dos níveis de hemoglobina em pacientes com anemia ferropriva. Já o DIU de cobre, por causar uma reação inflamatória estéril no útero, tende a aumentar o fluxo menstrual e as cólicas nos primeiros meses de uso.

Alternativa (b) Incorreta: Ambos os dispositivos são classificados como métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC). O DIU de cobre tem uma validade que varia de 5 a 10 anos, enquanto o DIU de levonorgestrel é aprovado para 5 a 8 anos (dependendo do modelo). Portanto, o desejo por contracepção de longo prazo pode ser atendido por qualquer um dos dois, não sendo uma vantagem específica do levonorgestrel.

Alternativa (c) Incorreta: O câncer de mama (atual ou recente) é uma contraindicação absoluta (Categoria 4 da OMS) para o uso de qualquer método hormonal, incluindo o DIU de levonorgestrel, pois o hormônio pode estimular o crescimento de células tumorais sensíveis à progesterona. Nesses casos, o DIU de cobre é o método de escolha por ser livre de hormônios.

Alternativa (d) Incorreta: Doenças hepáticas agudas ou graves (como tumores hepáticos ou cirrose descompensada) geralmente restringem o uso de métodos hormonais. O DIU de levonorgestrel é classificado como Categoria 3 ou 4 da OMS nessas condições específicas. O DIU de cobre, por não possuir metabolismo hepático, é a opção mais segura para pacientes com patologias do fígado.

---

## Questão 25

Alternativa (a) - Correta: A menopausa é definida fisiologicamente pelo esgotamento da reserva folicular dos ovários. A mulher nasce com um número determinado de oócitos (cerca de 1 a 2 milhões) que sofre um processo contínuo de atresia e degeneração, independentemente de gestações ou uso de métodos anticoncepcionais. Quando esse pool de folículos se reduz a um nível crítico, cessam as ovulações e a produção hormonal ovariana, caracterizando a menopausa.

Alternativa (b) - Incorreta: O erro da alternativa está em afirmar que há um aumento da inibina B. Na verdade, com a diminuição dos folículos ovarianos, ocorre uma redução nos níveis de inibina B (que é produzida pelas células da granulosa). A queda da inibina B é um dos primeiros sinais laboratoriais do envelhecimento ovariano e é responsável pelo aumento secundário do FSH, já que a inibina exerce feedback negativo sobre a hipófise.

Alternativa (c) - Incorreta: O perfil laboratorial clássico da menopausa é o hipogonadismo hipergonadotrófico. Isso significa que os níveis de estradiol estão baixos (devido à falência ovariana) e os níveis de FSH estão elevados (pela ausência de feedback negativo dos estrogênios e das inibinas sobre a hipófise). Geralmente, valores de FSH acima de 25 a 30 mUI/mL em mulheres com amenorreia há 12 meses confirmam o diagnóstico.

Alternativa (d) - Incorreta: A idade-limite para definir a insuficiência ovariana primária (IOP), anteriormente chamada de falência ovariana prematura, é de 40 anos. A ocorrência da menopausa entre os 40 e 45 anos é classificada como menopausa precoce, e a idade média da menopausa na população geral gira em torno dos 50 aos 51 anos. Portanto, a menopausa aos 48 ou 49 anos, por exemplo, é considerada perfeitamente normal.

---

## Questão 26

A pré-eclâmpsia é uma síndrome multissistêmica que ocorre na segunda metade da gestação, caracterizada por hipertensão arterial e lesão de órgãos-alvo. O entendimento dos seus fatores de risco é fundamental para a identificação precoce e a implementação de medidas preventivas, como o uso de aspirina em baixas doses.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A idade paterna não é considerada um fator de risco clássico ou primário para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Embora existam estudos isolados que tentem correlacionar a idade do pai com desfechos gestacionais, as diretrizes nacionais e internacionais (como as da FEBRASGO e ACOG) não a listam como um fator determinante.

b) Incorreta. Curiosamente, o tabagismo é classicamente descrito na literatura médica como um fator que reduz o risco de pré-eclâmpsia. Acredita-se que substâncias presentes no tabaco possam ter um efeito hipotensor ou influenciar a angiogênese placentária de forma a reduzir a incidência da doença. No entanto, o tabagismo jamais deve ser incentivado, pois ele aumenta drasticamente o risco de outras complicações graves, como o descolamento prematuro da placenta e a

restrição de crescimento fetal.

c) Incorreta. O fator de risco relacionado à idade materna jovem é, na verdade, a nuliparidade (primeira gestação), que é mais comum nessa faixa etária. Contudo, quando falamos especificamente de idade cronológica como fator de risco isolado, a idade avançada (geralmente acima de 35 ou 40 anos) é um preditor muito mais forte e estabelecido para a pré-eclâmpsia do que a idade inferior a 20 anos.

d) Correta. A gestação múltipla (gemelar ou superior) é um dos principais fatores de risco para a pré-eclâmpsia. Isso ocorre principalmente devido ao aumento da massa placentária, o que leva a uma maior liberação de fatores antiangiogênicos na circulação materna, como a sFlt-1. Esses fatores causam disfunção endotelial sistêmica, que é o mecanismo fisiopatológico central da doença.

Em resumo, a gestação múltipla eleva significativamente a probabilidade de a paciente desenvolver quadros hipertensivos na gravidez, exigindo monitoramento rigoroso.

---

### Questão 27

A cesariana a pedido da paciente é uma realidade na prática obstétrica contemporânea, regulamentada no Brasil por resoluções do Conselho Federal de Medicina. Embora o parto vaginal seja, via de regra, preferível por ser um processo fisiológico, a cesariana eletiva apresenta algumas vantagens específicas quando comparada ao manejo expectante do parto normal.

Alternativa A (Correta): Ao agendar uma cesariana eletiva (geralmente a partir de 39 semanas), elimina-se o risco de a gestação evoluir para o pós-termo (além de 42 semanas) ou mesmo para o termo tardio. Isso reduz a morbimortalidade perinatal associada a complicações como a insuficiência placentária, a síndrome de aspiração meconial e a macrossomia fetal, que são mais frequentes em gestações que se prolongam excessivamente.

Alternativa B (Incorreta): A recuperação pós-parto é significativamente melhor e mais rápida no parto vaginal. A cesariana é uma cirurgia de grande porte que envolve planos anatômicos abdominais, resultando em maior dor pós-operatória, maior tempo de internação e retorno mais lento às atividades habituais da mulher.

