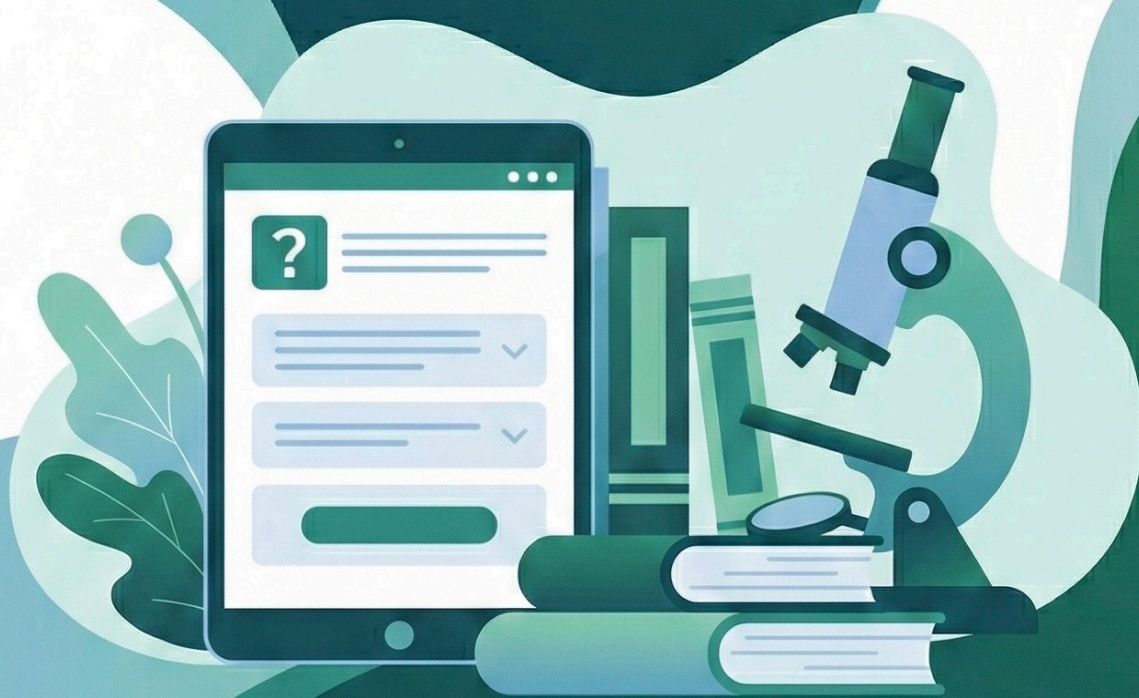


HUSE

GABARITO | 2026 | SE | 100 Questões



Gabarito: HUSE

2026 | SE

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Esta questão aborda a avaliação de risco cirúrgico em um paciente cardiopata que necessita de uma cirurgia oncológica. O ponto central para a resolução é entender que a estabilidade clínica é o fator determinante para a conduta perioperatória.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A revascularização miocárdica profilática (seja por cirurgia ou angioplastia) antes de uma cirurgia não cardíaca não é indicada de rotina para pacientes com angina estável, mesmo que haja disfunção ventricular leve a moderada. Estudos mostram que essa estratégia não reduz a mortalidade perioperatória em comparação ao tratamento clínico otimizado.

b) Correta. O paciente apresenta angina estável e controlada. Nessas condições, o foco deve ser o manejo clínico perioperatório adequado. Isso inclui a manutenção das medicações cardiovasculares habituais (como beta-bloqueadores e estatinas, se já em uso) e uma vigilância hemodinâmica rigorosa durante e após o procedimento para detectar precocemente qualquer sinal de descompensação ou isquemia. Como se trata de uma cirurgia de câncer de cólon, o benefício da cirurgia oncológica supera os riscos cardíacos controlados.

c) Incorreta. Adiar uma cirurgia oncológica por 12 meses é injustificável e prejudica gravemente o prognóstico do câncer. Além disso, não há recomendação de tempo de espera tão longo para a otimização da função cardíaca em pacientes já estáveis.

d) Incorreta. Uma Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) de 40% indica disfunção ventricular, mas isoladamente não é indicação de angioplastia nem motivo para cancelamento da cirurgia. A indicação de angioplastia deve seguir critérios clínicos e anatômicos de gravidade da doença coronariana, e não apenas o valor da FEVE ou o planejamento de uma cirurgia eletiva.

e) Incorreta. O teste ergométrico tem pouco valor adicional em pacientes que já possuem diagnóstico conhecido de coronariopatia estável e que já têm indicação cirúrgica por neoplasia. O erro mais grave desta alternativa é a recomendação de suspender os fármacos cardiovasculares no dia da cirurgia. Medicamentos como beta-bloqueadores, estatinas e anti-hipertensivos devem, em regra, ser mantidos para evitar efeito rebote (taquicardia e hipertensão) e instabilização da placa aterosclerótica.

Questão 2

A questão aborda o tema de antibioticoprofilaxia em cirurgia, especificamente em um procedimento colorretal eletivo. Para responder corretamente, devemos considerar a classificação da cirurgia quanto ao potencial de contaminação e a flora microbiana prevalente no sítio cirúrgico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Cirurgias colorretais envolvem a abertura da luz intestinal, sendo classificadas como potencialmente contaminadas ou contaminadas. Devido à alta carga bacteriana no cólon, o risco de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) é elevado (podendo ultrapassar 20% sem profilaxia), tornando a antibioticoprofilaxia obrigatória.

b) Incorreta. A cefazolina é uma cefalosporina de primeira geração com excelente cobertura para Gram-positivos (pele) e alguns Gram-negativos. No entanto, ela não possui cobertura adequada contra bactérias anaeróbias (como o *Bacteroides fragilis*), que são abundantes no trato gastrointestinal inferior. O uso isolado de cefazolina é indicado para cirurgias limpas, como hernioplastias ou cirurgias cardíacas, mas insuficiente para o cólon.

c) Correta. Este é o esquema clássico e amplamente recomendado. A cefazolina cobre a flora da pele e Gram-negativos entéricos, enquanto o metronidazol fornece a cobertura necessária contra os germes anaeróbios que colonizam o intestino grosso. A administração deve ocorrer entre 30 e 60 minutos antes da incisão para garantir níveis teciduais adequados no momento da abertura da pele.

d) Incorreta. A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração e a azitromicina é um macrolídeo. Esse esquema é frequentemente utilizado para tratamento de pneumonia comunitária, não sendo um padrão para profilaxia cirúrgica. Além disso, o uso indiscriminado de ceftriaxona na profilaxia favorece a resistência bacteriana sem oferecer benefícios superiores aos esquemas tradicionais.

e) Incorreta. A piperacilina-tazobactam é um antibiótico de amplo espectro, com ação contra *Pseudomonas* e outros germes multirresistentes. Seu uso deve ser reservado para o tratamento de infecções graves ou intra-abdominais complicadas, e não como profilaxia de rotina em pacientes sem fatores de risco específicos. O uso excessivo de drogas de amplo espectro na profilaxia é um erro grave de *stewardship* (gerenciamento de antimicrobianos). Ademais, diretrizes modernas recomendam dose única ou duração máxima de 24 horas, mas o erro principal aqui é a escolha do fármaco.

Resumo do raciocínio: Em cirurgia colorretal, a profilaxia deve cobrir Gram-negativos e anaeróbios. O esquema cefazolina + metronidazol cumpre esse papel de forma eficaz e com custo-benefício adequado.

Questão 3

Análise do Caso Clínico:

Paciente jovem (35 anos) com Carcinoma Papilífero de Tireoide (Bethesda VI) apresentando um nódulo de 2,5 cm. O estadiamento clínico é cT2 N0 M0, ou seja, um tumor de tamanho intermediário sem evidência de linfonodos comprometidos ou metástases.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A lobectomia tireoidiana é uma opção aceitável segundo as diretrizes mais recentes da ATA (American Thyroid Association) para tumores entre 1 cm e 4 cm sem extensão extratireoidiana. No entanto, a técnica cirúrgica padrão da lobectomia envolve a remoção do lobo acometido juntamente com o istmo (lobectomia + istmectomia). A realização de lobectomia sem istmectomia não é a conduta oncológica padrão.

Alternativa b) Correta. A tireoidectomia total é a conduta clássica e amplamente aceita para tumores maiores que 2 cm (T2). Embora as diretrizes atuais permitam a lobectomia em casos selecionados de 1 cm a 4 cm, a tireoidectomia total oferece vantagens como a possibilidade de tratamento complementar com radioiodo (iodo-131), se necessário, e facilita o seguimento pós-operatório através da mensuração da tireoglobulina sérica e da realização de pesquisa de corpo inteiro. Em provas de residência, para nódulos maiores que 2 cm, a tireoidectomia total costuma ser a resposta esperada.

Alternativa c) Incorreta. A istmectomia isolada é uma cirurgia de exceção, reservada apenas para pequenos tumores (geralmente menores que 1 cm) localizados exclusivamente no istmo, o que não é o caso deste nódulo de 2,5 cm.

Alternativa d) Incorreta. A tireoidectomia subtotal (que deixa propositalmente tecido tireoidiano bilateralmente) caiu em desuso no tratamento do câncer de tireoide. Ela dificulta o controle da cura, não permite o uso adequado do radioiodo e aumenta o risco de reoperações complexas em caso de recorrência.

Alternativa e) Incorreta. O esvaziamento cervical lateral só está indicado quando há comprovação (clínica, radiológica ou citológica) de metástases linfonodais cervicais laterais (N1b). Como o enunciado afirma que o paciente não possui linfonodos

palpáveis nem sinais de metástases nos exames, não há indicação de esvaziamento lateral, muito menos de forma profilática.

Questão 4

ANÁLISE DA QUESTÃO

O paciente apresenta um Carcinoma Espinocelular (CEC) localizado no terço médio do esôfago. Para casos de tumores esofágicos nesta localização que são considerados ressecáveis, o objetivo do tratamento cirúrgico é a remoção completa do órgão (esofagectomia subtotal) acompanhada de uma linfadenectomia regional adequada, habitualmente de dois campos (abdominal e mediastinal).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. A esofagectomia trans-hiatal, realizada através do hiato diafragmático sem a necessidade de toracotomia, é frequentemente utilizada para tumores do terço inferior ou da transição esofagogástrica em pacientes com alto risco cirúrgico. No entanto, para tumores do terço médio, essa técnica é considerada menos precisa do ponto de vista oncológico, pois não permite a dissecação linfonodal completa do mediastino médio e superior sob visão direta.

Alternativa B: CORRETA. A esofagectomia subtotal com acesso transtorácico (ou toracoabdominal) é o tratamento cirúrgico padrão para o câncer de esôfago de terço médio em pacientes com bom status de performance. A abertura do tórax possibilita a mobilização segura do esôfago em relação a estruturas vitais (como a aorta e os brônquios) e permite uma linfadenectomia mediastinal sistemática, essencial para o estadiamento e controle da doença. O estômago, transformado em tubo gástrico, é o órgão de escolha para a reconstrução do trânsito alimentar.

Alternativa C: INCORRETA. A dilatação endoscópica é um método estritamente paliativo, destinado a aliviar a disfagia em pacientes sem condições clínicas para cirurgia ou com doença metastática. Ela não remove a neoplasia e o tumor continuará a progredir.

Alternativa D: INCORRETA. Embora o Carcinoma Espinocelular seja um tumor radiosensível, a radioterapia exclusiva é reservada principalmente para tumores localizados no esôfago cervical (onde a cirurgia seria extremamente mutilante) ou para pacientes com contra-indicação clínica ao ato cirúrgico. Em pacientes potencialmente ressecáveis, a cirurgia oferece melhores taxas de controle local.

Alternativa E: INCORRETA. A gastrostomia definitiva é um procedimento de suporte

nutricional paliativo. Ela é indicada apenas quando o paciente possui obstrução completa e não há perspectiva de tratamento curativo ou paliativo menos invasivo (como próteses esofágicas). Não trata a doença de base.

RESUMO DO CASO

Para tumores de terço médio do esôfago, a conduta padrão é a esofagectomia subtotal com acesso torácico para garantir margens oncológicas e limpeza linfonodal adequada, utilizando o estômago como substituto para manter a via oral do paciente.

Questão 5

Para resolver esta questão, é fundamental recordar a anatomia cirúrgica da região inguinal, especificamente os limites do Triângulo de Hesselbach e a classificação das hérnias inguinais.

O Triângulo de Hesselbach é uma zona de fraqueza na parede posterior do canal inguinal (fáscia transversalis). Seus limites anatômicos são:

1. Limite Medial: Borda lateral do músculo reto abdominal (ou bainha do reto).
2. Limite Inferior: Ligamento inguinal (também conhecido como ligamento de Poupart).
3. Limite Superolateral: Vasos epigástricos inferiores.

A relevância clínica deste triângulo reside na distinção entre hérnias diretas e indiretas:

Hérnia Direta: É aquela que protrui diretamente através do assoalho do canal inguinal, ou seja, por dentro do Triângulo de Hesselbach. Ela ocorre medialmente aos vasos epigástricos inferiores.

Hérnia Indireta: É aquela que protrui pelo anel inguinal interno, lateralmente aos vasos epigástricos inferiores (portanto, fora do Triângulo de Hesselbach).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A hérnia indireta ocorre lateralmente ao triângulo. O ligamento inguinal é o limite inferior, e não o superolateral.
- b) Incorreta. Embora os vasos epigástricos inferiores sejam o limite superolateral do triângulo, a hérnia que se projeta através dele é a direta, não a indireta.

c) Incorreta. A associação com a hérnia direta está correta, porém o ligamento inguinal representa o limite inferior (base) do triângulo.

d) Incorreta. A associação com a hérnia direta está correta, mas a borda lateral do reto abdominal é o limite medial do triângulo, não o superolateral.

e) Correta. A hérnia direta é a que ocorre no espaço delimitado pelo Triângulo de Hesselbach, e o limite superolateral desse espaço é formado pelos vasos epigástricos inferiores.

Questão 6

Análise da Questão:

O quadro clínico descreve uma paciente com dor e abaulamento na borda lateral do músculo reto abdominal, região anatomicamente conhecida como linha semilunar. O dado fundamental fornecido pela tomografia computadorizada é a protrusão de conteúdo abdominal através de algumas camadas da parede, porém mantendo a aponeurose do músculo oblíquo externo íntegra. Essa característica define uma hérnia interparietal ou intersticial, típica da topografia mencionada.

Alternativa (a) Correta: A hérnia de Spiegel ocorre através da aponeurose de Spiegel, que se localiza entre a linha semilunar (borda lateral do reto abdominal) e a borda muscular dos músculos oblíquo interno e transversos. Ela ocorre predominantemente na junção da linha semilunar com a linha arqueada de Douglas. Como o saco herniário geralmente penetra os músculos transversos e oblíquo interno, mas fica contido pela aponeurose do oblíquo externo (que é mais resistente nessa zona), ela apresenta exatamente o aspecto tomográfico descrito na questão.

Alternativa (b) Incorreta: A hérnia inguinal indireta se manifesta na região inguinal (virilha), saindo pelo anel inguinal interno, lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. A localização descrita (borda lateral do reto) é mais superior e lateral em relação ao canal inguinal.

Alternativa (c) Incorreta: A endometriose em cicatriz cirúrgica é uma possibilidade diagnóstica em mulheres com dor cíclica e antecedente de cesariana, mas a tomografia mostraria um nódulo ou massa sólida de partes moles na topografia da cicatriz, e não uma protrusão de conteúdo intra-abdominal através de um defeito nas camadas da parede muscular.

Alternativa (d) Incorreta: Hérnias incisionais surgem sobre uma cicatriz de cirurgia prévia. As cesarianas utilizam incisões medianas infraumbilicais ou transversas

baixas (Pfannenstiel). A descrição do enunciado foca na anatomia específica da borda lateral do reto e na preservação da camada externa da parede (oblíquo externo), o que é patognomônico para a hérnia de Spiegel, uma hérnia primária da parede abdominal.

Alternativa (e) Incorreta: A hérnia femoral ocorre no canal femoral, abaixo do ligamento inguinal e medialmente aos vasos femorais. É uma localização anatômica distinta e bem mais inferior do que a borda lateral do músculo reto abdominal relatada.

Questão 7

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente com sinais de inflamação aguda na vesícula biliar (dor no hipocôndrio direito, leucocitose, paredes da vesícula espessadas e cálculos) associados a sinais de obstrução biliar (colestase, elevação de transaminases e dilatação de vias biliares intra-hepáticas). O dado crucial é que o colédoco possui diâmetro normal, enquanto as vias intra-hepáticas estão dilatadas. Esse padrão sugere uma obstrução alta (no nível do ducto hepático comum), o que é característico da Síndrome de Mirizzi, na qual um cálculo impactado no infundíbulo da vesícula ou no ducto cístico comprime extrinsecamente o ducto hepático comum.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Trata-se de colecistite aguda segundo os critérios de Tokyo: **ESTÁ CORRETA**. Os critérios de Tokyo (TG18) para colecistite aguda baseiam-se em: (A) Sinais de inflamação local (dor ou massa no hipocôndrio direito - presente); (B) Sinais de inflamação sistêmica (febre, PCR elevada ou leucocitose - presente); (C) Achados de imagem compatíveis (paredes espessadas, cálculos, líquido pericolecístico - presente). A paciente preenche os três critérios.

b) A colestase pode ser decorrente da síndrome de Mirizzi: **ESTÁ CORRETA**. Conforme analisado, a dilatação das vias biliares intra-hepáticas com colédoco de calibre preservado é o sinal clássico de obstrução biliar extrínseca provocada por um cálculo biliar impactado, definindo a Síndrome de Mirizzi, que cursa com colestase (aumento de bilirrubinas e enzimas canaliculares).

c) Não há indicação de CPRE, visto que o colédoco não apresenta dilatação: **ESTÁ INCORRETA (GABARITO)**. A indicação de CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) não depende exclusivamente da dilatação do colédoco, mas sim da evidência de obstrução biliar e da necessidade de intervenção (diagnóstica ou

terapêutica). Na Síndrome de Mirizzi ou na suspeita de coledocolitíase com colestase importante, a CPRE pode ser indicada para realizar a drenagem biliar, confirmar a anatomia ou realizar a papilotomia, independentemente do diâmetro do colédoco distal.

d) O tratamento ideal é a colecistectomia por videolaparoscopia: **ESTÁ CORRETA**. A colecistectomia (retirada da vesícula) é o tratamento definitivo para a colecistite aguda e para a Síndrome de Mirizzi. Embora a Síndrome de Mirizzi aumente o risco de lesão iatrogênica da via biliar e possa exigir conversão para cirurgia aberta, a via laparoscópica continua sendo a abordagem inicial preferencial em centros com experiência.

e) A coledocolitíase deve ser afastada com a realização de uma colangiorressonância após tratamento inicial com antibióticos: **ESTÁ CORRETA**. Como a paciente apresenta colestase e o ultrassom é um exame de baixa sensibilidade para visualizar cálculos no colédoco (especialmente se ele não estiver dilatado), a colangiorressonância é o exame padrão-ouro não invasivo para avaliar toda a árvore biliar, confirmar a Síndrome de Mirizzi ou excluir cálculos pequenos no colédoco antes da cirurgia definitiva.

Questão 8

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso clínico descreve um paciente cirrótico com quadro de hemorragia digestiva alta (HDA) volumosa, apresentando sinais claros de choque hipovolêmico (hipotensão arterial de 80/40 mmHg e taquicardia). Diante de qualquer emergência médica, a prioridade absoluta segue os protocolos de suporte avançado de vida, focando na estabilização hemodinâmica antes de qualquer medida diagnóstica ou terapêutica definitiva.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O propranolol é um betabloqueador indicado apenas na profilaxia primária ou secundária de varizes esofágicas. No cenário de sangramento agudo e instabilidade hemodinâmica, ele é terminantemente contraindicado, pois impediria a resposta taquicárdica compensatória, agravando o estado de choque. Além disso, não deve ser administrado por via oral em pacientes com hematêmese.

b) Incorreta. Embora o omeprazol (inibidor de bomba de prótons) seja fundamental no manejo de úlceras pépticas, ele não é o tratamento de primeira linha para sangramento variceal (comum em cirróticos) e, mesmo se fosse, a reposição

volêmica precede qualquer medicação em pacientes com sinais de choque.

c) Incorreta. A transferência pode ser necessária caso o serviço atual não disponha de recursos, porém a conduta inicial deve ser estabilizar o paciente no local. Tentar transferir um paciente com pressão de 80/40 mmHg sem ressuscitação prévia aumenta drasticamente o risco de óbito durante o transporte.

d) Incorreta. A endoscopia digestiva alta é o padrão-ouro para o diagnóstico e tratamento da HDA (através de ligadura elástica ou escleroterapia). No entanto, ela nunca deve ser realizada em um paciente instável. Primeiro estabiliza-se a parte hemodinâmica e protege-se a via aérea para, somente então, proceder ao exame endoscópico com segurança.

e) Correta. Esta é a medida prioritária (o "C" da reanimação). Em um paciente com hematemese e choque, deve-se garantir dois acessos venosos periféricos de grosso calibre e iniciar a infusão imediata de cristaloides (como soro fisiológico ou Ringer lactato) e, se necessário, considerar a hemotransfusão precoce. O objetivo é restaurar a perfusão tecidual e evitar a falência orgânica antes de qualquer outra intervenção.

