



HNMD

GABARITO | 2025 | RJ | 50 Questões



Gabarito: HNMD

2025 | RJ

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

Comentários e Explicações

Questão 1

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO:

Alternativa A: INCORRETA. A hipertermia maligna (HM) incide com maior frequência em crianças e adultos jovens. As estatísticas mostram uma incidência aproximada de 1 para cada 15.000 anestésias em crianças, contra 1 para cada 50.000 anestésias em adultos.

Alternativa B: INCORRETA. A suscetibilidade à HM tem relação direta com a herança genética. É uma condição farmacogenética de herança autossômica dominante, com penetrância variável, associada principalmente a mutações no gene RYR1, que codifica o receptor de rianodina (canal de cálcio do músculo esquelético).

Alternativa C: INCORRETA. O distúrbio típico da HM é a hipercapnia (aumento do CO₂), e não a hipocapnia. O aumento do gás carbônico na expiração (ETCO₂) é, frequentemente, o primeiro sinal da crise devido ao metabolismo muscular acelerado. A acidose (mista) e a hipoxemia são achados tardios e graves da condição.

Alternativa D: CORRETA. O manejo inicial e fundamental na suspeita de HM consiste em interromper imediatamente a administração de agentes gatilhos, que são todos os anestésicos inalatórios halogenados (como sevoflurano, isoflurano e desflurano) e o relaxante muscular succinilcolina. Após a interrupção, deve-se pedir ajuda e iniciar o protocolo de tratamento específico.

Alternativa E: INCORRETA. A naloxona é um fármaco antagonista de receptores opioides. A droga de escolha e o único tratamento específico para a reversão da hipertermia maligna é o dantroleno sódico, que age inibindo a liberação excessiva de cálcio do retículo sarcoplasmático para o citosol da célula muscular esquelética.

Questão 2

A epidemiologia utiliza as medidas de morbidade para quantificar a ocorrência de doenças em uma população. As duas principais medidas são a incidência e a prevalência.

Alternativa a: Correta. Esta é a definição exata de incidência. Ela quantifica a ocorrência de episódios novos de uma doença em uma população que estava livre da enfermidade (sob o risco de desenvolvê-la) durante um período de acompanhamento. A incidência indica o risco ou a probabilidade de um indivíduo

tornar-se doente em um intervalo de tempo.

Alternativa b: Incorreta. O termo totalidade de casos em um determinado local e período de tempo descreve a Prevalência de Período. Diferentemente da incidência, a prevalência não foca no surgimento da doença, mas sim no estoque total de doentes (casos novos somados aos casos antigos) em um intervalo temporal.

Alternativa c: Incorreta. A totalidade de casos em um ponto específico do tempo (como em um dia específico) define a Prevalência Pontual ou Instantânea. É comparada a uma fotografia da situação de saúde da população naquele exato momento.

Alternativa d: Incorreta. A contabilização de óbitos refere-se a indicadores de mortalidade (frequência de mortes na população) ou letalidade (proporção de mortes entre os doentes). A questão solicita uma medida de morbidade (adoecimento), não de mortalidade.

Alternativa e: Incorreta. A descrição de casos que surgem entre contatos de um caso-índice define a Taxa de Ataque Secundária. Essa é uma medida de incidência específica, muito utilizada em investigações de surtos e doenças infectocontagiosas para avaliar o poder de transmissibilidade de um agente etiológico em grupos restritos.

Questão 3

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico apresenta um menino de 7 anos com sintomas respiratórios (febre e tosse) de caráter subagudo, com 18 dias de evolução. Os dados fundamentais para a resolução da questão estão na análise do líquido pleural: trata-se de um exsudato (LDH aumentado) com acentuada predominância de linfócitos (78%) e glicose consumida (45 mg/dL). O tempo de evolução prolongado somado ao perfil linfocítico do derrame pleural direciona o diagnóstico.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: A pneumonia e o derrame pleural causados por *Staphylococcus aureus* costumam ter uma evolução aguda, fulminante e com sinais de gravidade importante (toxemia). O líquido pleural típico seria um empiema ou um derrame parapneumônico com predominância de neutrófilos (polimorfonucleares) e contagem celular muito mais elevada, o que não condiz com os 78% de linfócitos relatados.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: O *Mycoplasma pneumoniae* causa pneumonia atípica e

pode, em alguns casos, cursar com derrame pleural. No entanto, o derrame costuma ser de pequena monta e o quadro clínico, embora possa ser prolongado, não é a causa clássica de derrame pleural linfocítico com glicose baixa em crianças, sendo a tuberculose uma hipótese muito mais robusta para esse achado.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é o principal agente das pneumonias bacterianas na infância. O derrame pleural associado a ele é o parapneumônico típico, que se caracteriza por uma instalação aguda e predomínio de neutrófilos no líquido pleural. Dezoito dias de evolução sem tratamento adequado para pneumococo geralmente resultariam em melhora espontânea ou complicação para empiema franco, diferente do perfil linfocítico apresentado.

ALTERNATIVA D - CORRETA: O diagnóstico mais provável é a tuberculose pleural (causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*). Esta condição é caracterizada por um quadro subagudo ou crônico de febre e tosse. O líquido pleural é classicamente um exsudato com predominância de linfócitos (quase sempre acima de 75%) e escassez de células mesoteliais. A glicose pode estar baixa ou no limite inferior da normalidade. No Brasil, a tuberculose deve ser a primeira hipótese diagnóstica em qualquer paciente com derrame pleural exsudativo de predomínio linfocítico e evolução superior a duas semanas.

ALTERNATIVA E - INCORRETA: A COVID-19 em pediatria manifesta-se predominantemente como síndrome gripal aguda ou, em casos graves, como pneumonia viral difusa ou Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P). O derrame pleural isolado com características linfocíticas e evolução de 18 dias não é uma apresentação típica ou frequente desta infecção viral.

Questão 4

A questão aborda os critérios de avaliação e conduta nas lesões polipoides da vesícula biliar, um tema frequente em provas de cirurgia e gastroenterologia.

Alternativa a) Incorreta. Os adenomas são lesões neoplásicas benignas, mas são considerados pré-malignos. O erro da alternativa está em dizer que são fáceis de diferenciar de um adenocarcinoma no pré-operatório. Na prática, a ultrassonografia e a tomografia têm dificuldade em distinguir com precisão um adenoma de um carcinoma in situ ou invasivo precoce, motivo pelo qual o tamanho da lesão é usado como guia para a cirurgia.

Alternativa b) Incorreta. O tamanho menor que 10 mm é, na verdade, um indicador de benignidade. O principal fator de risco relacionado ao tamanho para o

desenvolvimento de adenocarcinoma é quando o pólipo possui diâmetro maior ou igual a 10 mm. Outros fatores de risco incluem idade acima de 50 ou 60 anos, presença de cálculos associados e pólipos sésseis.

Alternativa c) Incorreta. Os pólipos de colesterol são pseudopólipos (não neoplásicos) e representam o tipo mais comum de lesão polipoide da vesícula. Eles se caracterizam por serem tipicamente múltiplos, pequenos (geralmente menores que 10 mm) e frequentemente pediculados (presos por um pedículo fino), e não sésseis e únicos.

Alternativa d) Incorreta. A adenomiomatose não é uma lesão pediculada, mas sim uma alteração degenerativa caracterizada pela proliferação do epitélio e hipertrofia da camada muscular, formando invaginações conhecidas como seios de Rokitsansky-Aschoff. Ela se localiza mais comumente no fundo (fundo vesicular) e não no infundíbulo, apresentando-se como um espessamento focal ou segmentar da parede.

Alternativa e) Correta. Esta é uma regra fundamental na propedêutica cirúrgica: se a lesão polipoide da vesícula biliar causa sintomas (como cólica biliar ou colecistite), a colecistectomia está indicada, independentemente do tamanho do pólipo. Nos pacientes assintomáticos, a cirurgia é reservada para aqueles com pólipos maiores que 10 mm ou com outros fatores de risco para malignidade.

Gabarito: Letra (e).

Questão 5

O manejo pós-parada cardiorrespiratória (PCR) foca na estabilização hemodinâmica, ventilatória e neurológica para prevenir lesões secundárias e melhorar o prognóstico do paciente.

Alternativa a: Incorreta. O controle-alvo de temperatura (TTM) recomenda manter a temperatura corporal entre 32 graus Celsius e 36 graus Celsius (ou até 37,5 graus Celsius, segundo evidências mais recentes que priorizam o controle da febre). Manter a temperatura abaixo de 32 graus Celsius não é recomendado de rotina, pois aumenta o risco de complicações graves, como arritmias, coagulopatias e infecções, sem benefício neurológico adicional comprovado.

Alternativa b: Correta. De acordo com as diretrizes da American Heart Association (AHA) e do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), um dos objetivos primordiais após o retorno da circulação espontânea é evitar a hipotensão. Recomenda-se manter a pressão arterial sistólica acima de 90 mmHg para garantir

uma pressão de perfusão cerebral adequada e suporte aos demais órgãos.

Alternativa c: Incorreta. O alvo recomendado para a pressão arterial média (PAM) no período pós-PCR é geralmente superior a 65 mmHg. Uma PAM de 55 mmHg é insuficiente para assegurar a perfusão tecidual e cerebral em pacientes críticos que acabaram de sofrer um insulto isquêmico global.

Alternativa d: Incorreta. O uso rotineiro de corticosteroides no manejo agudo pós-parada não é indicado pelas principais diretrizes. Embora existam discussões sobre seu uso em casos de choque séptico ou choque refratário, eles não fazem parte do protocolo padrão inicial de estabilização pós-PCR.

Alternativa e: Incorreta. Deve-se buscar a normocalemia. A manutenção de hipocalemia (baixos níveis de potássio no sangue) é contraindicada, pois predispõe o paciente a uma maior instabilidade elétrica do miocárdio, aumentando o risco de novas arritmias ventriculares e de uma nova parada cardíaca.

Questão 6

A letalidade é um indicador epidemiológico fundamental que mede o poder de uma doença de causar a morte naqueles que foram diagnosticados com ela. Ela relaciona o número de óbitos por uma causa específica com o número de pessoas que apresentam essa mesma doença em um determinado período.

Alternativa (b) - Correta: Esta alternativa define com precisão o conceito de letalidade. Diferentemente da mortalidade geral, que olha para toda a população, a letalidade foca apenas no grupo de pessoas já acometidas por um agravo. Por isso, ela é o melhor indicador para aferir a gravidade de uma patologia e a eficácia do tratamento oferecido, pois indica a proporção de doentes que evoluem para o óbito. O cálculo é: $(\text{Número de óbitos por determinada causa} / \text{Número de casos dessa doença}) \times 100$.

Alternativa (a) - Incorreta: A letalidade é considerada uma medida híbrida justamente porque utiliza tanto dados de mortalidade (número de óbitos no numerador) quanto dados de morbidade (número de casos ou doentes no denominador). Portanto, a afirmação de que ela emprega somente dados de morbidade está errada.

Alternativa (c) - Incorreta: Esta definição refere-se ao Coeficiente de Mortalidade Específica por Causa. A principal diferença está no denominador: enquanto a letalidade usa o número de doentes, a mortalidade específica utiliza a população total sob risco (frequentemente expressa por 100.000 habitantes). A mortalidade mede o risco de morrer na população, enquanto a letalidade mede o risco de morrer

entre os doentes.

Alternativa (d) - Incorreta: Esta alternativa descreve a Mortalidade Proporcional por Causa (ou Índice de Mortalidade Proporcional). Ela não mede o risco de morte, mas sim a importância relativa de uma determinada causa dentro do total de óbitos ocorridos em uma localidade. O denominador aqui é o total de mortes, e não o total de doentes.

Alternativa (e) - Incorreta: Esta definição corresponde ao Coeficiente de Mortalidade Geral. Ele indica o risco de qualquer indivíduo de uma população vir a falecer por qualquer causa em um determinado período. O denominador é a população total da área.

Questão 7

Alternativa (a) - Correta: O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é fundamentalmente clínico. Ele é realizado por meio da observação do comportamento da criança e da coleta de uma anamnese detalhada com os pais ou cuidadores. O médico utiliza critérios padronizados estabelecidos por manuais internacionais, como o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) ou a CID-11 (Classificação Internacional de Doenças), que focam em déficits na comunicação social e na presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento.

Alternativa (b) - Incorreta: Atualmente, não existe nenhum biomarcador validado na prática clínica para o diagnóstico de TEA. Não há exames de sangue, testes genéticos específicos ou exames de neuroimagem que possam confirmar o transtorno. Exames complementares podem ser solicitados apenas para investigar condições genéticas associadas ou diagnósticos diferenciais, mas o diagnóstico do autismo permanece clínico.

Alternativa (c) - Incorreta: A vasta maioria dos pacientes com TEA apresenta comorbidades. Estudos indicam que cerca de 70% a 80% dos indivíduos com o transtorno possuem pelo menos uma comorbidade diagnóstica, como deficiência intelectual, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), transtornos de ansiedade, distúrbios do sono ou epilepsia. O número de 15% citado na alternativa está muito abaixo da realidade epidemiológica.