Alternativa C (Incorreta): O acretismo placentário é uma das principais complicações tardias da cesariana. A cicatriz uterina deixada pela cirurgia é o principal fator de risco para que a placenta se implante de forma anormal (acreta, increta ou percreta) em gestações futuras, aumentando o risco de hemorragias graves e histerectomia

puerperal.

Alternativa D (Incorreta): O parto vaginal favorece o início precoce do aleitamento materno. O trabalho de parto libera ocitocina e prolactina de forma fisiológica, facilitando a descida do leite. Na cesariana, o estresse cirúrgico, a dor e o efeito de anestésicos podem retardar o primeiro contato pele a pele e a primeira mamada na "hora de ouro".

## Questão 28

### DIAGNÓSTICO E ANÁLISE CLÍNICA:

O caso clínico apresenta uma puérpera com febre alta (39 graus Celsius), dor intensa, sinais inflamatórios locais (hiperemia e edema) e ingurgitamento mamário. A informação crucial para a definição da conduta é a AUSÊNCIA DE PONTO DE FLUTUAÇÃO, o que caracteriza o quadro como mastite puerperal e não como abscesso mamário já formado. A mastite é um processo infeccioso do parênquima mamário, geralmente causado pelo *Staphylococcus aureus*, que ocorre com frequência entre a segunda e a terceira semana após o parto.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): O tratamento da mastite puerperal baseia-se no tripé: esvaziamento mamário, antibioticoterapia e medidas de suporte. A manutenção da amamentação é fundamental, pois a sucção do bebê é o método mais eficaz de esvaziar a mama, tratando a estase láctea que favorece a proliferação bacteriana. O antibiótico deve ser iniciado devido à febre e aos sintomas sistêmicos, sendo a cefalexina ou a dicloxacilina as escolhas iniciais mais comuns (amplo espectro para Gram-positivos). O uso de sutiã de sustentação ajuda a reduzir a dor por diminuir a tração nos ligamentos mamários.

Alternativa B (INCORRETA): A suspensão da amamentação é contraindicada. Parar de amamentar causa maior estase de leite, o que agrava a infecção e aumenta drasticamente a chance de a mastite evoluir para um abscesso. Além disso, não usar sutiã de sustentação aumenta o desconforto da paciente devido ao peso da mama inflamada.

Alternativa C (INCORRETA): A gentamicina é um aminoglicosídeo com excelente ação contra bactérias Gram-negativas. No entanto, o principal agente etiológico da mastite é o *Staphylococcus aureus*, que é uma bactéria Gram-positiva. Portanto, a gentamicina não é o antibiótico de primeira escolha para esse tratamento.

Alternativa D (INCORRETA): A punção às cegas não deve ser realizada; se houver dúvida sobre a existência de um abscesso (quando não há flutuação clara), o exame de escolha é a ultrassonografia de mamas. O leite da mama com mastite é seguro para o bebê e não deve ser desprezado. A cabergolina é um medicamento utilizado para a inibição farmacológica da lactação, o que não é o objetivo no tratamento da mastite puerperal, onde se deseja manter o aleitamento materno.

## Questão 29

Análise da Questão:

A questão descreve um quadro clássico de abdome agudo hemorrágico em uma paciente em idade fértil. Os pontos-chave para o diagnóstico são: dor abdominal súbita, sangramento vaginal, sinal de irritação diafragmática (dor irradiada para o ombro, conhecida como Sinal de Laffon) e achados ultrassonográficos de massa anexial com líquido livre (hemoperitônio).

Alternativa (a) Incorreta: A ruptura de um cisto ovariano pode causar dor súbita e líquido na pelve, mas a presença de dor irradiada para o ombro sugere um volume de sangue significativo no abdome (hemoperitônio), o que é muito mais característico de uma gravidez ectópica rota. Além disso, diante de sinais de hemoperitônio volumoso, o tratamento puramente conservador com analgésicos seria de alto risco sem a exclusão de gravidez.

Alternativa (b) Incorreta: A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) geralmente apresenta um quadro clínico mais arrastado, acompanhado de febre, secreção vaginal purulenta e dor à mobilização do colo uterino. A paciente em questão não apresenta febre e o início da dor foi súbito, o que direciona o raciocínio para causas hemorrágicas ou mecânicas, não infecciosas.

Alternativa (c) Correta: Esta é a principal suspeita clínica. A história de ligadura tubária, ao contrário do que muitos pensam, é um fator de risco para gravidez ectópica caso o método falhe. O quadro de dor súbita, sangramento e Sinal de Laffon (dor no ombro por irritação do nervo frênico pelo sangue) é patognomônico de ruptura de gravidez ectópica com hemoperitônio. A presença de massa anexial de 8 cm e líquido no fundo de saco de Douglas reforça a urgência. A conduta deve ser a intervenção cirúrgica imediata (laparoscopia se estável, ou laparotomia se instável) para conter a hemorragia.

Alternativa (d) Incorreta: O endometrioma é uma manifestação da endometriose que causa dor pélvica crônica e persistente, geralmente relacionada ao ciclo menstrual. Embora um endometrioma possa romper, ele não explicaria o quadro agudo de

abdome hemorrágico com irradiação para o ombro de forma tão típica quanto a gravidez ectópica. Além disso, o tratamento com progestágenos é uma terapia hormonal de longo prazo, totalmente inadequada para um quadro de abdome agudo.

### Questão 30

A mola hidatiforme é uma forma de doença trofoblástica gestacional que se caracteriza pela proliferação anormal das vilosidades coriônicas. O quadro clínico é amplamente influenciado pelos níveis extremamente elevados de gonadotrofina coriônica humana (hCG). Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta para o enunciado (é uma característica real). O crescimento acelerado do tecido trofoblástico, somado ao acúmulo de sangue retido no útero, faz com que o volume uterino seja superior ao esperado para o tempo de amenorria (idade gestacional) em cerca de 50% das pacientes.

Alternativa b) Incorreta para o enunciado (é uma característica real). O desconforto pélvico é frequente e decorre tanto da distensão uterina rápida quanto da presença de cistos ovarianos volumosos, que podem causar sensação de peso ou dor abdominal baixa.

Alternativa c) Correta (o exceto). Na mola hidatiforme, a paciente pode desenvolver HIPERTIREOIDISMO, e não hipotireoidismo. Isso ocorre devido à semelhança molecular entre o hCG e o TSH (hormônio estimulante da tireoide), que compartilham a mesma subunidade alfa. Níveis massivos de hCG estimulam os receptores de TSH na glândula tireoide, aumentando a produção de hormônios tireoidianos (T3 e T4). Clinicamente, isso pode se manifestar como taquicardia, tremores e pele quente.

Alternativa d) Incorreta para o enunciado (é uma característica real). Os cistos tecaluteínicos são coleções líquidas ovarianas, geralmente bilaterais, resultantes da hiperestimulação folicular causada pelo excesso de hCG. Estão presentes em aproximadamente 25% a 30% dos casos de mola completa e costumam regredir espontaneamente após a evacuação uterina.

### Questão 31

O quadro clínico descrito — início súbito de sintomas cutâneos (urticária e angioedema) associados a comprometimento respiratório (sibilos e hipóxia com saturação de 89%) e cardiovascular (hipotensão arterial, com pressão de 80/50 mmHg) — caracteriza um diagnóstico de anafilaxia. A anafilaxia é uma emergência médica multissistêmica grave que exige reconhecimento e tratamento imediatos.

A base do tratamento da anafilaxia é a administração de adrenalina (epinefrina). Ela atua nos receptores alfa-1 (reduzindo o edema de vias aéreas e aumentando a pressão arterial), beta-1 (aumentando a contratilidade cardíaca) e beta-2 (causando broncodilatação e inibindo a liberação de mediadores inflamatórios).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a epinefrina seja o fármaco correto, a via subcutânea não é recomendada na anafilaxia. A absorção por essa via é mais lenta e menos confiável do que pela via intramuscular, especialmente em estados de choque ou má perfusão periférica.

b) Correta. A epinefrina intramuscular (IM), aplicada preferencialmente na face anterolateral da coxa (músculo vasto lateral), é o tratamento de primeira escolha e deve ser administrada o mais rápido possível. A suplementação de oxigênio é fundamental neste caso, já que a criança apresenta sinais de insuficiência respiratória e saturação de oxigênio abaixo de 92%.

c) Incorreta. Anti-histamínicos (como a difenidramina) e corticosteroides (como a metilprednisolona) são medicações de segunda linha. Eles ajudam a controlar sintomas cutâneos e podem prevenir reações bifásicas, mas não tratam a obstrução respiratória nem o colapso circulatório. Eles jamais devem atrasar a administração da epinefrina.

d) Incorreta. A prometazina é um anti-histamínico e o salbutamol é um broncodilatador. Embora o salbutamol possa ser usado de forma adjuvante para tratar os sibilos, ele não substitui a epinefrina, que é a única medicação capaz de tratar todos os sistemas afetados simultaneamente na anafilaxia. Além disso, a prometazina não é o tratamento inicial para quadros graves.

---

### Questão 32

O caso apresenta um paciente de 7 anos com asma não controlada, apesar do uso de corticoide inalatório (beclometasona 400 mcg/dia) e de orientações ambientais. De acordo com as diretrizes nacionais (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais (GINA), antes de qualquer escalonamento terapêutico em um paciente com asma sem controle, é obrigatório seguir um protocolo de verificação de fatores que podem estar simulando uma asma refratária.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O encaminhamento ao especialista pode ser necessário no

futuro se a doença permanecer sem controle mesmo após a otimização do tratamento básico, mas o médico da atenção primária deve primeiro realizar a revisão dos passos fundamentais do manejo da asma.

Alternativa b) Incorreta. Aumentar a dose do corticoide inalatório seria o próximo passo farmacológico (passar para a etapa 3 do tratamento), mas fazer isso sem antes checar se a medicação está sendo realmente usada e de forma correta expõe a criança a riscos de efeitos colaterais desnecessários e não resolve o problema se a técnica estiver errada.

Alternativa c) Incorreta. Assim como o aumento da dose do corticoide, a associação de um broncodilatador de longa ação (LABA) faz parte do escalonamento terapêutico. No entanto, o escalonamento só deve ser realizado após garantir que o tratamento atual está sendo executado adequadamente.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro em Pediatria e Clínica Médica. A falha no controle da asma ocorre, na grande maioria das vezes, por má adesão ao tratamento contínuo ou por técnica inalatória incorreta (uso do inalador sem espaçador, coordenação motora inadequada, etc.). Somente após confirmar que o paciente usa a medicação todos os dias e com a técnica perfeita é que se considera o ajuste de dose ou troca de medicação.

---

### Questão 33

Alternativa a) Incorreta. Segundo as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos, a introdução de alimentos potencialmente alergênicos, como peixe, ovo e glúten, deve ocorrer a partir dos 6 meses de idade, juntamente com os demais alimentos complementares. Estudos demonstram que o atraso na introdução desses alimentos não previne alergias e pode, inclusive, aumentar o risco de sensibilização por não aproveitar a janela de tolerância imunológica.

Alternativa b) Incorreta. O consumo de sucos, mesmo os naturais e sem adição de açúcar, não é recomendado para crianças menores de 1 ano. O suco possui uma quantidade de fibras significativamente menor do que a fruta inteira e uma densidade calórica/glicêmica elevada. Além disso, o consumo de sucos pode levar à saciedade precoce, prejudicando a ingestão de leite materno ou da refeição principal.

Alternativa c) Incorreta. A proteína animal (carnes bovina, suína, aves, peixes ou ovos) deve ser introduzida logo no início da alimentação complementar, aos 6 meses. Ela é essencial para fornecer micronutrientes críticos, especialmente ferro e zinco, cujas reservas orgânicas da criança tendem a diminuir nesse período. O risco de

engasgo é controlado pela consistência adequada dos alimentos (amassados com garfo e nunca peneirados ou batidos), e não pela exclusão de grupos alimentares.

Alternativa d) Correta. O ferro presente em fontes vegetais (ferro não heme) possui uma absorção mais complexa e menor biodisponibilidade do que o ferro de origem animal. A presença de facilitadores na mesma refeição é fundamental: a vitamina C (ácido ascórbico) reduz o ferro férrico a ferro ferroso, que é mais solúvel; a frutose e os carotenoides também atuam favorecendo a solubilidade e a absorção do mineral no lúmen intestinal. Por isso, orienta-se oferecer uma fruta cítrica ou alimentos ricos nesses componentes junto às refeições principais.

---

### Questão 34

A maioria dos meninos nasce com o prepúcio aderido à glândula, condição conhecida como fimose fisiológica. A classificação de Kayaba e colaboradores descreve os níveis de retratibilidade do prepúcio, na qual o tipo II (exposição apenas do meato uretral) é uma apresentação comum e perfeitamente normal para um lactente de 13 meses.

Alternativa (a): Correta. A conduta inicial para a fimose fisiológica em crianças nessa faixa etária é a observação (expectante). Com o crescimento do pênis, a ocorrência de ereções espontâneas e o acúmulo de esmegma (que atua na clivagem natural das aderências), a tendência é a resolução espontânea. Aproximadamente 90% dos meninos apresentam o prepúcio totalmente retrátil até os 3 anos de idade.

Alternativa (b): Incorreta. O uso de pomadas de corticoides tópicos é uma opção de tratamento clínico eficaz, porém é reservado para casos de fimose patológica ou quando a fimose fisiológica persiste além da idade em que a resolução espontânea era esperada (geralmente após os 4 ou 5 anos), ou ainda se houver complicações associadas. Aos 13 meses, sem queixas, não há indicação para intervenção medicamentosa.

Alternativa (c): Incorreta. A postectomia (cirurgia) é uma intervenção invasiva indicada para casos específicos, como balanopostites de repetição, infecções urinárias recorrentes, presença de anel fibrótico cicatricial (fimose patológica) ou falha do tratamento clínico após a idade apropriada. Não se aplica a um lactente saudável com desenvolvimento normal.

Alternativa (d): Incorreta. Esta é uma prática antiga que deve ser desencorajada. A realização de exercícios de tração forçada ou massagens ("exercícios para abertura") pode causar microfissuras na mucosa prepucial. A cicatrização dessas lesões pode gerar um anel fibroso, transformando uma condição fisiológica em uma fimose patológica (secundária), que exigirá tratamento cirúrgico no futuro. A orientação

correta é realizar a higiene apenas até o limite da retração natural, sem forçar.

### Questão 35

Para resolver essa questão, precisamos analisar o calendário vacinal do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e as regras de atraso vacinal (resgate) para uma criança de 8 meses.

O paciente recebeu apenas as vacinas de recém-nascido (BCG e Hepatite B). Estão atrasadas as vacinas de 2, 3, 4, 5 e 6 meses. No entanto, existem restrições de idade para algumas vacinas.

A vacina contra o Rotavírus (VORH) possui um limite de idade rigoroso para a sua administração. A primeira dose deve ser aplicada obrigatoriamente até os 3 meses e 15 dias de vida. A segunda dose deve ser aplicada até os 7 meses e 29 dias. Como o lactente já tem 8 meses de idade, ele perdeu o prazo para iniciar ou completar o esquema do Rotavírus, não devendo recebê-la.

A vacina da Febre Amarela, no calendário nacional, é indicada aos 9 meses de idade (primeira dose). Como o bebê tem 8 meses, ele ainda não atingiu a idade mínima para esta vacina no esquema de rotina.

As demais vacinas atrasadas devem ser aplicadas imediatamente para iniciar o esquema de resgate. São elas: Pentavalente (Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B e Hib), VIP (Poliomielite Inativada), Pneumocócica 10-valente e Meningocócica C. Estas vacinas não possuem o impedimento de idade que o Rotavírus possui para o início do esquema nessa faixa etária.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Inclui a vacina do Rotavírus, que não pode mais ser administrada aos 8 meses de idade por ter ultrapassado o prazo limite de 7 meses e 29 dias.

Alternativa b: Incorreta. Inclui a vacina da Febre Amarela, que deve ser administrada apenas aos 9 meses de idade, e o bebê ainda tem 8 meses.

Alternativa c: Incorreta. Comete dois erros ao incluir a vacina do Rotavírus (prazo expirado) e a da Febre Amarela (idade ainda não atingida), além de omitir a Pneumocócica 10-valente.

Alternativa d: Correta. Lista exatamente as vacinas que estão em atraso e que

podem ser administradas com segurança aos 8 meses de idade (Pneumocócica 10-valente, Meningocócica C, Pentavalente e VIP), respeitando a contraindicação por idade do Rotavírus e o calendário da Febre Amarela.

### Questão 36

Para o diagnóstico de diabetes melito (DM), as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA) estabelecem critérios laboratoriais claros. No caso clínico, a paciente apresenta a tríade clássica (poliúria, polidipsia e perda de peso), o que aumenta a suspeição clínica. Os critérios diagnósticos são: 1) glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL; 2) glicemia de 2 horas após sobrecarga oral de 75 g de glicose (TOTG) maior ou igual a 200 mg/dL; 3) hemoglobina glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5%; ou 4) glicemia ao acaso maior ou igual a 200 mg/dL em pacientes com sintomas inequívocos de hiperglicemia.

Alternativa (a) correta: A glicemia de jejum de 130 mg/dL ultrapassa o limite de 126 mg/dL estabelecido para o diagnóstico. Em pacientes sintomáticos, esse achado é suficiente para confirmar a patologia.

Alternativa (b) incorreta: A glicemia ao acaso (aleatória) só é considerada diagnóstica de diabetes melito se o valor for igual ou superior a 200 mg/dL na presença de sintomas. O valor de 150 mg/dL, embora alterado, não atende a esse critério.

Alternativa (c) incorreta: No teste de sobrecarga oral de glicose (TOTG), o valor de 170 mg/dL após duas horas caracteriza a tolerância à glicose diminuída (pré-diabetes), que compreende a faixa entre 140 e 199 mg/dL. Para o diagnóstico de DM, o valor deve ser maior ou igual a 200 mg/dL.

Alternativa (d) incorreta: O valor de 6,0% para a hemoglobina glicada (HbA1c) situa a paciente na faixa de risco para diabetes (pré-diabetes), que vai de 5,7% a 6,4%. O diagnóstico definitivo de diabetes melito por este método exige um valor de, no mínimo, 6,5%.

### Questão 37

O quadro clínico descreve uma criança com pneumonia associada a um derrame pleural volumoso (derrame parapneumônico). Nesses casos, a principal decisão clínica é determinar se o derrame é simples, que regride apenas com o uso de antibióticos, ou se é um derrame complicado/empiema, que exige drenagem cirúrgica de tórax.

A alternativa (a) está correta porque reúne os três principais critérios bioquímicos e

macroscópicos que indicam a necessidade de drenagem pleural:

1. Aspecto purulento: A presença de pus franco no espaço pleural define o empiema e é uma indicação absoluta de drenagem.
2. Glicose pleural baixa (30 mg/dL): Valores abaixo de 40-60 mg/dL indicam intenso consumo de glicose pelo metabolismo bacteriano e pelos polimorfonucleares (leucócitos), caracterizando um derrame complicado.
3. pH pleural ácido (7,1): Um pH menor que 7,2 é um dos preditores mais precisos de que o derrame não se resolverá apenas com medicamentos, necessitando de drenagem.

Análise das demais alternativas:

Alternativa (b): Incorreta. O aspecto leitoso é característico do quilotórax (acúmulo de linfa por lesão do ducto torácico) e não de pneumonia. Além disso, o pH de 7,4 e a glicose de 60 mg/dL são considerados valores normais ou limítrofes, não indicando urgência em drenar por processo infeccioso.

Alternativa (c): Incorreta. O líquido amarelo-citrino é o aspecto habitual de um derrame parapneumônico simples ou de transudatos. O pH de 7,3 está acima do ponto de corte para drenagem (7,2), sugerindo que o tratamento conservador com antibióticos pode ser suficiente.

Alternativa (d): Incorreta. O aspecto hemorrágico sugere trauma, neoplasia ou infarto pulmonar, sendo menos comum na pneumonia bacteriana típica da infância. O pH de 7,2 e a glicose de 55 mg/dL não preenchem com clareza os critérios de gravidade que obrigam a drenagem imediata quando comparados à alternativa (a).

---

### Questão 38

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Abaixo, analisamos cada alternativa conforme as diretrizes atuais:

Alternativa (a) Incorreta. De acordo com o DSM-5, para o diagnóstico de TDAH, vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade devem estar presentes antes dos 12 anos de idade, e não antes dos 18 anos. Essa mudança de idade (de 7 anos no DSM-IV para 12 anos no DSM-5) ocorreu para reconhecer que muitos casos são identificados tardiamente, mas o início dos sintomas deve ocorrer ainda na infância.

Alternativa (b) Correta. Este é um critério fundamental (Critério C). Os sintomas não podem estar restritos a apenas um contexto. É necessário que o comportamento se manifeste em dois ou mais ambientes, como, por exemplo, em casa e na escola, ou no trabalho e em atividades sociais. Isso ajuda a confirmar que o padrão de comportamento é persistente e intrínseco ao indivíduo, e não apenas uma reação a um ambiente específico ou a um estressor pontual.

Alternativa (c) Incorreta. Um dos critérios obrigatórios para o diagnóstico (Critério D) é que deve haver evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional, ou que reduzem a qualidade desse funcionamento. Se os sintomas forem discretos a ponto de não causarem prejuízo funcional significativo, o diagnóstico de TDAH não deve ser estabelecido.

Alternativa (d) Incorreta. O Critério E do DSM-5 estabelece explicitamente que os sintomas não devem ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou de outro transtorno psicótico, e não devem ser mais bem explicados por outro transtorno mental (como transtorno de humor ou de ansiedade). Se a desatenção ocorre apenas durante um surto psicótico, ela é considerada um sintoma secundário da psicose, e não TDAH primário.

---

### Questão 39

O teste de triagem neonatal para cardiopatia congênita crítica, conhecido como teste do coraçãozinho, deve ser realizado em todos os recém-nascidos (RN) com idade gestacional acima de 34 semanas, entre 24 e 48 horas de vida. O objetivo é identificar precocemente defeitos cardíacos que dependem do canal arterial, evitando que o bebê receba alta e sofra uma descompensação grave (como choque ou hipóxia acentuada) em domicílio após o fechamento fisiológico desse canal.

Para interpretar o teste, utilizamos os seguintes critérios:

1. Teste Negativo (Normal): Saturação maior ou igual a 95% em ambas as extremidades (membro superior direito e um membro inferior) e uma diferença menor ou igual a 3% entre as duas medidas.
2. Teste Positivo: Saturação inferior a 89% em qualquer um dos membros.
3. Teste Duvidoso: Saturação entre 90% e 94% em qualquer membro ou uma diferença entre os membros maior ou igual a 4%.

No caso descrito, o RN apresentou 94% no membro superior e 89% no inferior (diferença de 5%). Isso caracteriza um resultado alterado. Seguindo o protocolo, quando o resultado é duvidoso, o teste deve ser repetido em 1 hora. Se persistir alterado, repete-se o procedimento após mais 1 hora. Como o enunciado afirma que o teste foi repetido duas vezes com intervalos de 1 hora e o resultado se manteve, o

teste é considerado POSITIVO.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Não se pode dar alta a um RN com teste do coraçãozinho positivo. O encaminhamento para reavaliação em 7 dias é perigoso, pois o canal arterial pode se fechar nesse período, levando a óbito ou complicações graves se houver uma cardiopatia crítica.

Alternativa b: Incorreta. Acompanhamento em puericultura e repetição em 30 dias é uma conduta negligente diante de um rastreio positivo para cardiopatias graves, que exigem diagnóstico e intervenção imediatos.

Alternativa c: Incorreta. Embora orientar sinais de alerta seja importante, isso não substitui a necessidade de investigação imediata. O teste positivo obriga à realização de exames complementares antes da alta.

Alternativa d: Correta. Esta é a conduta padrão. Todo RN com teste do coraçãozinho positivo deve ser mantido na unidade hospitalar para avaliação clínica cuidadosa e realização compulsória de ecocardiograma, preferencialmente dentro de 24 horas, para confirmar ou descartar uma cardiopatia congênita crítica.

---

## Questão 40

Análise do Quadro Clínico:

O caso descreve um lactente de 12 meses com sintomas iniciais de uma infecção das vias aéreas superiores que evoluiu para uma Otite Média Aguda (OMA), evidenciada pela otoscopia (membrana timpânica abaulada e hiperemiada). No entanto, o paciente apresenta sinais de gravidade e complicações: estado toxêmico, prostração, recusa alimentar e, crucialmente, sinais inflamatórios na região retroauricular (dor e hiperemia) com o desaparecimento do sulco retroauricular. Esse último achado é patognomônico da mastoidite aguda, que causa a anteriorização do pavilhão auricular devido ao processo inflamatório/infeccioso nas células da mastoide.

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora o paciente tenha OMA, o quadro já evoluiu para uma complicação supurativa (mastoidite). O tratamento ambulatorial com amoxicilina na dose de 50 mg/kg/dia é insuficiente para um paciente toxêmico com sinais de mastoidite, que exige terapia parenteral e vigilância hospitalar.

Alternativa B: Incorreta. Não há elementos na descrição que sugiram dermatite seborreica (que se manifestaria com crostas lácteas ou descamação gordurosa, geralmente sem sinais sistêmicos graves). Além disso, a cefalexina não é a droga de escolha para complicações de OMA, e o quadro exige internação, não apenas retorno em 48 horas.

Alternativa C: Correta. O diagnóstico de mastoidite aguda é clínico, baseado na dor, hiperemia retroauricular e apagamento do sulco (sinal do pavilhão auricular saltado). Devido ao risco de complicações intracranianas e à necessidade de antibioticoterapia venosa de amplo espectro, a conduta correta é a internação hospitalar e o início de antibiótico parenteral (como a ceftriaxona). A Tomografia Computadorizada (TC) de ossos temporais é fundamental para avaliar a extensão da destruição óssea e descartar abscessos subperiosteos ou intracranianos.

Alternativa D: Incorreta. O uso de amoxicilina com clavulanato em regime ambulatorial é indicado para casos de falha terapêutica na OMA simples ou em pacientes com critérios de maior gravidade local, mas não é adequado para tratar a mastoidite aguda, que é uma emergência pediátrica necessitando de suporte hospitalar.

---

### Questão 41

A questão aborda a estrutura do registro clínico orientado por problemas por meio do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), amplamente utilizado na Atenção Primária à Saúde. O objetivo é identificar qual alternativa apresenta um registro tecnicamente incorreto em relação à seção indicada.

Explicação detalhada das alternativas:

a) Incorreta (Gabarito): Esta alternativa está incorreta porque registra dados mensuráveis no campo "S" (Subjetivo). A pressão arterial aferida e os resultados de exames laboratoriais, como a hemoglobina glicada, são dados colhidos pelo examinador ou fornecidos por exames complementares, devendo obrigatoriamente constar no campo "O" (Objetivo). O campo Subjetivo deve conter apenas o relato do paciente, seus sentimentos, queixas e história clínica.

b) Correta: O campo "O" (Objetivo) é destinado ao exame físico e aos resultados de exames complementares que o paciente apresenta durante a consulta. Portanto, o registro de um Doppler de membros inferiores com resultado normal está adequadamente alocado.

c) Correta: O campo "A" (Avaliação) é o momento em que o médico sintetiza o

raciocínio clínico. Nele, registram-se os diagnósticos (confirmados ou em investigação) e o status das condições crônicas (como diabetes não controlada). Também é o local para descrever a compreensão do médico sobre o estado emocional ou medos do paciente após a análise do quadro.

d) Correta: O campo "P" (Plano) deve conter todas as condutas decididas durante a consulta. Isso inclui ajustes de medicação (gliclazida), orientações de estilo de vida (perda de peso) e o planejamento para consultas futuras (avaliação de tadalafila), estando, portanto, com a estrutura correta.

---

## Questão 42

Para responder corretamente a essa questão, é fundamental dominar o primeiro componente do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP): explorando a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a enfermidade. Para sistematizar a experiência do adoecimento, utilizamos o mnemônico SIFE (em português):

Sentimentos: os medos, as angústias e as preocupações do paciente.

Ideias: o que o paciente pensa sobre o que está acontecendo (suas teorias sobre a causa ou a gravidade).

Função: como a doença impacta o dia a dia e as atividades rotineiras.

Expectativas: o que o paciente espera da consulta, do médico ou do tratamento.

Analisando o relato do caso:

1. Sentimentos: estão presentes quando o texto menciona que a paciente está "com medo de ficar acamada ou morrer".
2. Função: está presente quando o texto informa que a paciente "executa suas atividades rotineiras sem limitações".
3. Ideias: não são mencionadas. Não sabemos o que a paciente pensa sobre a esclerose múltipla ou qual a explicação dela para os sintomas.
4. Expectativas: não são mencionadas. Não sabemos o que ela espera do acompanhamento médico ou qual o seu desejo em relação ao plano terapêutico.

Portanto, as dimensões não exploradas são Ideias e Expectativas.

Análise das alternativas:

a) Sentimentos e função.

Incorreta. Ambas as dimensões foram explicitamente descritas no texto (o medo e a manutenção das atividades rotineiras).

b) Ideia e função.

Incorreta. Embora a "Ideia" não tenha sido explorada, a "Função" foi abordada ao relatar que ela realiza suas atividades sem limitações.

c) Ideia e expectativas.

Correta. O relato omite o que a paciente pensa sobre sua condição (Ideia) e o que ela deseja ou espera da assistência médica (Expectativas). Note que o desejo de ver o filho formado é uma motivação de vida ligada ao seu medo (sentimento), mas não define o que ela espera da conduta médica ou do futuro do tratamento em si.

d) Sentimentos e expectativas.

Incorreta. O "sentimento" foi abordado por meio do relato do medo da paciente. Apenas a "expectativa" ficou ausente.

---

### Questão 43

Para resolver essa questão, é fundamental dominar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) sistematizados por Barbara Starfield. A questão descreve um cenário em que a paciente possui um vínculo estabelecido e recebe uma gama variada de serviços, mas enfrenta um problema de comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Longitudinalidade do cuidado refere-se ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela mesma equipe ou profissional, criando um vínculo de confiança que independe da presença de doença. O enunciado afirma que a paciente é cadastrada há 5 anos e é sempre atendida pela mesma médica e enfermeira, o que demonstra que este atributo está bem estabelecido e fortalecido, não sendo o ponto frágil.

b) Incorreta. A Acessibilidade (ou Acesso de Primeiro Contato) diz respeito à facilidade de o paciente utilizar o serviço de saúde sempre que surgir uma nova necessidade ou problema. A paciente conseguiu buscar a Unidade de Saúde da Família (USF) para sua queixa de fadiga e foi prontamente atendida, o que indica que o acesso está funcionando adequadamente.

c) Incorreta. A Abrangência (ou Integralidade) é a capacidade da APS de oferecer uma ampla gama de serviços que atendam à maioria das necessidades de saúde da população (prevenção, cura, reabilitação). No caso, a médica abordou a queixa principal (fadiga), realizou exame preventivo, agendou a inserção de DIU e fez o encaminhamento necessário. Isso demonstra que a unidade oferece um cuidado integral e abrangente.

d) Correta. A Coordenação do cuidado é o atributo que permite a integração da assistência. Ele garante que as informações sobre o paciente acompanhem sua trajetória pelos diversos pontos da rede de saúde (referência e contrarreferência). O ponto crítico do caso é a falta de interoperabilidade entre o prontuário da USF e o da média complexidade, somada ao fato de a paciente ter esquecido as receitas. Quando a médica da APS não consegue acessar o que foi feito pelo especialista focal para dar continuidade ao plano terapêutico, ocorre uma falha na coordenação, tornando este o atributo mais frágil no cenário descrito.

#### **Questão 44**

O conceito de prevenção quaternária refere-se ao conjunto de ações que visam identificar pacientes em risco de excesso de intervenção médica (medicalização excessiva), protegendo-os de novas invasões diagnósticas ou terapêuticas desnecessárias e sugerindo alternativas eticamente aceitáveis. O foco principal é evitar a iatrogenia e o dano causado pelo próprio sistema de saúde.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A aplicação da saúde baseada em evidências é fundamental para a prevenção quaternária. Para que o médico possa evitar intervenções desnecessárias, ele deve basear suas decisões em dados científicos sólidos que demonstrem se um exame ou tratamento realmente traz benefício ou se causa apenas sobrediagnóstico (overdiagnosis) e sobretratamento (overtreatment).

Alternativa b) Incorreta. A reflexão sobre os limites éticos é o cerne da prevenção quaternária. Ela se fundamenta no princípio bioético da não-maleficência (*primum non nocere*), que obriga o profissional a considerar se o potencial dano de uma intervenção supera seus possíveis benefícios.

Alternativa c) Correta (Gabarito). Esta alternativa descreve uma prática contrária aos princípios da prevenção quaternária e da medicina moderna. A prevenção quaternária está intimamente ligada ao Método Clínico Centrado na Pessoa e à tomada de decisão compartilhada. O reforço de hierarquias rígidas e de uma postura paternalista impede a autonomia do paciente e dificulta o diálogo necessário para evitar intervenções excessivas. Portanto, este não é um aspecto relevante para essa prática, mas sim um obstáculo.

Alternativa d) Incorreta. A construção de uma relação de confiança é indispensável. Para que um paciente aceite a proposta de não realizar um exame desnecessário ou de adotar uma conduta de observação vigilante (*watchful waiting*), ele precisa confiar

plenamente no julgamento clínico do médico e sentir que suas angústias foram acolhidas. Sem confiança, a tendência do paciente é buscar intervenções em excesso com outros profissionais.

---

### Questão 45

O genograma é uma ferramenta essencial na Estratégia Saúde da Família, funcionando como uma representação gráfica da estrutura e da dinâmica familiar ao longo do tempo. Para responder a essa questão, é necessário identificar qual das alternativas descreve incorretamente as regras de construção desse instrumento.

Alternativa (a): Incorreta para o exceto. O genograma não é apenas uma árvore genealógica; ele deve conter informações sociodemográficas (nomes, idades, ocupações, datas de nascimento e óbito) e dados epidemiológicos ou clínicos (presença de doenças crônicas, tabagismo, alcoolismo, causas de morte) que ajudem a equipe de saúde a compreender o contexto de vida e os riscos daquela família.

Alternativa (b): Correta (Gabarito). Esta alternativa contém o erro técnico que a torna a resposta da questão. De acordo com a literatura de referência na Medicina de Família e Comunidade (como os trabalhos de McGoldrick e Gerson) e as diretrizes do Ministério da Saúde, o genograma deve representar, obrigatoriamente, no mínimo TRÊS gerações da família. A análise de apenas duas gerações é considerada insuficiente para identificar padrões transgeracionais de comportamento, doenças e relacionamentos, que são o objetivo principal da ferramenta.

Alternativa (c): Incorreta para o exceto. A representação da qualidade das relações é um pilar do genograma. Utilizam-se símbolos e linhas específicas para indicar se as relações são muito próximas, conflitantes, distantes ou rompidas, permitindo visualizar o suporte social e o estresse familiar.

Alternativa (d): Incorreta para o exceto. A disposição espacial dos símbolos é padronizada para permitir a leitura rápida da estrutura familiar. Os membros de uma mesma geração são colocados na mesma linha horizontal, e o núcleo familiar que reside na mesma casa deve ser delimitado por uma linha (geralmente pontilhada), separando claramente o núcleo parental do núcleo de filhos e outros agregados.

---

## Questão 46

Esta questão aborda a atualização da Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) pela Lei 14.737 de 2023, que trouxe mudanças significativas sobre o direito das mulheres a acompanhantes em serviços de saúde.

Alternativa (a) Incorreta. A nova redação do Artigo 19-J especifica que a mulher tem o direito de ser acompanhada por uma pessoa maior de idade. Portanto, não pode ser uma pessoa de "qualquer idade". Além disso, o direito sofre adaptações dependendo do local do atendimento, como em centros cirúrgicos.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa reflete exatamente o que consta no parágrafo 2º do Artigo 19-J da Lei 8.080/1990. Em ambientes com restrições de segurança, como centros cirúrgicos e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o acompanhante deve ser obrigatoriamente um profissional de saúde, visando garantir a segurança técnica e biológica do ambiente sem anular o direito da paciente de estar acompanhada.

Alternativa (c) Incorreta. A lei garante o direito ao acompanhante em consultas, exames e procedimentos (o que inclui os invasivos). O erro da alternativa está em afirmar que existe uma exclusão para procedimentos invasivos de qualquer natureza. Na verdade, o que muda em procedimentos mais complexos ou locais restritos é a qualificação de quem acompanha (devendo ser profissional de saúde), mas o direito ao acompanhamento permanece.

Alternativa (d) Incorreta. De acordo com o parágrafo 1º do Artigo 19-J, nos casos de atendimento com sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a mulher não tenha indicado um acompanhante próprio, a unidade de saúde deve indicar uma pessoa, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino. O erro crucial da alternativa é dizer que a paciente deve arcar com os custos, sendo que a lei estabelece que isso deve ser feito sem custo adicional para a mulher.

---

## Questão 47

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O estudo descrito é um delineamento de caso-controle, que parte do desfecho (presença ou ausência de câncer de cólon) para investigar exposições passadas (consumo de alimentos ultraprocessados nos últimos cinco anos). O principal instrumento utilizado foi a entrevista baseada na recordação dos participantes.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

O viés de memória (ou recall bias) é o erro sistemático mais característico de estudos de caso-controle. Ele ocorre porque indivíduos já diagnosticados com uma doença (casos) tendem a refletir mais sobre o seu passado e a relatar exposições com maior detalhamento, precisão ou até mesmo de forma exagerada em comparação aos indivíduos saudáveis (controles), que não possuem a mesma motivação para recordar hábitos antigos. Ao solicitar que os participantes lembrem hábitos alimentares de cinco anos atrás, a probabilidade de que os casos forneçam informações sistematicamente diferentes dos controles é muito alta, o que pode distorcer a associação real entre a exposição e a doença.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O viés de seleção ocorre quando a forma como os participantes são escolhidos para o estudo cria uma diferença sistemática entre os grupos que não seja a doença em si. O enunciado afirma que a seleção foi rigorosa e pareada, o que sugere que os pesquisadores tomaram cuidados metodológicos para minimizar este erro específico no recrutamento.

Alternativa B: O viés de desempenho é típico de estudos experimentais, como ensaios clínicos controlados. Ele ocorre quando há diferenças no cuidado ou na assistência prestada aos grupos, além da intervenção que está sendo testada. Não se aplica a este estudo, que é observacional e retrospectivo.

Alternativa D: O viés de informação é uma categoria ampla (um "termo guarda-chuva") que engloba qualquer erro sistemático na mensuração ou coleta de dados sobre a exposição ou o desfecho. Embora o viés de memória seja, tecnicamente, um tipo de viés de informação, a alternativa C é a resposta correta por ser a mais específica para o cenário descrito (dificuldade e diferença de recordação de eventos passados). Em questões de concursos médicos, deve-se sempre optar pelo termo mais preciso.

---

#### **Questão 48**

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar as propriedades intrínsecas de um teste diagnóstico daquelas que dependem da prevalência da doença na população.

Quando um médico recebe um resultado de exame, ele trabalha com a probabilidade pós-teste. O enunciado descreve exatamente essa situação: o exame já foi feito e o resultado é positivo. A dúvida do médico é sobre a utilidade prática desse resultado para confirmar a doença no paciente.

Alternativa a) Incorreta. A Sensibilidade é a capacidade do teste de dar um resultado positivo em pacientes que efetivamente possuem a doença. Ela responde à pergunta: Se o paciente está doente, qual a chance de o teste ser positivo? O médico do enunciado já tem o resultado positivo e quer saber a chance de o paciente estar doente, que é o caminho inverso.

Alternativa b) Incorreta. A Especificidade é a capacidade do teste de dar um resultado negativo em indivíduos que não possuem a doença. Ela responde à pergunta: Se o paciente é saudável, qual a chance de o teste ser negativo? Portanto, não ajuda a interpretar um resultado que veio positivo.

Alternativa c) Incorreta. O Número Necessário para Tratar (NNT) é uma medida de eficácia terapêutica, não de diagnóstico. Ele indica quantos pacientes precisam ser tratados com uma determinada intervenção para que um desfecho negativo adicional seja evitado em comparação com um grupo controle.

Alternativa d) Correta. O Valor Preditivo Positivo (VPP) representa a probabilidade de um indivíduo ter a doença quando o teste é positivo. É a medida que o médico utiliza na prática clínica após receber o resultado do exame. É importante lembrar que o VPP não depende apenas da qualidade do teste (sensibilidade e especificidade), mas também da prevalência da doença na população em que o paciente está inserido. Quanto maior a prevalência, maior será o VPP de um teste.

---

### Questão 49

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos principais indicadores de saúde pública e de qualidade da assistência obstétrica de uma região. Para compreender a questão, devemos recordar a definição de óbito materno e como o cálculo é estruturado.

O óbito materno é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gestação. Essa morte deve ser causada por fatores relacionados ou agravados pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, excluindo-se causas acidentais ou incidentais (como um acidente de carro, por exemplo).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Esta alternativa apresenta a definição técnica precisa. O período de acompanhamento é de até 42 dias após o parto (puerpério), as causas devem estar ligadas ao ciclo gravídico-puerperal e o denominador utilizado é o

número de nascidos vivos. O uso de "nascidos vivos" no denominador ocorre porque é um dado mais fidedigno e fácil de obter do que o número total de gestações, servindo como uma estimativa da população exposta ao risco. Geralmente, o resultado é expresso por 100.000 nascidos vivos.

Alternativa B (Incorreta): A alternativa erra em dois pontos principais. Primeiro, ao limitar o período "até o momento do parto", ignorando o puerpério (até 42 dias), no qual ocorrem muitas complicações fatais (como hemorragias e infecções). Segundo, ao propor o "total de gestações" como denominador, o que é tecnicamente difícil de mensurar na prática epidemiológica.

Alternativa C (Incorreta): O erro reside no prazo estipulado de 14 dias, que é insuficiente para a definição de mortalidade materna (o correto são 42 dias). Além disso, o termo "qualquer causa" está incorreto, pois óbitos por causas externas ou acidentais não entram no cálculo da Razão de Mortalidade Materna.

Alternativa D (Incorreta): Assim como a anterior, o erro está no prazo (30 dias em vez de 42) e na inclusão de "qualquer causa". Mortes não relacionadas ao estado gravídico (ex.: homicídios ou acidentes) não são consideradas mortes maternas para fins deste indicador.

---

## Questão 50

A Carta de Ottawa, resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, é o documento balizador das estratégias modernas de saúde pública. Ela define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. O documento estabelece cinco campos de ação estratégicos.

Alternativa A: Incorreta. A elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis constituem o primeiro campo de ação da Carta. O objetivo é fazer com que a saúde seja uma prioridade em todos os setores governamentais (transsetorialidade), e não apenas no setor da saúde, removendo obstáculos para a adoção de escolhas saudáveis pela população.

Alternativa B: Incorreta. O reforço da ação comunitária é um pilar fundamental que visa ao empoderamento (empowerment). Trata-se de estimular a participação ativa das comunidades na definição de prioridades, na tomada de decisões e no planejamento de estratégias para alcançar melhores níveis de saúde.

Alternativa C: Incorreta. A reorientação do sistema e dos serviços de saúde é outro

campo de ação descrito. A proposta é que os serviços de saúde deixem de ter um foco puramente curativo, clínico e hospitalocêntrico para adotar uma postura de promoção da saúde, respeitando as necessidades culturais e as peculiaridades locais dos indivíduos.

Alternativa D: Correta (Gabarito). O investimento prioritário na incorporação de tecnologias de informação e comunicação não consta como um dos cinco campos de ação definidos na Carta de Ottawa de 1986. Embora as tecnologias de informação sejam fundamentais na saúde pública contemporânea e em discussões mais recentes (como a saúde digital), elas não foram listadas no documento histórico de Ottawa.

Para fins de revisão, os cinco campos de ação da Carta de Ottawa são:

1. Elaboração de políticas públicas saudáveis.
  2. Criação de ambientes favoráveis à saúde.
  3. Reforço da ação comunitária.
  4. Desenvolvimento de habilidades pessoais (educação em saúde).
  5. Reorientação dos serviços de saúde.
-