Questão 9

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de obstrução intestinal, caracterizado por dor abdominal em cólica, distensão, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. O ponto-chave para a resolução da questão reside em dois fatores: o achado radiológico e o histórico cirúrgico.

O sinal de empilhamento de moedas no raio X de abdome é característico da dilatação de alças do intestino delgado. Isso ocorre porque as válvulas coniventes (pregas mucosas do delgado) são próximas umas das outras e atravessam toda a circunferência da alça, criando esse aspecto visual. Na prática clínica e em provas, a obstrução do intestino delgado é classificada como obstrução mecânica alta.

O antecedente de apendicectomia há 12 anos é um dado fundamental, pois as bridias (aderências pós-operatórias) representam a causa principal de obstrução de intestino delgado em pacientes que já passaram por cirurgias abdominais prévias.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A obstrução funcional ocorre quando há uma parada do

peristaltismo sem um obstáculo físico (como no íleo paralítico). O sinal de empilhamento de moedas e a presença de uma causa prévia (cirurgia) sugerem um obstáculo físico, configurando obstrução mecânica. Além disso, a neoplasia de cólon causaria obstrução baixa.

Alternativa B (Correta): O quadro é de obstrução mecânica, pois há um impedimento físico ao fluxo intestinal. É classificada como alta por acometer o intestino delgado (confirmado pelo sinal de empilhamento de moedas). As bridas são a etiologia mais provável devido ao histórico de cirurgia abdominal prévia (apendicectomia).

Alternativa C (Incorreta): A obstrução é considerada baixa quando ocorre no cólon (intestino grosso). O sinal radiológico de empilhamento de moedas exclui essa localização, pois no cólon o achado esperado seria a presença de haustrações (que não atravessam toda a alça). Embora a hérnia interna possa causar obstrução de delgado, as bridas são estatisticamente muito mais comuns em pacientes cirúrgicos.

Alternativa D (Incorreta): Embora as bridas sejam a causa correta para a obstrução de delgado, a alternativa classifica o quadro como obstrução baixa, o que está incorreto conforme os achados do exame de imagem.

Alternativa E (Incorreta): A neoplasia de cólon é a principal causa de obstrução mecânica baixa (no intestino grosso). No entanto, o raio X descrito e a história de cirurgia prévia direcionam o diagnóstico para o intestino delgado (obstrução alta) causado por bridas.

Questão 10

Análise das alternativas:

Alternativa A: Esta alternativa está correta. A apendicite aguda classicamente inicia-se com uma dor visceral, imprecisa, na região periumbilical ou epigástrica. Isso ocorre devido à distensão do apêndice, cujas fibras nervosas aferentes acompanham os nervos simpáticos até os segmentos medulares T9 e T10. Somente após o envolvimento do peritônio parietal é que a dor migra e se localiza na fossa ilíaca direita.

Alternativa B: Esta alternativa está correta. A torção de ovário é uma emergência ginecológica que causa dor aguda e localizada na fossa ilíaca correspondente ao anexo afetado (neste caso, à esquerda). A dor é decorrente da isquemia súbita do órgão após a torção de seu pedículo vascular.

Alternativa C: Esta alternativa está correta. A cólica biliar e a colecistite aguda

costumam apresentar dor no hipocôndrio direito que pode irradiar para a região escapular direita ou para a base do hemitórax direito (conhecido como sinal de Boas). Isso se deve à estimulação de ramos do nervo frênico ou nervos intercostais.

Alternativa D: Esta alternativa está incorreta e é o gabarito da questão. A dor súbita em epigástrio com irradiação para o dorso (em faixa) é a descrição clássica da pancreatite aguda ou, em casos vasculares, da dissecação da aorta. A apendicite retrocecal costuma apresentar uma dor mais insidiosa que, pela posição anatômica do apêndice atrás do ceco, pode se manifestar no flanco direito ou na região lombar direita, muitas vezes com um sinal do psoas positivo e menos sinais de irritação peritoneal anterior.

Alternativa E: Esta alternativa está correta. No abdome agudo hemorrágico por gravidez tubária rota, a ruptura da tuba uterina causa hemoperitônio súbito. O sangue livre na cavidade peritoneal é extremamente irritante ao peritônio, gerando dor súbita, intensa e que rapidamente se torna difusa por todo o abdome, podendo haver também dor referida no ombro (sinal de Kehr) devido à irritação do diafragma.

Questão 11

O caso clínico descreve uma paciente com adenocarcinoma gástrico localizado no antro (terço distal do estômago). Como os exames de estadiamento não demonstraram metástases a distância, o tratamento deve ser realizado com intenção curativa.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A gastrectomia total é indicada para tumores localizados no terço proximal ou médio do estômago, ou em casos de tumores de padrão difuso (linite plástica). Além disso, a linfadenectomia D0 (retirada incompleta ou nula de linfonodos) é considerada insuficiente para o tratamento oncológico adequado segundo as diretrizes atuais.

Alternativa b: Correta. Para tumores localizados no antro distal, a gastrectomia parcial distal (também chamada de subtotal) é o padrão, pois permite a ressecção do tumor com margens de segurança oncológicas (geralmente de 3 a 5 cm) e oferece melhor qualidade de vida pós-operatória ao preservar parte do reservatório gástrico. A linfadenectomia D2, que remove os linfonodos perigástricos e aqueles localizados junto aos principais ramos do tronco celíaco, é o padrão-ouro recomendado para o tratamento curativo no Brasil e no mundo.

Alternativa c: Incorreta. A ressecção local por via endoscópica é indicada apenas para

o câncer gástrico precoce (restrito à camada mucosa) que preencha critérios muito específicos de baixo risco de metástase linfonodal (tumor pequeno, bem diferenciado e não ulcerado). A presença de sintomas sistêmicos, como anemia e perda ponderal, sugere uma doença mais avançada, o que contraindica a via endoscópica exclusiva.

Alternativa d: Incorreta. A gastrojejunostomia é uma cirurgia paliativa de derivação, indicada apenas para pacientes com obstrução gástrica que não possuem condições de cura (doença metastática ou irressecável). No caso apresentado, a paciente é candidata ao tratamento cirúrgico radical.

Alternativa e: Incorreta. A quimioterapia exclusiva é o tratamento de escolha para pacientes com doença metastática (Estádio IV) ou sem condições clínicas para cirurgia. Para o adenocarcinoma gástrico não metastático, a ressecção cirúrgica com linfadenectomia é o pilar fundamental da terapia curativa.

Questão 12

Análise do Caso Clínico:

O paciente em questão apresenta um Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) infrarrenal com diâmetro de 6,0 cm. Em homens, o ponto de corte clássico para indicação de intervenção eletiva é um diâmetro igual ou superior a 5,5 cm (em mulheres, esse limite é de 5,0 cm). Além disso, a presença de dor abdominal em um paciente com aneurisma calibroso pode sugerir que ele seja sintomático, o que reforça a necessidade de intervenção.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a): CORRETA. Como o diâmetro de 6,0 cm ultrapassa o limite de 5,5 cm estabelecido pelas principais diretrizes (SVS/ESVS) para homens, há indicação de reparo eletivo para prevenir a ruptura. A escolha entre a cirurgia aberta tradicional ou o reparo endovascular (EVAR) deve ser individualizada, baseando-se na anatomia do aneurisma (especialmente o colo infrarrenal e os acessos ilíacos) e no risco cirúrgico do paciente.

Alternativa (b): INCORRETA. O acompanhamento anual com ultrassonografia (USG) é indicado para aneurismas menores, geralmente entre 4,0 e 4,9 cm. Para um aneurisma de 6,0 cm, o risco de ruptura é considerável e a conduta expectante colocaria a vida do paciente em risco desnecessário.

Alternativa (c): INCORRETA. O reparo não deve ser indicado apenas se houver dor refratária. O principal objetivo do tratamento do AAA é evitar a ruptura espontânea, que possui altíssima mortalidade. O diâmetro de 6,0 cm isoladamente já é um critério

de indicação cirúrgica, independentemente dos sintomas.

Alternativa (d): INCORRETA. O risco de ruptura é justamente o que fundamenta a indicação cirúrgica, e não uma contra-indicação. Além disso, a abordagem endovascular não é mandatória; ela é uma alternativa à cirurgia aberta, sendo frequentemente preferida em pacientes com anatomia favorável e comorbidades, mas a cirurgia aberta continua sendo o padrão-ouro em diversos cenários.

Alternativa (e): INCORRETA. O uso de betabloqueadores, o controle da pressão arterial e a cessação do tabagismo são medidas importantes para reduzir o risco cardiovascular global e, possivelmente, a taxa de crescimento de pequenos aneurismas. No entanto, essas medicações não reduzem o diâmetro de um aneurisma já formado e não substituem a necessidade de intervenção mecânica quando o diâmetro crítico é atingido.

Questão 13

Análise do caso: O paciente apresenta um adenocarcinoma de reto médio (localizado a 5 cm da borda anal) em estágio localmente avançado, classificado como T3N1M0 (Estádio III). Para o câncer de reto, o manejo de tumores que invadem além da camada muscular (T3/T4) ou que apresentam acometimento linfonodal (N+) exige uma abordagem multimodal.

Alternativa (a) Incorreta: A ressecção transanal (seja endoscópica ou microcirúrgica) é reservada estritamente para tumores em estágio muito inicial, especificamente T1N0, com características de baixo risco histológico. No estágio T3N1, há invasão da gordura perirretal e presença de metástase linfonodal, exigindo cirurgia radical com linfadenectomia.

Alternativa (b) Incorreta: A radioterapia isolada e exclusiva não é o tratamento padrão com intenção curativa para o estágio T3N1. A cirurgia continua sendo o pilar do tratamento. A estratégia de não realizar cirurgia (Watch and Wait) é uma opção experimental e altamente selecionada apenas para pacientes que apresentam resposta clínica completa após a neoadjuvância, e não uma conduta inicial definida no diagnóstico.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta padrão-ouro atual para o câncer de reto localmente avançado (Estádios II e III). A quimiorradioterapia neoadjuvante tem como objetivos reduzir o tamanho do tumor (downsizing), diminuir o estágio (downstaging), aumentar as taxas de preservação esfinteriana e, principalmente, reduzir as taxas de recidiva local. A Excisão Total do Mesorreto (ETM) é a técnica cirúrgica obrigatória, pois remove o compartimento gorduroso e linfonodal onde o tumor tem maior

probabilidade de disseminação local.

Alternativa (d) Incorreta: A cirurgia seguida de quimioterapia/radioterapia adjuvante era o padrão há décadas. No entanto, estudos clássicos demonstraram que realizar a radioquimioterapia antes da cirurgia (neoadjuvância) é superior em termos de controle local da doença e possui um perfil de efeitos colaterais significativamente menor do que o tratamento realizado após a operação.

Alternativa (e) Incorreta: A quimioterapia sistêmica isolada é indicada primariamente para casos de doença metastática (Estádio IV). Embora existam protocolos modernos de Neoadjuvância Total (TNT) que antecipam a quimioterapia sistêmica, eles ainda são combinados com radioterapia e seguidos de avaliação para cirurgia, não sendo a quimioterapia utilizada como modalidade única em tumores T3N1 com proposta curativa.

Questão 14

Esta questão aborda o manejo da diverticulite aguda, uma das condições cirúrgicas mais comuns no pronto-socorro. Para resolvê-la, é fundamental classificar a gravidade da doença, geralmente utilizando a classificação de Hinchey (baseada em achados de tomografia computadorizada).

O quadro clínico descreve uma paciente com sinais inflamatórios (dor, febre e leucocitose) e uma TC que revela uma coleção pericólica de 4 mL. De acordo com a classificação de Hinchey:

- Hinchey Ia: Inflamação pericólica/flegmão.
- Hinchey Ib: Abscesso pericólico ou mesentérico localizado.
- Hinchey II: Abscesso pélvico ou à distância (contido).
- Hinchey III: Peritonite purulenta generalizada.
- Hinchey IV: Peritonite fecal generalizada.

A paciente apresenta um quadro de Hinchey Ib. O fator determinante para a conduta em abscessos pericólicos ou pélvicos é o tamanho da coleção.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A colectomia de urgência com anastomose primária é reservada para casos de peritonite generalizada (Hinchey III) em pacientes estáveis ou em situações em que o tratamento clínico falhou. Não se aplica a um abscesso pericólico pequeno e localizado.

Alternativa (b) Incorreta. A cirurgia de Hartmann (colectomia, sepultamento do reto e colostomia terminal) é a conduta clássica para peritonite fecal (Hinchey IV) ou para pacientes instáveis com peritonite purulenta. É uma conduta agressiva demais para o caso descrito.

Alternativa (c) Correta. Abscessos pequenos (geralmente definidos como menores que 3 a 4 cm) devem ser tratados inicialmente com medidas clínicas: internação, repouso intestinal (dieta líquida ou jejum), antibioticoterapia intravenosa e observação rigorosa. Como a coleção descrita é de apenas 4 mL (o que corresponde a um volume muito pequeno, com cerca de 2 cm de diâmetro), a conduta conservadora é a mais adequada e apresenta altas taxas de sucesso.

Alternativa (d) Incorreta. A drenagem percutânea guiada por imagem (TC ou ultrassonografia) está indicada para abscessos maiores que 3 a 4 cm (Hinchey II ou Ib volumosos). Coleções de 4 mL são tecnicamente difíceis de drenar e respondem muito bem apenas à antibioticoterapia.

Alternativa (e) Incorreta. A laparoscopia com lavagem peritoneal é uma opção discutida em alguns protocolos para Hinchey III (peritonite purulenta), mas não para abscessos localizados sem sinais de peritonite generalizada. A rafia (sutura) do cólon inflamado não é recomendada na fase aguda da diverticulite devido ao alto risco de deiscência dos tecidos friáveis.

Questão 15

Análise Clínica e Diagnóstico:

A paciente apresenta a clássica Tríade de Charcot: dor em hipocôndrio direito, febre e icterícia. Associado a isso, os exames laboratoriais confirmam um quadro inflamatório (leucocitose) e obstrutivo (colestase). O ultrassom revela colecistolitíase e, crucialmente, dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Esse conjunto de achados é patognomônico de Colangite Aguda, uma infecção bacteriana da bile decorrente de uma obstrução biliar (provavelmente por um cálculo que migrou da vesícula para o colédoco).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A colangite aguda é uma condição potencialmente fatal que pode evoluir rapidamente para choque séptico e falência de múltiplos órgãos (Pêntade de Reynolds). Apenas observar e medicar com analgésicos é uma conduta negligente diante de uma emergência médica.

Alternativa b) Incorreta. A colecistectomia (retirada da vesícula) não resolve o

problema imediato, que é a obstrução e a infecção nos ductos biliares (via biliar principal). Além disso, realizar uma cirurgia aberta de grande porte em uma paciente com quadro infeccioso sistêmico aumenta significativamente a morbimortalidade.

Alternativa c) Correta. O tratamento da colangite aguda baseia-se em dois pilares fundamentais: antibioticoterapia sistêmica para controlar a infecção e descompressão biliar de urgência para drenar a bile purulenta e remover a obstrução. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) com papilotomia é o procedimento de escolha, pois é menos invasiva que a cirurgia e resolve a obstrução de forma eficaz.

Alternativa d) Incorreta. Embora o início de antibióticos venosos seja essencial e deva ser feito o mais rápido possível, ele isoladamente não é suficiente. Sem a descompressão da via biliar, o antibiótico tem dificuldade de atingir concentrações terapêuticas no local obstruído e o foco infeccioso não é eliminado. A alternativa C é mais completa ao citar a prioridade combinada.

Alternativa e) Incorreta. Assim como na alternativa B, a prioridade não é a vesícula biliar (colecistectomia), mas sim a desobstrução dos ductos biliares. A colecistectomia deverá ser realizada em um segundo momento, após a estabilização do quadro infeccioso e resolução da colangite.

Resumo Terapêutico:

Diante de uma suspeita de Colangite Aguda, o manejo deve ser agressivo com hidratação, antibióticos de largo espectro e, fundamentalmente, a descompressão biliar (preferencialmente por via endoscópica/CPRE). Por isso, a alternativa C é a correta.

Questão 16

O quadro clínico descrito — dor epigástrica em faixa, vômitos e amilase elevada — é clássico para pancreatite aguda. A tomografia confirma uma pancreatite intersticial edematosa (forma leve na maioria dos casos), sem sinais de necrose ou coleções. O tratamento da pancreatite aguda foca no suporte clínico e na prevenção de complicações.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O jejum prolongado por 7 dias é uma conduta obsoleta. Estudos mostram que o jejum prolongado favorece a translocação bacteriana e a atrofia da mucosa intestinal, aumentando o risco de infecções. Atualmente, a recomendação é iniciar a dieta oral assim que o paciente apresentar melhora da dor e ausência de

vômitos.

b) Incorreta. Não existe indicação de antibioticoterapia profilática na pancreatite aguda, seja ela intersticial ou necrosante. O uso de antibióticos deve ser reservado para casos de infecção comprovada (como necrose infectada ou infecções extrapancreáticas).

c) Incorreta. A necrosectomia é um procedimento cirúrgico indicado apenas para casos de necrose pancreática infectada, geralmente após algumas semanas de evolução. Como a TC do paciente mostra pancreatite intersticial (sem necrose), não há o que ser operado.

d) Correta. Esta alternativa descreve o manejo padrão atual. A base do tratamento é a reposição volêmica com cristaloides (preferencialmente Ringer lactato), controle da dor com analgésicos e manejo dos vômitos. A dieta deve ser iniciada precocemente por via oral, conforme a aceitação do paciente, o que reduz o tempo de internação e as complicações.

e) Incorreta. A nutrição parenteral total (NPT) só deve ser considerada se a via enteral for impossível por um longo período, pois a NPT está associada a maiores taxas de complicações infecciosas e metabólicas. Na pancreatite aguda, a preferência é sempre pela via oral ou enteral.

Questão 17

Análise do caso clínico: A paciente apresenta um quadro de choque circulatório grave (provavelmente hemorrágico) classificado como grau IV, evidenciado pela hipotensão (PA 85x50 mmHg), taquicardia severa (FC 140 bpm) e necessidade de altas doses de drogas vasoativas. No atendimento ao trauma (ATLS), o foco principal é identificar e tratar a fonte do sangramento.

Alternativa (a) incorreta (gabarito): Esta é a conduta errada no cenário de instabilidade hemodinâmica. Um preceito fundamental no trauma é que pacientes instáveis não devem ser levados para a sala de tomografia computadorizada (TC). A TC é um exame demorado e realizado fora de um ambiente de ressuscitação controlada. Se a causa do choque não foi esclarecida pelos exames à beira do leito (FAST e raio X) e a paciente permanece instável, a conduta correta seria a exploração cirúrgica ou a busca por fontes ósseas de sangramento, e não a tomografia.

Alternativa (b) correta: O raio X de tórax é um adjunto essencial do exame primário. Ele permite diagnosticar rapidamente causas de choque que necessitam de intervenção imediata, como hemotórax maciço ou pneumotórax hipertensivo. No

caso, o resultado foi normal, o que ajuda a excluir o tórax como fonte principal do choque.

Alternativa (c) correta: Um volume de 15 mL na pelve é considerado mínimo. Para que o choque fosse de origem abdominal e justificasse a gravidade do quadro (choque classe IV), seria esperado encontrar uma grande quantidade de líquido livre no espaço intraperitoneal. Portanto, o FAST positivo, nesse volume específico, é um achado incidental que não explica a instabilidade hemodinâmica.

Alternativa (d) correta: A paciente preenche critérios para ativação do protocolo de transfusão maciça devido à gravidade do choque, instabilidade hemodinâmica persistente e provável necessidade de reposição rápida de volume e fatores de coagulação para evitar a tríade da morte (acidose, coagulopatia e hipotermia).

Alternativa (e) correta: Uma vez que o tórax e o abdome (pelo FAST) não explicam a magnitude da perda volêmica, é obrigatório investigar outros sítios de sangramento oculto. A bacia pode acomodar litros de sangue em casos de fraturas complexas, assim como o fêmur. O raio X de bacia e o exame físico das coxas são passos fundamentais na avaliação de um paciente com choque de origem indeterminada.

Questão 18

Para resolver essa questão, utilizamos a Regra dos Nove (Regra de Wallace), que é o método mais prático para estimar a Superfície Corporal Queimada (SCQ) em adultos. De acordo com essa regra, o corpo é dividido em áreas que representam 9% (ou múltiplos de 9) da superfície total.

Cálculo da área descrita na questão:

1. Metade posterior do couro cabeludo e da região cervical: A cabeça e o pescoço, como um todo (anterior e posterior), correspondem a 9%. Portanto, a face (anterior) corresponde a 4,5% e a região posterior (nuca e couro cabeludo posterior) corresponde aos outros 4,5%. Como a questão cita a região posterior da cabeça e pescoço, contabilizamos 4,5%.

2. Região posterior do tórax: O tronco posterior completo (dorso e região lombar) corresponde a 18%. Esse valor é subdividido em tronco posterior superior (tórax posterior), que vale 9%, e tronco posterior inferior (região lombar/glúteos, dependendo do esquema), que vale 9%. A questão especifica apenas a região posterior do tórax, totalizando 9%.

Soma total: 4,5% (cabeça/pescoço posterior) + 9% (tórax posterior) = 13,5%.

Análise das alternativas:

- a) 9%: Incorreta. Esse valor representaria apenas a região posterior do tórax, ignorando a área da cabeça e pescoço.
- b) 13,5%: Correta. Corresponde à soma exata das áreas anatômicas descritas (4,5% da região posterior da cabeça/pescoço + 9% do tórax posterior).
- c) 18%: Incorreta. Este valor representaria o tronco posterior completo (tórax e região lombar) ou a cabeça inteira somada a um membro superior, o que não condiz com o enunciado.
- d) 27%: Incorreta. Valor muito elevado, que incluiria o tronco posterior completo (18%) mais a cabeça inteira (9%) ou três membros superiores.
- e) 30%: Incorreta. Não há correlação direta com as áreas citadas na Regra dos Nove para os segmentos descritos no caso clínico.

Questão 19

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente vítima de trauma de alta energia (colisão automobilística) apresentando sinais clássicos de pneumotórax hipertensivo. Os achados fundamentais para esse diagnóstico são:

1. Instabilidade hemodinâmica: Hipotensão (80x40 mmHg) e taquicardia (135 bpm), caracterizando um choque obstrutivo.
2. Insuficiência respiratória: Taquipneia (26 irpm) e baixa saturação de oxigênio (86%), mesmo com suplementação.
3. Exame físico direcionado: Ausência de murmúrio vesicular à direita, associada ao desvio da traqueia para o lado contralateral (esquerda).

O pneumotórax hipertensivo ocorre quando o ar entra no espaço pleural, mas não consegue sair, criando um mecanismo de válvula. Isso aumenta a pressão intratorácica, comprime o pulmão ipsilateral, desvia o mediastino e, crucialmente, comprime as veias cavas, reduzindo o retorno venoso e levando ao choque.

COMENTÁRIOS SOBRE AS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A intubação orotraqueal (IOT) em um paciente com pneumotórax hipertensivo não resolvido é perigosa. A ventilação por pressão positiva

pode aumentar rapidamente a pressão intratorácica, agravando o mecanismo de válvula e levando à parada cardiorrespiratória imediata por colapso circulatório. A descompressão deve preceder a intubação.

Alternativa B: Incorreta. O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é estritamente clínico. Em um paciente instável, a solicitação de exames de imagem como o raio X retarda o tratamento definitivo e pode ser fatal. Não se espera imagem para tratar o que o exame físico já revelou.

Alternativa C: Incorreta. Embora o paciente esteja chocado, a causa primária nesse momento é obstrutiva (pneumotórax) e não puramente hipovolêmica. A reposição volêmica agressiva não resolverá o impedimento mecânico ao retorno venoso causado pela pressão no tórax. A prioridade é aliviar a pressão intratorácica.

Alternativa D: Incorreta. O quadro clínico direciona claramente para uma patologia torácica. Não há sinais de irritação peritoneal ou evidências que justifiquem uma intervenção abdominal como prioridade antes da estabilização respiratória e hemodinâmica do tórax.

Alternativa E: Correta. Esta é a conduta imediata preconizada pelo protocolo ATLS (10ª edição). Diante da suspeita clínica de pneumotórax hipertensivo em paciente instável, deve-se realizar a descompressão torácica imediata. Atualmente, recomenda-se a descompressão por agulha ou digital no quinto espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e média (no adulto), seguida obrigatoriamente pela drenagem torácica fechada (selo d'água) para resolução definitiva.

CONCLUSÃO

A alternativa E descreve corretamente a sequência de salvamento para o pneumotórax hipertensivo, priorizando a descompressão para restaurar o retorno venoso e a estabilidade hemodinâmica, seguida do dreno de tórax.

Questão 20

Análise do caso: A paciente apresenta febre no primeiro dia de pós-operatório (PO1) após uma cirurgia abdominal alta (colecistectomia aberta) que evoluiu com dor intensa. Na prática médica e em provas de residência, o tempo decorrido entre a cirurgia e o início da febre é o principal guia para o diagnóstico.

Alternativa a) Incorreta. A infecção da ferida operatória (sítio cirúrgico) ocorre tipicamente entre o 5º e o 10º dia pós-operatório. Uma infecção de ferida nas primeiras 24 horas é raríssima, ocorrendo quase exclusivamente em infecções graves

por *Streptococcus pyogenes* ou *Clostridium*, o que não condiz com o quadro relatado.

Alternativa b) Incorreta. A pneumonia hospitalar ou pós-operatória costuma se manifestar após 48 a 72 horas do procedimento. Embora seja uma complicação respiratória possível, ela geralmente é precedida ou facilitada por uma atelectasia não tratada.

Alternativa c) Incorreta. O coleperitônio (vazamento de bile na cavidade abdominal) decorrente de lesão de via biliar ou queda de clipe pode causar dor e febre. Contudo, não é a causa mais provável nem a mais comum de febre no primeiro dia de pós-operatório. É uma complicação específica que deve ser suspeitada se houver sinais de peritonite e queda do estado geral, mas a questão pede a etiologia "mais provável".

Alternativa d) Correta. A atelectasia é a principal causa de febre nas primeiras 24 a 48 horas após procedimentos cirúrgicos, especialmente em cirurgias abdominais altas ou torácicas. A dor intensa na ferida operatória impede que a paciente realize incursões respiratórias profundas (respiração superficial/esplítagem), levando ao colapso de alvéolos nas bases pulmonares. Esse colapso alveolar gera uma resposta inflamatória que se manifesta clinicamente como febre.

Alternativa e) Incorreta. Coleções intra-abdominais infectadas, como abscessos, exigem tempo para se formar e proliferar. Clinicamente, elas costumam se manifestar com febre persistente ou em picos a partir do 5º ao 7º dia pós-operatório, muitas vezes acompanhadas de íleo paralítico prolongado ou dor localizada.

Questão 21

Análise Clínica e Diagnóstica:

A paciente apresenta um quadro clássico de hipotireoidismo primário manifesto (ou clínico). Isso é confirmado pela presença de sintomas e sinais típicos (cansaço, ganho de peso, pele seca, constipação, bradicardia e lentificação de reflexos) associados a alterações laboratoriais características: TSH elevado (acima de 10 mU/L) e T4 livre abaixo do valor de referência.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A dose de 25 mcg ao dia é considerada uma dose baixa, geralmente reservada para o início do tratamento em idosos muito idosos (acima de 75-80 anos) ou pacientes com cardiopatia grave conhecida, para evitar o risco de arritmias ou isquemia miocárdica por aumento súbito do metabolismo. Embora a

paciente tenha 58 anos, ela não possui histórico cardíaco relatado que justifique uma dose tão baixa para um quadro já manifesto. O tempo de reavaliação de 4-6 semanas também é menos usual que o intervalo de 6-8 semanas.

Alternativa (b) Incorreta: A dose fixa de 50 mcg é frequentemente utilizada na prática clínica como dose inicial para adultos de meia-idade, mas a recomendação acadêmica e de diretrizes para o tratamento do hipotireoidismo manifesto é a utilização da dose plena baseada no peso corporal para atingir o estado eutireoideo mais rapidamente.

Alternativa (c) Correta: De acordo com as diretrizes da American Thyroid Association (ATA) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a dose de reposição plena de levotiroxina para adultos com hipotireoidismo primário manifesto é de aproximadamente 1,6 mcg/kg de peso corporal por dia. O monitoramento do TSH para ajuste de dose deve ocorrer entre 6 a 8 semanas após o início do tratamento, que é o tempo necessário para que o eixo hipotálamo-hipófise-tireoide se estabilize e reflita o novo equilíbrio hormonal.

Alternativa (d) Incorreta: A conduta de observar e repetir exames em 3 meses é aplicada em alguns casos de hipotireoidismo subclínico (TSH elevado, mas T4 livre normal), especialmente quando o TSH está abaixo de 10 mU/L. No caso desta paciente, o hipotireoidismo é manifesto (T4 livre baixo) e ela apresenta sintomas clínicos evidentes, o que torna o tratamento imediato mandatório.

Alternativa (e) Incorreta: A monoterapia com levotiroxina (T4) é o padrão-ouro e a recomendação de primeira linha para o tratamento do hipotireoidismo. A combinação de T3 e T4 não apresenta benefícios comprovados na maioria dos pacientes, possui maior risco de efeitos adversos (como palpitações e ansiedade) e exige uma posologia mais complexa devido à meia-vida curta do T3.

Questão 22

A compreensão moderna da Doença de Alzheimer (DA) sofreu uma mudança de paradigma nos últimos anos, migrando de uma definição puramente clínica para uma definição biológica. O diagnóstico agora se fundamenta na presença de alterações fisiopatológicas específicas, independentemente da fase clínica do paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Doença de Alzheimer é uma patologia neurodegenerativa progressiva e não faz parte do envelhecimento fisiológico (normal). Ela causa declínio cognitivo e funcional acentuado, exigindo investigação detalhada para diagnóstico e

manejo adequado.

Alternativa b) Correta. De acordo com os critérios do National Institute on Aging e da Alzheimer's Association (NIA-AA), a DA é definida biologicamente pela presença de placas neuríticas de proteína beta-amiloide (biomarcador A) e emaranhados neurofibrilares de proteína tau fosforilada (biomarcador T). Esses processos podem ser identificados anos antes dos primeiros sintomas por meio de exames de líquido (LCR), testes plasmáticos de alta sensibilidade ou neuroimagem molecular (PET-amiloide e PET-tau). Assim, um indivíduo pode ter a "Doença de Alzheimer" mesmo estando em uma fase pré-clínica (assintomática).

Alternativa c) Incorreta. Embora o comprometimento da memória episódica (memória de curto prazo) seja frequentemente o sintoma inicial clássico, a DA é uma doença de múltiplos domínios. Com a progressão, ocorre o envolvimento de funções executivas, linguagem, habilidades visuoespaciais e alterações de comportamento e humor.

Alternativa d) Incorreta. Embora ainda não exista uma cura definitiva, a DA possui tratamentos farmacológicos (como inibidores da acetilcolinesterase e memantina) e não farmacológicos que visam ao controle de sintomas e à manutenção da funcionalidade. Além disso, a afirmação de que não é possível confirmar a patologia subjacente está errada, dado o desenvolvimento dos biomarcadores mencionados na alternativa B.

Alternativa e) Incorreta. A DA não ocorre exclusivamente em idosos acima de 80 anos; formas de início precoce (antes dos 65 anos) são bem descritas. A doença possui forte relação com predisposição genética (como o alelo APOE-épsilon 4 e mutações nos genes APP, PSEN1 e PSEN2) e é influenciada por diversos fatores de risco modificáveis, como hipertensão, diabetes, sedentarismo e baixa escolaridade.

Gabarito: Letra (b).

Questão 23

Análise do caso: O paciente de 68 anos apresenta um quadro clínico compatível com Transtorno Depressivo Maior, conforme os critérios do DSM-5-TR, manifestado por humor deprimido, anedonia, distúrbios do sono (insônia terminal), perda de peso, redução da concentração e sentimentos de inutilidade. A pontuação de 22 na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30) reforça a necessidade de intervenção terapêutica imediata.

Alternativa a) Incorreta. Em quadros de depressão moderada a grave em idosos, especialmente com sintomas somáticos (emagrecimento e insônia) e prejuízo

funcional, a psicoterapia isolada não é a conduta mais eficaz. A idade não é uma contraindicação para o uso de antidepressivos; o tratamento farmacológico é fundamental para prevenir a progressão do quadro e reduzir riscos de morbimortalidade.

Alternativa b) Correta. Os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) são os medicamentos de primeira escolha para o tratamento da depressão no idoso. Fármacos como a sertralina e o escitalopram são preferidos devido ao seu perfil de segurança favorável, menor incidência de efeitos colaterais anticolinérgicos e menor risco de toxicidade cardiovascular. O monitoramento cuidadoso é essencial para observar possíveis efeitos colaterais, como hiponatremia (síndrome de secreção inapropriada de ADH) e interações medicamentosas.

Alternativa c) Incorreta. Os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, devem ser evitados em idosos (conforme os Critérios de Beers). Eles possuem forte ação anticolinérgica, que pode causar confusão mental (delirium), retenção urinária, constipação e visão turva. Além disso, oferecem riscos cardiovasculares importantes, como hipotensão ortostática e arritmias por prolongamento do intervalo QT.

Alternativa d) Incorreta. O uso de antipsicóticos atípicos como primeira linha não está indicado para este paciente, pois não há evidências de sintomas psicóticos, agitação psicomotora grave ou depressão refratária. O uso desses fármacos em idosos deve ser criterioso devido ao aumento do risco de eventos cerebrovasculares.

Alternativa e) Incorreta. A internação hospitalar urgente é indicada em casos de risco de suicídio ativo (com plano e intenção), psicose grave, recusa alimentar importante ou falha total do suporte social. O paciente apresenta ideação suicida passiva (vontade de não acordar), o que exige monitoramento ambulatorial frequente e início rápido do tratamento, mas não obriga a hospitalização imediata neste momento.

Questão 24

O diagnóstico de osteoporose é estabelecido pela densitometria óssea (DXA) quando o T-score é menor ou igual a -2,5 em qualquer um dos sítios recomendados para avaliação: coluna lombar, colo do fêmur ou fêmur total. No caso clínico descrito, a paciente apresenta um T-score de -2,6 na coluna lombar, o que por si só já define o diagnóstico de osteoporose, independentemente de o fêmur estar na faixa de osteopenia (-1,8). Além disso, a idade avançada (72 anos) e a história familiar de fratura de quadril são fatores que aumentam significativamente o risco de futuras fraturas.

Alternativa A: Incorreta. O diagnóstico de osteoporose não exige que todos os sítios

avaliados estejam abaixo de -2,5. Se apenas um dos sítios (seja coluna ou fêmur) atingir o ponto de corte, o diagnóstico está firmado e a intervenção médica é necessária para prevenir complicações.

Alternativa B: Incorreta. Embora o cálcio e a vitamina D sejam fundamentais para a saúde óssea, eles atuam como coadjuvantes. Em pacientes com osteoporose estabelecida (T-score menor ou igual a -2,5), a suplementação isolada é insuficiente para reduzir o risco de fraturas, sendo obrigatória a introdução de uma terapia antirreabsortiva específica.

Alternativa C: Correta. A paciente apresenta critério densitométrico para osteoporose (T-score de -2,6 na coluna lombar). O alendronato, um bisfosfonato oral, é a medicação de primeira escolha na maioria das diretrizes nacionais e internacionais, pois demonstra eficácia na redução de fraturas vertebrais, não vertebrais e de quadril em mulheres na pós-menopausa.

Alternativa D: Incorreta. A terapia de reposição hormonal é indicada prioritariamente para o controle de sintomas vasomotores (fogachos) em mulheres na pós-menopausa recente, dentro da chamada janela de oportunidade (geralmente antes dos 60 anos ou com menos de 10 anos de menopausa). Para uma paciente de 72 anos, com 22 anos de menopausa, o risco de eventos cardiovasculares e tromboembólicos é elevado, tornando essa opção inadequada para o tratamento isolado da osteoporose.

Alternativa E: Incorreta. A radiografia de coluna pode ser útil para identificar fraturas vertebrais assintomáticas, o que conferiria ainda mais gravidade ao quadro (osteoporose grave ou estabelecida). No entanto, o diagnóstico densitométrico já foi obtido e os fatores de risco estão presentes, de modo que a decisão de iniciar o tratamento farmacológico não depende desse exame e não deve ser adiada.

Questão 25

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro de dor crônica lombar de caráter nociceptivo e possivelmente neuropático ou por sensibilização central, visto que há comorbidades como depressão e insônia. O manejo da dor crônica evoluiu do modelo puramente biomédico para o modelo biopsicossocial, que preconiza a abordagem multimodal.

Alternativa A: Incorreta. O uso de opioides potentes para dor crônica não oncológica deve ser a última instância, devido aos riscos de dependência, tolerância, hiperalgesia induzida por opioides e efeitos colaterais significativos em idosos, como quedas e constipação. O paciente ainda possui diversas outras classes terapêuticas e abordagens não farmacológicas para explorar antes dessa etapa.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta preconizada pelas diretrizes atuais. A otimização do tratamento da depressão (considerando a troca do ISRS por um dual como a duloxetine, que tem ação analgésica comprovada) e a introdução de gabapentínicos visam modular a dor. A reabilitação estruturada e a psicoterapia cognitivo-comportamental (PCC) são fundamentais para tratar a incapacidade funcional e os aspectos emocionais que amplificam a percepção da dor.

Alternativa C: Incorreta. Corticoides sistêmicos não têm indicação no manejo da dor crônica por espondilartrose. O uso prolongado em idosos é perigoso, podendo causar osteoporose, hipertensão, hiperglicemia e catarata, sem tratar a causa mecânica ou a sensibilização do sistema nervoso.

Alternativa D: Incorreta. A cirurgia de fusão (artrodese) não é o tratamento de primeira linha para dor lombar crônica axial por artrose sem instabilidade segmentar documentada ou déficit neurológico progressivo. Estudos mostram que, para dor lombar crônica inespecífica ou por artrose, o tratamento conservador bem conduzido tem resultados semelhantes ou superiores à cirurgia, com menos riscos.

Alternativa E: Incorreta. Embora técnicas de relaxamento e meditação sejam adjuvantes úteis, a suspensão de toda a terapia farmacológica em um paciente com dor incapacitante e depressão tratada é contraindicada, pois pode levar a um sofrimento intenso e agravamento clínico abrupto.

Questão 26

ANÁLISE DAS PERGUNTAS

Pergunta 1: O inibidor do receptor P2Y₁₂ de ação direta é o Ticagrelor. Diferente do Clopidogrel e do Prasugrel, que são pró-fármacos e necessitam de metabolização hepática para se tornarem ativos, o Ticagrelor já é administrado em sua forma ativa. Isso confere a ele um início de ação mais rápido e potente, o que é fundamental nas Síndromes Coronarianas Agudas com supra de ST (IAMCSST), onde a desobstrução arterial precisa ser acompanhada de uma inibição plaquetária imediata.

Pergunta 2: O Prasugrel é o medicamento que não deve ser utilizado ou deve ser usado com extrema cautela nessas populações. De acordo com o estudo TRITON-TIMI 38, o Prasugrel é contraindicado para pacientes com antecedente de AVC ou AIT (devido ao risco de hemorragia intracraniana) e, geralmente, não é recomendado para pacientes com 75 anos ou mais ou peso inferior a 60 kg, pois nessas populações o risco de sangramento grave anula os benefícios isquêmicos da droga.

Pergunta 3: O tempo recomendado para a terapia antiplaquetária dupla (DAPT) após um Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST é de 12 meses. Esse período é o padrão-ouro nas diretrizes nacionais e internacionais para garantir a estabilização da placa aterosclerótica e prevenir a trombose do stent, independentemente do tipo de stent utilizado.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora apresente os medicamentos na ordem correta, o tempo de 6 meses é considerado insuficiente para o tratamento padrão pós-infarto agudo, sendo reservado apenas para casos específicos de altíssimo risco de sangramento.

Alternativa b) Correta. A sequência atende perfeitamente aos critérios técnicos: Ticagrelor (ação direta), Prasugrel (restrito por perfil de risco hemorrágico) e 12 meses (tempo padrão de tratamento).

Alternativa c) Incorreta. O Prasugrel não é um fármaco de ação direta (é um pró-fármaco) e o tempo de 6 meses de terapia está em desacordo com as principais diretrizes para pacientes pós-SCA com supra de ST.

Alternativa d) Incorreta. O erro principal está na primeira lacuna, pois o Prasugrel requer bioativação hepática, enquanto a pergunta exige um fármaco de ação direta.

Alternativa e) Incorreta. O Clopidogrel não possui as contraindicações formais baseadas em peso, idade e AVC prévio que caracterizam o perfil de segurança limitante do Prasugrel. Além disso, o Clopidogrel é o inibidor da P2Y12 com o início de ação mais lento entre os citados.

Questão 27

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Correta. O paciente Alisson, de 45 anos, sexo masculino e sem outras comorbidades mencionadas, apresenta um escore CHA2DS2-VASc de 0. Segundo as diretrizes atuais, para homens com pontuação 0, não há indicação de anticoagulação, pois o risco de eventos tromboembólicos é muito baixo.

Alternativa (b): Incorreta (Gabarito). Sandra possui diversos fatores de risco que elevam seu escore CHA2DS2-VASc. Ela pontua por: Idade entre 65-74 anos (1 ponto), Sexo feminino (1 ponto), Diabetes (1 ponto), Hipertensão (1 ponto) e Doença Vascular/IAM prévio (1 ponto), totalizando 5 pontos. Para mulheres com pontuação

igual ou superior a 3, a anticoagulação oral é obrigatória. O uso isolado de AAS (ácido acetilsalicílico) não é eficaz para a prevenção de AVC em pacientes com fibrilação atrial e não deve ser recomendado para esse fim.

Alternativa (c): Correta. Augusto tem 84 anos e AVC prévio, o que indica alto risco embólico. Em relação à dose da Apixabana, a redução para 2,5 mg duas vezes ao dia só deve ocorrer se o paciente preencher pelo menos dois de três critérios: idade maior ou igual a 80 anos, peso menor ou igual a 60 kg ou creatinina sérica maior ou igual a 1,5 mg/dL. Como Augusto pesa 85 kg e só preenche o critério de idade (não há dados sobre a creatinina), a dose de 5 mg duas vezes ao dia está correta.

Alternativa (d): Correta. Pacientes com próteses valvulares metálicas apresentam uma condição denominada fibrilação atrial valvular (embora o termo esteja em desuso, a condição clínica permanece). Nesses casos, os novos anticoagulantes orais (DOACs) são contraindicados. O uso de antagonistas da vitamina K, como a Warfarina, é mandatário e vitalício. O esquema de monitorização do RNI (semanal no início e mensal após estabilização) é a prática padrão recomendada.

Alternativa (e): Correta. Wagner apresenta um escore CHA₂DS₂-VASc de 3 (Diabetes, Hipertensão e DAOP). Em um cenário de pronto-socorro, diante de uma FA com alta resposta ventricular onde se planeja uma cardioversão, a anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular (Clexane 1mg/kg de 12/12h) deve ser iniciada imediatamente para prevenir a embolização de possíveis trombos atriais durante ou após o procedimento de reversão ao ritmo sinusal.

Questão 28

Para responder a essa questão, devemos recordar as indicações clássicas de diálise de urgência, frequentemente resumidas pelo mnemônico AEIOU. O objetivo é identificar qual das alternativas NÃO compõe esse grupo de indicações absolutas e imediatas.

Análise das alternativas:

a) Hipervolemia refratária a diuréticos: Correta. O excesso de volume (hipervolemia) que não responde a altas doses de diuréticos de alça coloca o paciente em risco iminente de edema agudo de pulmão e insuficiência respiratória, sendo uma indicação clássica de diálise (o "O" de overload no mnemônico).

b) Sinais e sintomas de encefalopatia: Correta. A encefalopatia urêmica, manifestada por confusão mental, letargia ou até convulsões, é um sinal de toxicidade grave por escórias nitrogenadas no sistema nervoso central, exigindo depuração imediata (o

"U" de uremia no mnemônico).

c) Hipertensão arterial refratária às drogas hipotensoras VO: Incorreta. A hipertensão arterial, isoladamente, não é uma indicação de diálise de urgência. Mesmo que seja refratária a medicamentos por via oral (VO), o manejo inicial envolve o ajuste de doses ou o uso de medicações intravenosas. A diálise só seria considerada se a hipertensão fosse uma consequência direta de uma hipervolemia grave e refratária (conforme descrito na alternativa A), mas a resistência a drogas orais por si só não define a urgência dialítica. Por ser a afirmação incorreta, esta é a alternativa a ser marcada.

d) Derrame pericárdico: Correta. O derrame pericárdico ou a pericardite urêmica são complicações graves da uremia. A presença de atrito pericárdico ou derrame em paciente urêmico indica risco de tamponamento cardíaco, sendo uma indicação absoluta de diálise imediata (também parte do "U" de uremia).

e) Hiperpotassemia não controlada: Correta. Níveis elevados de potássio (geralmente acima de 6,5 mEq/L ou com alterações eletrocardiográficas) que não respondem às medidas clínicas iniciais (como glicoinsulinoterapia, bicarbonato ou resinas de troca) representam risco de parada cardiorrespiratória e exigem diálise de urgência (o "E" de eletrólitos no mnemônico).

Em resumo, as indicações clássicas de urgência dialítica são: Acidose metabólica grave (refratária), Eletrólitos (hiperpotassemia refratária), Intoxicações (por substâncias dialisáveis), Overload (hipervolemia/edema agudo de pulmão refratário) e Uremia grave (pericardite, encefalopatia ou sangramentos). A hipertensão arterial isolada não preenche esses critérios.

Questão 29

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda o manejo agudo e a prevenção secundária do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), exigindo o conhecimento das diretrizes atuais de controle pressórico, antiagregação e anticoagulação. O objetivo é identificar a alternativa INCORRETA.

Alternativa (a) Correta: Durante um AVCI, ocorre uma perda da autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral. A elevação da pressão arterial é, muitas vezes, uma resposta compensatória para manter a perfusão na área de penumbra (tecido ainda viável ao redor do núcleo isquêmico). Reduzir a PA de forma agressiva ou desnecessária pode reduzir a pressão de perfusão cerebral, transformando a

penumbra em área de infarto definitivo e piorando o prognóstico neurológico.

Alternativa (b) Incorreta (Gabarito): Os níveis tensionais para intervenção no AVCI agudo são muito mais elevados do que os sugeridos na alternativa. Em pacientes que NÃO são candidatos à trombólise, o tratamento anti-hipertensivo só é iniciado se a PA estiver acima de 220/120 mmHg. Para pacientes que IRÃO realizar trombólise, a PA deve ser mantida abaixo de 185/110 mmHg antes do procedimento e abaixo de 180/105 mmHg nas 24 horas seguintes. Portanto, o valor de 150/90 mmHg está incorreto para a fase aguda.

Alternativa (c) Correta: O início precoce de estatinas de alta potência (como atorvastatina 80 mg) é recomendado no AVCI de etiologia aterosclerótica. Além da redução do colesterol, as estatinas possuem efeitos pleiotrópicos, que incluem a estabilização da placa aterosclerótica, efeitos anti-inflamatórios e melhora da função endotelial, o que auxilia na prevenção de novos eventos.

Alternativa (d) Correta: Estudos como o CHANCE e o POINT demonstraram que, em pacientes com AVCI menor (NIHSS até 3) ou Ataque Isquêmico Transitório (AIT) de alto risco (ABCD2 maior ou igual a 4), a dupla antiagregação plaquetária com AAS e clopidogrel iniciada nas primeiras 24 horas reduz significativamente o risco de recorrência de AVC nos primeiros 90 dias, sem um aumento proibitivo de complicações hemorrágicas.

Alternativa (e) Correta: No AVC cardioembólico, geralmente associado à fibrilação atrial, a anticoagulação é a base da prevenção secundária. Embora o tempo exato de início dependa da gravidade e do tamanho do infarto (para evitar transformação hemorrágica), evidências recentes (como o Estudo ELAN) reforçam que o início precoce da anticoagulação é seguro e eficaz para prevenir a recorrência de eventos embólicos nesses pacientes.

Questão 30

A questão exige conhecimento sobre as definições e os protocolos de tratamento das crises hipertensivas em diferentes cenários clínicos. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa a: Correta. A diferenciação fundamental entre Urgência e Emergência Hipertensiva reside na presença ou ausência de Lesão de Órgão-Alvo (LOA) aguda e progressiva. Nas Urgências, não há lesão aguda imediata, e a pressão pode ser reduzida em até 24-48 horas com medicações orais. Nas Emergências, há risco de morte ou lesão irreversível (como infarto, edema agudo de pulmão ou encefalopatia), exigindo redução imediata com drogas intravenosas. O valor de PAD maior ou igual a 120 mmHg é o marco arbitrário utilizado na prática clínica.

Alternativa b: Correta. No Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEh), as diretrizes atuais recomendam que, para pacientes com PAS entre 150 e 220 mmHg, a redução aguda para 140 mmHg é segura e pode auxiliar na limitação da expansão do hematoma, melhorando o desfecho funcional.

Alternativa c: Correta. No AVE isquêmico, existe uma preocupação com a área de penumbra isquêmica (tecido cerebral ainda viável ao redor da lesão). Níveis pressóricos elevados ajudam a manter a perfusão nessa área. Por isso, em pacientes que não receberão trombolíticos, o tratamento da hipertensão só é indicado se a PA estiver acima de 220/120 mmHg, com redução máxima de 15% a 20% no primeiro dia.

Alternativa d: Incorreta (Gabarito). Esta é a alternativa incorreta porque os alvos na dissecação aguda da aorta são muito mais rigorosos. Para interromper a propagação do rasgo na parede da aorta e o risco de ruptura, deve-se reduzir a PAS para valores entre 100 e 120 mmHg (e não 130 mmHg) e a frequência cardíaca para menos de 60 bpm. Esse controle deve ser alcançado de forma imediata, geralmente em cerca de 20 minutos, e não em 60 minutos.

Alternativa e: Correta. Nas síndromes coronarianas agudas, a nitroglicerina IV é uma excelente escolha por promover vasodilatação coronariana e reduzir a pré-carga, sendo indicada para controle de isquemia persistente, hipertensão e congestão pulmonar. A restrição ao uso concomitante com inibidores da fosfodiesterase-5 (como sildenafil nas últimas 24h ou tadalafil nas últimas 48h) é clássica, devido ao risco de hipotensão severa e refratária.

Questão 31

Esta questão aborda o manejo clínico e cirúrgico da urolitíase, exigindo o conhecimento das diretrizes atuais de diagnóstico, analgesia e intervenção.

Alternativa A (Correta): A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve sem contraste é atualmente o padrão-ouro para o diagnóstico de litíase urinária em episódios de dor lombar aguda. Ela apresenta sensibilidade e especificidade superiores à urografia excretora e ao ultrassom, permitindo avaliar não apenas a presença do cálculo, mas também sua localização exata, densidade (em unidades Hounsfield) e a anatomia adjacente, sem os riscos do contraste iodado.

Alternativa B (Incorreta/Gabarito): De acordo com as principais diretrizes urológicas (como EAU e AUA), a primeira linha de tratamento para analgesia na cólica nefrética aguda são os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Os AINEs são superiores aos

opioides porque atuam diretamente no mecanismo da dor, reduzindo a síntese de prostaglandinas, o que diminui o edema ureteral e a pressão intrapélvica renal. Os opioides são considerados medicações de segunda linha, indicados apenas quando há contraindicação aos AINEs ou quando a dor é refratária ao tratamento inicial.

Alternativa C (Correta): A associação de cálculo obstrutivo com infecção urinária (urosepsse) é uma emergência médica. Nessas situações, a prioridade absoluta não é retirar o cálculo, mas sim drenar a via urinária para permitir a saída da urina purulenta e a penetração dos antibióticos. Isso pode ser feito de forma retrógrada, com a passagem de um cateter ureteral (duplo-J), ou de forma percutânea, através de uma nefrostomia. O tratamento definitivo do cálculo só deve ocorrer após a resolução do quadro infeccioso.

Alternativa D (Correta): O manejo conservador ou expectante é uma opção válida para pacientes com cálculos ureterais menores que 10 mm, desde que o paciente esteja com a dor controlada, não apresente sinais de infecção e tenha função renal preservada. A maioria desses cálculos (especialmente os menores de 5 mm) é expelida espontaneamente. O acompanhamento deve ser feito com exames de imagem periódicos para garantir que o cálculo progrediu ou foi eliminado.

Alternativa E (Correta): A terapia médica expulsiva (TME) é recomendada para auxiliar na passagem de cálculos ureterais distais. Os alfabloqueadores (como a tansulosina) são os mais utilizados, pois promovem o relaxamento da musculatura lisa do ureter distal, facilitando a migração do cálculo. A nifedipina também pode ser usada com esse fim. Além de aumentar a taxa de sucesso na expulsão, esses medicamentos comprovadamente reduzem a intensidade da dor e a recorrência de crises de cólica renal durante o período de observação.

Questão 32

Com relação à icterícia e ao metabolismo das bilirrubinas, vamos analisar cada alternativa para identificar a incorreta:

Alternativa (a) Correta: A icterícia é a coloração amarelada de pele e mucosas decorrente do depósito de bilirrubina. Clinicamente, ela só se torna evidente quando os níveis séricos de bilirrubina total ultrapassam 2,0 a 3,0 mg/dL. Os valores de referência normais variam levemente entre laboratórios, mas situam-se geralmente entre 0,3 e 1,2 mg/dL.

Alternativa (b) Correta: A esclera (conjuntiva ocular) é o local mais precoce e frequente para a detecção da icterícia devido à sua alta concentração de elastina, que possui elevada afinidade pela bilirrubina. Em casos leves, a periferia da esclera,

por ser mais branca, permite uma visualização mais fácil do pigmento. A pele é o segundo local de observação mais comum.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a principal fonte de bilirrubina seja de fato a hemoglobina proveniente da quebra de eritrócitos maduros (senescentes) no sistema reticuloendotelial, a proporção correta é de aproximadamente 80% a 85% da produção total diária. Os 15% a 20% restantes derivam da eritropoiese ineficaz na medula óssea e da renovação de outras hemoproteínas, como mioglobina e citocromos. Portanto, o valor de 70-75% apresentado na alternativa está abaixo do descrito pela literatura médica padrão (como o Tratado de Medicina Interna de Harrison).

Alternativa (d) Correta: A bilirrubina não conjugada (indireta) é lipossolúvel e circula no plasma firmemente ligada à albumina. Devido a essa ligação proteica, ela não consegue ser filtrada pelo glomérulo renal. Como também não sofre secreção tubular, a bilirrubina não conjugada nunca aparece na urina, independentemente do seu nível sérico.

Alternativa (e) Correta: A bilirrubina conjugada (direta) é hidrossolúvel e menos ligada à albumina, o que facilita sua difusão para os fluidos corporais e tecidos. Em quadros de colestase prolongada, a bilirrubina pode ser oxidada em biliverdina, o que confere à pele do paciente uma tonalidade esverdeada, classicamente chamada de icterícia verdínica. Além disso, por ser solúvel em água, a bilirrubina conjugada é a única que pode ser excretada na urina (colúria).

Questão 33

Texto Original:

O foco da questão são os sinais de alerta e achados clínicos típicos das farmacodermias, com ênfase nas formas graves que exigem diagnóstico rápido.

Alternativa A: Incorreta. A febre alta, frequentemente acima de 39 graus Celsius, é um sinal de alerta sistêmico presente nas principais farmacodermias graves, como a Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) e a síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms). A febre geralmente indica uma resposta inflamatória intensa.

Alternativa B: Incorreta. O sinal de Nikolsky positivo ocorre quando há o descolamento da camada superficial da pele (epiderme) ao se aplicar uma pressão lateral ou fricção tangencial. Este é um achado clássico e indicativo de gravidade, sendo patognomônico de necrose epidérmica em casos de SSJ e NET.

Alternativa C: Incorreta. O acometimento de duas ou mais mucosas (oral, conjuntival, genital ou anal) com a presença de erosões ou úlceras rasas é um critério clínico essencial para o diagnóstico da Síndrome de Stevens-Johnson e da NET.

Alternativa D: Incorreta. A dor cutânea ou sensibilidade ao toque, muitas vezes descrita como sensação de queimação, é um sintoma precoce e crucial nas reações graves. Ela ajuda a diferenciar uma farmacodermia de alto risco de um exantema viral simples ou de outras erupções cutâneas menos graves.

Alternativa E: Correta. Petéquias são pequenas manchas purpúricas causadas por extravasamento de hemácias. Embora possam ocorrer em situações específicas, como vasculites induzidas por drogas ou púrpuras trombocitopênicas, elas não são achados comuns ou característicos no espectro das principais farmacodermias (exantema morbiliforme, SSJ, NET e DRESS), que se manifestam predominantemente por eritema, pápulas, vesículas ou descolamento bolhoso. Por ser o achado menos típico e menos relacionado aos sinais clássicos de alerta, esta é a alternativa correta.

Questão 34

A questão aborda os métodos diagnósticos utilizados na avaliação da Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP). O objetivo é identificar qual dos exames listados não tem indicação direta para avaliar a patologia obstrutiva das artérias dos membros.

Letra a: O Índice Tornozelo-Braquial (ITB) é a ferramenta inicial e o padrão-ouro para o rastreamento e diagnóstico clínico da DAOP. Ele é obtido por meio da razão entre a maior pressão sistólica medida no tornozelo e a maior pressão sistólica do braço. É um método não invasivo, barato e com alta sensibilidade para identificar a presença de doença arterial.

Letra b: A pletismografia é um exame que mede as variações de volume do membro ou as oscilações pressóricas durante o ciclo cardíaco. Ela gera ondas de pulso que ajudam a avaliar de forma funcional o fluxo sanguíneo arterial periférico, auxiliando na localização e na gravidade da obstrução.

Letra c (Gabarito): O ecocardiograma é um exame de imagem focado exclusivamente na anatomia e função das estruturas cardíacas (como válvulas, ventrículos e átrios). Embora os pacientes com DAOP frequentemente possuam aterosclerose em outros sítios (como nas coronárias) e possam necessitar de avaliação cardíaca pré-operatória, o ecocardiograma não é uma ferramenta de diagnóstico ou avaliação da rede arterial periférica, não servindo para identificar obstruções nos membros.

Letra d: O Scan Duplex Arterial (ultrassonografia com Doppler) combina a imagem

em tempo real do vaso com a análise do fluxo sanguíneo. É essencial para localizar o ponto exato da estenose ou oclusão, avaliar o grau de estreitamento por meio da velocidade do fluxo e auxiliar no planejamento terapêutico de forma não invasiva.

Letra e: A angiografia (ou arteriografia) é um método invasivo que utiliza contraste iodado e radioscopia para visualizar a luz das artérias. É considerada o padrão-ouro anatômico. Por ser invasiva, sua indicação principal não é o diagnóstico inicial, mas sim o mapeamento detalhado da árvore arterial quando há programação de intervenção cirúrgica ou endovascular.

Questão 35

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O erro da alternativa está em citar os linfócitos T CD8+. Na verdade, as infecções oportunistas costumam aparecer quando a contagem de linfócitos T CD4+ (e não CD8+) está abaixo de 200 células/mm³. O CD4+ é o principal alvo do vírus HIV e o marcador utilizado para definir o estágio de imunodeficiência.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa reflete o atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. Atualmente, adota-se a estratégia de Tratamento para Todos, recomendando o início da Terapia Antirretroviral (TARV) imediatamente após o diagnóstico, independentemente da contagem de CD4. Os objetivos são reduzir a morbimortalidade do paciente, tornar a carga viral indetectável (o que impede a transmissão sexual, conceito I = I) e reduzir a incidência de doenças como a tuberculose. Além disso, os esquemas atuais (como o uso de dolutegravir) são muito mais toleráveis e simples do que no passado.

Alternativa c) Incorreta. O principal marcador laboratorial para monitorar a progressão da imunodeficiência e o risco de infecções oportunistas na PVHIV é a contagem de linfócitos T CD4+. Os linfócitos T CD8+ (citotóxicos) atuam na resposta ao vírus, mas não são o parâmetro padrão para definir a gravidade da Aids.

Alternativa d) Incorreta. A Síndrome Retroviral Aguda (SRA) caracteriza-se por manifestações clínicas inespecíficas, e não específicas. Os sintomas costumam mimetizar uma síndrome gripal ou mononucleose, apresentando febre, cefaleia, astenia, faringite, linfadenopatia e exantema morbiliforme. Por serem sintomas comuns a várias viroses, o diagnóstico clínico nessa fase é difícil se não houver alto índice de suspeição.

Alternativa e) Incorreta. Existe uma correlação muito estreita e bem estabelecida na

literatura médica entre o nível de linfócitos T CD4+ e o surgimento de patógenos específicos. Por exemplo: a pneumocistose geralmente ocorre com CD4 abaixo de 200; a toxoplasmose cerebral e a criptococose com CD4 abaixo de 100; e infecções por citomegalovírus (CMV) ou complexo Mycobacterium avium (MAC) com CD4 abaixo de 50 células/mm³.

Questão 36

ANÁLISE DAS AFIRMAÇÕES:

Afirmiação I: CORRETA. Conforme as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, a bedaquilina é considerada uma droga do Grupo A (alta prioridade) para o tratamento da tuberculose multirresistente (TB-MDR). O tempo padrão de uso é de 6 meses (24 semanas), mas consensos atuais admitem sua extensão para além desse período em casos de resistência extensiva ou resposta clínica lenta, desde que haja monitoramento rigoroso.

Afirmiação II: INCORRETA. Embora ambas as drogas possam prolongar o intervalo QTc, estudos recentes e as recomendações da OMS indicam que a bedaquilina e a delamanida podem ser associadas quando não houver outras opções terapêuticas viáveis para compor um esquema eficaz. A associação exige monitoramento eletrocardiográfico frequente, mas não é mais contraindicada de forma absoluta.

Afirmiação III: CORRETA. A linezolida também faz parte do Grupo A de medicamentos para TB-MDR devido ao seu elevado poder bactericida e esterilizante. No entanto, seu uso a longo prazo é limitado por efeitos adversos graves, sendo a mielossupressão (anemia, plaquetopenia) e as neuropatias (periférica e óptica) os mais comuns. Frequentemente, a dose precisa ser reduzida (de 600 mg para 300 mg) ou o fármaco suspenso temporariamente para manejar a toxicidade.

Afirmiação IV: CORRETA. Para a utilização de esquemas curtos padronizados (tradicionalmente de 9 a 11 meses), é fundamental que o paciente não apresente resistência ou suspeita de resistência às drogas-chave do esquema. A resistência às fluoroquinolonas é o principal critério de exclusão para o regime curto, e a resistência à pirazinamida também inviabiliza o sucesso dessa estratégia curta padronizada.

Afirmiação V: INCORRETA. A clofazimina é uma droga do Grupo B e é peça fundamental nos esquemas orais modernos. Atualmente, os aminoglicosídeos injetáveis (como a amicacina) foram rebaixados para o Grupo C ou são evitados devido à sua alta toxicidade (ototoxicidade e nefrotoxicidade) e menor tolerabilidade. Portanto, a clofazimina é preferível aos injetáveis, e não o contrário.

CONCLUSÃO:

Estão corretas as afirmações I, III e IV.

A alternativa correta é a letra (a).

Questão 37

Esta questão aborda a fisiologia respiratória e a mecânica da ventilação mecânica na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), focando especificamente nas manobras de recrutamento alveolar (MRA).

A alternativa correta é a (b).

Explicação detalhada:

Alternativa (a) Incorreta: A SDRA em fase exsudativa precoce (geralmente nos primeiros 7 dias) é caracterizada por um maior potencial de recrutamento. Nessa fase, o colapso alveolar ainda é reversível, ao contrário da fase tardia ou fibrótica, na qual o pulmão se torna rígido e menos responsivo a pressões elevadas. Portanto, nesta fase, a manobra tende a ser mais eficaz.

Alternativa (b) Correta: Pacientes obesos possuem uma complacência da parede torácica muito reduzida (tórax rígido). Isso resulta em um aumento da pressão pleural. A pressão que realmente recruta o pulmão é a pressão transpulmonar (Pressão das Vias Aéreas menos a Pressão Pleural). Em obesos, grande parte da pressão oferecida pelo ventilador é gasta apenas para "empurrar" a parede torácica pesada, reduzindo a pressão transpulmonar efetiva que chega aos alvéolos. Isso torna a manobra menos eficaz para abrir o pulmão e, simultaneamente, aumenta o risco de complicações hemodinâmicas, pois a alta pressão intratorácica reduz o retorno venoso e o débito cardíaco. Além disso, o enunciado cita "provável consolidação", que é um tecido preenchido por exsudato/pus e não abre com pressão, ao contrário da atelectasia.

Alternativa (c) Incorreta: A hipercapnia permissiva é uma estratégia decorrente da ventilação protetora (uso de baixos volumes correntes para evitar o volutrauma). Embora seja comum na SDRA, ela não interfere diretamente na eficácia ou no dano potencial de uma manobra de recrutamento.

Alternativa (d) Incorreta: Se as áreas de colapso alveolar são "reversíveis", a manobra de recrutamento tem maior probabilidade de sucesso. O objetivo da manobra é justamente reverter o colapso e manter os alvéolos abertos com uma

PEEP adequada.

Alternativa (e) Incorreta: O edema intersticial altera a complacência, mas o que realmente dificulta o recrutamento são a consolidação alveolar e a mecânica da parede torácica. O edema difuso, por si só, não torna a manobra "prejudicial" da mesma forma que a rigidez torácica extrema da obesidade combinada com a baixa eficácia da pressão transpulmonar.

Questão 38

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A questão descreve uma paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) apresentando um quadro de acidose metabólica com ânion gap sérico normal (hiperclorêmica). O primeiro passo diante de uma acidose com ânion gap normal é diferenciar se a perda de bicarbonato é extrarrenal (digestiva) ou renal (Acidose Tubular Renal - ATR).

O Ânion Gap Urinário (AGU), calculado pela fórmula (Sódio urinário + Potássio urinário) - Cloro urinário, é fundamental aqui. Um AGU positivo, como no caso, indica que o rim não está conseguindo excretar amônio (NH_4^+) adequadamente para compensar a acidose, confirmando que a causa é renal (ATR).

Para diferenciar os tipos de ATR, analisamos o potássio e o pH urinário:

1. Potássio baixo (hipocalemia): Direciona para ATR tipo I (distal) ou tipo II (proximal).
2. pH urinário: Em vigência de acidemia sistêmica, o esperado seria um pH urinário menor que 5,5 (rim tentando excretar ácido). Um pH urinário persistentemente acima de 5,5 (no caso, 6,2) indica incapacidade de secreção distal de íons H^+ , característica patognomônica da ATR tipo I.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Acidose tubular renal proximal (tipo II): Incorreta. Na ATR tipo II, há um defeito na reabsorção proximal de bicarbonato. Embora cause hipocalemia, o pH urinário pode se tornar menor que 5,5 se o nível de bicarbonato sérico cair abaixo do limiar de reabsorção proximal (o rim distal ainda consegue acidificar a urina). Além disso, a associação clássica com LES é com a ATR distal.

Alternativa b) Acidose tubular renal distal (tipo I): Correta. É a principal hipótese. Caracteriza-se pela falha na secreção de H^+ pelas células intercaladas do ducto coletor. Isso resulta em pH urinário persistentemente elevado (maior que 5,5) mesmo com acidose grave, AGU positivo e hipocalemia. O LES é uma causa secundária

frequente de ATR tipo I devido à nefrite tubulointersticial.

Alternativa c) Acidose tubular renal hipercalemica (tipo IV): Incorreta. O próprio nome e o enunciado se excluem, já que a paciente apresenta hipocalcemia (potássio baixo) e a ATR tipo IV cursa obrigatoriamente com hipercalemia (potássio alto), geralmente associada ao hipoaldosteronismo ou à resistência à aldosterona.

Alternativa d) Pseudohipoaldosteronismo: Incorreta. Essa condição simula a falta de ação da aldosterona, resultando em perda de sódio, acidose e, crucialmente, hipercalemia, o que não condiz com o caso.

Alternativa e) Perdas gastrointestinais de bicarbonato: Incorreta. Em perdas gastrointestinais (como diarreia), o rim está íntegro e tenta compensar a acidose aumentando a excreção de amônio. Isso resulta em um Ânion Gap Urinário negativo e um pH urinário que consegue ser menor que 5,5. No caso, o AGU é positivo e o pH urinário é alto.

Questão 39

A questão aborda o manejo avançado do choque séptico, especificamente o momento de associar um segundo vasopressor à noradrenalina.

De acordo com as diretrizes da Surviving Sepsis Campaign (Campanha de Sobrevivência à Sepse), a noradrenalina é o vasopressor de primeira escolha. No entanto, quando as doses de noradrenalina se tornam elevadas sem que se atinja a meta de Pressão Arterial Média (PAM), a adição de vasopressina é recomendada tanto para auxiliar no alcance da meta pressórica quanto para permitir a redução da dose de noradrenalina (poupador de catecolaminas), reduzindo os efeitos colaterais adrenérgicos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A PVC (Pressão Venosa Central) baixa sugere hipovolemia. Nesses casos, a prioridade é a otimização da ressuscitação volêmica ou a avaliação da responsividade a fluidos, e não necessariamente o início de um segundo vasopressor de resgate.

b) Incorreta. Embora a vasopressina mantenha sua eficácia em meios acidóticos (diferente das catecolaminas), um pH de 7,32 representa uma acidose leve. O principal gatilho para a introdução da vasopressina no choque séptico é a dose refratária de noradrenalina, e não o nível de pH isoladamente.

c) Correta. Este é o cenário clássico de indicação. As diretrizes internacionais sugerem a adição de vasopressina quando a dose de noradrenalina está na faixa de 0,25 a 0,5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. O valor de 0,3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ é amplamente aceito na prática clínica e em protocolos como o limiar para iniciar a terapia combinada para evitar a toxicidade das catecolaminas e melhorar a perfusão.

d) Incorreta. A vasopressina atua nos receptores V1 da musculatura lisa vascular, promovendo vasoconstrição. Ela não possui efeito cronotrópico positivo; pelo contrário, pode causar bradicardia reflexa devido ao aumento da pós-carga. Se o objetivo fosse aumentar a frequência cardíaca ou o débito cardíaco, o uso de inotrópicos (como dobutamina) ou adrenalina seria mais adequado.

e) Incorreta. No choque cardiogênico, o coração já tem dificuldade de ejetar o sangue contra a resistência vascular. A vasopressina aumenta significativamente a pós-carga (resistência), o que pode reduzir ainda mais o débito cardíaco em um ventrículo insuficiente. No choque misto com predominância cardiogênica, o foco deve ser o suporte inotrópico.

Questão 40

O cenário clínico descreve um paciente com cirrose descompensada (Child-Pugh C), apresentando complicações graves como ascite refratária, hiponatremia e possível encefalopatia hepática. O uso da terlipressina, um análogo sintético da vasopressina com seletividade para receptores V1, tem indicações muito precisas na prática hepatológica.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A encefalopatia hepática é tratada com a correção de fatores precipitantes (infecções, hemorragias, constipação) e o uso de lactulose e/ou rifaximina. A terlipressina não é um tratamento para a encefalopatia de forma isolada, embora a melhora da função renal em quadros de síndrome hepatorenal possa, indiretamente, melhorar o estado mental.

Alternativa B: Incorreta. A hiponatremia dilucional na cirrose ocorre pelo excesso de hormônio antidiurético (ADH) e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. O tratamento padrão é a restrição hídrica. Embora a terlipressina possa melhorar levemente a hemodinâmica sistêmica, ela não é a indicação formal para tratar a hiponatremia.

Alternativa C: Incorreta. A ascite refratária é manejada com paracenteses de repetição associadas à reposição de albumina ou, em casos selecionados, o implante

de TIPS (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular). A terlipressina não é utilizada de forma crônica ou rotineira para induzir natriurese (perda de sódio na urina).

Alternativa D: Correta. Esta é a indicação clássica. A Síndrome Hepatorrenal tipo 1 (atualmente denominada SHR-LRA) caracteriza-se por uma insuficiência renal funcional aguda em pacientes com cirrose avançada. A fisiopatologia envolve uma vasodilatação esplâncnica extrema que reduz o volume arterial efetivo. A terlipressina atua promovendo vasoconstrição esplâncnica, desviando o fluxo para a circulação sistêmica e melhorando a perfusão renal. Deve ser sempre associada à albumina.

Alternativa E: Incorreta. A terlipressina é indicada no tratamento do sangramento agudo (evento agudo) por varizes esofágicas para reduzir a pressão portal durante a hemorragia. Para a profilaxia (seja primária ou secundária), as diretrizes recomendam o uso de betabloqueadores não seletivos e a ligadura elástica por endoscopia, não o uso de vasoconstritores endovenosos.

Conclusão: Diante da ascite refratária e do risco iminente de disfunção renal em um paciente Child-Pugh C, a alta suspeita de síndrome hepatorrenal torna a terlipressina a escolha terapêutica de urgência.

Questão 41

Para resolver essa questão, é fundamental identificar o quadro clínico de Rinossinusite Aguda Bacteriana na infância. Os critérios diagnósticos baseiam-se na apresentação clínica de uma infecção de vias aéreas superiores que persiste por mais de 10 dias, ou que apresenta um quadro de "piora após melhora" (conhecido como *double sickening*), ou ainda sintomas iniciais graves (febre alta e secreção purulenta por mais de 3 dias consecutivos).

No caso de Analu, a tosse persiste por 14 dias (duas semanas). A piora recente (há dois dias) com o surgimento de febre e secreção purulenta, associada à tosse que piora ao deitar (sugerindo gotejamento pós-nasal), fecha o diagnóstico de sinusite aguda.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A traqueobronquite geralmente apresenta tosse seca ou produtiva e dor retroesternal, mas não justifica a secreção nasal purulenta persistente e a piora ao decúbito como sintomas primários. Além disso, a maioria das bronquites agudas em crianças saudáveis é de etiologia viral, não requerendo antibioticoterapia inicial.

b) Incorreta. A rinofaringite aguda (resfriado comum) é uma condição autolimitada que dura, em média, de 7 a 10 dias. O quadro de Analu já dura duas semanas e apresentou uma piora evolutiva com febre e purulência, o que caracteriza uma complicação bacteriana, exigindo tratamento específico além de medidas de suporte.

c) Correta. Os sintomas descritos preenchem os critérios clínicos para Rinossinusite Aguda Bacteriana: duração prolongada dos sintomas (mais de 10 dias) e piora recente do quadro (febre e secreção purulenta). A amoxicilina associada ao clavulanato é uma escolha terapêutica adequada, especialmente em casos de falha terapêutica prévia, suspeita de resistência bacteriana ou quando se deseja cobrir *Haemophilus influenzae* produtor de beta-lactamase e *Moraxella catarrhalis*.

d) Incorreta. A broncopneumonia manifesta-se tipicamente com taquipneia, esforço respiratório, febre alta e alterações na ausculta pulmonar (estertores). Embora a tosse esteja presente, a secreção nasal purulenta e a cronologia dos sintomas direcionam o diagnóstico para as vias aéreas superiores (seios paranasais).

e) Incorreta. A asma tussígena é uma variante da asma na qual a tosse é o sintoma predominante, podendo piorar à noite ou com esforço. Entretanto, ela não cursa com febre e secreção nasal purulenta, que são sinais claros de um processo infeccioso bacteriano agudo.

Questão 42

Para responder a essa questão, é necessário classificar as vacinas listadas de acordo com sua tecnologia de produção, diferenciando aquelas que utilizam agentes vivos atenuados daquelas que utilizam agentes não vivos (inativados, subunidades ou recombinantes).

Alternativa a) Sarampo: Incorreta. A vacina contra o sarampo é composta por vírus vivos atenuados. Ela faz parte da vacina Tríplice Viral (SCR — sarampo, caxumba e rubéola) e da Tetra Viral. Por ser uma vacina de vírus vivo, não é a exceção solicitada pelo enunciado.

Alternativa b) Rubéola: Incorreta. Assim como a vacina contra o sarampo, o componente da rubéola presente na vacina Tríplice Viral é constituído por vírus vivos atenuados. Estes vírus são modificados em laboratório para perderem sua capacidade patogênica, mas mantêm a capacidade de estimular o sistema imunológico.

Alternativa c) Sabin: Incorreta. A vacina Sabin, também chamada de VOP (Vacina

Oral de Poliomielite), é a famosa vacina das "gotinhas" e utiliza poliovírus vivos atenuados. É fundamental não confundi-la com a vacina Salk (VIP), que é injetável e composta por vírus inativados (mortos).

Alternativa d) Caxumba: Incorreta. O componente da caxumba na vacina Tríplice Viral também utiliza a tecnologia de vírus vivos atenuados para induzir a resposta imune.

Alternativa e) Hepatite B: Correta. Esta é a exceção pedida na questão. A vacina contra a hepatite B não contém vírus vivos. Ela é uma vacina recombinante, produzida por meio de tecnologia de engenharia genética. Ela contém apenas uma proteína da superfície do vírus, o antígeno HBsAg, purificado. Por não conter o vírus inteiro nem o agente vivo, ela pode ser administrada com segurança em grupos que possuem contra-indicação para vacinas de agentes vivos, como gestantes e indivíduos severamente imunossuprimidos.

Gabarito: Letra (e).

Questão 43

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico de uma menina de 3 anos com prurido anal, secreção vaginal inodora e sintomas urinários (disúria e retenção) é altamente sugestivo de infestação por *Enterobius vermicularis*, popularmente conhecida como oxiúriase. Em crianças do sexo feminino, a migração do parasita do ânus para a região vulvar e vaginal causa vulvovaginite irritativa. Essa irritação local justifica tanto a secreção quanto o desconforto ao urinar e a retenção reflexa. Os sintomas urinários, portanto, costumam ser secundários à inflamação vulvar e não obrigatoriamente uma infecção do trato urinário (ITU) bacteriana.

Explicação das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A solicitação de hemograma é desnecessária para uma criança em bom estado geral e sem febre. Iniciar tratamento para ITU sem confirmação laboratorial, diante de um quadro que sugere fortemente uma causa irritativa por parasitose, configura uso inadequado de antibióticos. O exame parasitológico de fezes nem sempre detecta o oxiúro, sendo o método da fita gomada o mais indicado.

Alternativa b) Incorreta. O EAS (Exame de Elementos Anormais e Sedimentoscopia) em uma criança com vulvovaginite frequentemente apresenta leucocitúria (pus na

urina) devido à contaminação da amostra pela secreção vaginal no momento da micção. Basear o início da antibioticoterapia apenas na leucocitúria, sem urocultura, levaria a tratamentos desnecessários.

Alternativa c) Incorreta. A conduta médica deve ser baseada na melhor evidência científica e no bem-estar do paciente. Manter um tratamento presuntivo sem exames, ignorando sintomas específicos como o prurido anal, é tecnicamente incorreto. O prolongamento do tratamento para 7 dias sem diagnóstico confirmado não tem justificativa clínica.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa aborda todas as necessidades do caso. O tratamento da parasitose (oxiuríase) ataca a causa provável da vulvovaginite. O banho de assento ajuda a aliviar a irritação local e a disúria. Como a criança apresenta sintomas urinários e a coleta por jato médio seria facilmente contaminada pela secreção vaginal e dificultada pela retenção urinária descrita, a sondagem vesical é o método seguro para obter uma amostra estéril para urocultura. Aguardar o resultado da cultura antes de usar antibióticos é seguro em crianças afebris e estáveis.

Alternativa e) Incorreta. Embora trate a parasitose e recomende o banho de assento, a coleta de urocultura por jato médio em uma criança com vulvovaginite ativa e secreção vaginal apresenta um altíssimo índice de contaminação, o que pode gerar resultados falso-positivos e confusão diagnóstica. Além disso, a questão menciona que a criança apresenta retenção urinária, o que dificulta a coleta espontânea de jato médio de forma adequada.

Questão 44

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve uma criança de 4 anos com um quadro de instalação aguda e progressão rápida (apenas 6 horas de evolução). Os pontos-chave para o diagnóstico são a presença de febre alta, toxemia (aparência de doente grave), sialorreia (baba constante por dor ao deglutir), estridor inspiratório e, fundamentalmente, a posição de tripé (sentado, inclinado para frente, pescoço em hiperextensão e boca aberta). Esse conjunto de sinais e sintomas é patognomônico da epiglote aguda, uma emergência médica que cursa com risco iminente de obstrução das vias aéreas superiores.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Laringite estridulosa: Também conhecida como crupe espasmódico,

ocorre geralmente à noite, de forma súbita, em crianças previamente híidas e sem febre. O quadro é autolimitado e não apresenta a gravidade clínica (toxemia e sialorreia) descrita no caso de Lorenzo.

Alternativa b) Epiglotite: CORRETA. A epiglotite é uma inflamação da epiglote e estruturas supraglóticas, geralmente de etiologia bacteriana (historicamente pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, embora tenha reduzido com a vacinação). A tríade clássica é composta por febre alta, disfagia com sialorreia e dificuldade respiratória com estridor. A posição de tripé adotada pelo paciente é uma tentativa instintiva de alinhar as vias aéreas para facilitar a passagem do ar. O manejo exige manutenção da via aérea em ambiente controlado (centro cirúrgico ou UTI), evitando exames invasivos ou agitação da criança antes da estabilização.

Alternativa c) Abscesso retrofaríngeo: É um diagnóstico diferencial importante, pois também cursa com febre, dor de garganta e sialorreia. No entanto, o abscesso retrofaríngeo costuma ter uma evolução um pouco mais lenta, geralmente precedido por uma infecção de vias aéreas superiores, e é caracterizado por dor à movimentação do pescoço (torcicolo) e abaulamento da parede posterior da faringe, sem apresentar a posição de tripé típica da obstrução supraglótica da epiglotite.

Alternativa d) Edema angioneurótico: Trata-se de uma manifestação alérgica (angioedema) que causa edema de tecidos moles. Embora possa causar estridor e obstrução respiratória súbita, não cursa com febre alta nem com o estado tóxico-infeccioso relatado.

Alternativa e) Laringotraqueomalácia: É a causa mais comum de estridor congênito na infância. Caracteriza-se por um estridor crônico, que surge nas primeiras semanas de vida e piora com o choro ou em decúbito dorsal. Não é um quadro agudo acompanhado de febre ou toxemia.

Questão 45

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um lactente de 2 meses com estridor puramente inspiratório que teve início nas primeiras semanas de vida (20 dias). A característica de piora com a agitação e o choro, associada ao bom estado geral e ao desenvolvimento ponderoestatural adequado (eutrofia), aponta fortemente para uma condição funcional e benigna da via aérea superior.

ALTERNATIVA C (CORRETA)

A laringomalácia é a principal causa de estridor congênito na infância, respondendo por cerca de 60% a 70% dos casos. Ela ocorre devido ao colapso das estruturas supraglóticas (como a epiglote em formato de ômega e o encurtamento das pregas ariepiglóticas) durante a inspiração. Quando a criança inspira, a pressão negativa traciona esse tecido flácido para dentro do lúmen laríngeo, gerando o ruído. O estridor é tipicamente inspiratório e piora em situações de maior esforço respiratório, agitação, choro ou quando a criança está em decúbito dorsal. Na imensa maioria dos casos, a condição é autolimitada e apresenta resolução espontânea até os 18 a 24 meses de idade, sem comprometer o crescimento da criança.

ALTERNATIVA A (INCORRETA)

Anéis vasculares são anomalias congênitas nas quais vasos anômalos (como o duplo arco aórtico) circundam e comprimem a traqueia e o esôfago. O quadro clínico costuma envolver estridor bifásico (inspiratório e expiratório) ou predominantemente expiratório, além de sintomas digestivos como disfagia e engasgos. Diferentemente da laringomalácia, é comum que essas crianças apresentem dificuldades alimentares que podem prejudicar o ganho de peso.

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

O cisto broncogênico é uma malformação do desenvolvimento do broto pulmonar, geralmente localizado no mediastino. Quando causa sintomas por compressão da via aérea, costuma gerar sibilância localizada, tosse persistente ou pneumonias de repetição. É uma causa rara de estridor inspiratório isolado em um lactente que mantém bom estado geral.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

A aspiração de corpo estranho é uma causa importante de estridor ou sibilância súbita, mas é extremamente improvável em um lactente de 2 meses. Nessa idade, a criança ainda não possui coordenação motora para levar objetos à boca de forma voluntária. Além disso, a história clínica mostra um início gradual aos 20 dias de vida, e não um evento agudo de engasgo.

ALTERNATIVA E (INCORRETA)

A fístula traqueoesofágica isolada (tipo H) manifesta-se tipicamente com sintomas relacionados à alimentação, como tosses e engasgos durante as mamadas, cianose transitória e infecções respiratórias recorrentes por aspiração de conteúdo gástrico ou salivar. Não é a apresentação clássica de um estridor inspiratório isolado que piora com o choro.

Questão 46

Para responder a essa questão, devemos aplicar os critérios de classificação nutricional da Organização Mundial da Saúde (OMS), que são adotados pelo Ministério da Saúde por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). O Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade é um indicador fundamental para identificar desvios nutricionais, tanto de déficit quanto de excesso.

Para crianças de 0 a 5 anos incompletos (como é o caso da criança de quatro anos citada), os pontos de corte para o escore Z do IMC para a idade são:

- Escore Z abaixo de -3: Magreza acentuada.
- Escore Z maior ou igual a -3 e menor que -2: Magreza.
- Escore Z maior ou igual a -2 e menor ou igual a +1: Peso adequado (Eutrofia).
- Escore Z maior que +1 e menor ou igual a +2: Risco de sobrepeso.
- Escore Z maior que +2 e menor ou igual a +3: Sobrepeso.
- Escore Z acima de +3: Obesidade.

Análise das alternativas:

- a) Correta. Conforme os critérios técnicos, um valor de escore Z menor que -3 indica que a criança está em um estado de desnutrição grave em relação à sua estatura e idade, recebendo o diagnóstico de magreza acentuada.
- b) Incorreta. O risco de sobrepeso é uma classificação voltada para o excesso de peso, ocorrendo quando o escore Z está entre +1 e +2.
- c) Incorreta. O IMC é considerado adequado ou eutrófico quando o resultado se encontra na faixa de normalidade da curva, situada entre os escores Z -2 e +1.
- d) Incorreta. Na faixa etária de 0 a 5 anos, o diagnóstico de obesidade pelo IMC para a idade só é estabelecido quando o escore Z é superior a +3.
- e) Incorreta. Embora o termo pareça próximo, a classificação "magreza" é reservada especificamente para o intervalo entre os escores Z -3 e -2. Quando o valor é inferior a -3, a terminologia correta e oficial é magreza acentuada.
-

Questão 47

A Síndrome de Recuperação Nutricional (SRN) representa um conjunto de sinais clínicos e laboratoriais que surgem durante a fase inicial de tratamento da desnutrição proteico-energética grave, geralmente na transição entre a fase de estabilização e a de crescimento rápido.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A síndrome é marcada pela hipogamaglobulinemia, e não pela hipergamaglobulinemia, uma vez que a síntese proteica (incluindo anticorpos) esteve gravemente comprometida. Além disso, ocorre hipervolemia por expansão do volume plasmático, e não hipovolemia.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve os achados clássicos da Síndrome de Recuperação Nutricional:

1. Hipogamaglobulinemia: Reflete a deficiência proteica prévia e a lenta retomada da produção de imunoglobulinas.
2. Eosinofilia: É um achado hematológico característico e persistente durante o período de recuperação, muitas vezes independentemente da presença de infecções parasitárias.
3. Hipervolemia: Durante a recuperação, há um aumento do volume intravascular e redistribuição de líquidos, o que pode levar ao aparecimento de edema e exige cautela para não sobrecarregar o sistema cardiovascular.

Alternativa c) Incorreta. Embora a hipogamaglobulinemia e a eosinofilia estejam presentes, o termo hipovolemia está incorreto, pois o paciente apresenta uma tendência à expansão volêmica (hipervolemia).

Alternativa d) Incorreta. O termo hipergamaglobulinemia está incorreto. Pacientes desnutridos graves apresentam baixa reserva proteica, resultando em baixos níveis de gamaglobulinas no início da recuperação.

Alternativa e) Incorreta. Apesar de o paciente desnutrido poder apresentar diversas alterações hematológicas, a eosinofilia é o marcador clássico da Síndrome de Recuperação Nutricional descrito nos principais tratados de pediatria e nutrologia, e não a neutropenia.

Dica adicional: Não confunda a Síndrome de Recuperação Nutricional (que inclui achados como hepatomegalia, ascite e eosinofilia) com a Síndrome de Realimentação (Refeeding Syndrome), que é caracterizada por distúrbios hidroeletrolíticos graves, como hipofosfatemia, hipocalemia e hipomagnesemia. A questão foca especificamente nas alterações hematológicas e volêmicas da recuperação.

Questão 48

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de baixa estatura acentuada (abaixo do percentil 3) e ausência de desenvolvimento puberal aos 14 anos (caracterizada pelos estágios de Tanner M1 e P1). O achado de "fácies atípica" é um marcador clínico fundamental que sugere a presença de uma síndrome genética. Diante dessa combinação em uma paciente do sexo feminino, a principal hipótese diagnóstica a ser investigada e descartada é a Síndrome de Turner.

ALTERNATIVA A (CORRETA)

A Síndrome de Turner, causada pela monossomia total ou parcial do cromossomo X (45,X), é a causa mais comum de hipogonadismo hipergonadotrópico em meninas. A baixa estatura é a manifestação mais frequente, presente em praticamente todos os casos. A falência ovariana prematura (disgenesia gonadal) impede o desenvolvimento das mamas e a menarca. O exame físico frequentemente revela estigmas como pescoço alado, tórax em escudo, micrognatia e orelhas de implantação baixa, o que justifica a descrição de "fácies atípica". Por ser uma condição tratável com hormônio do crescimento (GH) e reposição hormonal, deve ser sempre descartada através do exame de cariótipo em casos de baixa estatura ou atraso puberal feminino.

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) costuma se manifestar após a menarca ou após o início da puberdade. Seus critérios diagnósticos envolvem irregularidade menstrual e sinais clínicos ou laboratoriais de hiperandrogenismo (como acne e hirsutismo). A SOP não é causa de baixa estatura nem de atraso no início da puberdade (M1).

ALTERNATIVA C (INCORRETA)

O atraso constitucional do crescimento e da puberdade é uma variante do desenvolvimento normal, geralmente com história familiar de pais que também "esticaram" ou tiveram puberdade tardia. Embora cause baixa estatura temporária e atraso puberal, a paciente não apresenta estigmas sindrômicos. Como é um diagnóstico de exclusão, causas patológicas como a Síndrome de Turner devem ser investigadas primeiro.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

O hipotireoidismo é uma causa clássica de baixa estatura e pode levar ao atraso puberal (embora, em casos raros, possa causar puberdade precoce). Entretanto, o quadro clínico costuma ser acompanhado de outros sintomas, como lentidão, intolerância ao frio, constipação e pele seca, e não explica a "fácies atípica" característica de quadros sindrômicos.

ALTERNATIVA E (INCORRETA)

O pan-hipopituitarismo é a deficiência de todos os hormônios produzidos pela hipófise anterior (GH, TSH, ACTH, LH, FSH e prolactina). Isso resultaria em baixa estatura e hipogonadismo hipogonadotrópico. Apesar de ser um diagnóstico diferencial, é uma condição muito mais rara que a Síndrome de Turner e não costuma cursar com estigmas fenotípicos faciais específicos, a menos que haja uma malformação de linha média associada.

Questão 49

A questão aborda os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) no primeiro ano de vida, especificamente aos três meses de idade. Para resolvê-la, é necessário correlacionar a idade cronológica com as aquisições motoras, cognitivas e sociais esperadas.

Alternativa (a) Correta: O controle da musculatura cervical é o principal marco motor do primeiro trimestre. Aos 3 meses, espera-se que o lactente consiga sustentar a cabeça e o pescoço de forma firme quando colocado em posição vertical ou em decúbito ventral (apoiando-se nos antebraços). O desaparecimento gradual de reflexos primitivos permite esse ganho de tônus axial.

Alternativa (b) Incorreta: Nesta fase, a criança emite sons guturais e vocalizações simples (como "ah", "eh" e "uh"). O início de monossílabos ou o balbúcio mais estruturado (como "ma", "pa", "da") ocorre mais tardiamente, geralmente a partir do sexto ou sétimo mês de vida.

Alternativa (c) Incorreta: Sentar com apoio é uma habilidade motora que costuma ser alcançada por volta dos 6 meses de idade. Aos 3 meses, o bebê ainda apresenta uma cifose dorsal proeminente e não possui força muscular no tronco para manter a postura sentada, mesmo com auxílio.

Alternativa (d) Incorreta: A capacidade de transferir um objeto de uma mão para a outra exige o refinamento da preensão palmar e a coordenação motora voluntária, marcos que surgem tipicamente entre o 6º e o 7º mês. Aos 3 meses, a criança está começando a levar as mãos à linha média e a observar objetos, mas sua preensão

ainda é rudimentar.

Alternativa (e) Incorreta: O "estranhamento" ou ansiedade de separação é um marco do desenvolvimento psicossocial que indica que a criança já diferencia claramente seus cuidadores primários de estranhos. Esse comportamento surge habitualmente entre o 6º e o 9º mês. Aos 3 meses, o lactente apresenta o sorriso social e costuma interagir bem com diferentes pessoas.

Questão 50

Para compreender esta questão, é fundamental conhecer os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) estabelecidos por órgãos como a Sociedade Brasileira de Pediatria e o Ministério da Saúde. O desenvolvimento ocorre no sentido cefalocaudal e do simples para o complexo.

Análise das alternativas:

Alternativas A e E: Incorretas. O engatinhar é um marco motor que ocorre geralmente entre o 8º e o 10º mês de vida. Algumas crianças, inclusive, pulam essa etapa e passam diretamente para a posição de pé e marcha, não sendo um critério de atraso aos 4 meses.

Alternativa B: Incorreta. A habilidade de rolar (mudar da posição supina para a prona ou vice-versa) começa a se manifestar por volta dos 4 aos 6 meses. Embora alguns lactentes comecem aos 4 meses, sua ausência isolada nesta idade exata não é classificada como um atraso patológico imediato nos protocolos de triagem.

Alternativa C: Correta. O sustento cefálico é um dos marcos mais precoces e obrigatórios. Espera-se que o lactente tenha o controle firme da cabeça entre o 2º e o 3º mês de vida. Se, aos 4 meses, a criança ainda não sustenta a cabeça (hipotonia cervical ou falta de controle motor), isso é considerado um sinal de alerta para atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, exigindo investigação imediata.

Alternativa D: Incorreta. Sentar sem apoio é um marco típico do 6º ao 7º mês de vida. Aos 4 meses, o lactente ainda não possui estabilidade de tronco suficiente para se manter sentado sem suporte.

Em resumo, o sustento cefálico é a base para os marcos motores subsequentes. Como ele deve estar consolidado até os 3 meses, a sua ausência aos 4 meses define o atraso na questão apresentada.

Questão 51

O craniotabes (ou craniomalácia) refere-se ao amolecimento e afinamento dos ossos do crânio, sendo observado principalmente nos ossos occipital e parietal. Durante o exame físico, ao pressionar essas áreas com o dedo, o examinador percebe uma sensação de recuo e retorno elástico, comparada à deformação de uma bola de pingue-pongue. Esse achado decorre da falha na mineralização da matriz óssea em áreas de crescimento rápido.

Alternativa (a) Incorreta. A pelagra é a doença causada pela deficiência de niacina (vitamina B3). Suas manifestações clássicas compõem a tríade dos "3 Ds": dermatite (especialmente em áreas expostas ao sol), diarreia e demência. Não apresenta o craniotabes como característica clínica.

Alternativa (b) Incorreta. O beribéri é resultante da deficiência de tiamina (vitamina B1). Pode se manifestar na forma seca (predomínio de sintomas neurológicos, como polineurite) ou na forma úmida (predomínio de sintomas cardiovasculares, como insuficiência cardíaca de alto débito e edema), mas não afeta a mineralização óssea craniana.

Alternativa (c) Incorreta. O escorbuto é causado pela deficiência de vitamina C (ácido ascórbico), essencial para a síntese de colágeno. Embora cause alterações ósseas e dor (como o descolamento subperiosteal), seus sinais mais típicos são hemorragias (gengivorragia, petéquias), fragilidade capilar e atraso na cicatrização, e não o craniotabes.

Alternativa (d) Correta. O raquitismo é uma doença da placa de crescimento em crianças, geralmente causada pela deficiência de vitamina D, que leva à absorção inadequada de cálcio e fósforo. Isso resulta em uma mineralização deficiente do osso recém-formado. O craniotabes é considerado um dos sinais clínicos mais precoces do raquitismo, aparecendo nos primeiros meses de vida do lactente, antes mesmo de outras deformidades ósseas mais conhecidas, como o rosário raquítico ou o arqueamento dos membros.

Alternativa (e) Incorreta. O Kwashiorkor é uma forma de desnutrição proteico-energética grave em que há deficiência predominante de proteínas, apesar de uma ingestão calórica que pode ser aceitável. Caracteriza-se por edema (devido à hipoalbuminemia), hepatomegalia, alterações na pele e cabelos, mas não está associado primariamente ao amolecimento dos ossos cranianos por falha de mineralização.

Questão 52

A questão aborda o desenvolvimento puberal na adolescência. O ponto fundamental para a resolução é o conhecimento dos marcos cronológicos da puberdade feminina. Em meninas, a puberdade tem início com a telarca (estágio M2 de Tanner), que deve ocorrer entre os 8 e 13 anos de idade. A paciente em questão tem 14 anos e ainda se encontra no estágio M1 (pré-puberal).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A Síndrome de Turner é uma causa cromossômica importante de atraso puberal e amenorreia primária, mas tipicamente se manifesta com baixa estatura acentuada (geralmente abaixo do percentil 3) e outros estigmas físicos, como pescoço alado e tórax em escudo. Esta paciente possui altura no percentil 25 e uma velocidade de crescimento de 5 cm/ano, que é normal para o período pré-puberal, tornando Turner uma hipótese menos provável neste momento do que o diagnóstico clínico de atraso puberal.

Alternativa b: Incorreta. Não se pode considerar a puberdade como normal neste caso. O limite superior para o início da puberdade feminina é de 13 anos. Como a paciente tem 14 anos e ainda não apresentou o broto mamário (M1), o quadro é considerado patológico ou fora dos padrões de normalidade cronológica.

Alternativa c: Incorreta. A anorexia nervosa é um transtorno alimentar que pode causar atraso puberal devido ao déficit calórico extremo e perda de gordura corporal, o que interrompe o eixo hipotálamo-hipófise-gônada. No entanto, a paciente apresenta peso no percentil 50, o que é perfeitamente adequado para a idade, afastando a hipótese de desnutrição grave por anorexia.

Alternativa d: Correta. O diagnóstico de atraso puberal no sexo feminino é definido classicamente pela ausência de telarca (estágio M2 de Tanner) aos 13 anos de idade. Outro critério seria a ausência de menarca aos 15 ou 16 anos. Como a adolescente tem 14 anos e permanece no estágio M1 (ausência de mamas), ela preenche o critério clínico para atraso puberal.

Alternativa e: Incorreta. A bulimia nervosa, embora seja um transtorno alimentar grave, raramente se apresenta como causa de atraso puberal isolado em uma paciente com peso e velocidade de crescimento normais. O atraso puberal é a hipótese diagnóstica direta baseada nos critérios cronológicos de Tanner.

Questão 53

ANÁLISE DA QUESTÃO

O enunciado descreve uma doença exantemática viral clássica, enfatizando a presença de sintomas catarrais intensos (tosse produtiva, coriza e conjuntivite com fotofobia) que precedem o exantema. O ponto determinante para a resolução da questão é a menção ao sinal de Koplik. Na medicina, um sinal patognomônico é aquele que, quando presente, define por si só o diagnóstico da doença. O sinal de Koplik é exclusivo do sarampo.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Sarampo: Esta é a alternativa correta. O sarampo é causado por um vírus da família Paramyxoviridae (gênero Morbillivirus). A doença evolui em fases, sendo a fase prodrômica marcada por febre e a tríade catarral (tosse, coriza e conjuntivite). O sinal de Koplik surge no final deste período, geralmente 1 a 2 dias antes do exantema cutâneo. Ele se caracteriza por pequenos pontos brancos, semelhantes a grãos de areia, localizados na mucosa bucal oposta aos molares e pré-molares.

Alternativa (b) Rubéola: Incorreta. A rubéola costuma apresentar sintomas prodrômicos muito mais leves ou até ausentes em crianças. Sua principal característica clínica são as linfadenopatias retroauriculares, occipitais e cervicais posteriores. No palato mole, podem ser observadas as manchas de Forchheimer (pequenas petéquias), mas estas não são patognomônicas e diferem morfológicamente do sinal de Koplik.

Alternativa (c) Escarlatina: Incorreta. Diferente das demais, a escarlatina é uma doença bacteriana causada pelas toxinas do *Streptococcus pyogenes* (Estreptococo do Grupo A). O quadro típico inclui faringite, língua em framboesa e um exantema micropapular que confere à pele uma textura de lixa. Não apresenta manchas de Koplik.

Alternativa (d) Eritema infeccioso: Incorreta. Causado pelo Parvovírus B19, manifesta-se classicamente com o exantema da face esbofetada, seguido por um exantema rendilhado no tronco e extremidades. Não cursa com pródromos catarrais significativos nem com o sinal de Koplik.

Alternativa (e) Eritema súbito: Incorreta. Também chamado de roséola infantum, é causado pelo Herpes-vírus humano tipo 6. A doença é caracterizada por febre alta que desaparece subitamente (em crise), momento em que surge um exantema maculopapular no tronco que se espalha para o resto do corpo. Não apresenta o sinal

de Koplik.

Questão 54

A questão aborda o reconhecimento de doenças exantemáticas na infância e sua repercussão clínica em grupos específicos, neste caso, as gestantes.

A alternativa correta é a letra (c) Rubéola.

A rubéola é uma infecção viral causada por um togavírus. Na infância, é classicamente uma doença de evolução benigna, caracterizada por febre baixa, exantema maculopapular rosado de progressão cefalocaudal e linfonodopatia retroauricular, occipital e cervical posterior. No entanto, o grande risco epidemiológico reside na infecção de mulheres grávidas suscetíveis, especialmente no primeiro trimestre de gestação. O vírus possui alta capacidade teratogênica, podendo causar a Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), que cursa com malformações graves como catarata, surdez neurossensorial, cardiopatias congênitas (persistência do canal arterial) e atraso no desenvolvimento.

Por que as outras alternativas estão incorretas:

a) Sarampo: É uma doença exantemática muito mais grave que a rubéola, apresentando o quadro de "três Cs" (tosse, coriza e conjuntivite), além das manchas de Koplik e febre alta. Embora a infecção na gestação possa causar complicações maternas e prematuridade, o sarampo não é classicamente associado a uma síndrome de malformações congênitas (teratogenia) como a rubéola.

b) Exantema súbito (Roséola): Causado pelo herpes-vírus humano tipo 6, acomete principalmente lactentes. Caracteriza-se por febre alta que desaparece subitamente, seguida pelo surgimento do exantema. É uma condição benigna e não apresenta riscos teratogênicos conhecidos para gestantes.

d) Mononucleose: Causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), manifesta-se tipicamente com febre, faringite, linfonodopatia generalizada e esplenomegalia. O exantema costuma aparecer apenas em casos de uso inadvertido de amoxicilina. Não é considerada uma causa clássica de teratogenia em gestantes.

e) Molusco infeccioso: É uma infecção viral cutânea causada por um poxvírus, caracterizada por pápulas pequenas, umbilicadas e brilhantes na pele. Não é uma doença exantemática sistêmica nem possui potencial teratogênico.

Questão 55

Esta questão aborda as indicações e contraindicações da ventilação com pressão positiva (VPP) durante a reanimação neonatal, seguindo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Programa de Reanimação Neonatal.

A ventilação com pressão positiva é o procedimento mais importante e efetivo na reanimação do recém-nascido (RN) em sala de parto. As indicações clássicas para iniciar a VPP, após os passos iniciais (aquecer, posicionar a cabeça, aspirar, se necessário, e secar), são a presença de apneia, respiração irregular (gasping) ou frequência cardíaca (FC) menor que 100 batimentos por minuto (bpm).

Alternativa a) Incorreta. A apneia é uma das indicações primordiais para o início imediato da VPP, pois o RN não está realizando trocas gasosas de forma espontânea.

Alternativa b) Incorreta. A respiração irregular, também conhecida como gasping, é considerada uma respiração ineficaz. RNs nessa condição devem receber VPP para garantir a expansão pulmonar e a oxigenação adequadas.

Alternativa c) Incorreta. A frequência cardíaca abaixo de 100 bpm é o principal indicador de que o RN necessita de suporte ventilatório, sendo uma indicação formal de VPP com balão e máscara.

Alternativa d) Incorreta. Um RN que se mantém hipotônico e cianótico mesmo após os estímulos táteis e passos iniciais demonstra sinais de depressão respiratória ou falha circulatória iminente, o que justifica a intervenção com pressão positiva.

Alternativa e) Correta (Exceção). A suspeita de hérnia diafragmática congênita é uma contraindicação absoluta para o uso de balão e máscara. Nessa patologia, os órgãos abdominais estão localizados no tórax, comprimindo o pulmão. Ao ventilar com máscara, parte do ar entra no esôfago e distende o estômago e as alças intestinais, aumentando a compressão intratorácica e piorando drasticamente a função respiratória. Nesses casos, se o RN precisar de ventilação, a conduta correta é a intubação traqueal imediata, evitando a insuflação do trato gastrointestinal.

Questão 56

O objetivo da laringoscopia direta para a intubação orotraqueal é o alinhamento dos eixos oral, faríngeo e laríngeo, permitindo que o médico visualize a abertura da via aérea de forma direta. O sucesso do procedimento depende da identificação correta dos marcos anatômicos.

Alternativa a) Língua: Esta estrutura é visualizada obrigatoriamente durante o início

do procedimento. A técnica correta envolve a introdução da lâmina do laringoscópio pelo lado direito da boca, varrendo a língua para a esquerda para abrir espaço visual e permitir o avanço do instrumento até a região da epiglote.

Alternativa b) Epiglote: É o principal ponto de referência para o anestesologista ou emergencista. Na laringoscopia com lâmina curva (Macintosh), a ponta da lâmina é inserida na valécula para elevar a epiglote indiretamente. Na lâmina reta (Miller), a epiglote é elevada diretamente pela lâmina. Em ambos os casos, ela está presente no campo de visão ideal.

Alternativa c) Cordas vocais: São as estruturas que o médico busca visualizar para garantir a passagem segura da cânula traqueal. Elas aparecem como duas bandas esbranquiçadas e brilhantes que delimitam a entrada da traqueia. A confirmação visual da passagem do tubo entre as cordas vocais é o padrão-ouro para confirmar o posicionamento correto.

Alternativa d) Glote: A glote é o espaço compreendido entre as cordas vocais. Em uma laringoscopia de boa qualidade (classificada como Grau 1 na escala de Cormack-Lehane), a glote é vista em sua totalidade, permitindo a introdução precisa da cânula.

Alternativa e) Esôfago se houver intubação incorreta: Esta é a alternativa correta (o exceto) porque o esôfago situa-se posteriormente à laringe. Na posição ideal de laringoscopia, o foco de visão está direcionado para a parte anterior do pescoço, onde se encontra a glote. Se o esôfago estiver visível no centro do campo de visão, a lâmina do laringoscópio provavelmente foi introduzida de forma excessivamente profunda ou o ângulo de visão está incorreto, fugindo da definição de posição ideal para intubação traqueal. A visualização do esôfago sugere uma falha no posicionamento ou na identificação das estruturas da via aérea.

Questão 57

O aumento da frequência cardíaca é o principal indicador de que a ventilação com pressão positiva (VPP) está sendo realizada de forma eficaz durante a reanimação neonatal. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Programa de Reanimação Neonatal, a frequência cardíaca é o parâmetro isolado mais importante para avaliar a resposta do recém-nascido a qualquer intervenção.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativas (a) e (b) Incorretas: O índice de Apgar é uma ferramenta utilizada para avaliar o estado clínico global do recém-nascido e sua adaptação à vida extrauterina

no primeiro e no quinto minutos. No entanto, ele não deve ser utilizado para guiar as condutas de reanimação nem para avaliar a resposta imediata à ventilação. As decisões na sala de parto são tomadas com base na frequência cardíaca e no esforço respiratório no momento exato da avaliação.

Alternativa (c) Correta: A bradicardia no período neonatal é quase sempre consequência de hipóxia e insuficiência respiratória. Portanto, quando a ventilação é estabelecida com sucesso, promovendo a troca gasosa e a expansão pulmonar, o coração responde rapidamente com o aumento da frequência cardíaca. Se a frequência cardíaca sobe, entende-se que a VPP está sendo bem-sucedida.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o objetivo final seja a retomada da respiração espontânea, esse sinal pode demorar a aparecer, mesmo que a ventilação esteja sendo efetiva. A melhora da frequência cardíaca precede a estabilização do drive respiratório e é um indicador muito mais precoce e sensível.

Alternativa (e) Incorreta: A cor da pele é um parâmetro subjetivo e pouco confiável. Muitos recém-nascidos levam vários minutos para atingir níveis de saturação de oxigênio acima de 90% (o que resolve a cianose central), mesmo estando saudáveis. Por isso, a avaliação da cor foi substituída pela oximetria de pulso e não serve como indicador primário de eficácia da ventilação.

Questão 58

O quadro clínico descrito — febre, anorexia, lesões ulcerativas na mucosa oral (estomatite) e vesículas localizadas especificamente nas mãos e nos pés — é a apresentação patognomônica da doença mão-pé-boca. Esta patologia é uma enterovirose comum na infância, especialmente em crianças menores de 5 anos.

Alternativa a) Incorreta. O herpesvírus tipo 1 é o principal causador da gengivostomatite herpética primária. Embora cause febre e lesões orais dolorosas que levam à anorexia, ele não apresenta o exantema vesicular característico nas extremidades (mãos e pés).

Alternativa b) Incorreta. O herpes tipo 2 está tipicamente relacionado a infecções genitais e é uma causa rara de estomatite ou exantemas em crianças nessa faixa etária, não correspondendo à descrição da síndrome mão-pé-boca.

Alternativa c) Incorreta. O vírus da varicela-zóster causa a varicela (catapora). O exantema da varicela é generalizado, centrípeto e caracteriza-se pelo polimorfismo regional (presença de pápulas, vesículas e crostas ao mesmo tempo), além de ser intensamente pruriginoso, o que difere da distribuição localizada descrita no caso.

Alternativa d) Correta. O coxsackievírus, pertencente à família dos enterovírus (sendo o Coxsackie A16 o sorotipo mais frequente), é o principal agente etiológico da doença mão-pé-boca. A tríade de estomatite ulcerosa, vesículas em mãos e vesículas em pés é o marco diagnóstico desta infecção, que tem caráter autolimitado e tratamento de suporte.

Alternativa e) Incorreta. O parvovírus B19 é o agente causador do eritema infeccioso (quinta doença). Manifesta-se classicamente pelo sinal da "face esbofetada" (eritema malar) seguido por um exantema rendilhado no tronco e membros. Não costuma cursar com vesículas ou estomatite.

Questão 59

O quadro clínico descrito é clássico do exantema súbito, também conhecido como roséola infantum, causado principalmente pelo herpesvírus humano tipo 6 (HHV-6).

Análise do caso clínico:

O ponto-chave para o diagnóstico é a cronologia dos sintomas. A criança apresentou febre alta (39 graus) por vários dias e, assim que a febre desapareceu (defervescência), surgiu o exantema. Além disso, o fato de a criança estar em bom estado geral apesar da febre alta anterior e o exantema iniciar-se pelo tronco são características típicas desta patologia, que acomete predominantemente lactentes (6 a 18 meses).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. No sarampo, o exantema surge no pico da febre, e não após o seu desaparecimento. O quadro clínico costuma ser mais grave, com tosse intensa, coriza importante, conjuntivite com fotofobia e manchas de Koplik na mucosa oral. O exantema do sarampo tem progressão cefalocaudal.

b) Correta. O exantema súbito caracteriza-se por febre alta que dura de 3 a 5 dias e desaparece subitamente, seguida pelo surgimento de um exantema maculopapular róseo que começa no tronco e pescoço, podendo se espalhar para os membros e face. A criança geralmente mantém um bom estado geral.

c) Incorreta. A rubéola costuma apresentar febre baixa ou ausente, acompanhada de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical posterior. O exantema é cefalocaudal e surge simultaneamente aos sintomas gerais, não após a febre sumir.

d) Incorreta. O eritema infeccioso (causado pelo parvovírus B19) geralmente não

apresenta uma fase de febre alta prodrômica. Sua característica marcante é a face esbofetada, seguida por um exantema rendilhado nos membros e tronco que pode recidivar com calor ou exercícios.

e) Incorreta. A escarlatina é causada pela toxina do *Streptococcus pyogenes*. O quadro inclui faringite exsudativa, febre alta e o exantema tem aspecto de lixa (micropapular), surgindo em áreas de dobra (sinal de Pastia) e poupando a região perioral (sinal de Filatov), acompanhado de língua em morango. O exantema não aparece apenas após a febre cessar.

Questão 60

A análise desta questão exige conhecimento sobre a etiologia das pneumonias na infância e suas principais complicações. Estamos diante de um lactente de seis meses com pneumonia bacteriana que evoluiu com derrame pleural, a complicação extra-alveolar mais comum dessa patologia.

O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é o agente etiológico mais comum das pneumonias bacterianas em crianças após o período neonatal, independentemente da presença ou não de complicações como o derrame pleural. Embora o paciente não tenha apresentado melhora clínica após 48 horas de amoxicilina, o que sugere uma complicação ou resistência bacteriana, o pneumococo continua sendo a causa estatisticamente mais provável, sendo responsável por cerca de 40% a 90% dos casos de derrames parapneumônicos.

Alternativa A: Incorreta. O *Staphylococcus aureus* é um agente importante em pneumonias graves, frequentemente associado a quadros de rápida progressão, toxemia grave, abscessos pulmonares e pneumatoceles. Embora seja uma causa importante de derrame pleural e empiema, sua incidência é menor que a do pneumococo na faixa etária e no cenário clínico descrito.

Alternativa B: Incorreta. A *Chlamydia pneumoniae* é um agente causador de pneumonia atípica, mais frequente em crianças em idade escolar e adolescentes. Costuma cursar com quadro clínico mais arrastado e raramente evolui com derrame pleural significativo ou consolidação lobar clássica.

Alternativa C: Incorreta. O *Mycoplasma pneumoniae* também é um agente atípico, sendo a principal causa de pneumonia em crianças maiores de 5 anos e adolescentes. O início costuma ser insidioso, com tosse persistente e manifestações extrapulmonares, sendo o derrame pleural uma complicação rara para este patógeno.

Alternativa D: Correta. Conforme fundamentado, o *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente das pneumonias típicas em lactentes e crianças, além de ser o microrganismo mais frequentemente isolado em casos de pneumonia complicada com derrame pleural. A falha terapêutica inicial com amoxicilina oral pode ocorrer devido à resistência penicilínica ou, mais comumente, pela própria formação do derrame pleural, que exige abordagem hospitalar e, por vezes, drenagem.

Alternativa E: Incorreta. O *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) já foi um grande protagonista das pneumonias e complicações pleurais na infância. No entanto, após a introdução da vacina conjugada no calendário vacinal oficial (atualmente na forma da vacina pentavalente), a incidência de infecções invasivas por esse agente reduziu-se drasticamente, tornando-o uma causa improvável nos dias de hoje.

Questão 61

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O racismo institucional é um conceito fundamental na Saúde Coletiva e nos estudos sobre Determinantes Sociais da Saúde. Ele se diferencia do racismo interpessoal por não depender necessariamente de uma intenção individual ou de um insulto direto, mas sim do funcionamento das instituições.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a sub-representação de profissionais negros na medicina seja um reflexo do racismo estrutural na sociedade e na educação, o conceito de racismo institucional foca na forma como a instituição de saúde opera e entrega (ou falha em entregar) o cuidado à população. A falta de médicos negros é uma faceta da desigualdade, mas não define a manifestação sistêmica do racismo no processo assistencial.

Alternativa B: Incorreta. O uso de termos pejorativos caracteriza o racismo interpessoal ou injúria racial. O racismo institucional é mais sutil e perigoso porque está entranhado nas normas e no "modo de fazer" da instituição, ocorrendo muitas vezes sem que haja um conflito verbal direto entre profissional e paciente.

Alternativa C: Incorreta. A exigência do preenchimento do quesito raça/cor nas fichas de notificação e prontuários (conforme a Portaria GM/MS nº 344/2017) é, na verdade, uma estratégia para combater o racismo. Somente por meio da produção de dados epidemiológicos é que se torna possível identificar as desigualdades em saúde e planejar políticas públicas de equidade.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa traz a definição clássica de racismo institucional. Ele se manifesta por meio de normas, práticas, critérios de triagem, priorização de atendimentos ou procedimentos institucionais que, mesmo parecendo neutros, acabam gerando uma desvantagem sistemática para a população negra. Isso se reflete, por exemplo, em menores tempos de consulta, menor oferta de anestesia em procedimentos ou diagnósticos mais tardios para esse grupo.

Alternativa E: Incorreta. A ausência de cotas na Residência Médica é uma discussão sobre ações afirmativas e reparação histórica no campo da formação profissional e do trabalho. Embora relacionada ao racismo estrutural, não é a definição ou a manifestação principal do racismo institucional no que tange ao processo saúde-doença e à assistência direta ao paciente mencionada no enunciado.

Gabarito: Letra (d).

Questão 62

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO:

A questão aborda as regras de funcionamento e integração da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentadas no Artigo 199 da Constituição Federal de 1988 e nos Artigos 24 a 26 da Lei 8.080/90. O conceito-chave aqui é a "participação complementar".

Alternativa A: INCORRETA. Não existe na legislação uma preferência por nível de complexidade (média ou alta) para a iniciativa privada. A preferência estabelecida em lei não é sobre o tipo de serviço, mas sim sobre a natureza da entidade prestadora (filantrópica ou sem fins lucrativos).

Alternativa B: CORRETA. Conforme o Artigo 24 da Lei 8.080/90, quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a assistência à saúde de uma população, o sistema poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Essa participação deve ser formalizada obrigatoriamente por meio de contrato de direito público ou convênio, seguindo as normas e princípios do SUS.

Alternativa C: INCORRETA. A prioridade na prestação de serviços de saúde é do Estado, por meio de sua rede própria. A iniciativa privada atua no SUS apenas de forma complementar e não supletiva. O termo "supletivo" indicaria que o Estado só agiria se a iniciativa privada falhasse, o que é o oposto da diretriz constitucional.

Alternativa D: INCORRETA. De acordo com o parágrafo 1º do Artigo 199 da Constituição e o Artigo 25 da Lei 8.080/90, as entidades filantrópicas e as sem fins

lucrativos têm, expressamente, preferência para participar do SUS de forma complementar. Portanto, o critério de preferência é uma exigência legal, e não algo dispensável.

Alternativa E: INCORRETA. A Constituição Federal, no Artigo 199, parágrafo 2º, veda a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções (ajuda financeira direta) a instituições privadas com fins lucrativos. No entanto, isso não impede o pagamento por serviços efetivamente prestados mediante contrato. O Estado pode e deve remunerar a empresa privada pelos procedimentos realizados em caráter complementar, desde que respeitados os valores da Tabela SUS.

Questão 63

CONTEÚDO E CONTEXTO

A questão aborda a Lei 8.142/90, que é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) ao tratar da participação da comunidade e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. O conceito fundamental para responder a essa questão é o Princípio da Paridade.

De acordo com o Artigo 1º, parágrafo 4º da Lei 8.142/90, a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Isso significa que os usuários (pacientes/comunidade) devem ocupar 50% das vagas, enquanto os outros 50% devem ser preenchidos pela soma dos profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. Embora cite corretamente os 50% de usuários, esta alternativa ignora a figura dos prestadores de serviços de saúde. Os prestadores possuem assento garantido e dividem espaço com os gestores governamentais.

Alternativa b: Incorreta. A distribuição de 30% e 20% não possui base na legislação. A lei exige que a soma de todos os não usuários seja exatamente igual aos 50% destinados aos usuários.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa reflete a composição detalhada na Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a Lei 8.142/90. A divisão fica assim:

- 50% Usuários do SUS.
- 25% Trabalhadores de Saúde (profissionais).

- 25% Representantes do Governo (Gestores) e Prestadores de Serviços de Saúde (filantrópicos ou privados conveniados).

Ao dividir o último grupo de forma equânime, temos 12,5% para gestores e 12,5% para prestadores, totalizando os 100% do colegiado e mantendo a paridade de 50% para usuários contra 50% dos demais.

Alternativa d: Incorreta. O erro principal está no percentual de 40% para usuários. Pela lei, a representação da comunidade nunca pode ser inferior a 50% do total de membros.

Alternativa e: Incorreta. Não existe a regra de "proporção mínima de 25% para os trabalhadores" de forma variável. A estrutura é rígida: os trabalhadores devem compor exatamente 25% do total do conselho/conferência.

DICA DE PROVA

Para memorizar a composição dos Conselhos de Saúde, utilize a regra 50-25-25:

50% Usuários (sempre metade).

25% Trabalhadores de Saúde.

25% Gestores e Prestadores de Serviços.

Questão 64

Para responder a essa questão, é necessário dominar os conceitos dos Atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), que são os pilares orientadores da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esses atributos são divididos em essenciais e derivados.

Alternativa a: Incorreta. O atributo de Primeiro Contato (ou Acesso) refere-se à APS ser a porta de entrada preferencial e acessível do sistema de saúde. Ele garante que o serviço seja o primeiro recurso procurado pelo indivíduo sempre que houver uma nova necessidade de saúde ou problema.

Alternativa b: Incorreta. A Integralidade significa que a equipe de saúde deve reconhecer todas as necessidades de saúde da população, oferecendo serviços que abrangem a promoção, prevenção, cura e reabilitação, além de considerar o paciente em sua totalidade biopsicossocial, e não apenas uma parte do corpo ou uma doença isolada.

Alternativa c: Incorreta. A Coordenação do Cuidado é a capacidade da equipe de APS de organizar e sincronizar as informações e o fluxo do paciente dentro da Rede de Atenção à Saúde. É o papel de "maestro", garantindo a continuidade do cuidado mesmo quando o paciente precisa ser referenciado para especialistas ou exames de

maior complexidade.

Alternativa d: Correta. A Longitudinalidade é o atributo que define o acompanhamento do indivíduo ao longo do tempo por uma mesma equipe ou profissional. Ela pressupõe a criação de um vínculo terapêutico e uma relação de confiança mútua entre o paciente e os profissionais, permitindo um conhecimento profundo do histórico de saúde e do contexto de vida da pessoa, independentemente da presença de doenças. É o foco no tempo e na relação duradoura.

Alternativa e: Incorreta. A Competência Cultural é considerada um atributo derivado (e não essencial). Refere-se à capacidade da equipe de compreender, respeitar e adaptar o cuidado às características culturais, sociais e linguísticas da comunidade em que atua, facilitando a adesão e a eficácia do tratamento.

Gabarito: Alternativa d.

Questão 65

A territorialização na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) vai muito além da simples divisão cartográfica de uma região. Ela é entendida como a compreensão do território vivo, onde as relações sociais, econômicas e culturais ocorrem e influenciam o processo saúde-doença.

Alternativa (a) Incorreta. O objetivo da territorialização não é concentrar o profissional apenas no atendimento clínico individual. Pelo contrário, ela busca ampliar o olhar para além do consultório, permitindo ações de vigilância em saúde, promoção e prevenção baseadas no contexto coletivo e nos determinantes sociais.

Alternativa (b) Incorreta. A gestão e o planejamento no SUS baseiam-se no princípio da equidade e não apenas na densidade populacional ou otimização de escala. Os recursos e as estratégias devem ser direcionados conforme as necessidades e vulnerabilidades de cada território, priorizando quem mais precisa.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa define com precisão o papel da territorialização. Territorializar significa apropriar-se das características específicas de uma área delimitada (perfil epidemiológico, condições de saneamento, riscos ambientais, dinâmica social) para que a equipe possa diagnosticar problemas e planejar ações de saúde que respondam às demandas reais daquela comunidade. É a base para o planejamento ascendente.

Alternativa (d) Incorreta. Embora a territorialização favoreça o vínculo e a adstrição de clientela a uma unidade de referência, o conceito não visa restringir o acesso ou

garantir exclusividade de forma punitiva. O foco é a organização do cuidado, a responsabilidade sanitária da equipe sobre aquela população e a garantia de continuidade da assistência.

Alternativa (e) Incorreta. Uma das principais características da ESF é justamente a atuação fora dos muros da Unidade Básica de Saúde. O trabalho de campo, as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde e da equipe multiprofissional são ferramentas essenciais da territorialização, e não algo a ser descartado.

Questão 66

O APGAR Familiar é um instrumento de rastreamento da funcionalidade familiar, desenvolvido por Gabriel Smilkstein em 1978. Ele avalia a satisfação dos membros da família em relação a cinco domínios básicos. Cada letra do acrônimo representa um desses critérios: Adaptation (Adaptação), Partnership (Companheirismo ou Participação), Growth (Crescimento), Affection (Afetividade) e Resolve (Capacidade Resolutiva ou Resolução).

Alternativa (a) - Incorreta (Gabarito): O termo "Adesão" não compõe os domínios da escala APGAR. O primeiro "A" do acrônimo refere-se à Adaptação. Além disso, a escala foca na percepção de satisfação individual com a dinâmica interna da família, e não no cumprimento de regras sociais externas pela família, como sugere a descrição da alternativa.

Alternativa (b) - Correta: A Adaptação avalia como a família utiliza seus recursos (tanto internos quanto externos, como apoio de amigos ou instituições) para lidar com situações de crise, estresse ou mudanças de ciclo de vida.

Alternativa (c) - Correta: O Companheirismo (ou Participação/Partnership) mede a satisfação do indivíduo com a forma como as decisões são compartilhadas e como as responsabilidades são divididas entre os membros da família.

Alternativa (d) - Correta: O Crescimento (Growth) avalia o suporte que a família oferece para que o indivíduo alcance sua autonomia e amadurecimento, tanto físico quanto emocional, permitindo que cada membro se desenvolva plenamente.

Alternativa (e) - Correta: A Afetividade (Affection) foca na satisfação do membro em relação às demonstrações de carinho e cuidado, bem como à resposta emocional do grupo familiar frente a sentimentos como raiva, tristeza ou alegria.

Vale ressaltar que o domínio não citado nas alternativas é o Resolve (Capacidade Resolutiva), que avalia a satisfação com o tempo e o compromisso que os membros

dedicam uns aos outros.

Questão 67

O Genograma e o Ecomapa são as ferramentas de abordagem familiar mais cobradas em provas de residência. Para responder corretamente a esta questão, é necessário distinguir as funções de cada instrumento utilizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Alternativa (a): Incorreta. A descrição refere-se ao Ecomapa. Enquanto o Genograma foca no ambiente interno e na genealogia da família, o Ecomapa é o instrumento que desenha as relações da família com o meio externo, como redes de apoio, serviços de saúde, lazer e trabalho.

Alternativa (b): Incorreta. Embora o Genograma ajude a visualizar quem compõe a família, o foco principal não é apenas o ciclo de vida (como nascimento, adolescência ou saída dos filhos de casa). O mapeamento do ciclo de vida é uma análise teórica complementar, e não a definição do objetivo clínico do Genograma.

Alternativa (c): Correta. Esta é a definição clássica do Genograma. Ele é uma representação gráfica da árvore genealógica, abrangendo obrigatoriamente três ou mais gerações. Sua finalidade é facilitar a visualização da estrutura familiar, a dinâmica das relações interpessoais (identificando vínculos estreitos, conflituosos ou rompidos) e o rastreamento de padrões de saúde e doenças que se repetem entre os membros.

Alternativa (d): Incorreta. A avaliação da capacidade de adaptação, participação, crescimento, afeição e resolução de problemas é feita por meio do APGAR Familiar. O APGAR é um questionário de satisfação familiar, um instrumento de triagem para disfunção familiar, diferente da representação gráfica do Genograma.

Alternativa (e): Incorreta. O cálculo de risco social e vulnerabilidade para fins de programas sociais ou priorização de visitas é realizado por escalas específicas de risco familiar, como a Escala de Coelho-Savassi. O Genograma é uma ferramenta clínica e assistencial, não um índice econômico.

Questão 68

A questão aborda a transição do modelo biomédico tradicional (centrado na doença) para o modelo biopsicossocial (centrado na pessoa), que é o alicerce da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Medicina de Família e Comunidade.

Alternativa (a) Incorreta: A afirmação inverte os conceitos. É a abordagem centrada na pessoa que amplia o olhar para além do indivíduo, considerando seu contexto social, familiar e comunitário. O modelo centrado na doença tende a ser reducionista, focando no órgão ou sistema afetado, muitas vezes desconsiderando o ambiente em que o paciente está inserido.

Alternativa (b) Incorreta: O tipo de intervenção (farmacológica ou cirúrgica) é definido pela necessidade clínica e evidência científica, e não pela filosofia de cuidado. A diferença real está no processo de decisão: no cuidado centrado na pessoa, a escolha terapêutica é pactuada entre médico e paciente, levando em conta os riscos e benefícios sob a ótica da vida daquela pessoa.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa define com precisão o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Enquanto o modelo centrado na doença foca na "disease" (o processo fisiopatológico), o centrado na pessoa foca na "illness" (a experiência subjetiva do adoecer). Isso envolve entender os sentimentos do paciente, suas ideias sobre o que está acontecendo, o impacto da doença em sua funcionalidade e suas expectativas com o tratamento. O plano é compartilhado, integrando a técnica médica com a realidade biopsicossocial do paciente.

Alternativa (d) Incorreta: O cuidado centrado na pessoa é, de fato, um princípio fundamental da APS, mas não é exclusivo dela. Ele deve ser buscado em todos os níveis de atenção (secundário e terciário) para humanizar a assistência. Da mesma forma, a abordagem centrada na doença ainda é muito presente na APS, embora o objetivo seja superá-la.

Alternativa (e) Incorreta: O cuidado centrado na pessoa é uma diretriz para todos os profissionais de saúde e exige uma postura transdisciplinar. Não é responsabilidade exclusiva de uma categoria profissional. No caso do médico, o uso de ferramentas como o Método Clínico Centrado na Pessoa é uma competência técnica essencial para o exercício da medicina de excelência na atualidade.

Questão 69

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar os conceitos básicos de bioestatística e epidemiologia descritiva, especificamente as medidas de frequência de doenças.

O enunciado descreve a identificação do número total de casos existentes de uma patologia (diabetes mellitus tipo 2) em um ponto específico no tempo (ano de 2024) dentro de uma população definida (10.000 habitantes). Quando olhamos para o estoque de doentes em um determinado momento, estamos tratando de prevalência.

Alternativa (a) Incorreta. O Risco Relativo é uma medida de associação, e não de frequência. Ele é utilizado em estudos longitudinais (como coortes e ensaios clínicos) para comparar a probabilidade de um evento ocorrer em um grupo exposto a um fator de risco em relação a um grupo não exposto.

Alternativa (b) Incorreta. A Razão de Chances (Odds Ratio) também é uma medida de associação, muito utilizada em estudos de caso-controle. Ela estabelece a razão entre a chance de um indivíduo doente ter sido exposto a um fator e a chance de um indivíduo sadio ter sido exposto a esse mesmo fator.

Alternativa (c) Correta. A Prevalência é a medida epidemiológica que indica a proporção de pessoas que apresentam uma doença em um momento ou período específico. Ela funciona como uma fotografia ou um estoque da situação de saúde. No caso apresentado, o cálculo seria: 800 casos existentes divididos por 10.000 habitantes, resultando em uma prevalência de 8% naquela população em 2024.

Alternativa (d) Incorreta. A Incidência mede o número de casos novos que surgem em uma população anteriormente sadia (em risco) ao longo de um intervalo de tempo. Enquanto a prevalência foca nos casos já existentes, a incidência foca na velocidade de surgimento de novos diagnósticos. O enunciado é explícito ao citar "casos já existentes".

Alternativa (e) Incorreta. A Taxa de Mortalidade mede a frequência de óbitos em uma população específica durante um período de tempo. O estudo em questão busca determinar o número de pessoas vivendo com a doença (morbidade), e não o número de mortes causadas por ela.

Questão 70

Análise do enunciado:

O estudo descrito parte da seleção de dois grupos distintos baseados no desfecho clínico: 300 pacientes que já possuem a Doença Renal Crônica (denominados casos) e 300 indivíduos saudáveis (denominados controles). A partir dessa divisão, o pesquisador analisa o passado desses indivíduos (retrospectivamente) para verificar a presença ou ausência da exposição (uso de adoçantes). Esse desenho de pesquisa, que caminha do efeito para a causa, define o estudo de caso-controle.

Alternativa a: Incorreta. O Ensaio Clínico Randomizado é um estudo experimental e prospectivo. Nele, o pesquisador intervém ativamente, sorteando quais participantes receberão uma intervenção ou placebo para observar os resultados futuramente. No caso relatado, o estudo é apenas observacional e parte de doentes já diagnosticados.

Alternativa b: Incorreta. O Estudo Ecológico não utiliza dados individuais, mas sim dados agregados de populações ou regiões (por exemplo, comparar o consumo per capita de adoçante em um país com a incidência de doença renal naquele mesmo país). A questão descreve a análise individual de 600 pessoas.

Alternativa c: Incorreta. No Estudo de Coorte, o pesquisador começa selecionando grupos baseados na exposição (exemplo: um grupo que usa adoçante e outro que não usa) e os acompanha ao longo do tempo para ver quem desenvolverá a doença no futuro. É um estudo que caminha da causa para o efeito (prospectivo), ao contrário do enunciado.

Alternativa d: Correta. O Estudo de Caso-Controle é o delineamento clássico para investigar fatores de risco em doenças que levam muito tempo para se desenvolver. Ele é obrigatoriamente retrospectivo, partindo de pessoas que já estão doentes (casos) e comparando-as com pessoas saudáveis (controles) para investigar o que aconteceu no passado de ambos os grupos.

Alternativa e: Incorreta. O Estudo Transversal realiza uma coleta de dados em um único ponto no tempo, como uma fotografia instantânea. Nele, avalia-se a exposição e o desfecho simultaneamente, o que impede a definição de uma relação de temporalidade (não se sabe o que veio antes, se a exposição ou a doença), diferentemente da análise retrospectiva citada.

Questão 71

Para compreender esta questão, devemos analisar dois conceitos fundamentais da epidemiologia: a medida de associação (Risco Relativo) e a significância estatística (Intervalo de Confiança).

O Risco Relativo (RR) é a medida de associação típica dos estudos de coorte. Ele compara a incidência do desfecho (IAM) entre o grupo exposto (tabagistas) e o grupo não exposto (não tabagistas). No caso, o valor de 3,4 (ou arredondado para 3,5 nas alternativas) indica que o risco é maior no grupo exposto. Como o valor é superior a 1, o tabagismo é considerado um fator de risco.

O Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) indica se o resultado tem significância estatística. Para que um RR seja estatisticamente significativo, o intervalo não pode conter o valor 1,0 (que representa a ausência de associação). Como o intervalo citado vai de 2,1 a 5,9, ele está inteiramente acima de 1, confirmando que a associação é real e não fruto do acaso.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Um RR maior que 1 indica que o fator aumenta o risco (fator de risco), e não que protege. Para ser um fator de proteção, o RR deveria ser menor que 1 (ex.: 0,6).

Alternativa b) Incorreta. O termo "chance" é tecnicamente reservado para a Odds Ratio (Razão de Chances), medida utilizada principalmente em estudos de caso-controle. Em estudos de coorte, falamos em "risco" ou "probabilidade".

Alternativa c) Incorreta. O risco "atribuível" refere-se ao Risco Atribuível ou à Diferença de Riscos, que é uma medida de impacto calculada pela subtração das incidências, e não pela divisão (razão) como o RR.

Alternativa d) Incorreta. "Razão de chances" é a tradução de Odds Ratio. Como o estudo é uma coorte prospectiva, a medida correta de incidência e associação é o Risco Relativo.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa define corretamente o Risco Relativo como a magnitude do risco no grupo exposto em comparação ao não exposto (3,5 vezes maior) e identifica corretamente que a associação é estatisticamente significativa, pois o IC 95% (2,1 - 5,9) não inclui o valor 1. Observação: Embora o enunciado cite 3,4 e a alternativa 3,5, em provas de residência essa pequena variação decimal é comum e não anula a correção do conceito epidemiológico aplicado.

Questão 72

O Coeficiente (ou Taxa) de Mortalidade Infantil (CMI) é um indicador fundamental em saúde pública, pois reflete as condições de vida, a assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, além do nível de desenvolvimento socioeconômico de uma região. Para o cálculo de coeficientes de mortalidade em pediatria, utilizamos como denominador o número de nascidos vivos, que representa a população real sob risco de morte naquela faixa etária.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A descrição refere-se a uma tentativa de calcular a Mortalidade na Infância (menores de 5 anos). No entanto, mesmo para menores de 5 anos, o denominador correto deve ser o número de nascidos vivos, e não a população total.

b) Incorreta. O numerador (óbitos em menores de 1 ano) está correto, mas o denominador "população de crianças de 0 a 1 ano" é tecnicamente impreciso para o cálculo epidemiológico do CMI. O padrão-ouro e a convenção internacional utilizam o número de nascidos vivos no mesmo período e local, pois é um dado mais exato obtido por meio das declarações de nascimento.

c) Incorreta. O denominador "população total" é utilizado para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Geral. Usá-lo para mortalidade infantil diluiria o dado e não expressaria o risco real de óbito para aquela faixa etária específica.

d) Correta. Esta alternativa apresenta a fórmula clássica do CMI: (Número de óbitos em menores de 1 ano / Número de nascidos vivos) x 1.000. O fator multiplicador 1.000 é o padrão para que o resultado seja expresso em "óbitos por mil nascidos vivos", facilitando a comparação entre diferentes regiões e países.

e) Incorreta. A relação entre óbitos fetais e nascidos vivos define o Coeficiente de Mortalidade Fetal. A mortalidade infantil foca exclusivamente nos óbitos ocorridos após o nascimento (nascidos vivos que falecem antes de completar um ano).

Gabarito: Letra (d).

Questão 73

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é um importante indicador de saúde pública e desenvolvimento socioeconômico de uma região. Para uma análise mais precisa, ele é dividido em dois componentes principais, cada um refletindo diferentes determinantes de saúde:

1. Mortalidade Neonatal (do nascimento até o 27º dia de vida): Está fortemente ligada a fatores biológicos e à qualidade da assistência à saúde oferecida à gestante e ao bebê.
2. Mortalidade Pós-neonatal (do 28º dia até completar 1 ano): Está mais relacionada a fatores ambientais, socioeconômicos e nutricionais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Condições sanitárias deficientes e má qualidade da água são fatores exógenos (ambientais) que impactam predominantemente a Mortalidade Pós-neonatal, sendo causas frequentes de doenças diarreicas e infecções após o primeiro mês de vida.

b) Correta. A Mortalidade Neonatal reflete diretamente a saúde da mãe durante a gestação e a eficácia das intervenções médicas. Falhas no acompanhamento pré-natal, complicações não assistidas durante o parto e falta de suporte tecnológico ou clínico ao recém-nascido (especialmente aos prematuros e de baixo peso) são os principais determinantes deste componente. Atualmente, no Brasil, a mortalidade neonatal representa a maior parcela da mortalidade infantil, sendo a mais difícil de reduzir, pois exige investimentos em serviços de saúde especializados.

c) Incorreta. Embora as doenças infecciosas e a desnutrição possam ocorrer em qualquer momento, elas são as causas clássicas da Mortalidade Pós-neonatal. Com a melhoria do saneamento e das campanhas de vacinação, esse componente apresentou queda acentuada nas últimas décadas.

d) Incorreta. A segunda infância refere-se ao período dos 6 aos 10 anos de idade. A questão aborda o Coeficiente de Mortalidade Infantil, que é restrito a crianças menores de 1 ano. Além disso, violência e acidentes são causas externas que ganham relevância em faixas etárias maiores.

e) