



Hospital Dr Adolfo Bezerra de Menezes

GABARITO | 2026 | SP | 80 Questões



Gabarito: Hospital Dr Adolfo Bezerra de Menezes

2026 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Para compreender a questão, é fundamental diferenciar o manejo da pressão arterial elevada em ambiente de emergência. O caso descreve uma paciente de 42 anos, assintomática, com pressão arterial de 190x120 mmHg.

Alternativa A - Incorreta. Reduzir a pressão arterial para níveis de normalidade (menores que 120x80 mmHg) em apenas 3 horas em um paciente com elevação pressórica sem lesão de órgão-alvo é contraindicado. Uma redução tão brusca pode causar isquemia cerebral, cardíaca ou renal devido à perda da autorregulação do fluxo sanguíneo. O alvo imediato em situações de elevação importante nunca deve ser a normalização total rápida.

Alternativa B - Incorreta. Uma emergência hipertensiva é definida pela presença de lesão de órgão-alvo aguda e progressiva, como infarto, acidente vascular cerebral ou dissecção da aorta. A paciente está assintomática e a aferição nos quatro membros sem diferença de pressão afasta a suspeita clínica de dissecção da aorta, que costuma cursar com dor excruciante e assimetria de pulsos/pressão.

Alternativa C - Incorreta. Embora sugira o acompanhamento ambulatorial, a alternativa é incompleta comparada à alternativa D. O termo urgência hipertensiva tem sido evitado para pacientes totalmente assintomáticos nas diretrizes mais recentes, pois esses casos não exigem a conduta tradicional de uma urgência, que previa redução em 24 a 48 horas em ambiente monitorado.

Alternativa D - Correta. Esta alternativa está alinhada com as atualizações recentes que visam evitar o sobretratamento de pacientes assintomáticos na emergência (fenômeno muitas vezes chamado de pseudocrise). A Elevação Importante da Pressão Arterial (EIPA) é definida por níveis maiores ou iguais a 180x110 mmHg sem lesão de órgão-alvo. O tratamento deve ser realizado com medicamentos por via oral e o paciente deve ser encaminhado para reavaliação ambulatorial em curto prazo (até 7 dias). O objetivo inicial é uma redução gradual, com alvo em torno de 160x100 mmHg, para garantir a segurança vascular antes de atingir as metas de longo prazo. Não há necessidade de observação em unidade de emergência se a paciente estiver clinicamente estável.

Questão 2

Análise do caso clínico:

O paciente de 24 anos apresenta um quadro sugestivo de pneumonia adquirida na comunidade (PAC), manifestado por febre, tosse produtiva há 6 dias e achados focais na ausculta pulmonar (crepitações e diminuição do murmúrio na base direita). Ele está hemodinamicamente estável e não possui comorbidades clínicas crônicas.

Por que a alternativa B está correta:

O *Streptococcus pneumoniae*, ou pneumococo, é universalmente aceito como o principal agente etiológico da pneumonia adquirida na comunidade em todas as faixas etárias (exceto neonatos). Ele é a causa mais comum tanto em pacientes que recebem tratamento ambulatorial quanto naqueles que precisam de hospitalização. A descrição do exame físico, sugerindo uma consolidação localizada, é a apresentação clássica desta bactéria gram-positiva.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa A: O *Staphylococcus aureus* pode causar pneumonia, mas geralmente está associado a cenários específicos, como complicação após uma infecção pelo vírus da gripe (influenza), em quadros de pneumonia necrotizante ou em usuários de drogas injetáveis (via embolia séptica). Apesar do histórico de uso de substâncias do paciente, o pneumococo continua sendo estatisticamente mais prevalente como causa de pneumonia na comunidade.

Alternativa C: A *Legionella* spp é um agente atípico que pode causar pneumonia grave, frequentemente associada a sintomas gastrointestinais (como diarreia) e alterações laboratoriais (como hiponatremia). Embora seja um patógeno relevante, sua incidência é significativamente menor do que a do pneumococo.

Alternativa D: A *Pseudomonas aeruginosa* é um patógeno que deve ser considerado apenas em pacientes com fatores de risco específicos, como doenças pulmonares estruturais (bronquiectasias, fibrose cística), uso crônico de corticoides, antibioticoterapia de largo espectro recente ou internações prolongadas. Não é um agente comum em jovens previamente hígidos.

Conclusão:

Ao identificar um quadro de pneumonia adquirida na comunidade em uma questão de prova, a resposta para o agente etiológico mais frequente será o *Streptococcus pneumoniae*, a menos que o enunciado forneça uma especificidade muito clara que aponte para outro germe.

Questão 3

Análise detalhada da questão com base nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD):

Item I: Verdadeiro. Para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que apresentam hemoglobina glicada (HbA1c) inicial inferior a 7,5% e baixo risco cardiovascular, a recomendação clássica é o início de monoterapia. A metformina continua sendo o fármaco de escolha inicial devido ao seu perfil de segurança, baixo custo, eficácia na redução da glicada e neutralidade no peso.

Item II: Falso. Se o paciente possui HbA1c menor que 7,5%, a indicação inicial permanece sendo a monoterapia (geralmente metformina). O uso de tirzepatida (um duplo agonista GIP/GLP-1) ou análogos de GLP-1 em terapia combinada não é a conduta de primeira linha para pacientes com baixo risco cardiovascular e glicada próxima ao alvo. Além disso, a tirzepatida já possui ação agonista de GLP-1 em sua composição, não fazendo sentido terapêutico associá-la a outro análogo de GLP-1.

Item III: Falso. A estratificação de risco cardiovascular é o primeiro e mais importante passo no tratamento do DM2 segundo as diretrizes atuais. É essa estratificação que define se o paciente deve iniciar precocemente o uso de inibidores de SGLT-2 (iSGLT2) ou análogos de GLP-1 (aGLP-1), independentemente da HbA1c ou do uso de metformina, visando à proteção de órgãos-alvo.

Item IV: Verdadeiro. Estudos de desfecho cardiovascular (como o EMPA-REG e o LEADER) comprovaram que os iSGLT2 e os aGLP-1 reduzem eventos cardiovasculares maiores (MACE), como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte cardiovascular, além de oferecerem benefícios específicos em insuficiência cardíaca e doença renal do diabetes.

Item V: Verdadeiro. Em pacientes com alto risco cardiovascular e obesidade, as diretrizes modernas recomendam uma abordagem multifatorial e frequentemente intensiva. O uso isolado de apenas um antidiabético (especialmente se for apenas a metformina) pode ser insuficiente para atingir as metas de perda ponderal e a proteção cardiovascular necessária. Nesses casos, a terapia combinada precoce (frequentemente associando drogas com benefício cardiovascular comprovado) é a estratégia indicada para modificar a história natural da doença.

Portanto, a sequência correta é V, F, F, V, V, o que corresponde à alternativa (c).

Questão 4

A questão aborda o manejo farmacológico de pacientes com HIV e as repercussões laboratoriais esperadas com o esquema antirretroviral atual utilizado no Brasil (Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O Dolutegravir (DTG) é um inibidor da integrase que interfere nos processos de secreção tubular renal. Ele inibe especificamente o transportador de cátions orgânicos 2 (OCT2) e o transportador de extrusão de múltiplas drogas e toxinas 1 (MATE1). Como uma parcela da creatinina sérica é eliminada por secreção tubular ativa através desses transportadores, sua inibição leva a um aumento discreto dos níveis de creatinina no sangue (geralmente uma elevação de 0,1 a 0,4 mg/dl). É fundamental compreender que esse aumento ocorre sem que haja uma diminuição real da Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Ou seja, o rim continua filtrando o sangue normalmente, apenas a secreção acessória da creatinina é reduzida, tornando essa alteração laboratorial benigna.

Alternativa B (Incorreta): O Tenofovir (especificamente o TDF — Fumarato de Tenofovir Desoproxila) é amplamente conhecido na literatura médica por seu potencial de nefrotoxicidade. Ele pode causar lesão nas células do túbulo proximal, resultando em disfunção renal que pode variar desde a Síndrome de Fanconi (perda urinária de glicose, fosfato e aminoácidos) até a insuficiência renal aguda ou crônica.

Alternativa C (Incorreta): A suspensão da Terapia Antirretroviral (TARV) é uma medida drástica que só deve ser considerada em casos de toxicidade grave ou risco de vida. No caso apresentado, o aumento da creatinina é leve e condizente com o efeito farmacológico esperado do Dolutegravir. Suspender a medicação sem justificativa clínica real expõe a paciente ao risco de rebote da carga viral e desenvolvimento de resistência do HIV aos fármacos.

Alternativa D (Incorreta): O valor alterado tem relação direta com a TARV. O Dolutegravir é a causa mais provável para esse aumento isolado e discreto da creatinina em uma paciente jovem e previamente hígida que iniciou o tratamento recentemente.

Em resumo, o médico deve estar atento para não confundir o efeito fisiológico do Dolutegravir sobre os transportadores de creatinina com uma lesão renal verdadeira, evitando condutas desnecessárias como a suspensão do tratamento.

Questão 5

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é classificado no DSM-5 dentro do grupo de transtornos relacionados a traumas e estressores. Para o diagnóstico, é necessário o preenchimento de critérios específicos que envolvem a natureza do evento e a sintomatologia apresentada.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o DSM-5 preveja um especificador "com sintomas dissociativos" (despersonalização ou desrealização), esses sintomas não são obrigatórios para todos os pacientes com TEPT. Já os sintomas psicóticos (como alucinações e delírios) não fazem parte dos critérios diagnósticos principais do transtorno.

Alternativa b) Correta. Este é o Critério A do DSM-5, considerado a "porta de entrada" para o diagnóstico. O indivíduo deve ter sido exposto a morte real ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual de forma direta, como testemunha, ao saber que o evento ocorreu com um familiar ou amigo próximo, ou por exposição repetida a detalhes aversivos do trauma. No caso clínico citado, o assalto sofrido há 4 meses configura essa exposição.

Alternativa c) Incorreta. Sintomas de alterações negativas na cognição e no humor (Critério D) fazem parte do diagnóstico, o que pode incluir anedonia (diminuição do interesse). No entanto, o diagnóstico de TEPT exige um conjunto mais amplo de sintomas (intrusão, esquiva e hiperexcitabilidade) e não apenas sintomas depressivos isolados. A alternativa tenta confundir o candidato com o quadro de transtorno depressivo maior.

Alternativa d) Incorreta. O Critério B (sintomas de intrusão) exige que as lembranças, sonhos ou flashbacks sejam recorrentes, involuntários e, fundamentalmente, relacionados ao evento traumático. Lembranças vagas ou sem relação com o trauma não preenchem os critérios para TEPT.

Resumo dos Critérios DSM-5 para TEPT:

Critério A: Exposição ao trauma (obrigatório).

Critério B: Sintomas de intrusão (ex.: pesadelos, flashbacks).

Critério C: Esquiva (evitar estímulos associados ao trauma).

Critério D: Alterações negativas na cognição e no humor.

Critério E: Alterações na excitação e reatividade (ex.: hipervigilância, irritabilidade).

Duração: Os sintomas devem persistir por mais de um mês e causar sofrimento clinicamente significativo.

Questão 6

A Síndrome de Tourette é um transtorno neurobiológico do desenvolvimento caracterizado por tiques motores e vocais. Para responder corretamente a essa questão, devemos revisar os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5 e as características clínicas da patologia.

Alternativa A (Incorreta): Os tiques motores na Síndrome de Tourette geralmente começam como tiques simples (como piscar os olhos, franzir a testa ou dar de ombros) e podem progredir para tiques complexos. Além disso, o início dos sintomas ocorre tipicamente na infância, entre os 4 e 6 anos de idade, e não necessariamente na adolescência, embora o pico de gravidade costume ocorrer entre os 10 e 12 anos.

Alternativa B (Correta): De acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5, a Síndrome de Tourette exige a presença de múltiplos tiques motores e pelo menos um tique vocal em algum momento da doença (não necessariamente simultâneos). Esses tiques devem persistir por mais de um ano desde o início do primeiro tique e manifestar-se antes dos 18 anos de idade.

Alternativa C (Incorreta): Embora a Síndrome de Tourette possa coexistir com diversos transtornos do neurodesenvolvimento, as comorbidades mais frequentes e classicamente associadas são o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). A associação com o autismo não é a mais característica ou frequente na prática clínica.

Alternativa D (Incorreta): O tratamento de primeira linha para a Síndrome de Tourette envolve intervenções comportamentais, como a Intervenção Comportamental Abrangente para Tiques (CBIT). Quando o tratamento farmacológico é necessário, utilizam-se preferencialmente agonistas alfa-2-adrenérgicos (como clonidina ou guanfacina) ou antipsicóticos (como risperidona ou aripiprazol). Antidepressivos tricíclicos não são indicados como primeira linha para o controle dos tiques.

Questão 7

A questão aborda a psicopatologia do pensamento, focando na classificação dos delírios. O relato do paciente descreve uma interpretação errônea de estímulos externos neutros, atribuindo-lhes um significado pessoal e direto.

Alternativa (a) Incorreta: A ideia supervalorizada é uma crença errônea, mas que possui uma base real ou compreensível, sendo mantida com uma intensidade emocional desproporcional. Diferentemente do delírio, ela não apresenta a característica de autorreferência bizarra a partir de estímulos triviais do ambiente, sendo mais comum em transtornos de personalidade.

Alternativa (b) Correta: O delírio de referência ocorre quando o indivíduo acredita que eventos casuais, objetos ou comportamentos de outras pessoas têm um significado particular e não usual, direcionado especificamente a ele. No caso, o paciente interpreta a cor da roupa de terceiros (um estímulo neutro) como um sinal ou mensagem de que estão falando dele, o que define perfeitamente esse fenômeno.

Alternativa (c) Incorreta: A alucinação auditiva é uma alteração da sensopercepção, caracterizada por ouvir vozes ou sons sem que exista um estímulo sonoro externo. Embora o paciente afirme que "as pessoas estão falando dele", a base da sua convicção na frase apresentada não é o ato de ouvir vozes inexistentes, mas sim a interpretação visual do que ele observa no ambiente (as cores das roupas).

Alternativa (d) Incorreta: O delírio místico ou religioso é aquele em que o conteúdo da crença delirante envolve temas de divindade, religião ou forças sobrenaturais (como acreditar ser um santo ou estar em uma missão divina). O relato do paciente não contém elementos de natureza religiosa.

Questão 8

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso clínico apresenta um paciente com agitação psicomotora franca e comportamento agressivo. Em situações de emergência psiquiátrica em que há risco de autoagressão ou heteroagressão (agressão a si mesmo ou a terceiros), a abordagem segue protocolos rígidos de segurança e estabilização.

Alternativa A: Incorreta. Uma entrevista diagnóstica detalhada exige que o paciente esteja calmo e colaborativo. No estado de agitação e discurso incoerente descrito, o paciente não possui crítica sobre sua condição. Insistir em uma abordagem verbal prolongada antes de conter o quadro de agitação aumenta o risco de ferimentos tanto para o paciente quanto para os profissionais de saúde.

Alternativa B: Incorreta. A contenção física jamais deve ser realizada por familiares. Ela é um procedimento técnico que deve ser executado por uma equipe de saúde treinada (geralmente de 4 a 5 pessoas) para evitar lesões musculares, fraturas ou asfixia no paciente. Além disso, o uso de medicamentos (contenção química) é essencial para o controle dos sintomas, redução do sofrimento e segurança do manejo.

Alternativa C: Correta. Esta é a conduta imediata em quadros de agitação psicomotora grave. A contenção física (mecânica) protege a integridade de todos os

envolvidos no momento da crise. Simultaneamente, a contenção química (geralmente com antipsicóticos de alta potência, como o haloperidol, e/ou benzodiazepínicos, como o midazolam) é administrada para estabilizar o comportamento. Somente após o controle da agitação é possível realizar o exame físico, coletar exames laboratoriais e prosseguir com a investigação diagnóstica.

Alternativa D: Incorreta. O médico não deve transferir ou encaminhar um paciente em surto agudo e instável sem antes realizar as medidas de suporte e estabilização iniciais. Além disso, é necessário descartar causas orgânicas para a agitação (como distúrbios metabólicos, infecções ou intoxicações) no próprio pronto-socorro antes de considerar a internação exclusivamente psiquiátrica.

Questão 9

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma paciente jovem, sem comorbidades prévias ou uso de substâncias, que apresenta sintomas psicóticos agudos (delírios e alucinações). O fator determinante para a diferenciação diagnóstica nesta questão é o tempo de evolução dos sintomas, associado à presença de um estressor psicossocial claro.

DISCUSSÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. De acordo com o DSM-5, o diagnóstico de esquizofrenia exige a persistência de sinais contínuos da perturbação por um período mínimo de 6 meses. Esse período deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas da fase ativa (como delírios e alucinações). A paciente apresenta apenas 10 dias de sintomas, o que invalida esta hipótese no momento.

Alternativa B: INCORRETA. O transtorno esquizofreniforme apresenta critérios sintomatológicos idênticos aos da esquizofrenia, porém a diferença reside na duração: os sintomas devem durar pelo menos 1 mês, mas menos de 6 meses. Como a paciente está no décimo dia de sintomas, ela ainda não atingiu o tempo mínimo para este diagnóstico.

Alternativa C: CORRETA. O transtorno psicótico breve é caracterizado pelo início súbito de pelo menos um dos sintomas psicóticos principais (delírios, alucinações ou fala desorganizada), com duração de pelo menos 1 dia, mas menos de 1 mês. O quadro frequentemente ocorre em resposta a estressores psicossociais graves, como o estresse familiar mencionado no enunciado. A paciente se encaixa perfeitamente neste critério temporal (10 dias) e clínico.

Alternativa D: INCORRETA. No transtorno delirante, o paciente apresenta um ou mais delírios por um período de 1 mês ou mais. Diferentemente do caso relatado, alucinações auditivas não são proeminentes (se presentes, estão relacionadas ao tema do delírio) e o comportamento do paciente não costuma ser bizarro ou marcadamente prejudicado fora do contexto do delírio. O tempo de 10 dias é insuficiente para este diagnóstico.

Questão 10

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clínico e radiológico altamente sugestivo de tuberculose (TB) pulmonar: tosse, febre, emagrecimento e imagem cavitária em lobo superior. O fato de ser uma paciente vivendo com HIV e com contagem de CD4 baixa (80 células/mm³) aumenta a urgência diagnóstica. Em pacientes imunossuprimidos, a baciloscopia (pesquisa de BAAR no escarro) frequentemente é negativa, pois a carga bacilar pode ser menor ou a resposta inflamatória diferente, o que exige métodos mais sensíveis.

Alternativas:

a) Incorreta. O PPD (Teste Tuberculínico) serve para diagnosticar a infecção latente e não a doença ativa. Em pacientes com imunossupressão grave (CD4 abaixo de 200), o teste frequentemente apresenta resultado falso-negativo devido à anergia cutânea, já que o corpo não consegue montar uma resposta de hipersensibilidade tardia ao teste.

b) Correta. O Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), conhecido como GeneXpert, é o exame de escolha para o diagnóstico inicial de TB em pessoas vivendo com HIV. Ele detecta o DNA do *Mycobacterium tuberculosis* e identifica a resistência à rifampicina em poucas horas. Sua sensibilidade é superior à baciloscopia, sendo fundamental em casos paucibacilares (com poucos bacilos no escarro).

c) Incorreta. A cultura em meio de Lowenstein-Jensen é o padrão-ouro para o diagnóstico e deve ser solicitada em conjunto com o teste molecular. No entanto, ela demora de 15 a 60 dias para apresentar resultados. Para a confirmação imediata e início do tratamento em uma paciente com HIV e sintomas graves, o teste molecular é mais indicado pela rapidez.

d) Incorreta. A tomografia de alta resolução é um excelente exame de imagem para avaliar a extensão da doença e características das lesões, mas não fornece confirmação etiológica (não identifica a bactéria). A biópsia de pele não tem qualquer

justificativa neste quadro, uma vez que a suspeita é de acometimento pulmonar e não há relato de lesões dermatológicas.

Conclusão:

Diante de uma paciente com HIV e suspeita de TB com baciloscopia negativa, a prioridade é realizar o teste rápido molecular (GeneXpert) para confirmar o diagnóstico de forma sensível e célere.

Questão 11

O ponto central desta questão é a falha terapêutica em um paciente que realiza o Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Análise das alternativas:

a) Tratamento irregular: Incorreta. O enunciado afirma explicitamente que o paciente está em "uso regular do tratamento supervisionado pela equipe do Consultório na Rua". O TDO (Tratamento Diretamente Observado) visa justamente garantir a adesão e eliminar a irregularidade como causa de falha.

b) Superinfecção por outra micobactéria: Incorreta. Embora micobactérias não tuberculosas possam causar doenças pulmonares e positivar o BAAR, o cenário clínico de um paciente em tratamento para *M. tuberculosis* que apresenta piora bacteriológica (positivação após melhora inicial) sob supervisão é clássico para resistência da cepa original aos fármacos utilizados.

c) Tuberculose multirresistente (TB-MDR): Correta. De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, a persistência da positividade da baciloscopia ao final do quarto mês de tratamento ou o ressurgimento de bacilos em grande quantidade (como o 3+/4+ citado) em pacientes que estão tomando a medicação corretamente é um critério definidor de falha terapêutica. Nesses casos, a principal suspeita é a resistência bacteriana (TB-MDR), exigindo a realização de Teste Rápido Molecular ou Cultura com Teste de Sensibilidade para confirmar o perfil de resistência e ajustar o esquema medicamentoso.

d) Erro laboratorial na baciloscopia com viés na coleta do exame: Incorreta. Um resultado de 3+/4+ indica uma carga bacilar elevada. Atribuir tal achado a um erro laboratorial diante de uma clara falha clínica/bacteriológica (paciente que volta a ter escarro positivo após quatro meses de tratamento) é um erro de conduta. O achado deve ser interpretado como falha do esquema atual.

Em resumo, se o tratamento é supervisionado e o escarro continua ou volta a ser positivo após o quarto mês, deve-se considerar que os medicamentos padrão (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) não estão sendo eficazes contra aquela cepa específica, caracterizando a suspeita de TB multirresistente.

Questão 12

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro clássico de tuberculose pulmonar (tosse, perda de peso, sudorese noturna e baciloscopia positiva) e iniciou o esquema terapêutico padrão no Brasil, conhecido como RHZE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol). O ponto crucial da questão é o surgimento de neuropatia periférica após o início do tratamento, associado ao fato de o paciente ser dependente de álcool.

A isoniazida (H) é o fármaco do esquema que está diretamente relacionado a esse efeito colateral. Ela interfere no metabolismo da vitamina B6 (piridoxina), aumentando sua excreção renal e inibindo a enzima piridoxina fosfoquinase. A deficiência resultante de vitamina B6 leva a danos nos nervos periféricos, manifestando-se como parestesias (formigamentos) e dor. Grupos de risco para essa condição incluem alcoolistas, desnutridos, gestantes, diabéticos e pacientes com insuficiência renal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Correta. A administração de piridoxina (vitamina B6) é a medida indicada tanto para a prevenção quanto para o tratamento da neuropatia periférica induzida pela isoniazida. No caso deste paciente, o alcoolismo já é um fator de risco para deficiência de B6, o que potencializou o efeito adverso do medicamento.

Alternativa b) Incorreta. O sulfametoxazol-trimetoprim é um antibiótico utilizado no tratamento de diversas infecções bacterianas e na profilaxia de infecções oportunistas (como a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* em pacientes com HIV), mas não possui nenhuma relação com o tratamento de neuropatia por isoniazida.

Alternativa c) Incorreta. A rifampicina é associada principalmente a efeitos adversos como hepatotoxicidade, reações cutâneas e coloração alaranjada das secreções. Não é a causa típica de neuropatia periférica. Além disso, a suspensão de um fármaco fundamental do esquema sem uma justificativa precisa comprometeria a cura da tuberculose.

Alternativa d) Incorreta. O ácido fólico (leucovorin) é utilizado para reduzir a toxicidade de medicamentos que interferem no metabolismo do folato, como o

metotrexato ou a pirimetamina. Ele não atua na via metabólica da piridoxina e não tem utilidade no manejo da neuropatia causada pela isoniazida.

Questão 13

A alternativa correta é a (b) Síndrome inflamatória da reconstituição imune (IRIS).

A Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIRI ou IRIS) é um fenômeno que ocorre em pacientes com HIV que apresentam uma recuperação rápida da imunidade após o início da Terapia Antirretroviral (TARV). Ao iniciar a TARV, ocorre uma queda da carga viral e um aumento dos linfócitos T CD4+. Esse "despertar" do sistema imunológico faz com que o corpo monte uma resposta inflamatória intensa e exacerbada contra antígenos de patógenos (vivos ou mortos) que já estavam presentes no organismo, como o *Mycobacterium tuberculosis*. O quadro clínico clássico ocorre entre 2 e 8 semanas após o início da TARV e se manifesta como uma piora paradoxal de uma doença que estava em tratamento, apresentando febre, novas linfonodomegalias e piora dos achados radiológicos, exatamente como descrito no caso.

Análise das alternativas incorretas:

a) Falha terapêutica por resistência da micobactéria ao etambutol: A falha terapêutica geralmente é considerada após o segundo mês de tratamento (fase de ataque) se houver persistência de baciloscopia positiva ou se o paciente não apresentar melhora clínica progressiva. O quadro descrito é de uma piora aguda e localizada temporalmente logo após o início da TARV, o que aponta para um componente imunológico e não para resistência bacteriana isolada, especialmente ao etambutol, que não é a droga principal do esquema.

c) Infecção oportunista concomitante: Embora pacientes com HIV avançado possam ter múltiplas infecções ao mesmo tempo, a cronologia do evento (4 semanas de tratamento para TB e início recente da TARV) torna a IRIS a hipótese diagnóstica primária e mais provável para explicar a piora dos sintomas respiratórios e sistêmicos.

d) Reação adversa ao etambutol: O principal efeito adverso associado ao etambutol é a neurite óptica, que causa redução da acuidade visual e alteração na percepção de cores. O etambutol não costuma causar febre, linfonodomegalias ou piora de infiltrados radiológicos pulmonares como reação adversa típica. Além disso, reações de hipersensibilidade a drogas do esquema TB (como rifampicina ou pirazinamida) costumam ocorrer mais precocemente e geralmente se manifestam com exantema cutâneo ou alterações hepáticas.

Questão 14

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta uma Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* produtora de ESBL (Beta-lactamase de Espectro Estendido). O conceito de Stewardship Antimicrobiano (Gerenciamento de Antimicrobianos) busca otimizar a terapia, reduzindo o espectro sempre que possível, ajustando doses às condições do paciente e definindo o tempo adequado de tratamento para evitar resistência bacteriana e toxicidade.

Alternativa (a) Incorreta. A manutenção da vancomicina é desnecessária, pois a cultura do aspirado traqueal e as hemoculturas não evidenciaram germes gram-positivos (como o MRSA). Manter um antibiótico sem alvo identificado vai contra os princípios do descalonamento. Além disso, o tempo de 14 dias é considerado excessivo para a maioria dos casos de PAV com boa resposta clínica, onde 7 dias costumam ser suficientes.

Alternativa (b) Correta. Esta é a conduta que melhor exemplifica o Stewardship. A vancomicina é suspensa (descalonamento) porque o patógeno identificado é um gram-negativo. O meropenem é mantido porque é o tratamento de escolha para bactérias produtoras de ESBL. O ajuste para a função renal é fundamental, já que o paciente possui ClCr de 35 mL/min e os carbapenêmicos são excretados por via renal, e a reavaliação do tempo total de tratamento permite evitar o uso prolongado desnecessário.

Alternativa (c) Incorreta. Bactérias produtoras de ESBL possuem resistência intrínseca a todas as cefalosporinas de terceira geração (como a ceftriaxona), cefalosporinas de quarta geração e aztreonam. Mesmo que o paciente apresente melhora clínica, a troca para ceftriaxona resultaria em falha terapêutica microbiológica, pois o antibiótico seria degradado pela enzima ESBL da *Klebsiella*.

Alternativa (d) Incorreta. Hemoculturas negativas em pacientes com pneumonia não significam ausência de infecção; a pneumonia é uma infecção do parênquima pulmonar e apenas uma minoria dos casos apresenta bacteremia associada. O diagnóstico de PAV foi firmado clinicamente e corroborado pela cultura do aspirado traqueal, portanto o tratamento deve ser concluído.

Questão 15

O paciente apresenta um quadro clínico compatível com choque séptico de provável foco pulmonar, evidenciado por febre, tosse, hipotensão (PA 85/50 mmHg), taquipneia, hipoxemia, alteração do estado mental (Glasgow 13) e disfunções orgânicas (elevação da creatinina e do lactato acima de 2 mmol/L). O manejo deve ser imediato, conforme as diretrizes internacionais.

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa descreve exatamente as intervenções do Bundle da Primeira Hora (Hour-1 Bundle) do Surviving Sepsis Campaign. Em pacientes com suspeita de sepse ou choque séptico, deve-se: 1) Medir o lactato sérico; 2) Obter hemoculturas antes de administrar antibióticos; 3) Administrar antibióticos de amplo espectro; 4) Iniciar a administração rápida de 30 mL/kg de cristaloides para hipotensão ou lactato maior ou igual a 4 mmol/L; 5) Aplicar vasopressores se o paciente estiver hipotenso durante ou após a ressuscitação volêmica para manter a Pressão Arterial Média (PAM) maior ou igual a 65 mmHg. No caso, a PAM é de aproximadamente 61 mmHg, justificando a intervenção.

Alternativa (b): INCORRETA. O início da antibioticoterapia é uma emergência médica e deve ocorrer o mais rápido possível, idealmente na primeira hora após o reconhecimento. Aguardar o resultado das culturas (que levam dias) é um erro grave que aumenta a mortalidade. Além disso, o volume inicial padronizado é de 30 mL/kg, e não 20 mL/kg.

Alternativa (c): INCORRETA. Os cristaloides (como soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato) são os fluidos de primeira escolha para a ressuscitação inicial. A albumina pode ser considerada em pacientes que requerem grandes volumes de cristaloides, mas não como conduta isolada inicial de 10 mL/kg. Além disso, o antibiótico nunca deve ser retardado; ele é a base do tratamento da causa da sepse.

Alternativa (d): INCORRETA. Embora a identificação do foco infeccioso seja necessária, exames de imagem como TC de tórax nunca devem atrasar o início do tratamento de suporte e o antibiótico. A estabilização hemodinâmica e a primeira dose do antibiótico devem ser priorizadas em relação a exames que demandem transporte do paciente instável.

Questão 16

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) moderada a grave. O paciente apresenta sinais de hiperatividade autonômica (taquicardia, hipertensão, sudorese, tremores e agitação) que surgiram cerca de 48 horas após a interrupção do consumo pesado de álcool. O tratamento de escolha baseia-se na estabilização clínica e no uso de benzodiazepínicos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A quetiapina é um antipsicótico atípico. Embora possa auxiliar na sedação e no controle da insônia, ela não trata a fisiopatologia básica da abstinência alcoólica, que envolve a redução da atividade do sistema gabaérgico e o aumento do sistema glutamatérgico. Além disso, a quetiapina não previne complicações graves, como convulsões ou delirium tremens.

b) Incorreta. O clonazepam é um benzodiazepínico, mas a conduta peca em dois pontos: o uso "sob demanda" em um paciente com sintomas autonômicos claros pode ser insuficiente para evitar a progressão do quadro, e a observação hospitalar é necessária, sendo a "ambulatorial" contraindicada para este paciente. Devido ao alto consumo prévio (1 litro de destilado/dia) e à gravidade atual dos sintomas, ele possui alto risco de complicações, necessitando de supervisão hospitalar.

c) Correta. O diazepam (ou outros benzodiazepínicos, como o lorazepam) é o padrão-ouro no tratamento da SAA. Os benzodiazepínicos atuam nos receptores GABA, substituindo o efeito do álcool e reduzindo a hiperatividade do sistema nervoso central. A internação hospitalar é necessária para o monitoramento rigoroso dos sinais vitais, aplicação de escalas de gravidade (como a CIWA-Ar) e correção de distúrbios eletrolíticos (comuns no etilismo crônico, como hipocalcemia e hipomagnesemia) e vitamínicos (tiamina).

d) Incorreta. O haloperidol é um antipsicótico que pode ser usado como adjuvante em casos de agitação psicomotora extrema que não responde aos benzodiazepínicos. No entanto, nunca deve ser usado isoladamente na abstinência alcoólica, pois ele reduz o limiar convulsivo, aumentando o risco de o paciente apresentar crises epiléticas, além de não tratar a hiperatividade autonômica.

Questão 17

Alternativa a: Está correta. Na população pediátrica, a hérnia inguinal indireta (ou oblíqua externa) é quase invariavelmente congênita, resultante da falha no fechamento do conduto peritoneovaginal. No adulto, embora possa haver uma predisposição por patência desse conduto, a hérnia manifesta-se tipicamente pelo enfraquecimento dos tecidos da parede abdominal associado ao esforço crônico, sendo classificada como adquirida.

Alternativa b: Está correta. Embora por definição toda hérnia indireta seja lateral aos vasos epigástricos inferiores, a configuração anatômica muda com a idade. Em crianças pequenas, o canal inguinal é muito curto e os anéis inguinais interno e

externo estão quase sobrepostos, tornando a relação com os vasos epigástricos mais direta e menos oblíqua do que no adulto, que possui um canal inguinal alongado e bem desenvolvido.

Alternativa c: Está correta. A técnica cirúrgica é distinta conforme a faixa etária. Em crianças, o tratamento consiste apenas na ligadura alta e ressecção do saco herniário (herniotomia), pois a parede abdominal é preservada. Em adultos, apenas a ligadura não é suficiente para evitar a recidiva, sendo obrigatório o reforço da parede posterior do canal inguinal (hernioplastia), geralmente com o uso de telas (como na técnica de Lichtenstein).

Alternativa d: Esta é a alternativa correta. Como as três afirmações anteriores estão corretas e descrevem as principais diferenças clínicas, anatômicas e cirúrgicas entre as hérnias indiretas em crianças e adultos, a alternativa (d) deve ser assinalada.

Questão 18

Para compreender a anatomia dos nervos vagos ao nível do hiato esofágico, é fundamental recordar o desenvolvimento embriológico do trato gastrointestinal. Durante a embriogênese, o estômago sofre uma rotação de 90 graus no sentido horário em seu eixo longitudinal. Como resultado dessa rotação, as estruturas que eram originalmente laterais mudam de posição.

O nervo vago esquerdo, que inicialmente descia pelo lado esquerdo do esôfago, passa a ocupar a face anterior após a rotação gástrica, tornando-se o tronco vagal anterior. O nervo vago direito, que descia pelo lado direito, passa a ocupar a face posterior, tornando-se o tronco vagal posterior. Uma regra mnemônica muito utilizada na medicina para memorizar essa relação é a sigla LARP (Left Anterior, Right Posterior).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Esta alternativa descreve exatamente o resultado da rotação embriológica. O vago esquerdo posiciona-se anteriormente e o vago direito posiciona-se posteriormente em relação ao esôfago abdominal e ao estômago. No contexto cirúrgico das vagotomias, o tronco anterior (esquerdo) costuma ser mais aderido à parede esofágica, enquanto o tronco posterior (direito) encontra-se um pouco mais afastado da parede, no tecido conjuntivo retroesofágico.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa inverte a anatomia real. O vago direito não fica na superfície anterior, mas sim na posterior.

Alternativa c) Incorreta. Os nervos não se encontram no mesmo plano. Eles entram na cavidade abdominal separados pela estrutura do esôfago, um à frente e outro atrás.

Alternativa d) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, os nervos ocupam faces opostas (anterior e posterior) devido à rotação de 90 graus sofrida pelo estômago durante o desenvolvimento fetal.

Questão 19

Comentário sobre o Tumor Carcinoide de Apêndice Cecal:

Alternativa A (Correta): O tratamento padrão para tumores carcinoides (tumores neuroendócrinos) do apêndice menores que 1 cm e localizados no corpo ou ponta do órgão é a apendicectomia simples. No entanto, a hemicolectomia direita está indicada em situações específicas para garantir a radicalidade oncológica, como: tumores maiores que 2 cm, invasão do mesoapêndice, tumores entre 1 e 2 cm com características de agressividade (alto índice mitótico) ou, como afirma a alternativa, quando o tumor está localizado na base do apêndice, o que pode comprometer a margem de segurança no ceco.

Alternativa B (Incorreta): O tumor carcinoide não é o mais raro; pelo contrário, é o tipo mais comum de neoplasia primária do apêndice cecal, correspondendo a mais de 50% de todos os tumores diagnosticados nesse órgão.

Alternativa C (Incorreta): O quadro clínico não é típico nem facilita o diagnóstico. Na grande maioria das vezes, o tumor é assintomático e descoberto de forma incidental durante o exame anatomopatológico após uma apendicectomia por apendicite aguda (quando o tumor obstrui o lúmen) ou durante cirurgias abdominais por outras causas. A síndrome carcinoide (rubor facial, diarreia e sibilância) é extremamente rara nesses casos, ocorrendo geralmente apenas quando há metástases hepáticas volumosas.

Alternativa D (Incorreta): Os carcinoides do apêndice têm um comportamento biológico geralmente benigno e um prognóstico excelente, com baixa tendência a metastatizar, especialmente quando comparados aos carcinoides do íleo. Os tumores do intestino delgado (íleo) são conhecidos por serem mais agressivos, apresentando maior taxa de disseminação linfonodal e metástases à distância no momento do diagnóstico.

Questão 20

A questão aborda as classificações epônimas das hérnias abdominais, um tema recorrente em provas de cirurgia geral. A identificação correta depende do conhecimento das estruturas anatômicas contidas no saco herniário ou da localização da falha na parede abdominal.

Alternativa (a) Incorreta. Provavelmente refere-se à hérnia de Spiegel (grafada erroneamente como Spinel). Esta hérnia ocorre através da fáscia de Spiegel, localizada entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto abdominal. Sua definição é baseada na topografia anatômica da parede abdominal e não no conteúdo do saco herniário.

Alternativa (b) Incorreta. Embora o divertículo em questão seja o de Meckel, a patologia resultante da sua presença dentro de um saco herniário não recebe o nome de "hérnia de Meckel". Meckel é o nome do divertículo (remanescente do ducto onfalomesentérico), mas o epônimo da hérnia é Littré. Esta é uma alternativa "distratora" comum para confundir o candidato.

Alternativa (c) Correta. A hérnia de Littré é definida pela presença de um divertículo de Meckel no interior do saco herniário. Ela pode ocorrer em diversos locais, sendo mais comum nos canais inguinal ou femoral. É importante não confundi-la com a hérnia de Amyand (que contém o apêndice cecal em uma hérnia inguinal) ou com a hérnia de Richter (que contém apenas parte da circunferência da borda antimesentérica da alça intestinal).

Alternativa (d) Incorreta. McVay não é um tipo de hérnia, mas sim o nome de uma técnica cirúrgica de reparo de hérnias inguinais e femorais. A técnica de McVay utiliza o ligamento de Cooper para o reforço da parede posterior do canal inguinal, sendo classicamente indicada para o tratamento de hérnias femorais.

Questão 21

A Lei de Goodsall-Salmon é um conceito clássico da proctologia utilizado para prever o trajeto de uma fístula anal e a localização do seu orifício interno a partir da posição do orifício externo na pele perianal.

Alternativa (a) Incorreta: A doença de Crohn é uma patologia inflamatória intestinal que pode afetar qualquer segmento do trato digestivo. Embora a doença de Crohn seja uma causa frequente de fístulas perianais complexas (que muitas vezes não seguem regras anatômicas simples), a lei em questão não é utilizada para localizar a doença no intestino delgado.

Alternativa (b) Incorreta: A localização do apêndice cecal, seja ela retrocecal, pélvica ou pré-ileal, depende da anatomia individual e de variações no desenvolvimento embrionário, não possuindo relação com a semiologia das fístulas anorretais.

Alternativa (c) Correta: Esta é a aplicação direta da lei. Ela estabelece que:

1. Orifícios externos situados posteriormente a uma linha transversa imaginária que divide o ânus tendem a ter um trajeto curvo em direção a um orifício interno único, localizado na linha média posterior (posição de 6 horas).
2. Orifícios externos situados anteriormente a essa linha tendem a ter um trajeto reto e radial em direção à cripta anal mais próxima.
3. Existe uma exceção importante: orifícios anteriores localizados a mais de 3 cm de distância da borda anal geralmente se comportam como fístulas posteriores, seguindo um trajeto curvo até a linha média posterior.

Alternativa (d) Incorreta: O carcinoma de reto é diagnosticado e localizado através do toque retal, exames endoscópicos (colonoscopia e retossigmoidoscopia) e exames de imagem como a ressonância magnética. A Lei de Goodsall-Salmon não possui utilidade no manejo ou diagnóstico de neoplasias malignas.

Questão 22

A tireoidectomia e a paratireoidectomia exigem um conhecimento anatômico preciso da região cervical anterior para evitar complicações pós-operatórias graves. O foco principal durante a dissecação da glândula tireoide é a preservação das glândulas paratireoides e, fundamentalmente, do Nervo Laríngeo Recorrente.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O Nervo Trigêmeo (V par craniano) é responsável pela sensibilidade da face e pela inervação motora dos músculos da mastigação. Sua anatomia está restrita à região craniana e facial, permanecendo totalmente fora do campo cirúrgico de uma tireoidectomia.
- b) Incorreta. O Nervo Alveolar Inferior é um ramo do nervo mandibular (V3, divisão do Trigêmeo). Ele percorre o interior do canal mandibular para fornecer inervação aos dentes inferiores e ao mento. É um nervo de interesse para cirurgiões-dentistas e cirurgiões bucomaxilofaciais, sem relação com a região cervical baixa onde se localiza a tireoide.
- c) Incorreta. O Nervo Vago (X par craniano) desce pelo pescoço dentro da bainha carotídea, posicionado lateralmente à glândula tireoide e entre a veia jugular interna e a artéria carótida comum. Embora o Nervo Laríngeo Recorrente seja um ramo do

vago, o tronco principal do vago está mais protegido lateralmente e raramente é manipulado ou lesionado durante a tireoidectomia propriamente dita.

d) Correta. O Nervo Laríngeo Recorrente é a estrutura nervosa de maior preocupação técnica durante a tireoidectomia. Ele ascende pelo pescoço no sulco traqueoesofágico, passando muito próximo ou até atravessando o ligamento de Berry e a artéria tireoidiana inferior, logo atrás dos lobos da tireoide. Este nervo é responsável pela inervação de quase todos os músculos intrínsecos da laringe. Uma lesão unilateral causa paralisia da prega vocal ipsilateral, resultando em rouquidão. Uma lesão bilateral é uma emergência cirúrgica, pois as pregas vocais podem se fechar na linha média, causando obstrução das vias aéreas e necessidade de traqueostomia.

A identificação e preservação do Nervo Laríngeo Recorrente são consideradas etapas fundamentais para a segurança do paciente em qualquer cirurgia de cabeça e pescoço que envolva a tireoide.

Questão 23

A obstrução intestinal é classificada em dois grandes grupos: mecânica e funcional. Na obstrução mecânica, existe uma barreira física real no lúmen ou na parede intestinal (como tumores, bridas ou volvos). Já na obstrução funcional, o lúmen está livre, porém o conteúdo não progride devido a uma falha na motilidade intestinal.

A afirmação inicial de que a obstrução funcional corresponde ao íleo paralítico está correta. O íleo paralítico é a forma mais clássica de obstrução funcional, sendo extremamente comum no período pós-operatório (íleo fisiológico), em decorrência de processos inflamatórios abdominais (peritonite) ou distúrbios metabólicos (como a hipocalcemia).

A razão apresentada também está correta: "Nessas circunstâncias, o intestino perde sua capacidade contrátil". A fisiopatologia do íleo paralítico baseia-se na inibição da atividade neuromuscular coordenada. Sem contrações rítmicas e propulsivas (peristalse), o trânsito intestinal é interrompido, levando à distensão e ao acúmulo de líquidos e gases, mesmo sem a presença de um obstáculo físico.

Como a perda da capacidade de contração é justamente o que caracteriza a falha na "função" do órgão, a razão explica diretamente por que essa condição é chamada de obstrução funcional.

Análise das alternativas:

- a) Afirmação e razão corretas e se correspondem: Esta é a alternativa correta. Ambos os conceitos estão medicamente precisos e o segundo justifica o primeiro.
- b) Afirmação e razão corretas, mas não se correspondem: Incorreta. Existe um nexos causal direto; a definição de funcional advém justamente da falha na mecânica de contração.
- c) Afirmação correta, razão falsa: Incorreta. A razão é verdadeira, pois a ausência de propulsão por falta de contração é a base do quadro.
- d) Afirmação falsa, razão correta: Incorreta. A afirmação é verdadeira e amplamente utilizada na literatura médica para diferenciar quadros obstrutivos dinâmicos de adinâmicos.

Questão 24

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: INCORRETA. No adulto saudável, o padrão normal de distribuição de gás no abdome apresenta ar predominantemente no estômago e no cólon. O intestino delgado, em condições normais, contém uma quantidade mínima de gás que geralmente não é suficiente para permitir sua visualização clara ou regular em toda a sua extensão na radiografia simples.

Alternativa B: INCORRETA. A presença de ar e a distensão das alças intestinais em zona proximal ao ponto de bloqueio são sinais radiológicos precoces da obstrução intestinal. À medida que o trânsito é interrompido, o ar deglutido e os gases da fermentação bacteriana começam a se acumular imediatamente acima da obstrução, tornando-se visíveis ao raio X em pouco tempo.

Alternativa C: CORRETA. Esta alternativa segue o raciocínio clássico de radiologia diagnóstica para concursos, que considera o intestino delgado como uma zona de trânsito rápido. Sob essa lógica, o ar não deveria permanecer tempo suficiente no delgado para ser captado em uma imagem radiográfica de um paciente saudável. Portanto, a visualização de gás no delgado sugere que há algum grau de estase, seja por obstrução mecânica ou por íleo paralítico (falta de motilidade). Vale ressaltar que, na prática clínica, recém-nascidos e lactentes podem apresentar gás no delgado sem que isso signifique patologia, porém, para fins de prova e dentro da visão generalista da questão, a alternativa C foi considerada a correta por enfatizar que o ar no delgado é um marcador de anormalidade no trânsito intestinal.

Alternativa D: INCORRETA. Embora a afirmação de que ar no delgado é patológico

seja mais fidedigna quando aplicada exclusivamente a adultos, a banca examinadora optou pela alternativa C, que expande essa regra para qualquer faixa etária. Em termos rigorosos de prova de residência, o examinador frequentemente busca a resposta que define o sinal radiológico (ar no delgado) como sinônimo de alteração de fluxo (obstrução/estase).

RESUMO DIDÁTICO:

Ao analisar um Rx de abdome com suspeita de obstrução, o médico deve procurar pelo sinal de empilhamento de moedas (válvulas coniventes do delgado), níveis hidroaéreos e a ausência de gás na ampola retal. Lembre-se de que o delgado "normal" no raio X é silencioso; se você está vendo gás nele com clareza, algo está impedindo a progressão fisiológica desse conteúdo.

Questão 25

O tronco celíaco é o primeiro grande ramo visceral da aorta abdominal, originando-se logo abaixo do hiato aórtico do diafragma, ao nível da vértebra T12. Ele é responsável pela vascularização das estruturas derivadas do intestino anterior embrionário, o que inclui a porção distal do esôfago, o estômago, o duodeno proximal, o fígado, a vesícula biliar, o pâncreas e o baço.

Alternativa (a): CORRETA. O tronco celíaco é caracterizado por uma curta extensão que logo se divide em três ramos principais, conhecidos como o tripé celíaco:

1. Artéria Gástrica Esquerda: o menor dos ramos, que irriga a curvatura menor do estômago e o esôfago abdominal.
2. Artéria Esplênica: o maior ramo, que segue um trajeto tortuoso posterior ao estômago e superior ao pâncreas para suprir o baço e partes do pâncreas e do estômago.
3. Artéria Hepática Comum: que se direciona para a direita para suprir o fígado, a vesícula biliar, o estômago distal e o duodeno.

Alternativa (b): INCORRETA. As artérias mesentéricas superior e inferior são vasos distintos que nascem diretamente da face anterior da aorta abdominal em níveis inferiores ao tronco celíaco (L1 e L3, respectivamente). A artéria esplênica é, de fato, um ramo do tronco celíaco, mas as mesentéricas não o compõem.

Alternativa (c): INCORRETA. A artéria ileocecólica (ou ileocólica) é um ramo da artéria mesentérica superior, responsável pela irrigação da transição entre o íleo e o ceco. A artéria gástrica direita geralmente se origina da artéria hepática própria ou da artéria hepática comum, mas não é considerada um dos três ramos primários que formam o tronco celíaco.

Alternativa (d): INCORRETA. Como mencionado, a artéria mesentérica superior é um ramo independente da aorta. A artéria cólica média é um dos ramos da artéria mesentérica superior, destinada à irrigação do cólon transverso. Apenas a artéria hepática comum faz parte da divisão original do tronco celíaco.

Dica didática: Para provas de anatomia e cirurgia, memorize o tronco celíaco como um tripé arterial composto pelas artérias gástrica esquerda, esplênica e hepática comum. Qualquer alternativa que inclua artérias mesentéricas ou ramos de segunda ordem (como as cólicas ou ileocólicas) deve ser descartada.

Questão 26

O Triângulo de Calot (também chamado de triângulo cisto-hepático) é o marco anatômico mais importante na cirurgia de vesícula biliar. A sua correta dissecação e identificação são os pilares da técnica de visão crítica de segurança, essencial para evitar lesões inadvertidas do ducto colédoco ou da artéria hepática direita durante a colecistectomia videolaparoscópica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. O epônimo Saint refere-se à Tríade de Saint, que descreve a presença simultânea de três patologias no mesmo paciente: colelitíase (pedra na vesícula), diverticulose do cólon e hérnia de hiato. Não se trata de um triângulo anatômico de referência cirúrgica.

b) Incorreta. Charcot é um nome associado a quadros clínicos. A Tríade de Charcot é a apresentação clássica da colangite aguda (febre com calafrios, icterícia e dor no hipocôndrio direito). Existe também a Pêntade de Reynolds para colangite grave e a tríade neurológica de Charcot para esclerose múltipla, mas não um triângulo para colecistectomia.

c) Incorreta. Silvius (ou Sívio) é um termo da neuroanatomia. Refere-se ao aqueduto cerebral (que liga o terceiro ao quarto ventrículo) ou ao sulco lateral do cérebro (fissura de Sívio). Não possui aplicação na cirurgia biliar.

d) Correta. O Triângulo de Calot é a referência anatômica fundamental. Seus limites são:

- Limite Inferior/Lateral: Ducto cístico.
- Limite Medial: Ducto hepático comum.
- Limite Superior: Borda inferior do fígado (fossa cística).

O conteúdo principal deste triângulo é a artéria cística e o linfonodo cístico (conhecido como linfonodo de Mascagni ou de Calot).

A identificação precisa desses limites permite ao cirurgião isolar o ducto cístico e a artéria cística com segurança antes da clipagem e secção, minimizando o risco de lesão iatrogênica da via biliar principal.

GABARITO: Letra D.

Questão 27

A questão aborda a anatomia cirúrgica da região biliar, especificamente os limites do Triângulo Hepatocístico (também conhecido em muitas referências como Triângulo de Budde ou, frequentemente na prática clínica, referido de forma genérica como Triângulo de Calot).

A alternativa (b) está correta porque define os limites anatômicos clássicos do Triângulo Hepatocístico: lateralmente pelo ducto cístico, medialmente pelo ducto hepático comum e superiormente pela borda inferior (ou face visceral) do fígado. É fundamental que o cirurgião identifique essas estruturas para a realização segura da colecistectomia, visando à correta identificação da artéria cística e à prevenção de lesões iatrogênicas das vias biliares.

A alternativa (a) está incorreta porque a artéria cística é, na verdade, o conteúdo principal que passa por dentro do triângulo, e não um de seus limites anatômicos. A vesícula biliar é o órgão a ser removido, mas suas paredes não formam as bordas do triângulo descrito.

A alternativa (c) está incorreta porque a Papila de Vater localiza-se na segunda porção do duodeno, sendo o local de desembocadura dos ductos colédoco e pancreático principal. Trata-se de uma estrutura interna do trato digestório, distante da região de dissecação do triângulo hepatocístico.

A alternativa (d) está incorreta porque o Gânglio de Mascagni (também chamado de linfonodo de Lund) é um marcador cirúrgico importante que geralmente se localiza no interior do triângulo, servindo como guia para encontrar a artéria cística, mas ele é conteúdo, não limite. Além disso, o limite medial do triângulo é o ducto hepático comum; o ducto colédoco tecnicamente começa apenas após a junção do ducto cístico com o hepático comum.

Questão 28

A Síndrome de Zollinger-Ellison (SZE) é uma condição clínica causada pela existência de um gastrinoma, um tumor neuroendócrino que secreta gastrina de forma autônoma. Essa gastrina estimula as células parietais do estômago a produzirem ácido clorídrico em excesso.

Alternativa a: Incorreta. A síndrome é caracterizada por hipercloridria (aumento do ácido) e não hipocloridria. O excesso de gastrina impede que os níveis de ácido sejam baixos, sendo a hipersecreção ácida a marca registrada da doença.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa apresenta os três pilares que definem classicamente a síndrome: a presença de lesões ulceradas (decorrentes da agressão ácida constante à mucosa), a origem tumoral (frequentemente descrita como um adenoma de células não beta no pâncreas, o gastrinoma) e a hipercloridria (hipersecreção de ácido gástrico). Embora as úlceras possam ocorrer em diversos locais, a agressão ao estômago e duodeno é a regra.

Alternativa c: Incorreta. Embora a úlcera duodenal seja estatisticamente muito comum na SZE e muitos desses tumores apresentem comportamento biológico de carcinoma (malignidade), a alternativa B é a que utiliza a terminologia tradicional das tríades diagnósticas consagradas em livros-texto para descrever a patologia em provas de concursos.

Alternativa d: Incorreta. O erro reside na classificação da secreção ácida como hipocloridria. Na Síndrome de Zollinger-Ellison, o débito ácido basal é extremamente elevado, sendo o principal fator fisiopatológico para a formação das úlceras graves e muitas vezes múltiplas.

Complementando o entendimento, vale lembrar que o excesso de ácido no lúmen intestinal inativa as enzimas pancreáticas e precipita sais biliares, o que frequentemente causa diarreia e esteatorreia nos pacientes acometidos, além da dor ulcerosa clássica.

Questão 29

A Tríade de Charcot é um sinal clínico clássico utilizado para o diagnóstico sindrômico de colangite aguda, que é a infecção das vias biliares geralmente secundária a uma obstrução, como a coledocolitíase. A compreensão desses sintomas é fundamental na prática médica para a identificação precoce de quadros potencialmente graves.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a febre seja um componente da tríade, os vômitos e a diarreia são sintomas inespecíficos que podem ocorrer em diversas patologias

gastrointestinais, mas não fazem parte dos critérios diagnósticos da Tríade de Charcot.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa define precisamente os três elementos da Tríade de Charcot: dor abdominal (tipicamente localizada no hipocôndrio direito), febre (geralmente com calafrios, indicando bacteremia) e icterícia (decorrente da obstrução ao fluxo biliar). A presença concomitante desses sinais possui alta especificidade para colangite aguda.

Alternativa (c) Incorreta: A icterícia é um dos componentes corretos, porém, assim como na alternativa (a), vômitos e diarreia não compõem a tríade clássica. Faltam a dor abdominal e a febre para o fechamento do quadro.

Alternativa (d) Incorreta: Esta opção apresenta a dor abdominal e a icterícia corretamente, mas substitui a febre pela diarreia. A febre é um elemento essencial, pois indica a resposta inflamatória e infecciosa sistêmica que caracteriza a colangite.

Informação adicional: Quando o quadro clínico de colangite se agrava, a Tríade de Charcot pode evoluir para a Pêntade de Reynolds, que ocorre com a adição de hipotensão (choque circulatório) e alteração do nível de consciência (letargia ou confusão mental), sinalizando uma emergência médica de alta mortalidade.

Questão 30

A questão descreve um quadro clínico clássico da Telangiectasia Hemorrágica Hereditária, também conhecida como Moléstia de Weber-Rendu-Osler.

Alternativa a) Incorreta. A doença de Von Hippel-Lindau é uma síndrome de neoplasia hereditária caracterizada pelo desenvolvimento de tumores, como hemangioblastomas no sistema nervoso central e retina, além de carcinomas de células renais e feocromocitomas. Não apresenta como característica telangiectasias em mucosas ou lábios.

Alternativa b) Incorreta. A síndrome de Mallory-Weiss é uma causa de hemorragia digestiva alta decorrente de lacerações longitudinais na mucosa da junção esofagogástrica. Esse evento ocorre geralmente após episódios de vômitos vigorosos ou esforço físico intenso, sendo um processo mecânico e agudo, sem relação com malformações vasculares crônicas em face ou boca.

Alternativa c) Incorreta. O escorbuto é a manifestação da deficiência grave de vitamina C (ácido ascórbico). Embora cause manifestações hemorrágicas devido à fragilidade capilar (como sangramento gengival, petéquias e equimoses), sua

fisiopatologia envolve o comprometimento da síntese de colágeno, e não a formação de telangiectasias permanentes em lábios e mucosa bucal.

Alternativa d) Correta. A Moléstia de Weber-Rendu-Osler é uma patologia genética de caráter autossômico dominante que afeta a integridade da parede dos vasos sanguíneos. Clinicamente, ela se manifesta por meio de telangiectasias (dilatações de pequenos vasos) localizadas predominantemente em lábios, língua, mucosa oral, palmas das mãos e dedos. Essas lesões são extremamente frágeis e predisõem a sangramentos recorrentes, como epistaxes (sangramento nasal) e hemorragias gastrointestinais, devido à presença de lesões semelhantes ao longo do trato digestivo.

Questão 31

A Tríade de Saint refere-se à coexistência de três condições clínicas distintas em um mesmo indivíduo: hérnia de hiato esofágico, colelitíase (presença de cálculos na vesícula biliar) e doença diverticular dos cólons (diverticulose). Esta tríade é um conceito semiológico clássico que desafia o princípio da parcimônia (Navalha de Ockham), o qual sugere que se deve buscar apenas um diagnóstico para explicar todos os sintomas do paciente. No caso de Saint, reforça-se que patologias diferentes podem coexistir, especialmente em pacientes idosos.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): CORRETA. Esta opção lista com precisão os três componentes clássicos descritos por Charles Saint. A associação entre essas patologias é observada na prática clínica, muitas vezes compartilhando fatores de risco como idade avançada e hábitos dietéticos ocidentais (pobres em fibras).

Alternativa (b): INCORRETA. Embora mencione a hérnia de hiato, a polipose intestinal e a úlcera duodenal não fazem parte da descrição da Tríade de Saint.

Alternativa (c): INCORRETA. Pancreatite aguda, retocolite ulcerativa e hiperesplenismo são condições graves, mas não possuem correlação epidemiológica ou histórica que as unam em uma tríade específica como a de Saint.

Alternativa (d): INCORRETA. Esta alternativa é uma "pegadinha" comum em provas, pois inclui dois componentes corretos (colelitíase e hérnia de hiato), mas substitui a doença diverticular pela úlcera péptica, o que torna a afirmação falsa perante a definição clássica.

Questão 32

SISTEMA PORTA HEPÁTICO: CONSTITUIÇÃO E ANATOMIA

A veia porta é o principal vaso do sistema portal, responsável por levar ao fígado o sangue rico em nutrientes absorvidos pelo trato gastrointestinal. Classicamente, sua formação ocorre atrás do colo do pâncreas, ao nível da segunda vértebra lombar (L2), pela união da veia mesentérica superior e da veia esplênica. No entanto, o sistema venoso portal é composto por um conjunto de vasos que convergem para esse tronco principal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. A veia cística e a veia gástrica esquerda são, de fato, tributárias da veia porta, mas a "veia hepática comum" não existe na terminologia anatômica. O que existem são a artéria hepática comum e as veias hepáticas (que drenam o fígado para a veia cava inferior).

Alternativa B: Incorreta. Embora a veia mesentérica inferior e a veia esplênica façam parte do sistema, a veia cólica média é uma tributária da veia mesentérica superior. Além disso, falta nesta alternativa o principal componente formador: a veia mesentérica superior.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve de forma abrangente os componentes que formam ou drenam diretamente para o tronco da veia porta. O tronco principal é formado pela união da veia mesentérica superior e da veia esplênica (que geralmente já recebeu a veia mesentérica inferior). Ao longo de seu trajeto em direção ao hilo hepático, a veia porta recebe ainda as veias gástricas (direita e esquerda) e as veias císticas. Portanto, todas essas estruturas contribuem para a composição do volume sanguíneo portal.

Alternativa D: Incorreta. A veia retal superior é a continuação da veia mesentérica inferior, não se unindo diretamente ao tronco da veia porta. A lista ignora a veia mesentérica superior, que é indispensável para a formação do vaso.

RESUMO ANATÔMICO:

1. Tronco principal: formado pela veia mesentérica superior + veia esplênica.
2. Contribuição indireta: veia mesentérica inferior (geralmente drena na veia esplênica antes da formação do tronco portal).
3. Tributárias diretas do tronco portal: veias gástricas esquerda e direita, veia cística e veias paraumbilicais.

Questão 33

O diagnóstico clínico de Neurofibromatose tipo 1 (NF1), também conhecida como doença de von Recklinghausen, é estabelecido quando o paciente preenche pelo menos dois dos sete critérios clássicos do Consenso do NIH. No caso apresentado, a criança preenche três critérios:

1. Presença de 6 ou mais manchas café-com-leite com diâmetro superior a 0,5 cm em indivíduos pré-púberes (a paciente tem 10 manchas entre 0,6 e 1,5 cm).
2. Efélides (sardas) em regiões axilares ou inguinais, sinal conhecido como Sinal de Crowe.
3. Parente de primeiro grau (mãe) com diagnóstico de NF1, confirmado pela presença de manchas e neurofibromas (tumorações cutâneas indolores).

Além dos critérios dermatológicos, dificuldades de aprendizado e atraso na coordenação motora são manifestações neurológicas frequentes na NF1.

Análise das alternativas:

- a) Correta. O diagnóstico de NF1 é eminentemente clínico e os achados da paciente (manchas café-com-leite e efélides axilares/inguinais) somados à história familiar positiva confirmam a hipótese.
- b) Incorreta. A Síndrome de McCune-Albright caracteriza-se pela tríade: manchas café-com-leite (geralmente grandes, unilaterais e com bordas irregulares "em costa do Maine"), displasia fibrosa polioestótica e endocrinopatias (como puberdade precoce). O quadro descrito é típico de NF1, não de McCune-Albright.
- c) Incorreta. O vitiligo é uma doença caracterizada por máculas acrómicas (brancas), decorrentes da perda de melanócitos, e não por manchas hiperpigmentadas como as descritas no caso.
- d) Incorreta. O nevo melanocítico congênito manifesta-se geralmente como uma lesão única, de coloração castanho-escuro ou enegrecida, por vezes com hipertricose (pelos). Ele não justifica a presença de múltiplas manchas café-com-leite disseminadas nem as efélides em dobras cutâneas.

Questão 34

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico apresenta a tríade clássica da Doença Mão-Pé-Boca (DMPB): febre, lesões vesiculares em mucosa oral (que justificam a recusa alimentar e irritabilidade) e exantema maculopapular/vesicular com distribuição característica em palmas das mãos, plantas dos pés e região glútea. A epidemiologia, citando um paciente de 2 anos e surto em ambiente escolar (creche), confirma a suspeita. A DMPB é causada por enterovírus, sendo os mais comuns o Coxsackie A16 e o Enterovírus 71.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A Doença Mão-Pé-Boca é, na maioria absoluta dos casos, uma patologia autolimitada com resolução espontânea em 7 a 10 dias. Não existe tratamento antiviral específico indicado para casos de rotina. A conduta correta baseia-se em:

1. Manejo de suporte: Uso de analgésicos e antipiréticos para controle da dor e da febre, garantindo que a criança consiga se hidratar adequadamente.
2. Isolamento: Afastamento das atividades escolares para reduzir a transmissão, que ocorre de forma fecal-oral e por secreções respiratórias.
3. Higiene: Reforço da lavagem das mãos e desinfecção de superfícies e brinquedos para conter a disseminação do vírus.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: Embora o Herpes simples tipo 1 (HSV-1) cause gengivoestomatite, ele tipicamente não causa lesões em palmas e plantas. O aciclovir é um antiviral que age sobre a DNA-polimerase do vírus Herpes, não tendo qualquer utilidade contra os enterovírus (vírus de RNA) causadores da DMPB.

Alternativa b: A etiologia da doença é viral. O uso de antibióticos, sejam eles tópicos ou sistêmicos, não tem efeito sobre o curso da doença e não deve ser prescrito de forma profilática. O uso de antibióticos só estaria indicado se houvesse sinais claros de infecção bacteriana secundária (impetiginização), o que não ocorre no caso descrito.

Alternativa d: O pleconaril é uma droga experimental que foi estudada para o tratamento de picornavírus (incluindo enterovírus), mas seu uso não foi aprovado para utilização clínica de rotina e não faz parte dos protocolos de tratamento da Doença Mão-Pé-Boca, especialmente em casos leves e estáveis como o apresentado.

Questão 35

O caso descreve um lactente de 2 meses, em aleitamento materno exclusivo, com crescimento adequado e sem sinais de alerta (red flags). O quadro de cólica isolada nessa idade é comum e geralmente fisiológico, não sendo indicativo, por si só, de alergia alimentar ou necessidade de intervenções dietéticas agressivas.

Alternativa a: Incorreta. Não existe evidência científica que fundamente a restrição de alimentos alergênicos (como leite de vaca e ovo) na dieta da mãe com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de alergias no bebê. Pelo contrário, dietas restritivas desnecessárias podem comprometer o aporte nutricional da mãe e gerar ansiedade, sem trazer benefícios comprovados ao lactente.

Alternativa b: Correta. A conduta padrão para um lactente saudável e em crescimento adequado é a manutenção do aleitamento materno exclusivo. As diretrizes das principais sociedades de pediatria (como SBP, AAP e ESPGHAN) recomendam que a lactante mantenha uma dieta variada e equilibrada. A exposição aos antígenos alimentares através do leite materno pode, inclusive, auxiliar no desenvolvimento da tolerância imunológica da criança.

Alternativa c: Incorreta. O aleitamento materno deve ser sempre a primeira escolha e é superior a qualquer fórmula infantil. Fórmulas hidrolisadas não são indicadas para a prevenção de alergias em bebês saudáveis. Além disso, episódios de cólica isolados não justificam a interrupção da amamentação ou a introdução de fórmulas especiais.

Alternativa d: Incorreta. A fórmula de soja não tem papel na prevenção de alergias alimentares e não é recomendada para fins de diversificação alimentar. O uso de fórmulas de soja não é indicado para lactentes menores de 6 meses, salvo em situações metabólicas específicas (como a galactosemia), e nunca deve substituir o leite materno em um cenário de normalidade clínica.

Em resumo, na ausência de sintomas objetivos sugestivos de alergia alimentar (como sangue nas fezes, déficit ponderal, vômitos persistentes ou lesões cutâneas), não há indicação para dietas de exclusão materna ou substituição do leite materno por fórmulas.

Questão 36

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um pré-escolar com sinais clássicos de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) de instalação subaguda (três semanas). Os principais achados que sustentam essa conclusão são a taquipneia aos esforços, tosse seca,

hepatomegalia, crepitações pulmonares e sinais de baixo débito cardíaco, como pulsos finos e palidez. A cardiomegalia no raio X e a sobrecarga de câmaras esquerdas com alteração de repolarização no ECG confirmam o comprometimento do miocárdio.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A miocardite viral é uma das causas mais comuns de insuficiência cardíaca adquirida na infância. O processo inflamatório do músculo cardíaco resulta em disfunção sistólica, levando ao acúmulo de líquido nos pulmões (causando tosse e crepitações) e no sistema venoso sistêmico (causando hepatomegalia). As bulhas hipofonéticas sugerem uma contratilidade diminuída ou presença de derrame pericárdico associado. O ECG com inversão de onda T e sobrecarga de câmaras reflete o sofrimento miocárdico e a dilatação ventricular progressiva.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Embora a pneumonia viral possa causar taquipneia e crepitações, ela não explica a cardiomegalia, a hepatomegalia de 4 cm nem os pulsos periféricos diminuídos. O quadro é nitidamente de origem cardiogênica, e não apenas respiratória.

Alternativa C: A asma é uma doença obstrutiva das vias aéreas inferiores que se manifesta tipicamente com sibilância e tempo expiratório prolongado. Não há associação direta de asma com cardiomegalia, hepatomegalia ou alterações eletrocardiográficas de sobrecarga de câmaras esquerdas.

Alternativa D: A endocardite bacteriana subaguda geralmente apresenta febre prolongada e, frequentemente, um sopro cardíaco novo ou modificado devido ao comprometimento valvar. Embora possa evoluir para insuficiência cardíaca, o padrão de início com sintomas sistêmicos inespecíficos evoluindo para disfunção ventricular difusa em uma criança previamente hígida é muito mais característico da miocardite viral. Além disso, as alterações de onda T no ECG reforçam a inflamação direta do miocárdio.

Questão 37

O caso clínico descreve um lactente de 3 meses com o quadro clássico de refluxo gastroesofágico fisiológico, também conhecido como "golfador feliz". As características fundamentais são: regurgitações frequentes, porém com bom ganho de peso, ausência de irritabilidade excessiva, ausência de sinais de alerta (como sangue nas fezes ou pausas respiratórias) e exame físico normal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o diagnóstico inicial de refluxo fisiológico esteja correto, a conduta proposta está errada. Medicamentos que suprimem a acidez, como os inibidores da bomba de prótons (IBP), não possuem indicação no refluxo fisiológico. O problema nesse caso é mecânico/funcional (imaturidade do esfíncter esofágico inferior) e não relacionado à acidez.

b) Incorreta. A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) se diferencia do refluxo fisiológico pela presença de sintomas patológicos ou complicações (como esofagite, baixo ganho de peso, anemia ou sintomas respiratórios crônicos). O paciente em questão não apresenta critérios para DRGE. Além disso, exames subsidiários como a pH-metria não são indicados para lactentes que estão crescendo e se desenvolvendo bem.

c) Correta. O quadro é de refluxo gastroesofágico fisiológico, uma condição comum e benigna que tende a desaparecer com o amadurecimento da criança (geralmente até o primeiro ano de vida). A conduta deve ser conservadora, baseada em orientações aos pais sobre a natureza benigna da condição, manutenção do aleitamento materno e medidas posturais. O espessamento da dieta pode ser considerado se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, mas o foco principal é evitar intervenções farmacológicas desnecessárias.

d) Incorreta. Não há qualquer evidência de DRGE complicada no relato (o bebê está bem, sem sinais de alerta e com exame físico normal). A endoscopia digestiva alta é um procedimento invasivo e só estaria indicada em casos de suspeita de complicações orgânicas, como esofagite erosiva ou estenose, o que não se aplica ao caso.

Questão 38

Análise dos critérios da Síndrome Metabólica (SM) na infância:

Para crianças entre 10 e 16 anos, a International Diabetes Federation (IDF) estabelece que o diagnóstico de SM exige a presença de obesidade abdominal (circunferência abdominal maior ou igual ao percentil 90 para idade e sexo) somada a pelo menos dois dos seguintes quatro critérios:

1. Triglicérides maiores ou iguais a 150 mg/dL.
2. HDL-C menor que 40 mg/dL.
3. Pressão arterial sistólica maior ou igual a 130 mmHg ou diastólica maior ou igual a

85 mmHg.

4. Glicemia de jejum maior ou igual a 100 mg/dL ou diagnóstico prévio de Diabetes Tipo 2.

Análise do caso clínico:

João tem 12 anos e apresenta os seguintes dados:

- Circunferência abdominal no percentil 95 (preenche o critério obrigatório de ser maior ou igual ao percentil 90).
- Triglicérides de 160 mg/dL (critério positivo, pois é maior ou igual a 150).
- HDL de 38 mg/dL (critério positivo, pois é menor que 40).
- Pressão arterial de 132/86 mmHg (critério positivo, pois ultrapassa 130/85).
- Glicemia de jejum de 102 mg/dL (critério positivo, pois é maior ou igual a 100).
- HOMA-IR de 5,5 e acantose nigricans confirmam o estado de resistência insulínica, embora não sejam critérios diagnósticos da IDF.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O paciente atende ao requisito mandatório (obesidade abdominal por circunferência da cintura) e apresenta outros quatro critérios adicionais (hipertensão, hipertrigliceridemia, HDL baixo e glicemia de jejum alterada). A alternativa cita corretamente a presença de pelo menos dois destes.

Alternativa b) Incorreta. A glicemia de 102 mg/dL já é considerada um critério para SM na faixa etária de 10 a 16 anos, pois o ponto de corte da IDF é 100 mg/dL. Além disso, o diagnóstico de SM independe da glicemia se o paciente já apresentar outros dois critérios alterados, como é o caso de João.

Alternativa c) Incorreta. Embora o IMC seja um indicador de obesidade, a IDF utiliza a circunferência abdominal como critério definidor. Como a circunferência abdominal do paciente foi fornecida (percentil 95), o diagnóstico de síndrome metabólica é perfeitamente possível.

Alternativa d) Incorreta. Tanto a SBP quanto a IDF validam o diagnóstico de síndrome metabólica em crianças a partir dos 10 anos de idade. Apenas para crianças abaixo de 10 anos o diagnóstico de SM não é formalmente estabelecido, recomendando-se apenas o acompanhamento e intervenção no estilo de vida.

Gabarito: Letra A.

Questão 39

O caso clínico de Miguel apresenta um quadro clássico de raquitismo carencial, uma patologia decorrente da mineralização inadequada da placa de crescimento (fise) em crianças. A análise deve focar na correlação entre a história clínica, os sinais físicos e os marcadores laboratoriais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a osteomalácia seja o defeito de mineralização da matriz óssea que ocorre tanto em crianças quanto em adultos, o termo "raquitismo" é específico para a desorganização da placa de crescimento em indivíduos que ainda não fecharam as epífises. Além disso, a história clínica aponta para deficiência nutricional direta (falta de suplementação e baixa exposição solar) e não para uma síndrome de má absorção intestinal, que geralmente viria acompanhada de outros sintomas como diarreia crônica ou déficit de ganho ponderal.

b) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o diagnóstico. Miguel apresenta fatores de risco importantes: amamentação exclusiva sem suplementação de vitamina D (recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria até os 2 anos) e baixa exposição solar. A deficiência de vitamina D ($25(\text{OH})\text{D} = 10 \text{ ng/mL}$) impede a absorção intestinal adequada de cálcio e fósforo. A queda do cálcio sérico estimula as glândulas paratireoides a secretarem mais PTH (hiperparatireoidismo secundário) na tentativa de normalizar a calcemia através da reabsorção óssea e renal. O PTH elevado aumenta a excreção renal de fósforo (causando hipofosfatemia). A fosfatase alcalina elevada reflete o aumento da atividade osteoblástica na tentativa frustrada de mineralizar o osso. Os achados físicos (craniotabes, alargamento de punhos e arqueamento de membros) e radiológicos são as consequências ósseas dessa desordem metabólica.

c) Incorreta. As displasias metafisárias são doenças genéticas intrínsecas do desenvolvimento ósseo. Embora possam causar deformidades nos membros e alterações radiológicas na placa de crescimento, elas não cursam com alterações nos níveis de vitamina D, cálcio, fósforo ou PTH. No caso de Miguel, as alterações laboratoriais confirmam uma causa metabólica/nutricional.

d) Incorreta. No hipoparatireoidismo primário, há uma falha na produção de PTH pelas glândulas paratireoides. Portanto, o PTH estaria baixo ou indetectável, e não elevado. Além disso, na ausência de PTH, o fósforo sérico costuma estar elevado (hiperfosfatemia), pois o PTH é o principal hormônio responsável pela eliminação renal de fósforo. O quadro de Miguel mostra PTH elevado e fósforo baixo, o que exclui esta hipótese.

Resumo dos achados no Raquitismo Carencial:

- Clínica: Alargamento de punhos e tornozelos, rosário raquítico, craniotabes (amolecimento dos ossos do crânio), arqueamento de ossos longos e atraso motor/dentário.
- Laboratório: Vitamina D baixa, Cálcio baixo ou normal-baixo, Fósforo baixo, PTH elevado (secundário) e Fosfatase Alcalina muito elevada.
- Radiologia: Alargamento, irregularidade ("franjamento") e concavidade ("em taça") das metáfises.

Questão 40

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma criança de 4 anos com sangramento cutâneo-mucoso (petéquias, equimoses e gengivorragia) de início súbito, precedido por uma infecção viral de vias aéreas superiores há duas semanas. O dado laboratorial central é a plaquetopenia isolada ($18.000/\text{mm}^3$), com níveis normais de hemoglobina e leucócitos. O exame físico é normal, sem sinais de malignidade como massas, linfadenomegalias ou visceromegalias.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: Embora a Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) possa se manifestar com plaquetopenia, ela raramente se apresenta como um achado isolado sem outras alterações no hemograma (como anemia, leucocitose ou presença de blastos). Além disso, a LLA costuma cursar com sintomas constitucionais (febre, perda de peso, dor óssea) e achados físicos como hepatoesplenomegalia e linfadenopatia, que estão ausentes no relato.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: A Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) é uma emergência hematológica rara em crianças, caracterizada pela presença de anemia hemolítica microangiopática. Para esse diagnóstico, seria obrigatória a visualização de esquizócitos (fragmentos de hemácias) no esfregaço de sangue periférico, além de frequentemente cursar com disfunção renal e alterações neurológicas, todas descartadas pelo enunciado.

ALTERNATIVA C - CORRETA: A Trombocitopenia Imune Primária (PTI) é a principal causa de plaquetopenia isolada na infância. O perfil epidemiológico clássico é o de uma criança entre 2 e 6 anos, previamente saudável, que desenvolve púrpura súbita após um quadro viral. O diagnóstico é essencialmente de exclusão, baseado na plaquetopenia isolada em um paciente com bom estado geral e exame físico sem outras anormalidades (sem febre, sem linfadenomegalia e sem esplenomegalia). O histórico infeccioso recente reforça o gatilho imunológico da doença.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) é um quadro grave de consumo de fatores de coagulação e plaquetas, geralmente associado a pacientes criticamente enfermos (sepse, choque). Laboratorialmente, além da plaquetopenia, haveria obrigatoriamente alteração no coagulograma (prolongamento do TP e TTPA) e redução do fibrinogênio, porém o enunciado afirma que o coagulograma e a função renal estão normais.

GABARITO: ALTERNATIVA (C).

Questão 41

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descreve um lactente de 3 meses com tosse paroxística (crises intensas), cianose, apneia e vômitos pós-tussivos, sem febre e com exame físico normal entre os episódios. Esse conjunto de sintomas, associado ao esquema vacinal incompleto (o esquema primário da vacina pentavalente ocorre aos 2, 4 e 6 meses), é a apresentação clássica da coqueluche, especialmente em lactentes jovens, nos quais a apneia e a cianose frequentemente substituem o guincho inspiratório clássico.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A bronquiolite viral aguda é a causa mais comum de sibilância no primeiro episódio em lactentes, geralmente precedida por pródromos catarrais e evoluindo com taquipneia, esforço respiratório e estertores finos à ausculta. Embora possa causar apneia em bebês pequenos, o padrão de tosse paroxística com vômitos e o estado geral preservado entre as crises direcionam o diagnóstico para coqueluche.

Alternativa B (Incorreta): A laringotraqueíte viral (crupe) manifesta-se tipicamente com tosse metálica (tosse ladrante ou "de cachorro"), rouquidão e estridor inspiratório devido à obstrução da via aérea superior. O quadro descrito na questão é de via aérea inferior e paroxismos, não compatível com crupe.

Alternativa C (Correta): A coqueluche, causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, apresenta-se em três fases: catarral, paroxística e de convalescença. Em lactentes menores de 6 meses, a fase paroxística é marcada por crises de tosse que podem levar à cianose e apneia, sendo o vômito pós-tosse um achado altamente sugestivo. O tratamento de escolha, conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria e o Ministério da Saúde, é feito com macrolídeos, sendo a azitromicina a primeira opção (comumente por 5 dias) para reduzir a transmissibilidade e a gravidade se iniciada

precocemente. A monitorização é essencial devido ao risco de complicações como pneumonia e hipertensão pulmonar.

Alternativa D (Incorreta): O diagnóstico de asma em um lactente de 3 meses é precoce e inadequado para este quadro clínico. Além disso, a asma se manifesta tipicamente com sibilância e resposta a broncodilatadores, o que não condiz com a descrição de crises paroxísticas de tosse seguidas de apneia e cianose em um paciente previamente hígido e com vacinação atrasada.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 42

Análise do Caso: Helena tem 9 meses e apresenta atraso vacinal específico para a vacina meningocócica C (ou ACWY, conforme a SBP), cujas doses iniciais deveriam ter sido administradas aos 3 e 5 meses de idade. No cenário de atraso vacinal, a regra fundamental da imunização é não reiniciar esquemas, mas sim atualizar as doses perdidas o mais rápido possível.

Alternativa (a) Incorreta: O adiamento da vacinação para os 12 meses deixaria a criança desprotegida por mais três meses contra o meningococo, bactéria responsável por quadros graves de meningite e meningococcemia, que possuem alta letalidade nesta faixa etária. O objetivo é reduzir a "janela de vulnerabilidade".

Alternativa (b) Incorreta: A vacinação contra o meningococo C é recomendada pelo PNI no esquema rotineiro até os 4 anos, 11 meses e 29 dias (para crianças que perderam a oportunidade na idade correta). Além disso, o PNI ampliou temporariamente a oferta para crianças até 10 anos e profissionais de saúde. Portanto, Helena está na idade de receber o imunizante.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomende preferencialmente a vacina ACWY em vez da Meningo C por ampliar o espectro de proteção, o erro da alternativa reside no termo "apenas". A conduta correta não é apenas escolher o tipo de vacina, mas sim seguir o esquema de doses e reforços necessários para a idade, independentemente de ser a C ou a ACWY.

Alternativa (d) Correta: Como Helena tem 9 meses, ela ainda não atingiu a idade do reforço (12 meses). Pelas normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e recomendações da SBP, crianças que iniciam o esquema com atraso, mas ainda no primeiro ano de vida (antes dos 12 meses), devem completar o esquema primário (que geralmente consiste em 2 doses com intervalo de 60 dias, mínimo de 30) e receber o reforço após os 12 meses de idade. Iniciar imediatamente garante a

proteção o quanto antes.

Questão 43

Essa questão aborda o manejo da Febre sem Sinais Localizatórios (FSSL) em uma criança na faixa etária pré-escolar, um cenário extremamente comum em prontos-atendimentos pediátricos.

Análise do caso clínico:

O paciente tem 2 anos, está em bom estado geral (ativo, hidratado, sem toxemia), possui vacinação completa e apresenta febre há apenas 24 horas. O fato de a vacinação estar em dia é um divisor de águas, pois reduz drasticamente o risco de Infecção Bacteriana Grave (IBG), como as causadas por *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* tipo b.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Antigamente, protocolos mais rígidos sugeriam investigação laboratorial extensa para febre sem foco em menores de 3 anos. No entanto, com a introdução das vacinas conjugadas, a conduta atual para crianças acima de 6 meses (ou acima de 3 meses, dependendo do protocolo), que estão em bom estado geral e com esquema vacinal completo, é a observação clínica e o retorno se a febre persistir (geralmente por mais de 48-72 horas) ou se surgirem novos sintomas. A triagem laboratorial imediata não se justifica neste caso clínico.

Alternativa (b) Incorreta: A internação hospitalar é reservada para crianças com sinais de toxemia, suspeita de infecção grave, falha no acompanhamento ambulatorial ou para recém-nascidos. O histórico familiar de convulsão febril não é indicação de internação, uma vez que a convulsão febril simples é um evento benigno e o risco familiar não muda a conduta de observação domiciliar se o paciente estiver estável.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta preconizada pelas principais sociedades de pediatria (como a Sociedade Brasileira de Pediatria). Em uma criança de 2 anos, com bom estado geral e vacinada, a febre de curta duração sem foco provável é, na maioria das vezes, de etiologia viral autolimitada. A orientação deve focar no conforto da criança e na observação de sinais de alerta (prostração excessiva mesmo sem febre, recusa alimentar, manchas na pele). O uso de antitérmico deve visar o bem-estar, e a alternância de fármacos (como paracetamol e ibuprofeno) deve ser desencorajada, pois aumenta o risco de erros de dosagem e toxicidade medicamentosa, sem benefício clínico comprovado.

Alternativa (d) Incorreta: Existe um mito comum de que o controle rigoroso da temperatura com esquemas alternados de antitérmicos previne convulsões febris. Evidências científicas robustas demonstram que o uso de antitérmicos não previne a ocorrência ou a recorrência de crises convulsivas febris. Além disso, a alternância de medicamentos gera ansiedade nos pais e riscos de superdosagem.

Conclusão: Diante de uma criança com febre sem foco, mas com bom estado geral e vacinação em dia, a conduta mais adequada é o manejo sintomático e a observação clínica atenta.

Questão 44

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição neurobiológica crônica que exige uma estratégia de tratamento abrangente, independentemente do subtipo apresentado (desatento, hiperativo-impulsivo ou combinado). No caso do adolescente de 13 anos com o tipo predominantemente desatento, os prejuízos no desempenho escolar e na organização cotidiana são marcantes e exigem intervenção.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. A psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma aliada importante para o desenvolvimento de funções executivas e estratégias de estudo. Contudo, as principais diretrizes internacionais e nacionais (como as da AACAP e da Associação Brasileira do Déficit de Atenção) recomendam que o tratamento não seja restrito a apenas uma modalidade, pois o TDAH possui bases biológicas que muitas vezes demandam suporte farmacológico e adaptações ambientais.

Alternativa B: Incorreta. O tipo predominantemente desatento é frequentemente subdiagnosticado ou subestimado por não apresentar comportamentos disruptivos (como a agitação motora). No entanto, o impacto funcional e o sofrimento psíquico do paciente podem ser severos, levando a atrasos escolares e baixa autoestima. Suspender o acompanhamento é contraindicado diante da persistência dos sintomas.

Alternativa C: Correta. A abordagem multimodal é o padrão-ouro para o TDAH. Ela consiste na combinação de: 1) Psicoeducação do paciente e da família sobre o transtorno; 2) Intervenções escolares, como a adaptação da carga de tarefas ou suporte na organização; 3) Intervenções psicossociais/psicoterapêuticas para manejo comportamental e emocional; 4) Farmacoterapia (estimulantes ou não estimulantes), quando os sintomas causam prejuízo funcional significativo, visando a melhorar a transmissão dopaminérgica e noradrenérgica no córtex pré-frontal.

Alternativa D: Incorreta. Embora os psicoestimulantes (como o metilfenidato e a lisdexanfetamina) sejam altamente eficazes e considerados de primeira linha, o uso isolado da medicação sem o suporte pedagógico e psicoterápico pode não ser suficiente para corrigir hábitos de estudo desadaptativos ou tratar questões emocionais secundárias ao transtorno.

Gabarito: Letra C.

Questão 45

A questão aborda o diagnóstico e manejo da asma em crianças menores de 5 anos, baseando-se nas diretrizes do GINA 2025. Nesta faixa etária, o diagnóstico é predominantemente clínico, fundamentado no padrão de sintomas e na resposta ao tratamento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a história familiar de atopia seja um fator de risco importante, sua ausência não exclui o diagnóstico de asma. O paciente apresenta critérios de gravidade e frequência (sintomas noturnos, sintomas desencadeados por riso/choro e idas ao pronto-socorro) que indicam a necessidade de tratamento de manutenção, e não apenas de resgate.

Alternativa b) Incorreta. A espirometria não é recomendada como rotina para crianças menores de 5 anos, pois a maioria não consegue realizar as manobras expiratórias forçadas de forma técnica e reprodutível. O diagnóstico nesta idade é clínico e baseado no teste terapêutico.

Alternativa c) Incorreta. O quadro clínico de sibilância recorrente associado a gatilhos não infecciosos (exercício, riso, choro) e a melhora com corticoide inalatório apontam para asma, e não para infecções bacterianas repetidas. O uso de antibiótico profilático não tem indicação neste cenário.

Alternativa d) Correta. Segundo o GINA, o diagnóstico de asma em pré-escolares é altamente provável quando há sibilância recorrente (especialmente se houver sintomas entre as infecções virais), sintomas noturnos e gatilhos típicos. Um ponto fundamental no enunciado é a melhora significativa após 4 semanas de corticoide inalatório (CI) em dose baixa, o que configura um teste terapêutico positivo. Uma vez confirmado o diagnóstico clínico/funcional pela resposta ao tratamento, a conduta é manter o CI em dose baixa como tratamento controlador para reduzir o risco de exacerbações e controlar os sintomas diários.

Em resumo, o caso apresenta um padrão de sintomas sugestivo de asma com resposta clínica clara ao tratamento de prova, preenchendo os critérios para a manutenção da terapia controladora.

Questão 46

A questão descreve um quadro clínico e radiológico clássico de uma neoplasia óssea primária na adolescência.

Alternativa a: Incorreta. O Sarcoma de Ewing costuma acometer a diáfise dos ossos longos e apresenta, caracteristicamente, uma reação periosteal em camadas lamelares, conhecida como casca de cebola. Embora possa causar sintomas sistêmicos e elevação de DHL, a localização metafisária e o padrão em raios de sol desviam o diagnóstico para o osteossarcoma.

Alternativa b: Correta. O Osteossarcoma é o tumor ósseo maligno mais frequente em adolescentes, ocorrendo principalmente na metáfise de ossos longos, como o fêmur distal e a tíbia proximal (região do joelho). A dor noturna que não melhora com analgésicos é um sinal de alerta importante para malignidade. Radiograficamente, a reação periosteal em raios de sol (ou espiculada) é indicativa de um processo altamente agressivo que rompe a cortical óssea. O aumento da fosfatase alcalina ocorre devido à intensa atividade osteoblástica do tumor, e o DHL elevado sugere alta taxa de proliferação celular.

Alternativa c: Incorreta. O Condrossarcoma é raro em crianças e adolescentes, sendo mais comum em adultos acima dos 40 anos. Sua apresentação radiológica típica envolve calcificações de matriz cartilaginosa (aspecto em pipoca) e o crescimento costuma ser menos agressivo e mais lento do que o descrito no enunciado.

Alternativa d: Incorreta. A Osteomielite crônica é um diagnóstico diferencial importante, mas a presença de febre baixa associada a uma imagem radiológica com reação periosteal em raios de sol e áreas de esclerose em região metafisária é muito mais característica de um processo oncológico maligno. Na osteomielite, seriam mais comuns achados como o sequestro ósseo (osso necrótico) e o invólucro (osso novo formado ao redor do sequestro).

Questão 47

A questão aborda os Critérios Phoenix (publicados em 2024), que atualizaram as definições de sepse e choque séptico em pediatria. Segundo essa nova diretriz, a sepse é definida como uma infecção suspeita ou confirmada associada a uma pontuação de pelo menos 2 pontos no Escore de Sepse Phoenix, indicando disfunção orgânica potencialmente fatal. O choque séptico, por sua vez, é uma subcategoria da sepse que envolve obrigatoriamente disfunção cardiovascular.

Análise do caso clínico:

Lívia apresenta sinais claros de disfunção de múltiplos órgãos: cardiovascular (hipotensão com PAS de 70 mmHg para 5 anos, lactato elevado de 7,8 mmol/L e má perfusão), respiratória (necessidade de FiO₂ de 40% para manter a saturação) e neurológica (sonolência). De acordo com os critérios Phoenix, o choque séptico é diagnosticado quando há sepse acompanhada de disfunção cardiovascular, que pode ser manifestada por hipotensão grave para a idade, necessidade de drogas vasoativas ou lactato sérico superior a 4 mmol/L. Como a paciente mantém hipotensão e lactato muito elevado (7,8 mmol/L) mesmo após a reposição volêmica inicial de 40 ml/kg, ela preenche os critérios para choque séptico.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A paciente apresenta critérios cardiovasculares evidentes, como a hipotensão (PAS de 70 mmHg para uma criança de 5 anos é patológica) e o lactato de 7,8 mmol/L. Pelos critérios Phoenix, o lactato acima de 4 mmol/L isoladamente já pontua na disfunção cardiovascular.
- b) Incorreta. Embora haja disfunção orgânica múltipla, o quadro preenche especificamente os critérios de choque séptico. No novo consenso, se há disfunção cardiovascular (como a hipotensão e a hiperlactatemia observadas), a classificação correta migra de "sepse" para "choque séptico".
- c) Correta. Esta é a classificação mais adequada. A paciente apresenta sepse com disfunção cardiovascular persistente (hipotensão e hiperlactatemia) e disfunção respiratória (necessidade de oxigênio suplementar para manter a saturação-alvo), caracterizando o choque séptico conforme os critérios de 2024. O fato de os sintomas persistirem após a infusão de 40 ml/kg de cristaloides reforça a gravidade e a necessidade de suporte avançado.
- d) Incorreta. Há clara evidência de disfunção orgânica (neurológica, respiratória e cardiovascular). Além disso, a resposta à reposição volêmica foi inadequada, uma vez que a paciente permaneceu hipotensa e mal perfundida após 1 hora de tratamento e 40 ml/kg de volume.

Questão 48

JUSTIFICATIVA DA RESPOSTA

A Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) é um sistema de suporte respiratório não invasivo que fornece gases aquecidos e umidificados com fluxos que excedem a demanda inspiratória do paciente. No contexto da bronquiolite viral aguda, ela atua como um suporte intermediário fundamental entre a oxigenoterapia convencional e métodos mais invasivos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A CNAF não é reservada apenas para casos que já necessitam de intubação. Na verdade, uma de suas principais funções é justamente evitar a falência respiratória e a necessidade de ventilação mecânica invasiva. Se o paciente já apresenta critérios claros para intubação imediata (como apneia ou instabilidade hemodinâmica grave), a CNAF não deve ser utilizada para retardar o procedimento.

Alternativa (b) INCORRETA: A bronquiolite viral é, atualmente, uma das maiores indicações clínicas para o uso de CNAF na pediatria. O risco de hiperóxia não é uma contraindicação, pois o equipamento permite o ajuste preciso da Fração Inspirada de Oxigênio (FiO₂), permitindo que o médico mantenha a saturação dentro dos alvos terapêuticos desejados.

Alternativa (c) CORRETA: A CNAF é indicada exatamente para crianças que apresentam desconforto respiratório moderado e que não respondem ou não mantêm estabilidade com o oxigênio de baixo fluxo (cateter nasal comum). Seus mecanismos de ação incluem a redução do espaço morto anatômico, a diminuição do trabalho respiratório pelo fornecimento de gases aquecidos e umidificados (que reduz o gasto energético) e a geração de uma pressão positiva residual nas vias aéreas (efeito PEEP-like), que ajuda a manter os alvéolos abertos e melhora a oxigenação.

Alternativa (d) INCORRETA: A CNAF é amplamente utilizada e considerada segura em menores de 5 anos, sendo muito comum em lactentes. O risco de barotrauma (como pneumotórax) é considerado muito baixo com o uso da cânula de alto fluxo, especialmente quando comparado à ventilação mecânica invasiva ou ao CPAP de alta pressão, desde que o tamanho da cânula seja adequado (não deve ocluir mais de 50% da narina da criança).

RESUMO DO CASO

O paciente apresenta falha na oxigenoterapia de baixo fluxo (manutenção de saturação < 92% e persistência do esforço). A transição para CNAF visa reduzir o

trabalho respiratório e melhorar a troca gasosa de forma menos invasiva e mais confortável para a criança de 2 anos.

Questão 49

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

O climatério e a menopausa são marcados pela exaustão da reserva folicular ovariana. Essa mudança biológica altera profundamente o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal, resultando nas manifestações clínicas descritas no caso, como fogachos e secura vaginal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. No climatério, ocorre uma queda acentuada nos níveis de estradiol devido à falência dos folículos ovarianos. Em contrapartida, os níveis de FSH (hormônio folículo-estimulante) e LH (hormônio luteinizante) aumentam significativamente. Isso ocorre porque o estrogênio deixa de exercer o feedback negativo sobre a hipófise. Quanto à testosterona, seus níveis tendem a declinar gradualmente com a idade, e não aumentar progressivamente.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente a fisiopatologia endócrina do período. A diminuição da produção de estradiol e inibina pelos ovários retira o freio (feedback negativo) que esses hormônios exerciam sobre a hipófise e o hipotálamo. Sem essa inibição, a hipófise aumenta a secreção de FSH e LH na tentativa de estimular um ovário que já não responde mais adequadamente. O aumento do FSH é o marcador laboratorial mais característico da transição menopausal.

Alternativa C: Incorreta. A progesterona é produzida principalmente pelo corpo lúteo, que se forma após a ovulação. Como o climatério é caracterizado por ciclos anovulatórios (ausência de ovulação), o corpo lúteo não se forma e a produção de progesterona cai drasticamente, não havendo sua persistência ou aumento.

Alternativa D: Incorreta. O climatério é caracterizado pela redução da inibição hipotalâmica. A queda dos esteroides ovarianos (estrogênio e progesterona) faz com que o hipotálamo aumente a secreção do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) em uma tentativa de estimular o eixo, o que conseqüentemente eleva a produção hipofisária de FSH e LH.

SÍNTESE DO CASO

A paciente de 53 anos está em amenorreia há 18 meses, o que confirma o

diagnóstico de menopausa (definida clinicamente como 12 meses de amenorreia). Os sintomas de fogachos e secura vaginal são decorrentes do hipoestrogenismo, que laboratorialmente se traduz pelo aumento das gonadotrofinas devido à perda do feedback negativo.

Questão 50

Esta questão aborda a recente e importante atualização do Ministério da Saúde do Brasil no esquema vacinal contra o HPV (Papilomavírus Humano), oficializada pela Nota Informativa nº 41/2024.

O ponto central da mudança é a adoção da dose única para o esquema de rotina em substituição ao esquema anterior de duas doses. O público-alvo para a vacinação de rotina no SUS compreende meninos e meninas de 9 a 14 anos de idade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa descreve o esquema vacinal que era utilizado anteriormente (duas doses com intervalo de seis meses). Com a atualização de 2024, o esquema passou a ser de dose única para a faixa etária de 9 a 14 anos, visando aumentar a adesão e a cobertura vacinal.

Alternativa b) Incorreta. Não existe previsão de intervalo de 60 dias para o esquema de rotina contra o HPV na população pediátrica saudável. Esquemas de múltiplas doses (atualmente três doses) são reservados para grupos especiais, como imunossuprimidos, vítimas de violência sexual e pacientes oncológicos, em faixas etárias específicas.

Alternativa c) Incorreta. As meninas de 12 e 13 anos estão dentro da faixa etária prioritária (9 a 14 anos) e devem, sim, ser vacinadas. Quanto ao menino, a vacinação deve ser iniciada aos 9 anos, e não aos 11 anos, conforme o calendário nacional atual.

Alternativa d) Correta. De acordo com as normas vigentes a partir de abril de 2024, as meninas de 12 e 13 anos devem receber a vacina em dose única. O filho de 8 anos ainda não tem indicação de vacinação imediata, pois a idade mínima para o início do esquema vacinal de rotina no SUS é de 9 anos para ambos os sexos. Portanto, as filhas recebem a dose única agora, e o filho deverá aguardar completar 9 anos para iniciar sua proteção.

Questão 51

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A questão descreve uma gestante com diabetes mellitus gestacional (DMG) de difícil controle (uso de doses elevadas de insulina) que, subitamente, na 35ª semana, passa a apresentar episódios de hipoglicemia (40 mg/dL) sem que tenha havido mudança na dieta, na atividade física ou na dose de insulina. Este é um cenário clássico da prática obstétrica que exige atenção imediata.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (d) está correta porque a hipoglicemia materna súbita e sem causa aparente no terceiro trimestre é um sinal patognomônico de insuficiência placentária.

Fisiologicamente, a placenta produz hormônios contrainsulínicos (diabetogênicos), como o lactogênio placentário humano (hPL), o cortisol e a progesterona. Esses hormônios aumentam a resistência periférica à insulina na mãe para garantir que a glicose fique disponível para o feto. Quando a placenta começa a falhar (insuficiência placentária), a produção desses hormônios cai. Com menos hormônios antagonistas circulando, a sensibilidade materna à insulina aumenta subitamente. Para uma paciente que já utiliza doses altas de insulina exógena, essa dose torna-se excessiva, resultando nos episódios de hipoglicemia relatados.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

A) Redução da função pancreática materna no terceiro trimestre:

Incorreta. Se o pâncreas materno reduzisse sua função, haveria menor produção de insulina endógena. Isso resultaria em um aumento da glicemia (hiperglicemia) e na necessidade de aumentar as doses de insulina externa, o oposto do que aconteceu com a paciente.

B) Melhora da sensibilidade periférica à insulina com a progressão da gestação:

Incorreta. De forma fisiológica, o que ocorre é exatamente o contrário: a resistência à insulina aumenta conforme a gestação avança e a placenta cresce, atingindo o pico por volta da 32ª à 34ª semana. Uma melhora na sensibilidade não é um evento normal da gravidez avançada, mas sim um sinal de alerta para disfunção placentária.

C) Síndrome da hipoglicemia tardia gestacional:

Incorreta. Esta nomenclatura não corresponde a uma patologia reconhecida no contexto da obstetrícia para explicar quedas de glicemia no terceiro trimestre. A hipoglicemia em gestantes diabéticas deve ser sempre investigada como erro

técnico/dietético ou, mais gravemente, como sinal de sofrimento fetal por insuficiência placentária.

D) Provável insuficiência placentária:

Correta. Como explicado, a queda nos níveis de hormônios diabetogênicos produzidos pela placenta devido à sua falência reduz a resistência à insulina, provocando hipoglicemias em pacientes que utilizam medicação. É uma indicação indireta de que a unidade fetoplacentária está comprometida.

Questão 52

A paciente em questão apresenta uma glicemia de jejum de 95 mg/dL no terceiro trimestre. De acordo com os critérios diagnósticos atuais, uma glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL em qualquer momento da gestação confirma o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a via de parto em pacientes com DMG deva ser decidida por critérios obstétricos (e não apenas pelo diagnóstico de diabetes), o tempo de espera não deve chegar a 42 semanas. Em casos de DMG com controle glicêmico satisfatório, a recomendação é que o parto ocorra entre a 39^a e a 40^a semanas, não ultrapassando a 41^a semana, devido ao aumento do risco de morte fetal e insuficiência placentária.

Alternativa (b) Correta: O diabetes gestacional é caracterizado por uma resistência insulínica exacerbada pelos hormônios produzidos pela placenta (como o lactogênio placentário). Assim que ocorre o parto e a saída da placenta (dequitação), os níveis desses hormônios caem bruscamente e a resistência insulínica diminui imediatamente. Por esse motivo, a maioria das pacientes que necessitou de insulina durante a gravidez pode ter a medicação suspensa no pós-parto imediato, mantendo-se apenas o acompanhamento.

Alternativa (c) Incorreta: A interrupção da gestação às 32 semanas configura um parto pré-termo com riscos elevados de complicações neonatais, como a síndrome do desconforto respiratório. Mesmo quando o controle glicêmico é insatisfatório, tenta-se levar a gestação até o termo (37 semanas) ou, em casos graves de descontrole ou sinais de sofrimento fetal, considera-se a interrupção no período pré-termo tardio (34 a 36 semanas), mas não eletivamente às 32 semanas.

Alternativa (d) Incorreta: A reavaliação do status glicêmico dessas pacientes deve ser feita obrigatoriamente no puerpério para verificar se o diabetes era apenas

gestacional ou se a paciente já era portadora de diabetes mellitus tipo 2 prévio não diagnosticado. No entanto, esse exame deve ser realizado entre 6 e 12 semanas após o parto, utilizando-se o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75 g de glicose, e não 100 g. O prazo de 14 dias é muito precoce para essa avaliação definitiva.

Questão 53

GABARITO: Alternativa A.

EXPLICAÇÃO:

Alternativa A (CORRETA): O cálcio desempenha um papel fundamental na regulação da pressão arterial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a suplementação de cálcio (geralmente entre 1.500 mg a 2.000 mg por dia, ou cerca de 1.000 mg de cálcio elementar) para gestantes que possuem baixa ingestão dietética desse mineral e que apresentam risco para pré-eclâmpsia. Essa medida visa reduzir a incidência do distúrbio hipertensivo, sendo uma conduta padrão na atenção básica para populações com dieta carente.

Alternativa B (INCORRETA): O ácido fólico é indicado prioritariamente para a prevenção de defeitos do fechamento do tubo neural. A recomendação padrão é que o uso ocorra no período periconcepcional e se estenda até o final do primeiro trimestre (12 a 14 semanas). Embora existam estudos sobre o papel do ácido fólico na função endotelial, a conduta para gestantes de alto risco para pré-eclâmpsia envolve o uso de aspirina e cálcio, e não a manutenção obrigatória do ácido fólico até o final da gestação para esse fim específico.

Alternativa C (INCORRETA): A aspirina é, de fato, indicada para gestantes com risco aumentado de pré-eclâmpsia e deve ser iniciada idealmente antes das 16 semanas de gestação. No entanto, o erro da alternativa está no termo "alta dose". A recomendação é o uso de AAS em baixa dose (geralmente entre 100 mg a 150 mg por dia), pois doses elevadas não trazem benefícios adicionais e aumentam o risco de complicações hemorrágicas.

Alternativa D (INCORRETA): O achado de incisura protodiastólica bilateral e o índice de pulsatilidade (IP) das artérias uterinas acima do percentil 95 no primeiro trimestre são marcadores de resistência vascular aumentada. Isso indica uma falha na segunda onda de invasão trofoblástica, o que é um sinal de alto risco (e não baixo risco) para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e restrição de crescimento intrauterino.

Questão 54

ANÁLISE DO CASO

A paciente Marina apresenta um quadro clínico fundamentado em dois pilares: um histórico de Hipertensão Arterial Crônica (HAC) e o desenvolvimento de complicações agudas na 35ª semana de gestação. O enunciado destaca que ela já era hipertensa antes da gravidez. Durante a internação, apresentou aumento dos níveis pressóricos, descolamento prematuro de placenta (DPP) e sinais de iminência de eclâmpsia (o que justifica o uso do sulfato de magnésio para neuroproteção e prevenção de convulsões).

Os exames laboratoriais reforçam o quadro de pré-eclâmpsia: a relação proteína/creatinina urinária é de 0,4 (o valor de referência para diagnóstico de proteinúria é maior ou igual a 0,3) e o ácido úrico está elevado (8 mg/dL).

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

O diagnóstico de pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica é definido quando uma paciente com diagnóstico prévio de hipertensão arterial (conhecida antes da gestação ou identificada antes de 20 semanas) desenvolve sinais de pré-eclâmpsia após a 20ª semana. Esses sinais podem ser o surgimento ou agravamento da proteinúria, ou a presença de disfunções orgânicas e lesões de órgãos-alvo, como o descolamento prematuro de placenta e a iminência de eclâmpsia observados no caso.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Eclâmpsia: Esta alternativa está incorreta porque a eclâmpsia é caracterizada obrigatoriamente pela presença de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas que não podem ser atribuídas a outras causas. A paciente apresenta "iminência de eclâmpsia", que é um estado de irritabilidade neurológica pré-convulsivo, mas o enunciado não descreve a ocorrência de convulsão.

b) Pré-eclâmpsia: Esta alternativa está incompleta. O termo "pré-eclâmpsia" isolado é utilizado para descrever o surgimento de hipertensão e proteinúria (ou disfunção orgânica) em pacientes que eram previamente normotensas. Como o enunciado afirma explicitamente que a paciente possui HAC prévia, a classificação correta deve ser a de sobreposição.

d) Síndrome HELLP: Esta alternativa está incorreta, pois a paciente não preenche os critérios laboratoriais clássicos (Critérios de Tennessee). Para o diagnóstico de HELLP, seriam necessários: plaquetopenia abaixo de 100.000/mm³ (a paciente tem 120.000),

elevação de enzimas hepáticas com TGO/AST maior ou igual a 70 U/L (a paciente tem TGO 40) e evidência de hemólise com LDH/DHL acima de 600 U/L. Embora o DHL esteja elevado (900), os outros critérios não foram atingidos.

Questão 55

Análise do caso clínico:

O caso descreve uma gestante de 10 semanas (primeiro trimestre) com sorologia para sífilis positiva (VDRL 1:64). Como ela nega lesões prévias (cancro duro ou roséolas) e não realizou tratamento anterior, a infecção é classificada como sífilis de duração ignorada ou latente tardia. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, o tratamento para sífilis de duração ignorada em gestantes deve ser feito com Penicilina Benzatina 2,4 milhões de UI, por via intramuscular, em 3 doses, com intervalo de uma semana entre cada dose (total de 7,2 milhões de UI).

Quanto ao parceiro sexual:

O manejo do parceiro é fundamental para evitar a reinfecção da gestante e garantir o tratamento adequado do binômio mãe-feto. O protocolo brasileiro orienta que parceiros sexuais de pacientes com sífilis devem ser testados. Mesmo que o resultado do teste seja negativo (como no enunciado), se a exposição sexual ocorreu nos últimos 90 dias, o parceiro deve receber o tratamento epidemiológico com dose única de Penicilina Benzatina 2,4 milhões de UI (esquema para sífilis recente), devido ao risco de o indivíduo estar no período de incubação (janela imunológica).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o tratamento da gestante esteja correto (3 doses), o tratamento do parceiro com 3 doses está incorreto para este cenário. Como ele possui teste negativo e é assintomático, a indicação é de tratamento epidemiológico com dose única, e não o esquema completo para sífilis tardia.

Alternativa b) Incorreta. O tratamento da gestante está correto, mas a afirmação de que não há necessidade de tratar o parceiro é um erro grave em saúde pública e obstetrícia. O parceiro deve ser tratado independentemente do teste negativo para evitar a reinfecção da gestante e tratar uma possível infecção em fase inicial não detectada pelo exame.

Alternativa c) Incorreta. O tratamento da gestante está correto, porém o VDRL do parceiro já foi solicitado e resultou negativo. A conduta correta após o resultado negativo em um contato de risco é o tratamento epidemiológico, e não apenas a

solicitação ou repetição de exames.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa contempla o esquema terapêutico adequado para a gestante com sífilis de duração ignorada (3 doses semanais de 2,4 milhões de UI de Penicilina Benzatina) e o manejo correto do parceiro (tratamento epidemiológico com 1 dose de 2,4 milhões de UI), visando a prevenção da sífilis congênita.

Questão 56

Para a correta condução de um caso de toxoplasmose na gestação, o marco temporal definido pelo Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2022) é de 16 semanas de idade gestacional.

No caso de Ananda, que está com 24 semanas de gestação e apresenta IgG e IgM reagentes pela primeira vez, o protocolo estabelece que o teste de avides da IgG já não possui utilidade clínica. Isso ocorre porque o teste de avides só consegue datar se a infecção ocorreu antes da gestação ou no início desta, se for realizado até as 16 semanas. A partir desse período, mesmo uma alta avides não exclui uma infecção ocorrida no início do segundo trimestre.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. O teste de avides é indicado apenas se a gestante tiver menos de 16 semanas de idade gestacional. Além disso, a espiramicina isolada é utilizada como profilaxia para evitar a transmissão placentária, mas não é o tratamento de escolha quando o diagnóstico é feito tardiamente, devido ao maior risco de a infecção já ter atingido o feto.

Alternativa B: Incorreta. Embora a solicitação da amniocentese com PCR esteja correta para investigar a infecção fetal, a medicação escolhida está inadequada para a idade gestacional. A espiramicina não atravessa a barreira placentária em concentrações terapêuticas suficientes para tratar o feto. Após as 16 semanas, o protocolo exige uma abordagem mais agressiva.

Alternativa C: Correta. Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde de 2022, para gestantes que apresentam a primeira sorologia com IgG e IgM reagentes a partir de 16 semanas de gestação, a conduta imediata é iniciar o esquema tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico). Junto ao início do tratamento, deve-se solicitar a amniocentese para pesquisa do DNA do *Toxoplasma gondii** por PCR no líquido amniótico (idealmente realizada após a 18ª semana) para confirmar se houve a transmissão vertical.

Alternativa D: Incorreta. Não se deve aguardar o resultado da amniocentese ou de qualquer exame complementar para iniciar o tratamento. O atraso na introdução da medicação aumenta o risco de sequelas graves no sistema nervoso central e nos olhos do feto. O tratamento é iniciado preventivamente e pode ser reavaliado após o resultado da PCR e do acompanhamento ultrassonográfico.

Em resumo, o diagnóstico de possível infecção aguda por toxoplasmose no segundo ou terceiro trimestre (igual ou maior a 16 semanas) impõe o tratamento com o esquema tríplice e a investigação de infecção fetal por meio de métodos moleculares no líquido amniótico.

Questão 57

O caso clínico descreve uma paciente em idade fértil com quadro de dor abdominal, sangramento vaginal, atraso menstrual (implícito pelo beta-hCG positivo) e sinais claros de instabilidade hemodinâmica (hipotensão arterial com PA de 90 x 60 mmHg e taquicardia de 120 bpm). A presença de dor à descompressão brusca (sinal de Blumberg) indica irritação peritoneal, e o ultrassom confirma a presença de líquido livre na cavidade (hemoperitônio) e uma massa anexial de 5 cm. Esse conjunto de achados fecha o diagnóstico de gravidez ectópica rota com choque hipovolêmico inicial.

A conduta em casos de gravidez ectópica com instabilidade hemodinâmica deve ser a intervenção cirúrgica imediata para controle da hemorragia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O quadro não sugere abscesso, mas sim uma gravidez ectópica rota. Além disso, a laparoscopia, embora seja o padrão-ouro para pacientes estáveis, pode ser contraindicada ou dificultada em pacientes com choque grave e grande volume de sangue na cavidade, sendo a laparotomia a via preferencial para um controle mais rápido do sangramento em situações de emergência extrema.

b) Correta. A laparotomia exploradora é a via de escolha para pacientes com gravidez ectópica rota e instabilidade hemodinâmica. A salpingectomia (retirada da tuba uterina comprometida) é o procedimento indicado quando há lesão tubária grave ou quando o controle da hemorragia é prioritário, como no caso em questão.

c) Incorreta. O tratamento medicamentoso com metotrexato é reservado exclusivamente para pacientes hemodinamicamente estáveis, com gravidez ectópica íntegra (não rota), sem sinais de hemoperitônio, com massa anexial pequena

(geralmente menor que 3,5 a 4 cm) e níveis de beta-hCG mais baixos. Utilizar metotrexato em uma paciente instável e com sinais de rotura seria um erro grave.

d) Incorreta. A aspiração manual intrauterina (AMIU) é um procedimento utilizado para o esvaziamento da cavidade uterina em casos de abortamento. Como o ultrassom mostrou que a gestação é extrauterina (anexial), a AMIU não resolveria o problema da paciente e atrasaria o tratamento definitivo.

Em resumo, diante de uma gravidez ectópica rota com choque e irritação peritoneal, a conduta correta é a cirurgia de emergência, preferencialmente por laparotomia para rápido controle do foco hemorrágico.

Questão 58

O quadro clínico descrito apresenta os sinais clássicos de placenta prévia (PP): sangramento vaginal indolor, de cor vermelho-vivo, de início súbito, sem causa aparente, com tônus uterino normal (ausência de dinâmica) e boa vitalidade fetal (BCF de 130 bpm). Um fator de risco importante na história da paciente são as duas cesáreas anteriores (G3PC2), que aumentam significativamente a probabilidade de anomalias de placentação. Como a gestação está a termo (37 semanas) e há sangramento ativo, a conduta é a interrupção da gestação.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O misoprostol é um análogo da prostaglandina utilizado para indução do parto. No entanto, ele é contraindicado em pacientes com cicatrizes uterinas prévias (como as duas cesáreas de Kamila) devido ao elevado risco de ruptura uterina. Além disso, se a hipótese for placenta prévia total ou parcial, o parto vaginal é contraindicado.

Alternativa B (Incorreta): O uso da sonda de Foley é um método mecânico de indução do parto ou, em casos muito específicos e raros de placenta prévia marginal com sangramento, poderia ser tentado para compressão, mas não é a conduta padrão-ouro. Em uma paciente com 37 semanas e duas cesáreas prévias, a via de escolha deve ser a mais segura para evitar complicações hemorrágicas maiores.

Alternativa C (Incorreta): A indução com ocitocina exigiria que o colo fosse favorável e que não houvesse contraindicação ao parto vaginal. Na placenta prévia com sangramento ativo, a tentativa de indução pode agravar o descolamento da placenta e o sangramento, colocando em risco a vida materna e fetal. Assim como o misoprostol, a ocitocina deve ser usada com extrema cautela em úteros com múltiplas cicatrizes.

Alternativa D (Correta): Diante de uma suspeita de placenta prévia em uma gestação a termo (37 semanas) com sangramento ativo, a indicação de cesárea é a conduta mais adequada. A cesárea permite o controle rápido do sangramento e evita a manipulação cervical que ocorreria em um trabalho de parto, além de ser a via de eleição obrigatória nos casos de placenta prévia centro-total ou centro-parcial. O histórico de duas cesáreas anteriores reforça a indicação da via alta.

Questão 59

O quadro clínico descrito aponta para o diagnóstico de vaginose citolítica. Esta condição é frequentemente confundida com a candidíase vulvovaginal devido à semelhança da secreção (branca e grumosa) e dos sintomas (prurido e ardência). No entanto, o diagnóstico diferencial é estabelecido pelos achados laboratoriais: pH vaginal ácido (entre 3,5 e 4,5), aumento expressivo da população de *Lactobacillus* sp., ausência de fungos (hifas ou esporos) e presença de citólise (restos celulares e núcleos nus decorrentes da lise das células epiteliais pelo excesso de acidez).

Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O ácido acético é uma substância que promove a acidificação do meio. Na vaginose citolítica, o problema central é justamente a acidez excessiva produzida pelo sobre crescimento de lactobacilos. Utilizar ácido acético agravaria a irritação e a lise celular.

Alternativa b) Incorreta. O clotrimazol é um agente antifúngico utilizado para tratar a candidíase. Embora o aspecto visual da secreção possa sugerir infecção por fungos, o exame microscópico descartou a presença de hifas ou esporos, tornando o tratamento antifúngico ineficaz para este caso.

Alternativa c) Incorreta. A maioria dos probióticos ginecológicos é composta por cepas de *Lactobacillus*. Como a patogênese da vaginose citolítica reside no excesso dessas bactérias, a introdução de novos lactobacilos pioraria o desequilíbrio da flora e os sintomas da paciente.

Alternativa d) Correta. O objetivo do tratamento na vaginose citolítica é elevar o pH vaginal para níveis normais (alcalinização), interrompendo o processo de citólise e reduzindo a proliferação excessiva de lactobacilos. O bicarbonato de sódio, por ser uma substância alcalina, é o tratamento de escolha, podendo ser utilizado em banhos de assento ou duchas vaginais para neutralizar a acidez e proporcionar alívio imediato dos sintomas.

Questão 60

O caso clínico descreve uma paciente com Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Os critérios diagnósticos estão presentes: dor infraumbilical, dor à mobilização do colo uterino e dor à palpação de anexos (critérios maiores ou mínimos), além da presença de secreção endocervical purulenta (critério adicional). Como o ultrassom está normal e não há sinais de gravidade (como instabilidade hemodinâmica, peritonite ou abscessos), o tratamento indicado é o ambulatorial.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde de 2022, o esquema de escolha para o tratamento ambulatorial da DIP deve cobrir os principais agentes etiológicos: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e bactérias anaeróbias.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ceftriaxona é utilizada para tratar o gonococo, mas a amoxicilina não é o antibiótico de escolha para cobrir clamídia ou anaeróbios no protocolo de DIP, não apresentando a eficácia necessária para este quadro.

b) Incorreta. A cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração sem cobertura adequada para os patógenos da DIP. O ciprofloxacino não é mais recomendado como primeira linha devido às altas taxas de resistência do gonococo, e o fluconazol é um antifúngico, sem indicação para o tratamento de DIP bacteriana.

c) Incorreta. A doxiciclina faz parte do esquema, mas a gentamicina é um aminoglicosídeo geralmente reservado para o tratamento hospitalar (esquema de segunda linha), associada à clindamicina, e não para o tratamento ambulatorial inicial.

d) Correta. Este é o esquema preconizado pelo Ministério da Saúde (2022) para tratamento ambulatorial:

1. Ceftriaxona 500 mg, intramuscular, dose única (para cobertura de *Neisseria gonorrhoeae*).
2. Doxiciclina 100 mg, via oral, de 12 em 12 horas, por 14 dias (para cobertura de *Chlamydia trachomatis*).
3. Metronidazol 500 mg, via oral, de 12 em 12 horas, por 14 dias (para cobertura de germes anaeróbios).

A inclusão do metronidazol é fundamental para melhorar a cobertura contra anaeróbios e reduzir o risco de complicações a longo prazo, como infertilidade e dor pélvica crônica.

Questão 61

Para escolher o método contraceptivo ideal para Aline, devemos considerar suas condições clínicas (obesidade e esteatose hepática), suas queixas (ciclos irregulares e acne) e seus receios (ganho de peso).

Alternativa (a) Incorreta: O injetável trimestral é composto apenas por progestagênio (acetato de medroxiprogesterona). Este método é o único fortemente associado ao ganho de peso em estudos clínicos, o que vai contra o medo da paciente. Além disso, ele frequentemente causa amenorreia (ausência de menstruação) ou escapes irregulares, não atendendo ao desejo de ter ciclos regulares.

Alternativa (b) Correta: O injetável combinado contém estrogênio e progestagênio. O estrogênio é fundamental para o controle do ciclo menstrual, garantindo a regularidade desejada, e auxilia na melhora da acne ao aumentar a proteína carreadora de hormônios sexuais (SHBG), o que reduz a testosterona livre. Diferentemente do trimestral, não há evidência robusta de ganho de peso significativo com os métodos combinados. Quanto à segurança, segundo os Critérios de Elegibilidade da OMS, a obesidade isolada e a idade de 36 anos (em não fumantes) são categoria 2 (os benefícios superam os riscos). A esteatose hepática não alcoólica, sem cirrose ou disfunção grave, também permite o uso.

Alternativa (c) Incorreta: O DIU de cobre é um método não hormonal excelente para evitar ganho de peso e riscos vasculares. No entanto, ele não interfere no eixo hormonal da paciente. Portanto, ele não corrigiria a irregularidade menstrual nem trataria a acne, podendo inclusive aumentar o fluxo menstrual e as cólicas.

Alternativa (d) Incorreta: O DIU hormonal (levonorgestrel) é um método de progestagênio isolado de ação predominantemente local. Embora seja altamente eficaz e seguro para obesas, ele frequentemente causa amenorreia ou sangramentos de escape (spotting), não garantindo a regularidade cíclica que a paciente prefere. Além disso, por não conter estrogênio, não é o método de primeira escolha para o tratamento da acne, podendo, em alguns casos, até acentuá-la levemente devido à natureza do progestagênio utilizado.

Concluindo, o injetável combinado (b) é a opção que melhor equilibra a segurança clínica da paciente com seus desejos estéticos e de controle de ciclo.

Questão 62

Análise do caso clínico:

Betina apresenta um quadro de amenorreia secundária. O contexto de estresse emocional, insônia e atividade física de alta intensidade (triatlo), associado a exames que mostram FSH, LH e estradiol baixos, define um quadro de hipogonadismo hipogonadotrófico. A principal hipótese diagnóstica é a amenorreia hipotalâmica funcional.

Alternativa (a) Incorreta: A falência ovariana precoce, atualmente chamada de insuficiência ovariana primária, é uma causa ovariana de amenorreia, e não hipotalâmica. Nela, o FSH estaria elevado (hipogonadismo hipergonadotrófico), pois o hipotálamo e a hipófise tentam estimular o ovário que não responde. A amenorreia funcional e a síndrome de Kallmann são, de fato, causas hipotalâmicas.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve etapas do diagnóstico diferencial das amenorreias. Quando o teste da progesterona é negativo (não há sangramento), suspeita-se de falta de estrogênio ou problema anatômico. Realiza-se, então, o teste do estrogênio seguido de progesterona. Se houver sangramento (teste positivo), confirma-se que o útero e a via de saída estão normais, mas faltava estrogênio. Para identificar a causa desse baixo estrogênio, dosa-se o FSH. Se o FSH estiver alto (acima de 40 mUI/mL), o diagnóstico é falência ovariana (causa ovariana). Embora a paciente do caso tenha FSH baixo, a afirmação sobre a compatibilidade técnica dos testes e valores laboratoriais em casos de insuficiência ovariana está correta.

Alternativa (c) Incorreta: O estresse ativa o eixo adrenal, aumentando o hormônio liberador de corticotrofina (CRH) e o cortisol. Esses hormônios exercem um efeito inibitório sobre os pulsos de GnRH no hipotálamo. Portanto, em situações de estresse, ocorre a diminuição do GnRH e, conseqüentemente, valores baixos (e não altos) de LH e FSH.

Alternativa (d) Incorreta: A atividade física intensa aumenta a liberação de endorfinas e promove um balanço energético negativo. Esses fatores inibem a secreção de GnRH, levando à diminuição de LH e FSH e à conseqüente queda de estrogênio. Esse mecanismo resulta em amenorreia (conhecida como parte da Tríade da Mulher Atleta) e não no aumento do fluxo menstrual. A fadiga muscular e as endorfinas são causas clássicas de ausência de menstruação em atletas de alta performance.

Questão 63

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente de 30 anos apresenta infertilidade primária (um ano de tentativa sem sucesso) associada a dismenorreia moderada e ciclos regulares. Os exames hormonais (FSH, Prolactina e TSH) estão normais, o que indica ciclos ovulatórios e boa reserva ovariana. O fator masculino foi excluído pelo espermograma normal. A ultrassonografia endovaginal revela sinais característicos de endometriose profunda: espessamento dos ligamentos útero-sacrais e lesão no sigmoide. O diagnóstico provável é infertilidade secundária à endometriose.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A cirurgia videolaparoscópica é o tratamento de escolha para esta paciente. O objetivo é realizar a exérese dos focos de endometriose e restaurar a anatomia pélvica, que pode estar comprometida por aderências e processos inflamatórios. Em pacientes jovens (30 anos), com reserva ovariana preservada e parceiro normospérmico, a remoção cirúrgica dos focos aumenta significativamente as chances de uma gestação espontânea, além de tratar o sintoma de dismenorreia.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Os análogos do GnRH são medicamentos que bloqueiam o eixo hormonal, levando a paciente a um estado de menopausa temporária para controle da dor. Eles não são utilizados para estimulação ovariana. Além disso, estudos demonstram que o tratamento medicamentoso isolado para endometriose não melhora as taxas de fertilidade.

Alternativa (c): A colonoscopia tem baixa sensibilidade para o diagnóstico de endometriose intestinal, uma vez que a doença geralmente acomete a camada serosa e muscular do intestino (de fora para dentro). A biópsia por colonoscopia só seria útil se houvesse invasão da mucosa, o que ocorre em menos de 10 por cento dos casos. Os achados de ultrassonografia com preparo intestinal ou ressonância magnética são superiores para esse mapeamento.

Alternativa (d): A fertilização in vitro (FIV) poderia ser considerada se a cirurgia falhasse ou se houvesse obstrução tubária bilateral irreparável. No entanto, a utilização de ovodoação (óvulos de uma doadora) está incorreta, pois a paciente é jovem e possui reserva ovariana normal (FSH de 3 mUI/mL), não havendo indicação para o uso de óvulos de terceiros.

Questão 64

Para resolver essa questão, devemos analisar sistematicamente os achados ultrassonográficos descritos e correlacioná-los com a fisiologia do ciclo menstrual.

Análise dos achados:

1. Presença de corpo amarelo (corpo lúteo) no ovário esquerdo: O corpo lúteo é uma estrutura temporária que se forma a partir do folículo dominante logo após a ovulação (ruptura folicular). A presença do halo vascular ao Doppler (conhecido como "anel de fogo") e o conteúdo heterogêneo são características clássicas dessa estrutura. Portanto, se há corpo lúteo, a ovulação já ocorreu.

2. Endométrio hiperecogênico e homogêneo (9,5 mm): Este é o padrão endometrial da fase secretora. Na fase folicular (pré-ovulatória), o endométrio é tipicamente trilaminar. Após a ovulação, sob influência da progesterona produzida pelo corpo lúteo, o endométrio torna-se hiperecogênico e homogêneo, preparando-se para uma possível implantação.

3. Pequena quantidade de líquido livre no fundo de saco posterior: É um achado comum logo após a ovulação, resultante da liberação do líquido folicular durante a ruptura do folículo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A fase lútea é definida justamente pelo período que ocorre após a ovulação. Não é possível estar na fase lútea sem que a ovulação tenha acontecido.

Alternativa b) Incorreta. Os achados (corpo lúteo e endométrio hiperecogênico) são opostos aos da fase folicular, em que encontraríamos folículos em crescimento e endométrio de aspecto trilaminar. Além disso, as evidências mostram que a paciente já ovulou.

Alternativa c) Incorreta. Embora a afirmação de que a paciente já ovulou esteja correta, o período pós-ovulatório é denominado fase lútea (ou secretora), e não fase folicular.

Alternativa d) Correta. A presença do corpo lúteo no ovário associada ao padrão endometrial hiperecogênico e ao líquido livre na pelve confirma que o fenômeno da ovulação já ocorreu e que a paciente se encontra na segunda metade do ciclo menstrual, chamada de fase lútea.

Questão 65

Para resolver essa questão, é fundamental compreender os conceitos de acurácia diagnóstica, especificamente a definição de sensibilidade.

A sensibilidade é a capacidade de um teste de identificar corretamente os indivíduos que realmente possuem a doença. Em termos matemáticos, é a proporção de resultados positivos entre todos os indivíduos doentes. Portanto, se um teste tem 95% de sensibilidade, isso significa que, em um grupo de 100 pessoas comprovadamente doentes, o teste será positivo em 95 delas.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A capacidade de um teste em identificar corretamente os indivíduos sem a doença (negativar nos sadios) é chamada de especificidade. Se 95% dos indivíduos sem a doença tivessem teste negativo, diríamos que a especificidade é de 95%.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa define exatamente o conceito de sensibilidade. O valor de 95% indica a probabilidade de o teste ser positivo dado que o paciente apresenta a patologia estudada.

Alternativa c: Incorreta. A probabilidade de um indivíduo realmente ter a doença após receber um resultado positivo é chamada de Valor Preditivo Positivo (VPP). O VPP não depende apenas da sensibilidade, mas também da especificidade e da prevalência da doença na população testada.

Alternativa d: Incorreta. O teste não identifica uma porcentagem fixa da população total. A função dos parâmetros de sensibilidade e especificidade é discriminar quem tem e quem não tem a doença dentro de seus respectivos grupos, e não sobre a totalidade da amostra de forma indistinta.

Questão 66

Para resolver essa questão, é fundamental compreender os conceitos de epidemiologia clínica aplicados aos testes diagnósticos, especificamente a diferença entre características intrínsecas do teste (sensibilidade e especificidade) e valores preditivos.

O Valor Preditivo Positivo (VPP) responde à seguinte pergunta clínica: Diante de um resultado positivo, qual é a probabilidade de o paciente realmente ter a doença?

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Esta é a definição exata de Valor Preditivo Positivo. O VPP relaciona os verdadeiros positivos com o total de testes positivos. Se o VPP é de 70%, significa que, entre todas as pessoas que tiveram resultado positivo, 70% de fato estão doentes. Vale lembrar que o VPP aumenta quando a prevalência da doença na população é alta, como mencionado no enunciado.

Alternativa (b) Incorreta: Esta descrição refere-se à sensibilidade do teste. A sensibilidade é a capacidade do teste de identificar corretamente os doentes, ou seja, a proporção de testes positivos entre aqueles que comprovadamente possuem a enfermidade.

Alternativa (c) Incorreta: Esta descrição refere-se à especificidade do teste. A especificidade é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos saudáveis, ou seja, a proporção de testes negativos entre aqueles que não possuem a doença.

Alternativa (d) Incorreta: Esta descrição refere-se ao Valor Preditivo Negativo (VPN). O VPN indica a probabilidade de um indivíduo não ter a doença quando o seu teste resulta negativo.

Em resumo, enquanto a sensibilidade e a especificidade são propriedades fixas do teste, os valores preditivos (positivo e negativo) variam conforme a prevalência da doença na população estudada. Como o enunciado forneceu o VPP, a única interpretação correta é a probabilidade de doença após um resultado positivo.

Questão 67

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar as propriedades intrínsecas de um teste diagnóstico das propriedades que dependem do contexto epidemiológico (prevalência).

Alternativa (a) Incorreta: A sensibilidade e a especificidade são características fixas de um teste diagnóstico. A sensibilidade refere-se à capacidade do teste de identificar corretamente os doentes, e a especificidade, à capacidade de identificar corretamente os saudáveis. Esses valores são calculados com base em grupos já definidos de doentes e não doentes; portanto, não mudam, independentemente de a doença ser rara ou comum na população.

Alternativa (b) Correta: O Valor Preditivo Positivo (VPP) indica a probabilidade de um paciente realmente ter a doença após receber um resultado positivo. O VPP é diretamente proporcional à prevalência. Se uma doença é muito frequente em uma

população, a chance de um resultado positivo ser um "verdadeiro positivo" é muito maior. Por outro lado, em populações onde a doença é raríssima, a maioria dos resultados positivos será composta por "falsos positivos", reduzindo o VPP.

Alternativa (c) Incorreta: O Valor Preditivo Negativo (VPN) indica a probabilidade de o paciente estar realmente saudável após um resultado negativo. O VPN é inversamente proporcional à prevalência. Quando a prevalência da doença aumenta, o número absoluto de doentes sobe, o que aumenta a chance de o teste falhar e gerar "falsos negativos". Com mais falsos negativos circulando, a confiança de que um resultado negativo realmente exclui a doença diminui, fazendo o VPN cair.

Alternativa (d) Incorreta: Esta alternativa afirma o oposto da regra fundamental da epidemiologia clínica. Enquanto a sensibilidade e a especificidade são estáveis, os valores preditivos (VPP e VPN) são totalmente dependentes da probabilidade pré-teste, ou seja, da prevalência da doença na população estudada.

Resumo da relação com a prevalência:

1. Sensibilidade e Especificidade: Não mudam.
2. Prevalência aumenta: VPP aumenta e VPN diminui.
3. Prevalência diminui: VPP diminui e VPN aumenta.

Questão 68

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta quadro clássico de escabiose (sarna humana), caracterizado por prurido intenso com piora noturna e lesões em áreas de dobras e extremidades (espaços interdigitais e punhos). O diagnóstico é confirmado pelo raspado de pele, no qual se visualiza o ácaro *Sarcoptes scabiei*.

Alternativa (a) Incorreta: Na escabiose, é fundamental tratar todos os contatos domiciliares e parceiros sexuais simultaneamente, mesmo que estejam assintomáticos. O período de incubação pode ser de várias semanas, e pessoas sem sintomas podem transmitir o parasita ou causar a reinfestação do paciente após o tratamento.

Alternativa (b) Incorreta: A transmissão da escabiose ocorre por contato direto pele a pele ou, de forma secundária, por fômites (roupas de cama e vestimentas). O agente não permanece em suspensão no ar, sendo, portanto, totalmente desnecessário o uso de precauções por aerossóis.

Alternativa (c) Correta: Em ambiente hospitalar ou institucional, pacientes com escabiose comum devem ser mantidos sob precauções de contato (uso de luvas e

avental para o atendimento), além das precauções-padrão. O risco de transmissibilidade reduz-se drasticamente após 24 horas do início de um tratamento eficaz (como a permetrina 5% ou ivermectina), permitindo a suspensão do isolamento de contato após esse período.

Alternativa (d) Incorreta: O tempo de isolamento de 7 dias é inadequado e superior ao preconizado para formas não crostosas da doença. Além disso, os anti-histamínicos atuam apenas no controle sintomático do prurido (que pode persistir por semanas devido à reação de hipersensibilidade), mas não possuem ação parasiticida. O tratamento da infecção deve ser feito com escabicidas tópicos ou sistêmicos.

Questão 69

A colectomia é classificada como uma cirurgia potencialmente contaminada, pois envolve a abertura de uma víscera oca (o cólon) que abriga uma vasta e complexa flora bacteriana. O objetivo da profilaxia antimicrobiana em cirurgias colorretais é cobrir os principais patógenos presentes no intestino grosso, que são os bacilos Gram-negativos entéricos (como *Escherichia coli*) e, crucialmente, os microrganismos anaeróbios (como *Bacteroides fragilis*).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A colectomia jamais é considerada uma cirurgia limpa devido à abertura do lúmen intestinal e à exposição ao conteúdo fecal. Cirurgias limpas são aquelas realizadas em tecidos estéreis, sem penetração nos tratos digestório, respiratório ou geniturinário. Em cirurgias potencialmente contaminadas, a profilaxia é mandatória.

Alternativa b: Incorreta. A cefazolina é uma cefalosporina de primeira geração com excelente ação contra germes Gram-positivos da pele (como *Staphylococcus aureus*), sendo ideal para cirurgias limpas. No entanto, ela não possui cobertura suficiente contra bactérias anaeróbias, que são os principais agentes de infecção em cirurgias de cólon e reto.

Alternativa c: Correta. Esta opção segue os princípios da antibioticoprofilaxia cirúrgica para o trato gastrointestinal inferior. A ceftriaxona, uma cefalosporina de terceira geração, garante a cobertura contra os Gram-negativos entéricos. O metronidazol é adicionado especificamente para fornecer uma cobertura eficaz contra os microrganismos anaeróbios. Na prática clínica, associações como cefazolina com metronidazol ou o uso isolado de cefoxitina (que possui ação contra anaeróbios) também seriam opções válidas.

Alternativa d: Incorreta. O ciprofloxacino por via retal não é o padrão para profilaxia cirúrgica sistêmica. A recomendação atual preconiza a administração de antibióticos por via intravenosa, iniciando-se entre 30 e 60 minutos antes da incisão cirúrgica, para garantir que o fármaco atinja a concentração tecidual máxima no momento em que ocorre a contaminação do campo operatório.

Observação sobre a valvopatia: Embora o paciente possua valvopatia reumática, as diretrizes atuais da American Heart Association (AHA) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia não recomendam mais a profilaxia de rotina para endocardite bacteriana em procedimentos gastrointestinais, a menos que haja uma infecção ativa no sítio. O foco da questão permanece, portanto, na prevenção da infecção do sítio cirúrgico relacionada ao procedimento colorretal.

Questão 70

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão foca nos fatores de risco para Infecção Periprotética (IPP) em uma paciente idosa com Artrite Reumatoide (AR) que utiliza corticoterapia e imunossupressão. Pacientes com doenças reumatológicas inflamatórias sistêmicas apresentam particularidades cirúrgicas importantes, especialmente quanto ao risco infeccioso e cicatrização.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Tanto os corticoides (como a prednisona) quanto os imunossupressores (como o metotrexato) influenciam diretamente o risco de IPP. Os corticoides prejudicam a migração de leucócitos e a síntese de colágeno, retardando a cicatrização da ferida, o que serve de porta de entrada para patógenos. O metotrexato, ao inibir a proliferação celular, também pode comprometer a resposta imune e a recuperação tecidual no pós-operatório imediato.

Alternativa B: Correta. Esta é a alternativa que melhor descreve a realidade clínica. Estudos demonstram que pacientes com Artrite Reumatoide possuem um risco significativamente maior de IPP em comparação com pacientes com osteoartrite degenerativa. Esse risco aumentado ocorre tanto na fase precoce (devido a deiscências de sutura e problemas de cicatrização) quanto na fase tardia (pela maior propensão a quadros infecciosos sistêmicos e disseminação hematogênica para a prótese, além da imunidade celular comprometida).

Alternativa C: Incorreta. A idade de 72 anos é um fator a ser considerado no risco

cirúrgico global, mas não é o principal fator de risco para IPP neste cenário. A presença de uma doença autoimune ativa e o uso de fármacos que modificam a resposta imune são variáveis muito mais determinantes para o desfecho infeccioso da artroplastia do que a idade cronológica isolada.

Alternativa D: Incorreta. O risco para IPP é multifatorial. Além de doenças hematológicas, outros fatores de risco clássicos e muito relevantes incluem a diabetes mellitus descompensada, obesidade, tabagismo, desnutrição, anemia e, fundamentalmente, as doenças do tecido conjuntivo e o estado de imunossupressão crônica.

Resumo: O manejo perioperatório desses pacientes exige cautela, muitas vezes sendo necessária a discussão com o reumatologista sobre a suspensão temporária ou ajuste de doses das medicações para mitigar o risco de infecção e garantir uma boa cicatrização tecidual. Portanto, a alternativa B está correta ao associar a doença de base e o tratamento ao aumento do risco infeccioso.

Questão 71

A questão solicita a identificação do item que não representa um fator de risco para infecção periprotética (IPP) em um paciente submetido a artroplastia total de joelho. Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A obesidade é um dos principais fatores de risco modificáveis para infecção em cirurgias ortopédicas de grande porte. O IMC de 37 (obesidade grau II) está associado a uma menor vascularização do tecido adiposo, maior tensão nas bordas da ferida operatória e maior risco de formação de hematomas e seromas, o que facilita a colonização bacteriana e a deiscência de sutura.

Alternativa b) Incorreta. A doença renal crônica, especialmente quando o paciente depende de diálise, é um fator de risco sistêmico gravíssimo. A uremia induz um estado de imunossupressão relativa, prejudicando a função dos neutrófilos e a resposta inflamatória necessária para combater patógenos no período perioperatório. Além disso, esses pacientes costumam ter múltiplos acessos vasculares, o que aumenta o risco de bacteremias transitórias que podem colonizar a prótese.

Alternativa c) Incorreta. O tempo cirúrgico prolongado aumenta o período de exposição dos tecidos profundos ao ambiente e a fadiga da equipe, elevando a chance de contaminação. Já a transfusão sanguínea intraoperatória promove um fenômeno chamado imunomodulação relacionada à transfusão (TRIM), que deprime a imunidade do receptor e está diretamente ligada ao aumento das taxas de infecção de sítio cirúrgico.

Alternativa d) Correta. O sexo masculino não é classificado como um fator de risco isolado ou determinante para o desenvolvimento de infecção periprotética. Enquanto obesidade, insuficiência renal e fatores técnicos da cirurgia (como tempo e transfusão) são variáveis clínicas e fisiopatológicas bem estabelecidas nos consensos internacionais de infecção ortopédica, o gênero do paciente não possui relevância estatística ou clínica comparável para definir o risco de IPP nesta situação.

Questão 72

O conceito de hierarquização no Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se à organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade crescente. O objetivo é garantir que o paciente receba o cuidado adequado para sua necessidade, otimizando recursos e evitando a sobrecarga de serviços de alta tecnologia com casos que poderiam ser resolvidos na atenção básica.

Alternativa A: Incorreta. Esta alternativa descreve os conceitos de Regionalização (divisão por regiões para aproximar o serviço da população) e Descentralização (redistribuição de responsabilidades administrativas entre os entes federativos). Embora sejam diretrizes que funcionam de forma articulada com a hierarquização, não definem o termo.

Alternativa B: Correta. A hierarquização estabelece exatamente esse fluxo: a Atenção Primária à Saúde (APS) funciona como a porta de entrada preferencial e o filtro do sistema. Casos que não podem ser resolvidos nesse nível são referenciados para a atenção secundária (especialidades e exames de média complexidade) ou terciária (hospitais de grande porte e alta tecnologia), garantindo uma continuidade assistencial lógica e progressiva.

Alternativa C: Incorreta. O financiamento do SUS é tripartite, envolvendo a União, os Estados e os Municípios. Não existe a divisão de financiamento em nível "interbairros". Além disso, o financiamento é um aspecto da gestão financeira e orçamentária, não se confundindo com a organização hierárquica dos serviços assistenciais.

Alternativa D: Incorreta. A gestão compartilhada entre as esferas de governo é uma característica da Descentralização e da articulação federativa do SUS (como ocorre nas Comissões Intergestores). A hierarquização foca na estrutura de complexidade dos atendimentos e não especificamente na divisão política da gestão.

Questão 73

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Essa definição refere-se ao conceito de igualdade e não ao de equidade. Se todos recebessem exatamente os mesmos recursos, independentemente de suas condições de saúde ou vulnerabilidades sociais, as desigualdades prévias não seriam corrigidas. A equidade pressupõe que o atendimento deve ser ajustado conforme a necessidade de cada indivíduo.

Alternativa b: Correta. A equidade é o princípio de justiça social do SUS. Ela reconhece que a população não é homogênea e que existem grupos em situação de maior risco ou vulnerabilidade. Para garantir que todos alcancem o melhor nível de saúde possível, o sistema deve direcionar mais esforços e investimentos para aqueles que mais precisam, reduzindo as disparidades regionais e sociais.

Alternativa c: Incorreta. Universalidade e equidade são princípios doutrinários distintos. A universalidade garante que o acesso ao sistema de saúde seja um direito de todos os cidadãos, sem exceção. A equidade, por sua vez, determina a forma como esse atendimento será prestado, priorizando as necessidades específicas de cada um para promover a justiça.

Alternativa d: Incorreta. A equidade é um princípio abrangente que permeia toda a assistência à saúde, desde a consulta clínica até a formulação de políticas nacionais. Embora a distribuição de verbas entre a União, estados e municípios utilize critérios de equidade para tentar equilibrar as diferenças regionais, o conceito não se restringe apenas à dimensão financeira ou administrativa.

Questão 74

A questão aborda o conceito legal de Vigilância Sanitária estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Para resolvê-la, é fundamental conhecer o artigo 6º, parágrafo 1º, que define as competências e a abrangência dessa área no SUS.

Alternativa (a) Incorreta: A definição é muito restritiva ao usar o termo "apenas". A vigilância sanitária não se limita à fiscalização de hospitais ou clínicas. Ela abrange o controle de bens de consumo, desde a produção até o consumo, e diversos serviços que podem afetar a saúde pública, não apenas os estabelecimentos assistenciais.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa é a transcrição literal do parágrafo 1º do artigo 6º da Lei nº 8.080/1990. O conceito destaca o caráter preventivo (eliminar, diminuir ou prevenir riscos) e a ampla atuação sobre o ambiente, a circulação de

bens (como alimentos, cosméticos e medicamentos) e a prestação de serviços de interesse da saúde.

Alternativa (c) Incorreta: O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é descentralizado. Embora a ANVISA exerça o papel de coordenação e regulação em nível federal, as secretarias estaduais e municipais de saúde possuem responsabilidades fundamentais na execução das ações de vigilância em seus respectivos territórios.

Alternativa (d) Incorreta: O termo "restritas" torna a alternativa errada. Além de medicamentos e alimentos industrializados, a vigilância sanitária atua sobre o sangue e hemoderivados, saneantes, radiações ionizantes, resíduos perigosos e qualquer outra atividade ou produto que possa representar risco à saúde da população.

Questão 75

A questão exige a distinção entre as competências da Vigilância Sanitária (Visa) e as competências da Vigilância Epidemiológica (VE), ambas integrantes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. De acordo com a Lei nº 8.080/1990, a Vigilância Sanitária foca na intervenção em riscos relacionados ao meio ambiente, à produção e à circulação de bens e à prestação de serviços de interesse da saúde.

Alternativa (a) Incorreta: O controle da qualidade da água para consumo humano é uma atribuição típica da Vigilância Sanitária. Por meio de programas como o Vigiagua, a Visa monitora se a água distribuída à população atende aos padrões de potabilidade, prevenindo doenças de veiculação hídrica.

Alternativa (b) Incorreta: A fiscalização da produção e comercialização de medicamentos, alimentos e cosméticos é a atividade mais clássica da Vigilância Sanitária (Anvisa e órgãos locais). Ela atua em todas as etapas, desde o registro e fabricação até o ponto de venda, para garantir que esses produtos sejam seguros para o consumo.

Alternativa (c) Correta: O monitoramento e a investigação de surtos de doenças transmissíveis (como casos de sarampo, meningite ou Covid-19 em escolas) são atribuições da Vigilância Epidemiológica. Enquanto a Visa foca em produtos e serviços, a Vigilância Epidemiológica foca no comportamento das doenças na população, detectando mudanças no perfil epidemiológico para adotar medidas de controle direto sobre a propagação de patógenos.

Alternativa (d) Incorreta: A inspeção de serviços de saúde, como hospitais, clínicas,

laboratórios e centros de diálise, é de responsabilidade da Vigilância Sanitária. O objetivo é garantir que esses estabelecimentos cumpram normas de biossegurança, estrutura física, higienização e gerenciamento de resíduos, minimizando riscos para pacientes e profissionais.

Questão 76

Para compreender esta questão, é fundamental distinguir as diferentes áreas que compõem a Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a diferença entre Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental.

Alternativa a: Incorreta. A fiscalização de estabelecimentos de saúde, como clínicas, consultórios e hospitais, é uma função da Vigilância Sanitária. O objetivo dessa área é eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Alternativa b: Incorreta. A inspeção e o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, o que inclui medicamentos, cosméticos, alimentos e saneantes, são atribuições da Vigilância Sanitária (e da ANVISA em nível federal), abrangendo todas as etapas, da produção ao consumo.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa define exatamente o escopo da Vigilância Epidemiológica conforme a Lei Federal 8.080/1990. A Vigilância Epidemiológica é definida como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. O ciclo envolve a coleta de dados (notificação), o processamento, a análise e a interpretação, gerando informações para a tomada de decisão em saúde pública.

Alternativa d: Incorreta. O controle de riscos ambientais relacionados a fatores físicos, químicos e biológicos (como poluição do ar, qualidade da água para consumo humano e contaminantes do solo) é competência da Vigilância em Saúde Ambiental. Embora integrada à Vigilância em Saúde, ela possui objetivos e metodologias distintas da Vigilância Epidemiológica estrita.

Questão 77

O conceito central explorado nesta questão refere-se aos níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark e expandidos por Marc Jamouille. O caso descreve um paciente em situação de sobremedicalização, realizando exames de alta complexidade sem indicação clínica, o que o expõe a riscos desnecessários.

Alternativa a: Incorreta. A prevenção secundária consiste no diagnóstico precoce e tratamento imediato de doenças que já estão presentes, mas ainda em fase assintomática. O objetivo é aumentar a chance de cura ou controle. Exemplos são os rastreamentos baseados em evidências, como a mamografia ou o exame citopatológico do colo do útero. No cenário descrito, o paciente realiza exames por ansiedade e sem critérios técnicos, o que ultrapassa os limites do rastreamento seguro e eficaz.

Alternativa b: Incorreta. A prevenção primária visa evitar que a doença surja, atuando sobre fatores de risco ou no ambiente antes do início da patologia. Exemplos incluem a vacinação, o incentivo à atividade física e a cessação do tabagismo. O foco do enunciado não é a promoção de saúde para evitar uma doença futura, mas sim o manejo do excesso de intervenções já em curso.

Alternativa c: Correta. A prevenção quaternária é a ação de identificar indivíduos em risco de excesso de intervencionismo médico (medicalização) e protegê-los de intervenções desnecessárias, propondo alternativas eticamente aceitáveis. Ela busca evitar a iatrogenia, ou seja, o dano causado pelo próprio sistema de saúde, como a exposição excessiva à radiação, o estresse gerado por achados falso-positivos (incidentalomas) e tratamentos para condições que nunca causariam sintomas (sobretreamento ou overdiagnosis). O médico da ESF, ao racionalizar os exames, aplica este conceito.

Alternativa d: Incorreta. A prevenção terciária foca na redução de sequelas e na reabilitação de pacientes que já possuem doenças crônicas estabelecidas e sintomáticas, visando melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida. Um exemplo é a fisioterapia para um paciente pós-AVC ou o acompanhamento para evitar amputações em diabéticos. O paciente em questão está assintomático e não apresenta perdas funcionais que exijam reabilitação.

Gabarito: Letra C.

Questão 78

Para resolver esta questão, é fundamental conhecer o Calendário Nacional de Vacinação da Gestante, estabelecido pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde. O objetivo principal da vacinação no período gestacional é tanto a proteção da mãe quanto a transferência passiva de anticorpos para o feto.

Análise das alternativas:

Alternativa A: CORRETA. De acordo com o PNI, a vacina Influenza é recomendada para todas as gestantes em qualquer idade gestacional durante as campanhas anuais, pois a gravidez é um fator de risco para complicações respiratórias. A vacina dTpa (tríplice bacteriana acelular do adulto) deve ser administrada a partir da 20ª semana de gestação em cada nova gravidez, independentemente do histórico vacinal prévio. O objetivo da dTpa na gestação é garantir altos títulos de anticorpos contra a coqueluche para o recém-nascido através da placenta, protegendo o bebê nos primeiros meses de vida até que ele complete seu próprio esquema vacinal.

Alternativa B: INCORRETA. A vacina contra Hepatite B faz parte do esquema da gestante, mas o enunciado afirma que a paciente já recebeu todas as vacinas da infância, incluindo a Hepatite B. Segundo o PNI, se a mulher já completou o esquema de três doses da Hepatite B em algum momento da vida, não há necessidade de doses de reforço ou novas aplicações durante a gestação.

Alternativa C: INCORRETA. Embora a dTpa seja necessária, ela não é a única. A vacina contra Influenza é obrigatória e deve ser oferecida à gestante, mesmo que ela tenha o calendário vacinal prévio em dia, devido às mudanças sazonais do vírus influenza.

Alternativa D: INCORRETA. A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) é composta por vírus vivos atenuados e é estritamente contraindicada durante a gestação pelo risco teórico de transmissão viral ao feto e malformações. Caso a mulher não seja imune, ela deve ser vacinada apenas no puerpério.

Resumo dos pontos-chave:

1. Influenza: recomendada em qualquer idade gestacional.
2. dTpa: uma dose a partir da 20ª semana em toda gestação.
3. Hepatite B: recomendada apenas se o esquema prévio estiver incompleto ou se a paciente for suscetível.
4. Vacinas de vírus vivos (ex: tríplice viral, febre amarela): em regra, contraindicadas na gestação.

Questão 79

Esta questão exige o conhecimento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV, definidos pelo Ministério da Saúde.

Análise do cenário clínico:

1. Acidente Ocupacional: Ocorreu há 3 horas. A fonte é uma Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV) com carga viral indetectável. Segundo as evidências atuais (Indetectável = Intransmissível), o risco de transmissão em acidentes com material biológico em que a fonte está em tratamento regular e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses é negligenciável. Portanto, não há indicação formal de PEP para este evento específico.

2. Exposição Sexual: Ocorreu há 46 horas. Foi uma relação desprotegida com parceiro de sorologia desconhecida (ocasional). A PEP é indicada quando a exposição ocorreu em um prazo de até 72 horas. Como o evento foi há 46 horas, a paciente está dentro da janela de oportunidade para a profilaxia.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A profilaxia pré-exposição (PrEP) é uma estratégia de prevenção contínua para pessoas em risco substancial de infecção, antes que a exposição ocorra. Diante de exposições já ocorridas (acidente e sexo desprotegido), a conduta imediata deve ser a avaliação de PEP (pós-exposição). Além disso, o acidente ocupacional com fonte indetectável não gera indicação de profilaxia.

b) Incorreta. Para uma exposição sexual que já aconteceu (há 46 horas), a indicação é de Profilaxia Pós-Exposição (PEP), e não PrEP. A PrEP poderia ser discutida para o futuro da paciente devido ao seu comportamento de risco (vida sexual ativa sem preservativo), mas não é a conduta para o evento relatado.

c) Correta. Conforme os protocolos do Ministério da Saúde, acidentes ocupacionais com fontes sabidamente indetectáveis não possuem indicação formal de PEP devido ao risco desprezível. Entretanto, a exposição sexual desprotegida com parceiro de status sorológico desconhecido ocorreu há menos de 72 horas (46 horas), o que fundamenta a indicação de PEP para evitar a infecção pelo HIV decorrente deste segundo evento.

d) Incorreta. A alternativa confunde os conceitos de PrEP e PEP. O prazo de 46 horas (citado erroneamente como 42 h na alternativa) está dentro do limite de 72 horas para a indicação de PEP sexual. O uso de cocaína pode ser um critério para considerar a PrEP futuramente como medida preventiva crônica, mas não justifica a "não indicação" de profilaxia para a exposição sexual ocorrida.

Questão 80

Análise do caso clínico:

O paciente em questão é um idoso de 68 anos com comorbidades crônicas (diabetes mellitus e DPOC). Esse perfil exige uma atenção especial ao calendário vacinal, pois essas condições aumentam significativamente o risco de complicações por infecções respiratórias.

Alternativa (a) Incorreta. Focar apenas na vacina contra COVID-19 deixaria o paciente vulnerável a outros patógenos importantes. Embora a atualização para COVID-19 seja necessária (ele recebeu apenas o esquema inicial em 2021), a idade e as doenças crônicas impõem a necessidade de proteção contra influenza e pneumococo.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa cobre as recomendações das sociedades médicas (como SBlm e SBI) e do PNI para este perfil de paciente:

1. Vacina Pneumocócica: O esquema sequencial envolvendo a vacina conjugada (VPC13 ou VPC15) seguida da polissacarídica (VPP23) é indicado para todos os idosos (65 anos ou mais) e também para portadores de doenças crônicas como DPOC e diabetes. O objetivo é reduzir a incidência de pneumonia e doença pneumocócica invasiva.
2. Influenza: A vacinação deve ser anual para idosos e portadores de doenças crônicas, visando reduzir hospitalizações e mortalidade por complicações respiratórias.
3. COVID-19: O paciente possui um esquema primário incompleto para os padrões atuais. Ele precisa das doses de reforço atualizadas (preferencialmente as versões bivalentes ou as mais recentes recomendadas pelo Ministério da Saúde) devido ao tempo decorrido desde 2021 e ao seu alto risco de agravamento.

Alternativa (c) Incorreta. A vacina dT (difteria e tétano) é importante na rotina do adulto, mas a alternativa ignora as vacinas pneumocócica e COVID-19, que são prioritárias para um paciente com DPOC e diabetes visando evitar internações imediatas.

Alternativa (d) Incorreta. Não se reinicia o calendário infantil em adultos. O que se faz é a aplicação do Calendário Nacional de Vacinação do Adulto e Idoso, adaptando-o conforme o histórico vacinal prévio e as condições clínicas específicas do indivíduo.

Conclusão:

Para idosos com comorbidades, o foco principal é a proteção contra infecções respiratórias. O esquema sequencial para pneumococo, aliado à imunização anual contra influenza e à atualização contra COVID-19, constitui a conduta correta para reduzir a morbimortalidade deste paciente.