Alternativa (d) - Incorreta: O diagnóstico de TEA pode e deve ser feito o mais precocemente possível, frequentemente antes dos 3 anos de idade. Sinais de alerta costumam ser detectados entre os 12 e 24 meses de vida. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a aplicação de instrumentos de triagem, como o M-CHAT, em

todas as crianças nas consultas de puericultura entre 16 e 30 meses de idade para identificação precoce de risco.

Alternativa (e) - Incorreta: Existem critérios diagnósticos muito bem estabelecidos e relevantes. O DSM-5 consolidou o diagnóstico em dois domínios principais: 1) Déficits persistentes na comunicação social e na interação social; 2) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Além disso, escalas padronizadas e validadas auxiliam o médico na avaliação da gravidade e no suporte necessário para cada paciente.

Questão 8

Para compreender os testes diagnósticos, é fundamental diferenciar as características intrínsecas do teste das probabilidades aplicadas ao paciente no dia a dia. Enquanto a sensibilidade e a especificidade avaliam o desempenho do teste em relação a um estado de saúde já conhecido, os valores preditivos fazem o caminho inverso, que é o raciocínio utilizado na prática clínica após o recebimento de um exame.

O Valor Preditivo Positivo (VPP) responde à seguinte pergunta: Diante de um resultado positivo, qual a chance de o paciente realmente ter a doença? Por isso, ele analisa o grupo de pessoas que tiveram resultado positivo e determina a proporção daqueles que são verdadeiramente doentes.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Preenche perfeitamente a definição. O Valor Preditivo Positivo é a probabilidade de um indivíduo com resultado POSITIVO ser realmente DOENTE.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa descreve o Valor Preditivo Negativo (VPN). O VPN é a probabilidade de um indivíduo com resultado negativo ser realmente saudável (normal/sem a doença).

Alternativa c) Incorreta. Um indivíduo com resultado positivo que é normal (saudável) é considerado um falso positivo. O VPP busca a probabilidade do acerto (doente), e não do erro do teste.

Alternativa d) Incorreta. Um indivíduo com resultado negativo que é doente é considerado um falso negativo. Isso representa uma falha do teste em detectar a patologia, não definindo o valor preditivo positivo.

Alternativa e) Incorreta. A estatística epidemiológica clássica para cálculos de valores

preditivos utiliza resultados binários (positivo ou negativo). O termo indefinido não compõe a definição de VPP.

Questão 9

Análise do quadro clínico: O paciente apresenta sintomas clássicos de um episódio de mania ou hipomania: redução da necessidade de sono, grandiosidade, aumento da libido e taquipsiquismo (aceleração dos pensamentos). Como os sintomas duraram 10 dias, preenchem o critério temporal para um Episódio Maníaco (mínimo de 7 dias) ou Hipomaníaco (mínimo de 4 dias). A ocorrência de 5 episódios em um único ano caracteriza o que chamamos de Ciclagem Rápida (definida por 4 ou mais episódios de humor em 12 meses).

Alternativa a) Incorreta. A ciclotimia é um transtorno crônico, com duração mínima de 2 anos, caracterizado por períodos com sintomas hipomaníacos e períodos com sintomas depressivos que não fecham critérios completos para um episódio maníaco ou depressivo maior. O relato de sintomas francos e recorrentes em um ano direciona para o Transtorno Bipolar.

Alternativa b) Incorreta. A distímia (Transtorno Depressivo Persistente) caracteriza-se por um humor depressivo crônico, de intensidade leve a moderada, por pelo menos 2 anos. O quadro do paciente é de exaltação do humor e aumento de energia, o oposto da distímia.

Alternativa c) Incorreta. Embora o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar esteja correto, a lamotrigina não é a medicação de escolha para o tratamento de episódios de mania ou para o controle de estados de agitação e aceleração. A lamotrigina tem sua principal indicação na prevenção de episódios depressivos no Transtorno Bipolar e possui pouca eficácia no tratamento da mania aguda.

Alternativa d) Correta. O paciente apresenta critérios para Transtorno Afetivo Bipolar. No caso de pacientes com "Ciclagem Rápida" (como os 5 episódios relatados em um ano), os estabilizadores de humor, como o ácido valproico (valproato de sódio), costumam apresentar uma resposta terapêutica superior ao lítio. O ácido valproico é uma das medicações de primeira linha para episódios maníacos e para o perfil de ciclagem rápida.

Alternativa e) Incorreta. A esquizofrenia é um transtorno psicótico caracterizado por delírios, alucinações, desorganização do pensamento e sintomas negativos, com duração mínima de 6 meses e prejuízo funcional significativo. O quadro descrito é puramente afetivo (humor e energia), sem evidências de sintomas psicóticos dissociados do humor, o que exclui o diagnóstico de esquizofrenia. A clozapina é

utilizada para esquizofrenia refratária.

Questão 10

O atendimento a vítimas de violência sexual exige uma abordagem rápida e multifatorial, visando à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) não virais, gravidez indesejada e infecções virais (HIV e hepatites).

O protocolo do Ministério da Saúde e da FEBRASGO estabelece as seguintes condutas:

1. Profilaxia de ISTs não virais:

- Sífilis: penicilina G benzatina 2,4 milhões de UI, via intramuscular (dose única).
- Gonorreia: ceftriaxona 500 mg, via intramuscular (dose única).
- Clamídia: azitromicina 1 g, via oral (dose única).

2. Profilaxia de gravidez:

- Anticoncepção de emergência com levonorgestrel 1,5 mg, via oral (dose única). O prazo ideal é de até 72 horas após a agressão, podendo ser estendido até 5 dias.

3. Profilaxia de infecções virais:

- HIV: Profilaxia Pós-Exposição (PEP) com antirretrovirais por 28 dias, iniciada preferencialmente nas primeiras 2 horas, com limite de 72 horas.
- Hepatite B: Como a paciente possui vacinação completa, não há indicação de nova dose de vacina nem de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). A imunoglobulina só estaria indicada em casos de vítimas não vacinadas ou com esquema incompleto, quando o agressor é sabidamente HBsAg positivo ou de risco.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Inclui a imunoglobulina humana anti-hepatite B. Como a paciente tem o esquema vacinal completo, ela já está protegida e não necessita da imunoglobulina.

Alternativa b) Correta. Contempla todas as necessidades da paciente conforme o protocolo: cobertura para sífilis (penicilina), gonorreia (ceftriaxona), clamídia (azitromicina), prevenção de gravidez (levonorgestrel) e prevenção do HIV. Não inclui a imunoglobulina de hepatite B, o que está correto dada a história vacinal da adolescente.

Alternativa c) Incorreta. Não prescreve a penicilina benzatina para a profilaxia da sífilis nem o levonorgestrel para a prevenção de gravidez, deixando a paciente

vulnerável a esses agravos.

Alternativa d) Incorreta. Além de incluir desnecessariamente a imunoglobulina anti-hepatite B (pois a vacinação está completa), esta alternativa omite a ceftriaxona, que é essencial para a profilaxia da gonorreia.

Alternativa e) Incorreta. A profilaxia é uma urgência médica. O tempo é um fator determinante para a eficácia, especialmente na prevenção do HIV e da gravidez. Jamais se deve aguardar 72 horas para iniciar o tratamento; a prescrição deve ser feita imediatamente após a coleta de exames basais.

Questão 11

Para resolver essa questão, é fundamental aplicar a Classificação da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) para o câncer de colo uterino, atualizada em 2018.

Análise do Estadiamento:

O caso clínico descreve um tumor restrito ao colo uterino com 2,6 cm de diâmetro, sem invasão de vagina ou paramétrios e sem metástases. De acordo com a FIGO 2018, tumores restritos ao colo uterino com invasão maior que 5 mm de profundidade são classificados como estágio IB. Este estágio é subdividido conforme o diâmetro maior do tumor:

- Estágio IB1: lesões menores ou iguais a 2 cm.
- Estágio IB2: lesões maiores que 2 cm e menores ou iguais a 4 cm.
- Estágio IB3: lesões maiores que 4 cm.

Como a paciente apresenta um tumor de 2,6 cm, o estadiamento correto é IB2.

Análise do Tratamento:

Para o estágio IB2, as opções terapêuticas principais são a cirurgia radical (histerectomia radical ou cirurgia de Wertheim-Meigs) associada à linfadenectomia pélvica, ou a quimiorradioterapia primária. A escolha depende das condições clínicas da paciente e da infraestrutura do serviço. No contexto das alternativas apresentadas, a conduta cirúrgica radical é a que se correlaciona corretamente com o estágio.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O estágio IB1 refere-se a tumores com tamanho menor ou igual a 2 cm. Além disso, a traquelectomia radical (preservação de fertilidade) geralmente é considerada para tumores menores (preferencialmente abaixo de 2 cm) em

pacientes que desejam gestar, o que não parece ser o foco principal, considerando a idade da paciente (49 anos).

b) Correta. O estágio IB2 contempla tumores entre 2,1 cm e 4,0 cm. O tratamento padrão inclui a histerectomia radical com a retirada dos paramétrios e linfadenectomia pélvica para avaliação de comprometimento linfonodal.

c) Incorreta. O estágio IA1 refere-se ao carcinoma microinvasor com profundidade de invasão menor que 3 mm. Um tumor de 2,6 cm é uma lesão macroscópica visível, o que exclui o estágio IA. A conização cirúrgica é o tratamento para lesões precursoras ou IA1 com desejo de fertilidade.

d) Incorreta. O estágio IIA1 caracteriza-se pela extensão do tumor para os dois terços superiores da vagina, sem acometimento de paramétrios e com tamanho menor que 4 cm. O enunciado afirma explicitamente que não há acometimento da vagina.

e) Incorreta. O estágio IIB ocorre quando há invasão dos paramétrios (sem atingir a parede pélvica). O enunciado afirma que os paramétrios estão livres. Além disso, no estágio IIB, o tratamento de escolha é a quimiorradioterapia, e não a cirurgia.

Questão 12

O choque é definido como um estado de hipoperfusão tecidual generalizada, em que a oferta de oxigênio é insuficiente para atender à demanda metabólica das células. Para fins didáticos e clínicos, a medicina classifica o choque em quatro grandes grupos fisiopatológicos, baseados no mecanismo principal que leva à queda da pressão arterial ou do débito cardíaco.

Alternativa (a) Incorreta. Embora apresente três categorias principais (cardiogênico, hipovolêmico e distributivo), o choque séptico é, na verdade, um exemplo ou subtipo de choque distributivo. Ao listar "séptico" e "distributivo" separadamente, a alternativa cria uma redundância e deixa de fora a categoria do choque obstrutivo.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa descreve com precisão a classificação clássica adotada nos principais protocolos mundiais, como o ATLS (Advanced Trauma Life Support) e tratados de terapia intensiva. Os quatro tipos são:

1. Hipovolêmico: Causado pela perda de volume intravascular (sangue ou fluidos).
2. Cardiogênico: Decorrente da falha primária da bomba cardíaca em ejetar sangue adequadamente.
3. Distributivo: Caracterizado por vasodilatação periférica intensa, reduzindo a resistência vascular sistêmica (inclui sepse, anafilaxia e choque neurogênico).
4. Obstrutivo: Causado por um impedimento físico ao fluxo sanguíneo, seja no

enchimento ou na ejeção (ex.: tamponamento cardíaco ou tromboembolismo pulmonar).

Alternativa (c) Incorreta. Séptico e neurogênico são ambos subtipos de choque distributivo. A alternativa falha ao não citar a categoria "distributivo" como um todo e ao omitir o choque obstrutivo.

Alternativa (d) Incorreta. Neurogênico e anafilático são formas de choque distributivo. A alternativa é incompleta e tecnicamente imprecisa por misturar subcategorias com categorias principais, além de não mencionar o choque cardiogênico.

Alternativa (e) Incorreta. Novamente, o choque neurogênico está contido na categoria de choque distributivo. A alternativa peca pela redundância e pela ausência do choque obstrutivo na listagem dos quatro tipos principais.

Questão 13

Alternativa (a) Incorreta: O valor de corte para a normalidade da glicemia de jejum no primeiro trimestre da gestação é de 92 mg/dL. Se a paciente apresentar uma glicemia entre 92 mg/dL e 125 mg/dL, ela já recebe o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Portanto, uma glicemia de 93 ou 94 mg/dL, por exemplo, não descartaria a condição, mas sim a confirmaria. Além disso, mesmo valores abaixo de 92 mg/dL não descartam permanentemente o DMG, exigindo nova avaliação entre a 24^a e a 28^a semana.

Alternativa (b) Incorreta: Para o Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) realizado com 75 g de glicose entre a 24^a e a 28^a semana, os valores de referência que descartam o diagnóstico são: jejum < 92 mg/dL, 1 hora < 180 mg/dL e 2 horas < 153 mg/dL. Os valores citados na alternativa (200 mg/dL e 158 mg/dL) estão incorretos e acima dos limites diagnósticos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pela FEBRASGO.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa define o que chamamos de "diabetes em evidência" ou "overt diabetes". Quando a gestante apresenta níveis glicêmicos que já preenchem os critérios de diagnóstico para diabetes fora da gestação logo na primeira consulta (jejum \geq 126 mg/dL, HbA1c \geq 6,5% ou glicemia ao acaso \geq 200 mg/dL com sintomas), ela é diagnosticada com diabetes pré-gestacional (tipo 2 ou tipo 1 previamente desconhecido) e não apenas DMG.

Alternativa (d) Incorreta: A terapia nutricional no DMG não deve ser baseada em uma restrição extrema de carboidratos (como os 20% sugeridos). Uma dieta com baixíssimo aporte de carboidratos pode levar à cetose, o que é prejudicial ao

desenvolvimento fetal. A recomendação atual é de que os carboidratos ocupem de 40% a 55% do valor calórico total diário, priorizando os de alto teor de fibras e baixo índice glicêmico.

Alternativa (e) Incorreta: A insulina continua sendo o padrão-ouro e o medicamento de primeira escolha para o tratamento farmacológico do DMG quando as mudanças de estilo de vida (dieta e exercícios) não são suficientes. Embora a metformina seja utilizada em protocolos específicos e tenha segurança aceitável, ela não é classificada como a droga de primeira linha na maioria das diretrizes nacionais e internacionais frente à eficácia e ao histórico da insulinoterapia.

Questão 14

A Hemorragia Subaracnoidea (HSA) caracteriza-se pela presença de sangue no espaço entre a membrana aracnoide e a pia-máter, onde circula o líquido cefalorraquidiano. Clinicamente, a HSA é dividida em duas grandes categorias: traumática e espontânea (não traumática).

A causa mais comum de HSA em termos globais é o traumatismo cranioencefálico. No entanto, quando o enunciado solicita a causa mais comum excluindo-se o trauma, ele foca na epidemiologia da HSA espontânea.

Alternativa (c) - Correta: A ruptura de aneurismas saculares é a principal causa de HSA não traumática, sendo responsável por cerca de 80% a 85% dos casos. Esses aneurismas costumam se desenvolver em pontos de ramificação das artérias do Polígono de Willis, sendo os locais mais comuns a artéria comunicante anterior, a artéria carótida interna (na origem da comunicante posterior) e a artéria cerebral média.

Alternativa (a) - Incorreta: As Malformações Arteriovenosas (MAVs) são a segunda causa vascular mais identificável, mas são muito menos frequentes que os aneurismas, representando aproximadamente 5% a 10% dos casos de sangramento subaracnoideo espontâneo. Além disso, MAVs frequentemente causam hemorragias intraparenquimatosas associadas.

Alternativas (b) e (e) - Incorretas: Fístulas arteriovenosas durais ou subdurais são conexões anormais entre artérias e veias. São causas raras de hemorragia intracraniana e não possuem expressão epidemiológica significativa como causa primária de hemorragia subaracnoidea difusa.

Alternativa (d) - Incorreta: A causa idiopática ocorre em cerca de 10% a 15% dos pacientes que apresentam quadro clínico e tomográfico de HSA, mas cujos exames

de angiografia são normais. Um subtipo comum desse grupo é a hemorragia perimesencefálica não aneurismática. Apesar de relevante, não é a causa mais comum.

Questão 15

O quadro clínico descreve uma criança em estado de crise convulsiva ativa (3 minutos de duração) associada à febre. O manejo inicial de qualquer crise convulsiva na sala de emergência deve seguir a sistematização do Suporte Avançado de Vida Pediátrico, priorizando a estabilização clínica imediata, conhecida como a sequência ABC.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente a sequência do ABCDE do trauma e emergências pediátricas. Primeiro, garante-se a via aérea (A — posicionamento da cabeça e verificação da permeabilidade), seguida pelo suporte respiratório (B — oxigenioterapia para prevenir hipóxia, já que a crise consome muito oxigênio) e, por fim, o suporte circulatório (C — acesso venoso para possível administração de fármacos e monitorização).

Alternativa b) Incorreta. A alternativa inverte as prioridades ao colocar o acesso venoso (C) antes da abordagem das vias aéreas (A) e da respiração (B). Na emergência, a oxigenação e a ventilação são sempre prioritárias em relação à punção venosa.

Alternativa c) Incorreta. Exames laboratoriais e radiografia de tórax fazem parte da investigação diagnóstica secundária. Em uma criança apresentando movimentos tônico-clônicos, o foco deve ser a interrupção da crise e a proteção das funções vitais, e não a realização de exames complementares de rotina.

Alternativa d) Incorreta. Embora a dipirona seja usada para tratar a febre, ela não é a prioridade no momento da convulsão ativa. O tratamento da causa-base (febre) ocorre após a estabilização do paciente. Além disso, a sequência apresentada inicia incorretamente pelo acesso venoso.

Alternativa e) Incorreta. A solicitação de exames não deve ser o primeiro passo no manejo de uma crise aguda. A prioridade é a estabilização clínica e a manutenção da oferta de oxigênio aos tecidos, seguindo o protocolo de suporte de vida.

Questão 16

A questão aborda os níveis de prevenção em saúde pública, um tema fundamental da epidemiologia e da medicina preventiva. Para respondê-la corretamente, é necessário diferenciar os níveis de intervenção propostos por Leavell e Clark e as atualizações conceituais posteriores.

ALTERNATIVA A (CORRETA): A prevenção primordial é o nível mais precoce de intervenção. Ela visa evitar a emergência e o estabelecimento de padrões de vida sociais, econômicos e ambientais que sabidamente contribuem para o aumento do risco de doenças. Realizar campanhas municipais para combater o mosquito *Aedes aegypti* foca na eliminação dos determinantes ambientais (os criadouros) antes mesmo que o fator de risco individual (a presença do mosquito infectado próximo ao indivíduo) se consolide. É uma ação sobre o ambiente e o comportamento social para impedir que o risco surja.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): A prevenção secundária ocorre quando a doença já está presente no indivíduo, mas em estágio inicial, muitas vezes assintomático ou subclínico. Seu objetivo é o diagnóstico precoce e o tratamento imediato para evitar a progressão da enfermidade. Exemplos típicos são o rastreamento (*screening*) de câncer do colo do útero (preventivo) ou a busca ativa de casos de dengue em pacientes febris.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): A prevenção terciária foca na redução das complicações e sequelas de uma doença já estabelecida e sintomática. O objetivo principal é a reabilitação do paciente e a melhoria de sua qualidade de vida, como a fisioterapia motora após um caso grave de doença ou o manejo de sequelas neurológicas.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): A prevenção primária visa diminuir a incidência de uma doença por meio do controle de causas e fatores de risco específicos em indivíduos ou grupos. Embora as campanhas de combate ao vetor sejam frequentemente confundidas com prevenção primária, a literatura epidemiológica moderna as classifica como primordiais quando atuam na base ambiental e social. A prevenção primária clássica envolveria proteção específica, como o uso de repelentes, telas em janelas ou a vacinação contra a dengue.

ALTERNATIVA E (INCORRETA): A classificação dos níveis de prevenção é uma ferramenta teórica válida e amplamente reconhecida na saúde coletiva e na prática médica para o planejamento de políticas públicas.

Questão 17

O preenchimento da Declaração de Óbito (DO) é uma responsabilidade médica fundamental, com implicações éticas, jurídicas e epidemiológicas. A questão solicita a única situação em que o documento não deve ser emitido.

Alternativa a: Incorreta. Óbitos ocorridos em prontos-socorros exigem obrigatoriamente a emissão da DO. Se a morte for por causas naturais, o médico que prestou assistência ou o médico plantonista deve emitir o documento. Caso a morte tenha causa externa (violenta ou suspeita), o corpo deve ser encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML), que será responsável pela emissão da DO.

Alternativa b: Incorreta. A idade do indivíduo não é critério para a dispensa da DO. Toda morte natural de um indivíduo nascido vivo deve ser registrada mediante a Declaração de Óbito para fins de encerramento da personalidade civil e para o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Alternativa c: Incorreta. Em mortes por causas violentas ou acidentais (homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, quedas, etc.), a emissão da DO é obrigatória. Nestes casos, a responsabilidade é exclusiva dos médicos-peritos dos Institutos Médicos Legais (IML), independentemente do tempo decorrido entre o evento e a morte.

Alternativa d: Incorreta. A legislação brasileira e as normas do Ministério da Saúde determinam que a DO deve ser emitida em óbitos fetais se a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas, OU se o feto tiver peso igual ou superior a 500 gramas, OU se a estatura for igual ou superior a 25 centímetros. Como a alternativa cita 21 semanas, o documento é obrigatório.

Alternativa e: Correta (Gabarito). Um membro amputado não caracteriza o óbito de um indivíduo, mas sim a retirada de uma parte do corpo de um paciente vivo ou um procedimento cirúrgico. A Declaração de Óbito destina-se exclusivamente a registrar o fim da vida de uma pessoa ou de um feto (dentro dos critérios legais). Para membros amputados, o hospital utiliza protocolos administrativos próprios e laudos de patologia para o descarte ou sepultamento, mas nunca uma Declaração de Óbito.

Questão 18

A classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) é uma ferramenta fundamental na avaliação pré-anestésica, utilizada para estratificar o estado físico do paciente e o risco de mortalidade perioperatória.

Alternativa a) Incorreta. O ASA I define um paciente saudável, sem doenças sistêmicas, não fumante e que faz uso mínimo ou nenhum de álcool. Não há

limitações funcionais ou debilidades.

Alternativa b) Incorreta. O ASA II refere-se a um paciente com doença sistêmica leve, sem limitações funcionais substanciais. Exemplos comuns incluem hipertensão arterial controlada, diabetes mellitus controlado, tabagismo sem DPOC, obesidade leve (IMC entre 30 e 40) ou gravidez.

Alternativa c) Correta. O ASA III é definido como um paciente com doença sistêmica grave que resulta em limitação funcional substantiva (ou debilidade funcional). O termo "não incapacitante" é utilizado para diferenciá-lo do nível seguinte, indicando que, embora a doença seja grave e limite as atividades do paciente, ela não representa uma ameaça constante à vida no momento imediato. Exemplos incluem diabetes ou hipertensão mal controlados, DPOC, obesidade mórbida (IMC acima de 40), hepatite ativa ou presença de marca-passo cardíaco.

Alternativa d) Incorreta. O ASA IV caracteriza um paciente com doença sistêmica grave que constitui uma ameaça constante à vida. Nesse estágio, a debilidade é incapacitante. Exemplos são o infarto agudo do miocárdio recente (menos de 3 meses), acidente vascular cerebral recente, disfunção valvar grave ou sepse.

Alternativa e) Incorreta. O ASA V descreve um paciente moribundo, cuja expectativa de vida é menor que 24 horas e que não se espera que sobreviva sem a realização da cirurgia. Exemplos clássicos são a ruptura de aneurisma de aorta abdominal ou trauma maciço com choque refratário.

Questão 19

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta uma gestação de 33 semanas com um feto cujo peso estimado está no percentil 2 para a idade gestacional. De acordo com os critérios atuais, fetos com peso abaixo do percentil 10 são classificados como Pequenos para a Idade Gestacional (PIG). Quando o peso está abaixo do percentil 3, ou quando há alterações no Doppler, o diagnóstico de Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU) é confirmado. No caso em questão, o peso no percentil 2 já define a Restrição de Crescimento (estágio 1 na classificação de Barcelona).

O dado fundamental para a conduta é o Doppler de artéria umbilical, que está normal. Isso indica que, apesar de o feto ser pequeno, a função placentária ainda consegue manter uma troca gasosa e nutricional adequada, sem sinais de sofrimento fetal agudo ou redistribuição hemodinâmica (centralização).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): Para fetos com restrição de crescimento (percentil menor que 3), mas que apresentam Doppler de artéria umbilical normal, a conduta recomendada pelos principais protocolos (como o da ISUOG e de Barcelona) é o acompanhamento ambulatorial com Doppler semanal. O objetivo é monitorar possíveis perdas de compensação placentária. A interrupção da gestação deve ser programada para quando o feto atingir o termo precoce (37 semanas), visando equilibrar os riscos da restrição de crescimento com os riscos da prematuridade.

Alternativa B (Incorreta): Não há indicação de interrupção imediata com 33 semanas. O Doppler normal sugere que o ambiente intrauterino ainda é seguro. A prematuridade extrema traria mais riscos de morbimortalidade do que a manutenção da gestação sob vigilância.

Alternativa C (Incorreta): O corticoide para maturação pulmonar é indicado quando o parto é iminente ou planejado para os próximos 7 dias devido à gravidade do quadro. Como o Doppler está normal, não há necessidade de interrupção imediata nem de corticoterapia neste momento.

Alternativa D (Incorreta): A repetição do Doppler a cada 48 horas e a interrupção com 34 semanas são reservadas para casos de maior gravidade, como na Restrição de Crescimento estágio 2 (onde há alteração do fluxo na artéria umbilical, como diástole zero). Não se aplica ao caso de Doppler normal.

Alternativa E (Incorreta): Embora o acompanhamento semanal esteja correto, aguardar até as 40 semanas em um feto com restrição de crescimento severa (percentil 2) é perigoso. O risco de morte intrauterina aumenta significativamente após a 37ª semana nesses casos; portanto, o parto não deve ser postergado além do termo.

Questão 20

O quadro clínico descrito apresenta uma paciente de 22 anos com sintomas que perduram por dois meses, iniciados após um evento estressor (término de relacionamento). A análise deve ser feita com base nos critérios diagnósticos para transtornos de humor e de ansiedade.

A paciente apresenta cinco sintomas cardinais: humor triste, anedonia (perda de interesse em atividades que antes eram prazerosas, como sair com amigos), insônia, fadiga (sensação de cansaço diário) e prejuízo cognitivo (dificuldade de concentração). De acordo com o DSM-5, a presença de pelo menos cinco desses

sintomas, por um período mínimo de duas semanas, sendo um deles obrigatoriamente humor deprimido ou anedonia, define o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A distimia, hoje denominada Transtorno Depressivo Persistente, exige a presença de humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, por um período mínimo de dois anos em adultos. O tempo de evolução da paciente (dois meses) é insuficiente para este diagnóstico.

b) Incorreta. O Transtorno de Estresse Agudo ocorre após a exposição a um evento traumático extremo (ameaça de morte, ferimento grave ou violência sexual), o que não se aplica a um término de relacionamento convencional. Além disso, seus sintomas (intrusão, esquiva, dissociação) devem durar de três dias a, no máximo, um mês após o evento.

c) Incorreta. O termo luto é classicamente reservado para a reação à morte de um ente querido. No DSM-5-TR, o Transtorno de Luto Prolongado é diagnosticado apenas quando os sintomas persistem por pelo menos 12 meses após a perda, com foco intenso na saudade do falecido. Embora termos de relacionamento gerem processos de luto simbólico, os critérios clínicos apresentados pela paciente fecham o diagnóstico de depressão.

d) Correta. A paciente preenche os critérios temporais (dois meses, superando o mínimo de duas semanas) e sintomatológicos (cinco critérios, incluindo os dois principais: humor triste e anedonia) para o Episódio Depressivo Maior. É importante notar que estressores psicossociais, como perdas afetivas, são gatilhos comuns para episódios depressivos.

e) Incorreta. O Transtorno de Pânico caracteriza-se por ataques de pânico inesperados e recorrentes, que são surtos abruptos de medo intenso acompanhados de sintomas físicos (taquicardia, sudorese, falta de ar). O relato da paciente é focado em sintomas depressivos e não em crises agudas de ansiedade ou medo de novos ataques.

Questão 21

O divertículo de Meckel é uma malformação decorrente do fechamento incompleto do ducto onfalomesentérico (ou ducto vitelino). Para compreender a questão, vamos analisar cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): O divertículo de Meckel localiza-se na borda ANTIMESENTÉRICA do íleo distal. Embora a distância mencionada (cerca de 45 a 60 cm da válvula ileocecal) esteja correta e faça parte da famosa "Regra dos 2" (dois pés de distância da válvula), o erro reside na localização em relação ao mesentério. Por ser um remanescente embrionário, ele se projeta na borda oposta à chegada dos vasos sanguíneos (antimesentérica).

Alternativa B (Correta): Esta é a resposta correta. O divertículo de Meckel frequentemente contém tecido heterotópico, ou seja, tecido que não deveria estar originalmente naquela localização. O tecido gástrico é o mais comum (encontrado em cerca de 50% a 60% dos casos), seguido pelo tecido pancreático. A presença de mucosa gástrica ectópica é clinicamente importante, pois ela secreta ácido clorídrico, o que pode causar ulceração da mucosa ileal adjacente e conseqüente sangramento.

Alternativa C (Incorreta): Quando o divertículo de Meckel é sintomático (causando hemorragia, obstrução ou inflamação), o tratamento de escolha é cirúrgico. A conduta pode ser a diverticulectomia (remoção apenas do divertículo) ou a ressecção de um segmento do íleo que contenha a base do divertículo e as possíveis úlceras adjacentes. Não se recomenda tratamento conservador para casos sintomáticos devido ao risco de complicações graves.

Alternativa D (Incorreta): A apresentação clínica mais comum, especialmente na população pediátrica, é a hemorragia digestiva baixa indolor (geralmente manifestada como hematoquezia). Embora a obstrução intestinal (por intussuscepção ou volvo) seja uma causa importante de sintomas, principalmente em adultos, o sangramento decorrente da mucosa gástrica heterotópica é a forma clássica e mais frequente de manifestação sintomática global descrita na literatura médica e cobrada em provas.

Alternativa E (Incorreta): O diagnóstico não pode ser feito por endoscopia digestiva alta (EDA), pois este exame alcança apenas até a segunda ou terceira porção do duodeno. O divertículo de Meckel está localizado no íleo distal, muito além do alcance do endoscópio convencional. O exame padrão-ouro para diagnóstico em crianças é a cintilografia com tecnécio-99m (conhecida como mapeamento de Meckel), que identifica a presença de mucosa gástrica ectópica. Em adultos, o diagnóstico costuma ser mais difícil, podendo exigir tomografia computadorizada, enteroscopia ou mesmo ser um achado incidental em laparoscopia.

Questão 22

Os Tumores Estromais Gastrointestinais (GIST) originam-se das células intersticiais de Cajal e são as neoplasias mesenquimais mais comuns do trato digestivo. A maioria dos casos ocorre no estômago (60%) e é caracterizada pela expressão da proteína KIT (CD117).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta - Gabarito): A grande maioria dos casos de GIST (cerca de 95%) ocorre de forma esporádica, sem relação com histórico familiar. Embora existam síndromes raras associadas, como a neurofibromatose tipo 1, a tríade de Carney e a síndrome de Carney-Stratakis, elas representam uma minoria absoluta dos diagnósticos. Portanto, dizer que estão "muito frequentemente" associados a síndromes familiares é um erro conceitual.

Alternativa B (Correta): Como o GIST é um tumor subepitelial (cresce abaixo da camada mucosa), a biópsia endoscópica convencional por EDA frequentemente resulta em falso-negativo, pois a pinça colhe apenas material superficial. O ultrassom endoscópico (EUS) com punção por agulha fina (FNA) permite atravessar a mucosa e atingir diretamente a massa na camada muscular própria, oferecendo sensibilidade diagnóstica significativamente superior.

Alternativa C (Correta): O tratamento padrão-ouro para o GIST localizado é a ressecção cirúrgica completa (R0). O objetivo é retirar a lesão com margens livres e manter a pseudocápsula íntegra para evitar o extravasamento tumoral, que é um fator de alto risco para recorrência peritoneal.

Alternativa D (Correta): Diferentemente do adenocarcinoma gástrico, o GIST raramente apresenta disseminação por via linfática (menos de 1% a 2% dos casos). Por essa razão, a linfadenectomia (retirada das cadeias linfonodais) não é necessária de rotina, permitindo cirurgias menos invasivas, como a ressecção em cunha do estômago.

Alternativa E (Correta): A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste venoso é o exame de escolha para o estadiamento inicial, planejamento cirúrgico e acompanhamento. O GIST metastatiza preferencialmente para o fígado e para o peritônio, e a TC é eficaz na identificação dessas lesões e na avaliação da resposta ao tratamento com inibidores de tirosina quinase (como o imatinibe).

Questão 23

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico após a exposição a um evento traumático extremo (desastre natural e perda da família). Os principais sintomas relatados são:

1. Reexperimentação: Sonhos recorrentes (pesadelos) com o desastre.
2. Esquiva: Evita falar sobre o evento.
3. Alterações cognitivas e do humor: Humor triste, medo diário e amnésia dissociativa (não se recorda do resgate).
4. Alterações na excitabilidade (arousal): Sono agitado e surtos de raiva (irritabilidade).
5. Tempo de evolução: Os sintomas persistem há 4 meses.

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O uso de benzodiazepínicos logo após o evento traumático não é recomendado e pode ser prejudicial. Estudos sugerem que essas medicações podem interferir no processamento psicológico natural do trauma e aumentar o risco de cronificação dos sintomas, além do risco de dependência.

Alternativa B: Correta. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é definido pela presença dos sintomas descritos (reexperimentação, esquiva, alterações cognitivas/humor e hiperestimulação) por um período superior a um mês. Como o paciente está há 4 meses com os sintomas, este é o diagnóstico mais provável.

Alternativa C: Incorreta. O Transtorno de Estresse Agudo (TEA) possui sintomas muito semelhantes ao TEPT, porém a diferença fundamental reside na duração. O TEA é diagnosticado quando os sintomas duram de 3 dias a, no máximo, 1 mês após o evento. Como o quadro já dura 4 meses, o diagnóstico evoluiu para TEPT.

Alternativa D: Incorreta. O Transtorno de Adaptação ocorre quando há uma resposta emocional ou comportamental a um estressor identificável, mas que não preenche os critérios específicos para TEPT ou outros transtornos. No caso em questão, o paciente preenche todos os critérios específicos do DSM-5 para TEPT, que é um diagnóstico mais preciso e grave.

Alternativa E: Incorreta. Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como a sertralina e a paroxetina, são considerados a primeira linha de tratamento farmacológico para o TEPT, auxiliando no controle da ansiedade, depressão e irritabilidade associadas ao quadro.

Questão 24

A pediculose do couro cabeludo, causada pelo *Pediculus humanus capitis*, é uma infestação parasitária comum na infância. O tratamento visa à eliminação tanto dos parasitas adultos quanto das lêndeas (ovos).

Análise das alternativas:

a) Peróxido de benzoíla: Incorreta. Este medicamento possui propriedades queratolíticas e antibacterianas, sendo amplamente utilizado no tratamento da acne vulgar, não possuindo indicação para o tratamento de ectoparasitoses como a pediculose.

b) Albendazol: Incorreta. É um anti-helmíntico de amplo espectro utilizado para tratar infestações por vermes intestinais (como ascaridíase e ancilostomíase). Embora existam estudos sobre o uso de doses altas de albendazol para pediculose resistente, ele não é, de forma alguma, o medicamento de escolha inicial.

c) Tiabendazol: Incorreta. É um agente antifúngico e antiparasitário indicado principalmente para o tratamento da Larva Migrans Cutânea (bicho geográfico) e strongiloidíase. Não é utilizado para o tratamento de piolhos.

d) Nitazoxamida: Incorreta. Trata-se de um antiparasitário de amplo espectro indicado para protozoários e helmintos intestinais. Não apresenta eficácia comprovada como primeira linha para a pediculose capitis.

e) Permetrina: Correta. A permetrina a 1% em loção ou xampu é considerada o tratamento de escolha (padrão-ouro) para a pediculose em crianças acima de 2 meses de idade. É um piretroide sintético que atua no sistema nervoso do inseto, causando paralisia e morte. Apresenta alta eficácia, baixa toxicidade humana e é de fácil aplicação. O protocolo geralmente recomenda uma aplicação inicial seguida de uma segunda aplicação após 7 a 10 dias para atingir os parasitas que eclodiram das lêndeas remanescentes.

Conclusão: Para um pré-escolar de 2 anos, a permetrina 1% é o tratamento de primeira linha devido ao seu excelente perfil de segurança e eficácia.

Questão 25

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de pneumotórax hipertensivo, caracterizado por insuficiência respiratória (dispneia e saturação de 90%) associada a sinais de choque obstrutivo (hipotensão arterial e taquicardia). Os achados físicos de murmúrio pulmonar abolido à direita, hipertimpanismo à percussão e desvio de traqueia confirmam o diagnóstico. No atendimento ao trauma (ATLS), o pneumotórax hipertensivo é uma lesão identificada no passo B (Breathing/Respiração) que exige intervenção imediata, pois impede o retorno venoso ao coração, levando ao óbito rapidamente.

Explicação das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o paciente apresente uma fratura exposta, o sangramento é descrito como "em babação", o que não justifica o choque grave (PA 80x50 mmHg). A causa da hipotensão neste cenário é o choque obstrutivo pelo pneumotórax. No protocolo ABCDE, as alterações ventilatórias graves (B) devem ser resolvidas antes do tratamento de fraturas ou sangramentos não exsanguinantes (C).

Alternativa b) Incorreta. O protocolo ATLS determina que uma ameaça à vida deve ser tratada no momento exato em que é diagnosticada durante a avaliação primária. Não se deve completar toda a sequência (A-B-C-D-E) para só então retornar e corrigir um problema identificado no passo B.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é clínico. É um erro grave e comum em provas e na prática médica solicitar exames de imagem (como radiografia de tórax) para confirmar este quadro em um paciente instável, pois o tempo de espera pelo exame pode levar à parada cardiorrespiratória.

Alternativa d) Correta. Diante do diagnóstico clínico de pneumotórax hipertensivo, a conduta é a descompressão imediata. Isso pode ser feito por meio de toracostomia digital ou descompressão por agulha (geralmente no 5º espaço intercostal, entre as linhas axilar anterior e média em adultos) como medida temporária, seguida obrigatoriamente pela drenagem torácica em selo d'água.

Alternativa e) Incorreta. O curativo de três pontas é a conduta inicial para o pneumotórax aberto (ferida torácica aspirante), onde existe uma comunicação direta do meio externo com a cavidade pleural. O caso em questão descreve um pneumotórax hipertensivo (fechado), onde o ar entra no espaço pleural mas não consegue sair, gerando pressão positiva.

Questão 26

Alternativa a) Incorreta. O envolvimento de linfonodos e a presença de invasão extracapsular são fatores clássicos de mau prognóstico. Quanto maior o número de linfonodos comprometidos, maior o risco de metástases a distância e menor a sobrevida global. A invasão extracapsular indica que a doença rompeu a cápsula linfonodal, sugerindo maior agressividade local.

Alternativa b) Incorreta. O carcinoma medular é um subtipo raro que, embora possa ter um crescimento rápido e características histológicas que simulam agressividade (como ser frequentemente triplo-negativo), apresenta um prognóstico geralmente mais favorável do que o carcinoma ductal invasivo convencional. Ele costuma ser bem circunscrito e apresenta um importante infiltrado linfocitário peritumoral, o que parece conferir uma melhor resposta biológica.

Alternativa c) Incorreta. Na patologia oncológica, a diferenciação celular está diretamente ligada ao prognóstico. Tumores bem diferenciados são aqueles cujas células ainda se assemelham ao tecido original e tendem a crescer mais lentamente, tendo melhor prognóstico. Tumores pouco diferenciados são mais anaplásicos, agressivos e têm resultados clínicos desfavoráveis.

Alternativa d) Incorreta. O carcinoma tubular é um tipo especial de câncer de mama com excelente prognóstico. Ele raramente apresenta metástases para linfonodos axilares e a sobrevida em longo prazo é superior a 90%, sendo muito melhor do que o prognóstico do carcinoma ductal infiltrante (atualmente chamado de carcinoma invasivo de tipo não especial).

Alternativa e) Correta. O carcinoma lobular infiltrante (CLI) é o segundo tipo histológico mais comum de câncer de mama. Suas principais características clínicas e patológicas incluem uma maior propensão à multicentricidade (vários focos na mesma mama) e à bilateralidade (acometimento da mama oposta) quando comparado ao ductal. Além disso, a grande maioria dos carcinomas lobulares clássicos é de baixo grau histológico, possui baixa taxa de proliferação celular (Ki-67 baixo) e expressa fortemente receptores de estrogênio, o que favorece o tratamento hormonal e confere um perfil biológico mais indolente.

Questão 27

A agorafobia é um transtorno de ansiedade definido pelo medo ou ansiedade marcantes que surgem em situações onde o indivíduo percebe que o escape pode ser difícil ou que o auxílio pode não estar disponível caso venha a desenvolver sintomas de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O medo de estar em meio a multidões é apenas um dos critérios possíveis para o diagnóstico de agorafobia, mas não define o transtorno de forma isolada. A agorafobia é um quadro mais amplo que envolve o medo de diversas situações, como usar transporte público, estar em espaços abertos, locais fechados ou sair de casa sozinho.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa sintetiza o núcleo psicopatológico da agorafobia. O paciente evita determinadas situações ou locais não pelo objeto em si, mas pela interpretação de que estará "preso" ou "indefeso" caso apresente um mal-estar. O critério principal do DSM-5 para agorafobia foca no medo de que a fuga seja difícil ou o socorro inexistente.

Alternativa (c) Incorreta. O medo irracional de locais fechados é a definição específica de claustrofobia. Embora o agorafóbico possa temer locais fechados (como elevadores ou teatros), ele o faz pelo receio de não conseguir sair em uma emergência, e esse medo deve estar associado a pelo menos outra situação de exposição (como espaços abertos ou transporte público).

Alternativa (d) Incorreta. Não existe uma associação clínica preferencial ou definidora entre a agorafobia e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). O TOC é caracterizado por pensamentos intrusivos e rituais, com uma base fisiopatológica distinta.

Alternativa (e) Incorreta. A agorafobia possui uma associação clínica e epidemiológica muito mais estreita com o Transtorno de Pânico do que com o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Historicamente, a agorafobia era diagnosticada como uma consequência de ataques de pânico repetidos, onde o paciente passava a evitar locais onde as crises ocorreram. Embora hoje sejam diagnósticos independentes, a relação com o pânico continua sendo a mais relevante na prática médica.

Questão 28

Para responder corretamente a essa questão, é necessário analisar a prevalência epidemiológica dos principais grupos de transtornos mentais na população geral, fundamentando-se em estudos como o Global Burden of Disease e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Alternativa a) Incorreta. A esquizofrenia é um transtorno psicótico grave e crônico, porém sua prevalência é considerada baixa na comunidade geral, afetando

aproximadamente 1 por cento da população ao longo da vida. Ela é menos frequente do que os transtornos de humor e de ansiedade.

Alternativa b) Incorreta. Os transtornos do humor, que incluem a depressão maior e o transtorno afetivo bipolar, estão entre as condições mais comuns na prática clínica e são as principais causas de anos vividos com incapacidade. No entanto, em termos de prevalência absoluta (número de casos na população), eles são superados pelos transtornos de ansiedade. A depressão maior, isoladamente, tem uma prevalência ao longo da vida estimada entre 15 e 20 por cento.

Alternativa c) Incorreta. Os transtornos dissociativos são condições caracterizadas por uma fragmentação das funções de consciência, memória e identidade. Embora o interesse clínico tenha crescido, sua prevalência na comunidade é significativamente menor do que a das patologias citadas nas outras alternativas.

Alternativa d) Incorreta. Os transtornos alimentares, como a anorexia nervosa, bulimia e o transtorno da compulsão alimentar, possuem relevância clínica alta, mas a prevalência combinada na população geral é baixa, geralmente não ultrapassando a marca de 5 por cento na maioria dos estudos epidemiológicos.

Alternativa e) Correta. Os transtornos de ansiedade formam o grupo de enfermidades psiquiátricas mais prevalentes na comunidade geral. Este grupo inclui o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), as fobias específicas, o transtorno de ansiedade social e o transtorno de pânico. Estudos epidemiológicos robustos indicam que a prevalência combinada desses transtornos ao longo da vida pode atingir até 30 por cento da população, sendo a condição psiquiátrica número um em termos de frequência na população mundial.

Questão 29

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta amenorreia primária (16 anos sem menarca), porém com estatura e caracteres sexuais secundários normais (telarca e pubarca presentes). Isso indica que o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano está funcionando perfeitamente, produzindo estrogênio e estimulando o desenvolvimento das mamas. O cariótipo 46,XX confirma o sexo genético feminino. Diante de uma paciente com caracteres sexuais normais e amenorreia primária, devemos pensar em causas anatômicas de obstrução ou agenesia do trato genital.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): A Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, ou

agenesia mulleriana, é caracterizada pela falha no desenvolvimento dos ductos de Müller. Isso resulta na ausência de útero, colo uterino e dos dois terços superiores da vagina. Como os ovários possuem origem embriológica diferente (cristas gonadais), eles estão presentes e funcionais, garantindo o desenvolvimento das mamas e o cariótipo 46,XX. É a causa mais provável para este quadro.

Alternativa B (INCORRETA): A Síndrome de Kallmann é uma causa de hipogonadismo hipogonadotrófico (falha na secreção de GnRH) associada a anosmia ou hiposmia. Nesses casos, não há estímulo para a produção de estrogênio pelos ovários, o que levaria à ausência de caracteres sexuais secundários (infantilismo sexual), o que não condiz com a paciente do caso.

Alternativa C (INCORRETA): Na Insensibilidade Congênita Completa aos Androgênios (Síndrome de Morris), a paciente apresenta mamas desenvolvidas e fenótipo feminino, porém o cariótipo é 46,XY. Além disso, há uma marcante diminuição ou ausência de pelos púbicos e axilares (devido à insensibilidade aos androgênios), o que a diferencia do quadro descrito.

Alternativa D (INCORRETA): A Síndrome de Turner é a causa mais comum de disgenesia gonadal e tem como cariótipo mais frequente o 45,X. Caracteriza-se por baixa estatura e ausência de caracteres sexuais secundários (devido à falência ovariana precoce/ovários em fita). A paciente da questão tem estatura e desenvolvimento sexual normais, além de cariótipo 46,XX.

Alternativa E (INCORRETA): A Disgenesia Gonadal Pura (como a Síndrome de Swyer no caso 46,XY ou disgenesias 46,XX) cursa com ovários não funcionais. Sem a produção de hormônios esteroides pelos ovários, a paciente não apresentaria desenvolvimento de mamas (caracteres sexuais secundários), mantendo o infantilismo sexual.

Conclusão: O quadro de desenvolvimento puberal normal, cariótipo 46,XX e amenorreia primária é o perfil clássico da Agenesia Mulleriana (Rokitansky).

Questão 30

O sangramento pós-menopausa é definido como qualquer sangramento uterino após 12 meses de amenorreia em mulheres com idade compatível com o climatério. Diante deste quadro, o principal objetivo do médico é excluir a presença de câncer de endométrio, porém a etiologia mais comum é benigna.

Alternativa a) Incorreta: A terapia de reposição hormonal (TRH) pode causar sangramentos, especialmente nos primeiros meses de adaptação ou em esquemas

de estrogênio sem a oposição adequada de progesterona em mulheres com útero. No entanto, não é a causa mais frequente na população geral de mulheres na pós-menopausa.

Alternativa b) Incorreta: Pólipos endometriais são crescimentos focais do endométrio e representam uma causa significativa de sangramento nessa fase da vida (presentes em cerca de 10 a 25 por cento dos casos). Apesar de comuns, perdem em prevalência para as causas atróficas.

Alternativa c) Incorreta: O câncer de endométrio é a patologia que mais gera preocupação e deve ser sempre investigada por meio de ultrassonografia transvaginal (avaliando a espessura endometrial) ou biópsia. Contudo, estatisticamente, ele é a causa em apenas 1 a 10 por cento das pacientes com sangramento pós-menopausa.

Alternativa d) Incorreta: A hiperplasia endometrial ocorre devido ao estímulo estrogênico contínuo sem a proteção da progesterona. É uma condição importante por ser precursora do câncer, mas sua incidência é inferior à da atrofia e à dos pólipos.

Alternativa e) Correta: A atrofia do endométrio é a causa mais comum, respondendo por aproximadamente 60 a 80 por cento dos casos de sangramento pós-menopausa. Com a queda acentuada dos níveis de estrogênio após a menopausa, o endométrio torna-se extremamente fino e frágil (atrófico). Essa fragilidade do tecido epitelial e vascular predispõe à ruptura de pequenos vasos superficiais, resultando em sangramentos que, geralmente, são de pequena monta. A atrofia vaginal concomitante também pode contribuir para o sangramento genital nestas pacientes.

Questão 31

Análise das alternativas:

a) Incorreta. As hérnias indiretas ocorrem lateralmente aos vasos epigástricos inferiores, saindo pelo anel inguinal interno (profundo). As hérnias que ocorrem no triângulo de Hesselbach são as hérnias diretas, que se projetam medialmente aos vasos epigástricos inferiores devido a uma fraqueza na parede posterior do canal inguinal (fáscia transversalis).

b) Incorreta. O nervo genitofemoral divide-se em dois ramos: o ramo genital e o ramo femoral. Quem realiza a inervação motora do músculo cremáster é o ramo genital do nervo genitofemoral. O ramo femoral é responsável pela sensibilidade da pele da região anterior e superior da coxa.

c) Incorreta. O músculo cremáster é formado por fascículos musculares que se originam do músculo oblíquo interno e, por vezes, do músculo transverso do abdome. O músculo oblíquo externo contribui para a formação da aponeurose do oblíquo externo e do anel inguinal superficial, mas não fornece as fibras do cremáster.

d) Incorreta. O referencial anatômico utilizado para definir e classificar as hérnias inguinais em diretas ou indiretas são os vasos epigástricos inferiores. Hérnias mediais a esses vasos são diretas; hérnias laterais a esses vasos são indiretas. Os vasos epigástricos superiores situam-se em uma região anatômica muito mais alta, sendo ramos terminais da artéria torácica interna.

e) Correta. Esta é uma descrição anatômica precisa. A artéria epigástrica inferior origina-se da artéria ilíaca externa, logo acima do ligamento inguinal. Da mesma forma, a veia epigástrica inferior drena para a veia ilíaca externa. Esses vasos são cruciais na cirurgia de hérnia para a identificação do tipo de defeito e para evitar sangramentos iatrogênicos.

Questão 32

A alternativa A está incorreta porque o teste do coraçãozinho deve ser realizado obrigatoriamente entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar. Realizá-lo precocemente, como na sala de parto, aumenta significativamente a incidência de resultados falsos-positivos devido ao período de transição circulatória e à instabilidade respiratória normal do nascimento.

A alternativa B está incorreta. O protocolo brasileiro e internacional exige que o sensor seja colocado no membro superior direito (que fornece a saturação pré-ductal) e em um dos membros inferiores (que fornece a saturação pós-ductal). A mão esquerda não deve ser utilizada para essa finalidade, pois já é considerada território pós-ductal.

A alternativa C está incorreta. Caso a primeira medição apresente qualquer alteração, a conduta correta é repetir o exame após exatamente 1 hora. Aguardar 24 horas é um erro grave, pois o objetivo do teste é justamente o diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas críticas antes do fechamento do canal arterial.

A alternativa D está correta. Este é o critério técnico de positividade do teste. Um resultado é considerado anormal se a saturação de oxigênio for menor que 95% em qualquer um dos membros aferidos ou se houver uma diferença igual ou superior a 3% entre a medida do membro superior direito e a do membro inferior.

A alternativa E está incorreta. Se o teste apresentar resultado alterado em duas aferições consecutivas (com intervalo de 1 hora entre elas), o bebê deve ser submetido a um ecocardiograma, que é o exame padrão-ouro para identificar defeitos estruturais do coração. O eletrocardiograma avalia apenas o ritmo e a condução elétrica, não sendo suficiente para diagnosticar cardiopatias congênitas críticas na triagem neonatal.

Questão 33

A questão aborda uma particularidade importante na imunização de mulheres em período de lactação. De forma geral, a amamentação não é uma contraindicação para a maioria das vacinas, sejam elas de vírus vivos ou inativados. No entanto, a vacina contra a Febre Amarela é a exceção clássica a essa regra.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A vacina Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) contém vírus vivos atenuados. Embora o vírus da rubéola possa ser excretado no leite materno, ele não causa doença no lactente. Portanto, não há necessidade de interromper o aleitamento ou adiar a vacinação da mãe.

b) Incorreta. A vacina Tríplice Bacteriana (DTP ou dTpa) é uma vacina inativada. Ela é segura para lactantes e, inclusive, recomendada no puerpério imediato para aquelas que não receberam a dose durante a gestação, visando à proteção indireta do bebê contra a coqueluche.

c) Incorreta. A vacina contra a Hepatite B é uma vacina inativada (recombinante) e não oferece riscos à mãe ou ao bebê durante a amamentação.

d) Incorreta. A vacina contra a Influenza é composta por vírus fragmentados e inativados. É segura e recomendada para mulheres em período de lactação, protegendo a mãe e reduzindo a chance de transmissão do vírus para o lactente.

e) Correta. A vacina contra a Febre Amarela é composta por vírus vivo atenuado. Existe um risco documentado de transmissão do vírus vacinal através do leite materno, o que pode causar reações graves no lactente, como a doença neurológica associada à vacina (meningoencefalite). Por esse motivo, as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) recomendam que a vacinação de mulheres que amamentam bebês com menos de 6 meses de idade seja adiada. Caso a vacinação seja estritamente necessária (devido ao risco epidemiológico), o aleitamento materno deve ser suspenso por 10 dias (podendo-se considerar até 15 dias em alguns protocolos) para garantir a segurança da criança.

Após os 6 meses de idade, o risco para o bebê é significativamente menor, e a vacinação da mãe pode ocorrer sem necessidade de interrupção da amamentação.

Questão 34

A questão descreve um quadro de sangramento vaginal no terceiro trimestre com características muito específicas: associação com inserção velamentosa do cordão ou placenta succenturiada e alta mortalidade fetal mesmo com baixo volume de perda sanguínea (cerca de 100 ml).

A alternativa correta é a letra C (Vasa prévia). Na vasa prévia, os vasos umbilicais fetais atravessam as membranas amnióticas e se posicionam à frente da apresentação fetal, sobre o orifício interno do colo uterino, desprotegidos pela geleia de Wharton ou pelo tecido placentário. Esta condição está intimamente ligada à inserção velamentosa do cordão ou à presença de lobos placentários adicionais (sucenturiada ou bilobulada), onde os vasos conectores passam pelas membranas. Quando ocorre a ruptura das membranas (amniorrexe), esses vasos fetais podem se romper. Como o sangue perdido é de origem fetal, e não materna, volumes pequenos são suficientes para causar choque hipovolêmico e óbito fetal rápido, enquanto a mãe permanece estável.

Alternativa A - Placenta Acreta: Incorreta. Refere-se à aderência anormal da placenta ao miométrio devido à ausência da decídua basal. O principal risco é a hemorragia materna maciça no momento do parto, pela dificuldade de desprendimento da placenta, e não um sangramento de origem fetal por ruptura de vasos nas membranas.

Alternativa B - Descolamento prematuro da placenta (DPP): Incorreta. É a separação da placenta da parede uterina antes do nascimento. O quadro clínico envolve dor abdominal, hipertonia uterina e sangramento de origem materna. Não possui associação etiológica com inserção velamentosa do cordão.

Alternativa D - Placenta prévia: Incorreta. Ocorre quando a placenta se implanta no segmento inferior do útero. O sangramento é tipicamente indolor, de cor vermelho vivo e de origem materna. Embora a placenta prévia seja um fator de risco para a vasa prévia, a descrição de sangramento fatal com apenas 100 ml e a associação direta com vasos desprotegidos definem especificamente a vasa prévia.

Alternativa E - Pólipo endocervical: Incorreta. É uma causa local de sangramento vaginal, geralmente de pequena intensidade e sem repercussão hemodinâmica para a mãe ou para o feto. Não apresenta relação com as patologias placentárias ou do cordão mencionadas no enunciado.

Questão 35

O quadro clínico descrito — dor abdominal baixa, febre, corrimento vaginal amarelado com odor desagradável, dor à mobilização do colo uterino e à palpação de anexos — é patognomônico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP). A DIP é uma síndrome clínica decorrente da ascensão de microrganismos do trato genital inferior para o trato genital superior.

Para definir a conduta, devemos classificar a gravidade da paciente, geralmente utilizando os critérios de Monif:

- Grau I: DIP não complicada, sem sinais de irritação peritoneal.
- Grau II: DIP com peritonite pélvica.
- Grau III: Presença de abscesso tubo-ovariano íntegro.
- Grau IV: Abscesso tubo-ovariano roto ou secreção purulenta em cavidade abdominal (peritonite generalizada).

Nesta questão, a paciente apresenta sinais de peritonite (descompressão dolorosa no abdome inferior) e sinais sistêmicos (febre de 38,2 °C e taquicardia de 102 bpm). Portanto, ela é classificada como Monif II.

As indicações de internação hospitalar para tratamento de DIP incluem:

1. Sinais de peritonite (irritação peritoneal).
2. Estado geral grave (náuseas, vômitos, febre alta).
3. Suspeita de abscesso tubo-ovariano.
4. Gravidez.
5. Intolerância ou falha ao tratamento por via oral.
6. Ausência de melhora clínica após 72 horas de tratamento ambulatorial.
7. Dificuldade de seguimento ou aderência ao tratamento.

Como a paciente apresenta sinais de irritação peritoneal, o tratamento deve ser obrigatoriamente hospitalar com antibioticoterapia endovenosa.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O tratamento ambulatorial é indicado apenas para casos leves (Monif I). Além disso, o esquema com azitromicina em dose única não é o padrão-ouro para DIP; o protocolo ambulatorial preconiza Ceftriaxona 500 mg (IM, dose única) + Doxiciclina 100 mg (VO, 12/12h por 14 dias) + Metronidazol 500 mg (VO, 12/12h por 14 dias).

Alternativa (b) Correta. A paciente tem critérios de internação por apresentar sinais de irritação peritoneal. O esquema com Cefoxitina endovenosa associada à Doxiciclina (que pode ser oral se a paciente tolerar) é um dos regimes parenterais

recomendados pelo Ministério da Saúde e pelo CDC para o tratamento hospitalar da DIP.

Alternativa (c) Incorreta. Este esquema (Ceftriaxona + Doxiciclina) é voltado para o tratamento ambulatorial (Monif I). A presença de descompressão dolorosa no exame físico contraindica a alta imediata e exige vigilância hospitalar com medicação endovenosa inicial.

Alternativa (d) Incorreta. A DIP é uma infecção bacteriana polimicrobiana (envolvendo principalmente *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, além de anaeróbios). Prescrever apenas sintomáticos é um erro grave, pois a falta de antibioticoterapia pode levar a sequelas como infertilidade, dor pélvica crônica e gravidez ectópica.

Alternativa (e) Incorreta. Embora a internação esteja correta, a drenagem cirúrgica imediata não está indicada. A cirurgia é reservada para casos de DIP Monif IV (abscesso roto), falha do tratamento clínico ou abscessos grandes que permitam drenagem guiada por imagem/laparoscopia se não houver melhora inicial. O exame físico desta paciente especificamente negou a presença de massas palpáveis.

Questão 36

A alternativa correta é a (e). Abaixo, apresento a análise detalhada de cada opção:

Alternativa a) Incorreta. Os tumores filoides são raros, representando menos de 1% de todos os tumores mamários. O tumor benigno mais comum da mama é o fibroadenoma. O tumor filóide assemelha-se ao fibroadenoma no exame físico e de imagem, porém possui um crescimento muito mais rápido e maior celularidade estromal, podendo inclusive ter comportamento maligno.

Alternativa b) Incorreta. O fibroadenoma simples não é considerado um fator de risco significativo para o desenvolvimento de câncer de mama. Ele é uma lesão benigna resultante da proliferação de elementos epiteliais e estromais. Apenas fibroadenomas "complexos" (que apresentam cistos, adenose esclerosante ou calcificações epiteliais) apresentam um aumento muito discreto no risco relativo, mas, via de regra, para fins de prova, o fibroadenoma não é lesão precursora nem fator de risco.

Alternativa c) Incorreta. A inversão papilar adquirida (recente) é um sinal de alerta importante. Ao contrário da inversão congênita, a inversão nova pode indicar a presença de um processo inflamatório ou, mais grave, um carcinoma subjacente que está tracionando os ductos lactíferos e retraíndo a papila. Portanto, é indicação absoluta de investigação rigorosa com exames de imagem (mamografia e/ou

ultrassonografia).

Alternativa d) Incorreta. A Doença de Mondor é uma tromboflebite superficial das veias da parede torácica ou da mama (frequentemente a veia torácica epigástrica), e não da veia axilar (que é do sistema profundo). Manifesta-se como um cordão fibroso e doloroso à palpação. O tratamento é habitualmente conservador, com uso de anti-inflamatórios e compressas mornas, resolvendo-se espontaneamente em algumas semanas. Não há indicação de anticoagulação sistêmica.

Alternativa e) Correta. A descarga papilar é considerada suspeita (ou patológica) quando é espontânea, unilateral, uniductal e de aspecto sanguinolento ou "água de rocha" (seroso). Nesses casos, mesmo que os exames de imagem sejam negativos, a conduta padrão é a exploração cirúrgica com ressecção dos ductos acometidos (microdectomia). O objetivo é tanto o diagnóstico definitivo (excluir carcinoma papilar ou ductal in situ) quanto o tratamento da causa mais comum, que é o papiloma intraductal benigno.

Questão 37

A síndrome falciforme e as hemoglobinopatias são condições genéticas caracterizadas pela presença de uma hemoglobina anômala, a hemoglobina S (HbS). O diagnóstico definitivo exige a identificação e quantificação dos tipos de hemoglobina presentes no sangue do paciente.

Alternativa A (Incorreta): O hemograma completo é fundamental para sugerir a hipótese diagnóstica. Nele, observa-se geralmente uma anemia normocítica e normocrômica com reticulocitose. A análise do esfregaço de sangue periférico pode mostrar a presença de drepanócitos (hemácias em foice). No entanto, o hemograma isolado não diferencia com precisão a anemia falciforme (homozigose SS) de outras variantes ou do traço falciforme (AS), sendo considerado um exame de triagem ou suporte, e não confirmatório.

Alternativa B (Incorreta): A tomografia computadorizada de abdome é um exame de imagem utilizado para avaliar complicações da doença, como o sequestro esplênico, a autoesplenectomia (baço atrofiado por infartos sucessivos) ou a presença de cálculos biliares, que são comuns nesses pacientes. Não possui papel no diagnóstico etiológico da hemoglobinopatia.

Alternativa C (Incorreta): O coagulograma avalia as vias da coagulação sanguínea (tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada). Embora a anemia falciforme gere um estado pró-trombótico e de ativação endotelial, o coagulograma não é utilizado para diagnosticar a presença de hemoglobina S.

Alternativa D (Correta): A eletroforese de hemoglobina é o exame padrão-ouro para o diagnóstico. Este teste separa as diferentes frações de hemoglobina (HbA1, HbA2, HbF e HbS) com base em suas cargas elétricas e pesos moleculares. Em pacientes com anemia falciforme (SS), observa-se a predominância de HbS (geralmente acima de 85-90%) e ausência de HbA1. No traço falciforme (AS), há presença tanto de HbA quanto de HbS. Outras técnicas modernas, como a cromatografia líquida de alta performance (HPLC), também são utilizadas com a mesma finalidade confirmatória.

Alternativa E (Incorreta): A biópsia ou aspirado de medula óssea não tem indicação para o diagnóstico de síndrome falciforme. A medula em pacientes falciformes costuma ser hiper celular devido à compensação da anemia hemolítica crônica, mas esse achado é inespecífico. A biópsia é reservada para investigar outras causas de falência medular ou neoplasias hematológicas.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 38

Análise do caso clínico: O paciente de 25 anos apresenta um quadro típico de Episódio Maníaco. Os sintomas descritos incluem humor eufórico, sentimentos de grandiosidade, redução da necessidade de sono (dormir apenas 3 horas e não se sentir cansado) e aumento da libido com comportamentos de risco (hipersexualidade). O tempo de evolução de 10 dias confirma o diagnóstico, já que os critérios exigem um período mínimo de uma semana.

Alternativa a) Correta. O Carbonato de Lítio é o estabilizador de humor padrão-ouro no tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar. Ele é a primeira escolha tanto para a reversão do quadro de mania aguda quanto para a manutenção do paciente a longo prazo, visando prevenir novos episódios de euforia ou depressão.

Alternativa b) Incorreta. A sertralina é um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS). O uso de antidepressivos em pacientes que estão em fase de mania é contraindicado, pois pode agravar os sintomas de euforia, aumentar a agitação e induzir o fenômeno de virada maníaca ou ciclagem rápida.

Alternativa c) Incorreta. A olanzapina é um antipsicótico atípico que possui propriedades estabilizadoras e pode ser usado no tratamento da mania, especialmente se houver sintomas psicóticos ou necessidade de controle de agitação. No entanto, o Lítio é tradicionalmente considerado a medicação de escolha inicial e mais indicada em questões de provas de residência para o tratamento base

do transtorno.

Alternativa d) Incorreta. A carbamazepina é um anticonvulsivante que atua como estabilizador de humor, mas é considerada uma medicação de segunda linha. Ela é reservada para casos em que o paciente não responde bem ao Lítio ou ao Ácido Valproico, ou quando existem contraindicações a essas substâncias.

Alternativa e) Incorreta. A fluoxetina é um antidepressivo (ISRS). Assim como a sertralina, seu uso no contexto de um episódio maníaco é prejudicial e formalmente contraindicado pelo risco de piora do quadro clínico.

Questão 39

O princípio da universalidade, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8.080/1990, determina que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Este conceito garante que todo e qualquer cidadão brasileiro tenha acesso aos serviços de saúde pública, sem qualquer tipo de discriminação. No contexto da questão, a universalidade é o que assegura que o Estado deve transpor barreiras geográficas, culturais ou sociais para levar assistência médica a todos, inclusive aos povos indígenas em áreas de difícil acesso.

Abaixo, a análise das alternativas:

Letra a) Equidade: Incorreta. A equidade consiste em tratar desigualmente os desiguais, investindo mais recursos onde a carência é maior para reduzir disparidades. Embora o atendimento a indígenas isolados envolva uma aplicação de equidade (devido à vulnerabilidade), o princípio fundamental que garante que o serviço chegue a todos os cantos do território nacional é a universalidade.

Letra b) Controle social: Incorreta. Este princípio refere-se à participação da população na gestão do SUS por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. É a ferramenta democrática de fiscalização e formulação de políticas, mas não é o princípio que possibilita o alcance geográfico do atendimento.

Letra c) Universalidade: Correta. É o princípio doutrinário que define o acesso universal a todos os níveis de assistência. Ele remove as barreiras de acesso e obriga o sistema a estar presente para todo cidadão, independentemente de sua etnia ou localização geográfica, tornando o atendimento aos povos isolados uma obrigação estatal.

Letra d) Integralidade: Incorreta. A integralidade diz respeito ao atendimento completo do indivíduo, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e

reabilitação. Refere-se à qualidade e ao alcance do cuidado clínico e preventivo oferecido, e não à garantia de acesso físico em si.

Letra e) Hierarquização: Incorreta. Trata-se de um princípio organizativo que dispõe os serviços de saúde em níveis de complexidade crescente (atenção primária, secundária e terciária). Serve para organizar o fluxo de atendimento e o sistema de referência e contrarreferência, não sendo a base para o acesso de populações isoladas ao sistema.

Questão 40

O diagnóstico de morte encefálica (ME) baseia-se na demonstração da perda irreversível das funções do encéfalo, o que inclui tanto os hemisférios cerebrais quanto o tronco encefálico. Para isso, o protocolo clínico exige a constatação de coma não reativo, ausência de reflexos de tronco e apneia persistente.

Alternativa a) Irresponsividade a todos os estímulos. Este é um critério fundamental. O paciente deve apresentar coma profundo, sem qualquer resposta motora supraespinal (de origem cerebral) a estímulos dolorosos ou verbais.

Alternativa b) Apneia total. Este é um critério obrigatório. A ausência de movimentos respiratórios espontâneos é verificada por meio do teste de apneia, que demonstra que o centro respiratório, localizado no bulbo (tronco encefálico), não está mais funcionando, mesmo sob forte estímulo de dióxido de carbono (hipercapnia).

Alternativa c) Perda dos reflexos aquileu e patelar. Esta é a alternativa correta (o item que NÃO é critério). Os reflexos aquileu e patelar são reflexos osteotendinosos profundos mediados pela medula espinal, e não pelo encéfalo. Como a morte encefálica refere-se especificamente ao encéfalo, a atividade medular pode persistir. Portanto, um paciente pode ter morte encefálica confirmada e ainda apresentar reflexos medulares, como os reflexos tendinosos ou o sinal de Lázaro.

Alternativa d) Ausência de reflexos corneanos. Este é um critério de tronco encefálico. O reflexo corneano integra os nervos cranianos V (trigêmeo) e VII (facial), cujos núcleos estão na ponte. Sua ausência indica falência dessa região do tronco.

Alternativa e) Perda dos reflexos oculovestibulares. Este é um critério de tronco encefálico. Testada por meio da prova calórica (irrigação do conduto auditivo com água fria), a ausência de desvio dos olhos indica disfunção do tronco encefálico, envolvendo os nervos cranianos VIII, III e VI.

Questão 41

O protocolo SPIKES é uma ferramenta amplamente utilizada na medicina para a comunicação de notícias difíceis. Ele é composto por seis etapas estruturadas, representadas pelo acrônimo em inglês. Abaixo, detalho cada uma das etapas e a análise das alternativas:

S (Setting up) - Preparação e Ambiente adequado: Esta etapa envolve o planejamento do encontro. O médico deve garantir um local privativo, evitar interrupções (como telefones ou bipes), sentar-se ao lado do paciente e manter contato visual. Portanto, as alternativas (b) Preparação e (e) Ambiente adequado são componentes fundamentais desta fase inicial.

P (Perception) - Percepção: O objetivo é identificar o que o paciente já sabe ou percebe sobre sua condição clínica. Utilizam-se perguntas abertas para alinhar as informações.

I (Invitation) - Convite: O médico deve perguntar ao paciente o quanto ele deseja saber sobre o diagnóstico ou prognóstico, respeitando o desejo de informação ou o silêncio de cada indivíduo.

K (Knowledge) - Conhecimento: Refere-se à transmissão da notícia propriamente dita. Deve-se fornecer a informação em pequenos blocos, usando linguagem clara, acessível e evitando jargões técnicos. Por isso, a alternativa (c) Conhecimento sobre o problema está correta e faz parte do processo.

E (Empathy) - Empatia: Esta etapa foca em identificar e acolher a emoção do paciente. O médico deve validar o sentimento expresso (seja choro, raiva ou silêncio) e oferecer suporte emocional. Assim, a alternativa (a) Empatia é parte integrante do protocolo.

S (Strategy and Summary) - Estratégia e Resumo: Consiste em organizar os próximos passos do tratamento, compartilhar as decisões com o paciente e resumir o que foi discutido para garantir a compreensão.

Análise da alternativa incorreta:

d) Cogitação: Esta alternativa é o gabarito pois a "cogitação" não pertence ao protocolo SPIKES. O termo "cogitação" (ou contemplação) é na verdade uma etapa do Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, que estuda os estágios de mudança de comportamento do paciente (como a cessação do tabagismo), não tendo relação direta com as etapas de comunicação de más notícias.

Questão 42

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro típico de efeito colateral extrapiramidal tardio devido ao uso prolongado (20 anos) de um antipsicótico de primeira geração (haloperidol) em dose considerável (15 mg/dia). Os movimentos involuntários, repetitivos e coreoatetoides descritos (lábios, língua e membros) são característicos da discinesia tardia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA. A acatisia caracteriza-se por uma sensação subjetiva de inquietude motora, onde o paciente sente uma necessidade imperiosa de se movimentar, não conseguindo permanecer parado. Embora possa ocorrer, o relato de movimentos repetitivos específicos em face e membros após décadas de uso aponta para outra patologia.

b) INCORRETA. A distonia aguda ocorre precocemente, geralmente nas primeiras horas ou dias após o início do tratamento ou aumento da dose. Caracteriza-se por contrações musculares mantidas e espasmos, como torcicolo, crise oculógira ou protrusão fixa da língua, diferindo dos movimentos repetitivos e crônicos apresentados pela paciente.

c) INCORRETA. A Síndrome Neuroléptica Maligna é uma emergência médica grave e aguda. Os sintomas principais incluem rigidez muscular intensa (em cano de chumbo), hipertermia (febre alta), instabilidade autonômica (taquicardia, oscilações de pressão) e alteração do nível de consciência. Não se confunde com um quadro de movimentos involuntários que se arrasta por um ano.

d) CORRETA. A discinesia tardia é uma complicação decorrente do uso crônico de bloqueadores dopaminérgicos. Manifesta-se classicamente por movimentos orofaciais (mastigação, lambe os lábios, protruir a língua) e movimentos coreoatetoides de extremidades. O tempo de uso do haloperidol (20 anos) e a idade da paciente são fatores de risco importantes que corroboram este diagnóstico.

e) INCORRETA. O aumento da dose do haloperidol é contraindicado. Embora o aumento da dose possa mascarar temporariamente os sintomas da discinesia tardia (por aumentar o bloqueio dopaminérgico), ele agrava a fisiopatologia subjacente (hipersensibilidade dos receptores de dopamina) e piora o prognóstico a longo prazo. O manejo correto envolveria a tentativa de redução gradual da dose, troca para um antipsicótico de segunda geração (como clozapina ou quetiapina) ou uso de inibidores de VMAT2.

Questão 43

Esta questão aborda a classificação anatômica e a conduta no trauma de retroperitônio, um tema recorrente em provas de cirurgia e trauma. Para respondê-la, é fundamental conhecer as três zonas do retroperitônio:

Zona 1 (Centromedial): Contém a aorta abdominal, a veia cava inferior, o pâncreas e a maior parte do duodeno.

Zona 2 (Laterais ou Flancos): Contém os rins, as glândulas suprarrenais, os ureteres e os cólons ascendente e descendente.

Zona 3 (Pélvica): Contém os vasos ilíacos e o reto extraperitoneal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Os rins estão localizados na Zona 2 do retroperitônio. Em pacientes com trauma contuso (como o atropelamento citado) que apresentam estabilidade hemodinâmica, a grande maioria das lesões renais é de baixo grau (I a III) e autolimitada. O tratamento padrão-ouro nesses casos é conservador (não cirúrgico), com repouso e observação.

Alternativa b) Incorreta. A aorta abdominal e a veia cava inferior estão localizadas na Zona 1 (área centromedial). A Zona 3 compreende a região pélvica e seus respectivos vasos (ilíacos).

Alternativa c) Incorreta. As lesões na Zona 1 são as que mais frequentemente exigem exploração cirúrgica, especialmente no trauma penetrante ou em traumas contusos com hematomas pulsáteis ou em expansão, devido ao risco de lesão de grandes vasos (aorta e cava).

Alternativa d) Incorreta. A manobra de Mattox (ou rotação visceral medial à esquerda) é utilizada para expor a aorta torácica distal, a aorta abdominal e o rim esquerdo. Para explorar o rim direito e a veia cava inferior, utiliza-se a manobra de Cattell-Braasch (ou rotação visceral medial à direita).

Alternativa e) Incorreta. Atualmente, cerca de 90% dos traumas renais são tratados de forma conservadora. A intervenção cirúrgica fica reservada para casos específicos, como instabilidade hemodinâmica persistente, hematomas perirrenais expansíveis ou pulsáteis (geralmente identificados durante laparotomia por outras causas) ou avulsão do pedículo vascular (Grau V).

Questão 44

A notificação compulsória é um instrumento fundamental da Vigilância Epidemiológica no Brasil, regida principalmente pela Lei nº 6.259/1975 e consolidada pela Portaria de Consolidação nº 4/2017 do Ministério da Saúde. O objetivo principal é permitir que a autoridade sanitária tome conhecimento imediato de eventos de saúde pública para planejar e executar medidas de controle e prevenção.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): De acordo com a legislação vigente, a notificação compulsória deve ser realizada por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, entre outros) no exercício da profissão, bem como pelos responsáveis por estabelecimentos de saúde públicos e privados. No entanto, a lei também estabelece que qualquer cidadão pode e deve comunicar à autoridade sanitária a ocorrência de uma doença ou agravo constante na lista oficial, visando à proteção da coletividade. Portanto, a definição abrange tanto o dever profissional quanto o direito/dever do cidadão.

Alternativa B (Incorreta): O erro está no termo "exclusivamente". Embora os profissionais de saúde tenham a obrigatoriedade legal e ética de notificar, sob pena de sanções, a notificação não é restrita a eles. Instituições de ensino, responsáveis por creches ou qualquer indivíduo da comunidade podem realizar a notificação de um evento suspeito.

Alternativa C (Incorreta): A notificação não se restringe a casos que resultam em óbito. A grande maioria das doenças de notificação compulsória deve ser informada logo na suspeita clínica, muito antes de qualquer desfecho fatal, justamente para que as medidas de bloqueio e interrupção da cadeia de transmissão sejam eficazes.

Alternativa D (Incorreta): Embora as doenças infectocontagiosas (como tuberculose, hanseníase e sarampo) componham grande parte da lista, a notificação compulsória também abrange agravos de outras naturezas. Exemplos incluem acidentes de trabalho, violência doméstica e/ou sexual, intoxicações exógenas e acidentes por animais peçonhentos, que não são necessariamente doenças infecciosas.

Alternativa E (Incorreta): Situações de catástrofes naturais podem gerar notificações de eventos de saúde pública de importância nacional, mas a definição de notificação compulsória é muito mais ampla e rotineira. Ela serve para o monitoramento contínuo de doenças endêmicas e epidêmicas no dia a dia do sistema de saúde, e não apenas para mensurar danos em desastres pontuais.

Questão 45

Para resolver esta questão, devemos identificar qual das situações clínicas permite o uso da ventilação não invasiva (VNI), ou seja, qual delas não representa um impedimento para a técnica. A VNI é amplamente utilizada em casos de insuficiência respiratória, mas seu sucesso depende da estabilidade do paciente e da integridade da via aérea e da face.

A alternativa (b) está correta e é o gabarito da questão. O baixo risco de broncoaspiração é uma condição favorável para o uso da VNI. Para que a técnica seja aplicada com segurança, o paciente deve ser capaz de proteger sua via aérea. Se o risco de aspirar conteúdo gástrico for baixo, a VNI pode ser instalada com maior tranquilidade. O alto risco de broncoaspiração (como em pacientes com vômitos ou rebaixamento do nível de consciência) é que constitui uma contraindicação.

A alternativa (a) está incorreta. A parada cardiorrespiratória é uma contraindicação absoluta. Nessas situações, o paciente não possui drive ventilatório ou circulação espontânea, exigindo intubação orotraqueal imediata e manobras de suporte avançado de vida.

A alternativa (c) está incorreta. A angina instável, assim como arritmias graves ou choque cardiogênico, contraindica a VNI. As alterações de pressão intratorácica causadas pela pressão positiva podem interferir no retorno venoso e no débito cardíaco, o que é perigoso em um coração com isquemia aguda.

A alternativa (d) está incorreta. O traumatismo facial é uma contraindicação física e anatômica. A VNI depende de uma máscara acoplada firmemente ao rosto para evitar fugas de ar. Lesões faciais, fraturas ou deformidades impedem a vedação adequada, tornando o suporte ventilatório ineficaz.

A alternativa (e) está incorreta. A hemorragia digestiva grave é uma contraindicação devido ao alto risco de vômitos súbitos e consequente aspiração maciça de sangue para a árvore traqueobrônquica. Além disso, o sangramento vultoso gera instabilidade hemodinâmica, o que também desaconselha o uso da VNI.

Questão 46

A cetoacidose diabética (CAD) é uma emergência metabólica caracterizada pela tríade: hiperglicemia (acima de 200 mg/dL), acidose metabólica (pH menor que 7,3 ou bicarbonato menor que 15 mmol/L) e cetonemia/cetonúria. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A complicação mais temida da cetoacidose diabética em

pediatria é o edema cerebral, que ocorre em cerca de 0,5% a 1% dos episódios e possui altas taxas de mortalidade e sequelas permanentes. Embora a hipertensão arterial possa fazer parte da tríade de Cushing (sinal de herniação cerebral iminente), a hipertensão isolada na admissão não é a complicação central descrita pela literatura.

Alternativa b) Correta. A CAD é frequentemente desencadeada por situações que aumentam a demanda metabólica ou reduzem a oferta de insulina. Em crianças e adolescentes, as infecções (que elevam hormônios contrarreguladores como cortisol e adrenalina) e a má adesão ao esquema de insulina são as causas mais comuns. O estresse emocional também atua aumentando o cortisol, contribuindo para a descompensação glicêmica.

Alternativa c) Incorreta. Os sintomas clássicos da cetoacidose diabética incluem a tríade de poliúria, polidipsia e perda de peso (e não ganho de peso). Além disso, o paciente costuma apresentar hálito cetônico, dor abdominal, vômitos, desidratação e, em casos graves, rebaixamento do nível de consciência ou respiração de Kussmaul. A agitação pode ocorrer em fases iniciais ou por distúrbios hidroeletrólíticos, mas não é um sintoma definidor ou principal.

Alternativa d) Incorreta. Na CAD, ocorre uma depleção do potássio corporal total devido à diurese osmótica (perda renal) e aos vômitos. É fundamental destacar que o potássio sérico (medido no sangue) pode estar normal ou até elevado no momento da admissão. Isso acontece porque a acidose e a deficiência de insulina provocam a saída do potássio do meio intracelular para o extracelular. Porém, o estoque total do corpo está baixo.

Alternativa e) Incorreta. O tratamento da CAD baseia-se na reposição de fluidos, insulino-terapia e correção de distúrbios eletrolíticos. A terapia inicial requer expansão volêmica com cristaloides para restaurar o volume circulante e melhorar a perfusão tecidual, e não restrição de líquidos. A oferta hídrica deve ser cautelosa e calculada para evitar quedas bruscas de osmolaridade, mas a restrição não é a conduta inicial indicada.

Questão 47

O ponto central desta questão é o diagnóstico diferencial entre os transtornos alimentares, baseando-se principalmente no Índice de Massa Corporal (IMC) e na psicopatologia apresentada pela paciente.

a) Bulimia Nervosa: Alternativa incorreta. Embora a bulimia nervosa apresente episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios

(como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou exercícios excessivos), o critério de peso é fundamental para o diagnóstico. Na bulimia, os pacientes geralmente mantêm o peso dentro da faixa de normalidade ou apresentam sobrepeso. Quando o paciente apresenta um peso significativamente baixo, o diagnóstico de Anorexia Nervosa prevalece sobre o de Bulimia.

b) Transtorno de Compulsão Alimentar: Alternativa incorreta. Este transtorno é definido por episódios recorrentes de ingestão de uma quantidade de comida objetivamente grande, acompanhados de uma sensação de perda de controle. Diferente da bulimia ou da anorexia do tipo purgativo, no Transtorno de Compulsão Alimentar não existem comportamentos compensatórios regulares (vômitos, jejuns ou exercícios). Além disso, está frequentemente associado ao sobrepeso e à obesidade, e não à desnutrição.

c) Anorexia Nervosa: Alternativa correta. O diagnóstico de Anorexia Nervosa baseia-se em três critérios principais do DSM-5: restrição da ingestão energética levando a um peso corporal significativamente baixo (IMC de 15 kg/m² indica desnutrição grave), medo intenso de ganhar peso e perturbação na forma como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados (dismorfia). É importante lembrar que a Anorexia Nervosa possui dois subtipos: o restritivo e o compulsivo-alimentar/purgativo. A paciente em questão apresenta o subtipo purgativo, pois, apesar do peso criticamente baixo, utiliza-se de episódios de compulsão e purgação. O IMC baixo é o marcador que define a anorexia em detrimento da bulimia.

d) Transtorno de Ruminação: Alternativa incorreta. Este transtorno envolve a regurgitação repetida de alimentos por um período mínimo de um mês. O alimento pode ser remastigado, novamente deglutido ou cuspidado. Diferente dos transtornos alimentares principais, na ruminação não há preocupação com o peso, medo de engordar ou distorção da imagem corporal.

e) Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE): Alternativa incorreta. O TARE caracteriza-se por uma esquia ou restrição da ingestão alimentar que resulta em perda de peso significativa ou deficiência nutricional. No entanto, essa restrição não é motivada pelo desejo de emagrecer ou pela insatisfação com a imagem corporal, mas sim por características sensoriais dos alimentos, falta de interesse em comer ou medo de consequências aversivas (como engasgar). A presença de distorção de imagem na paciente da questão exclui o TARE.

Questão 48

A questão descreve um quadro clínico clássico composto por três sinais fundamentais: dor abdominal no quadrante superior direito (hipocôndrio direito), icterícia e febre. Esse conjunto é conhecido na semiologia médica como tríade de Charcot, que é o achado patognomônico de colangite aguda (infecção das vias biliares). A causa mais comum de colangite é a obstrução do ducto colédoco por um cálculo, condição denominada coledocolitíase.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A colelitíase é a presença de cálculos apenas no interior da vesícula biliar. Embora a colelitíase seja o fator precursor, a tríade de Charcot manifesta-se quando há obstrução e infecção dos ductos biliares, o que caracteriza a colangite decorrente da coledocolitíase.

Alternativa b: Incorreta. A tríade de Beck é composta por hipotensão, abafamento de bulhas cardíacas e turgência jugular, sendo o sinal clínico clássico do tamponamento cardíaco, não possuindo relação com o sistema biliar.

Alternativa c: Incorreta. A pêntade de Reynolds é uma evolução grave da colangite. Ela é composta pela tríade de Charcot acrescida de hipotensão arterial (choque séptico) e alteração do nível de consciência (confusão mental). O enunciado deixa claro que o paciente está sem instabilidade hemodinâmica e interagindo com o examinador, o que exclui a pêntade.

Alternativa d: Incorreta. Existe um erro conceitual nesta alternativa, pois o epônimo de Reynolds refere-se a uma pêntade (cinco elementos) e não a uma tríade. Além disso, conforme explicado, o paciente não apresenta os critérios de gravidade de Reynolds.

Alternativa e: Correta. A combinação de febre, icterícia e dor no quadrante superior direito é a definição da tríade de Charcot. Esse quadro indica colangite aguda, que tem como principal etiologia a coledocolitíase (presença de cálculo no ducto biliar comum).

Gabarito: Letra (e).

Questão 49

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um lactente de 4 meses com uma progressão típica de Bronquiolite Viral Aguda (BVA). A doença inicia-se com um pródromo catarral (coriza, obstrução nasal e febre baixa) que, após 2 a 5 dias, evolui com sinais de comprometimento das vias aéreas inferiores, como tosse, taquidispneia (aumento da frequência respiratória e do esforço) e recusa alimentar devido à dificuldade respiratória. A BVA é definida clinicamente como o primeiro episódio de sibilância ou desconforto respiratório em crianças menores de 2 anos, precedido por sintomas de infecção das vias aéreas superiores.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O vírus Influenza pode causar infecções respiratórias graves em crianças e é capaz de provocar bronquiolite. No entanto, ele não é o agente mais frequente. O quadro de Influenza costuma vir acompanhado de sintomas sistêmicos mais proeminentes, como febre alta e prostração intensa.

Alternativa b) Incorreta. O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é uma bactéria. A bronquiolite é uma patologia estritamente viral, conforme o próprio enunciado afirma ao dar o diagnóstico de bronquiolite viral aguda. O pneumococo é o principal agente etiológico da pneumonia bacteriana típica na infância, que apresenta achados clínicos e radiológicos diferentes da bronquiolite.

Alternativa c) Correta. O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente etiológico da Bronquiolite Viral Aguda em todo o mundo. Ele é isolado em cerca de 60% a 90% dos casos de internação por BVA em lactentes jovens. Sua prevalência é marcante nos períodos de sazonalidade (outono e inverno), sendo o conhecimento desse agente fundamental para a prática pediátrica e para provas de residência.

Alternativa d) Incorreta. Embora o SARS-CoV-2 possa causar sintomas respiratórios em lactentes, ele não é o agente etiológico predominante da síndrome clássica da bronquiolite. O perfil epidemiológico da BVA continua sendo dominado pelo VSR, mesmo após o surgimento da COVID-19.

Alternativa e) Incorreta. Os Enterovírus e os Rinovírus (muitas vezes agrupados por pertencerem à mesma família) são causas importantes de infecções respiratórias e sibilância. O Rinovírus é considerado a segunda causa mais comum de bronquiolite, mas ainda assim perde em prevalência e relevância clínica para o Vírus Sincicial Respiratório.

Questão 50

DIAGNÓSTICO: O quadro clínico descrito (pápulas cor da pele, brilhantes e umbilicadas em uma criança) é patognomônico de molusco contagioso. Trata-se de uma infecção viral cutânea comum na infância, causada por um vírus da família Poxviridae (gênero Molluscipoxvirus).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O molusco contagioso é uma doença benigna. Não há necessidade de tratamento imediato e, de acordo com as principais diretrizes de saúde escolar, a criança não precisa ser afastada das atividades escolares. Recomenda-se apenas não compartilhar objetos de uso pessoal (como toalhas) e, se possível, cobrir as lesões com roupas para reduzir o risco de transmissão por contato direto.

Alternativa b) Incorreta. O molusco contagioso é causado por um poxvírus. O papilomavírus humano (HPV) é o agente causador das verrugas virais (verruga vulgar, plana, plantar e condiloma), que apresentam características morfológicas diferentes, como a superfície rugosa (verrucosa) e ausência de umbilicação central.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta preconizada na maioria dos casos em crianças. As lesões de molusco contagioso são autolimitadas e tendem a regredir espontaneamente em meses ou poucos anos (geralmente entre 6 a 18 meses). A necessidade de tratamento é controversa porque os procedimentos disponíveis (curetagem, crioterapia ou agentes químicos) podem ser dolorosos, causar cicatrizes ou gerar traumas psicológicos na criança, muitas vezes não justificando a intervenção em um quadro que se resolverá sozinho.

Alternativa d) Incorreta. O diagnóstico do molusco contagioso é eminentemente clínico, baseado na inspeção visual das lesões (presença da umbilicação central). Não se utiliza sorologia para o diagnóstico. Em casos de dúvida diagnóstica muito específica, pode-se realizar a expressão da lesão para visualizar o "corpo do molusco" ou biópsia, que revelaria os corpúsculos de inclusão de Henderson-Paterson.

Alternativa e) Incorreta. O aciclovir é um antiviral específico para o tratamento de infecções causadas por vírus da família Herpesviridae (como herpes simples e varicela-zóster), agindo na inibição da DNA-polimerase viral. Ele não possui eficácia contra o poxvírus causador do molusco contagioso. Não existe tratamento medicamentoso sistêmico padrão-ouro para o molusco em pacientes imunocompetentes.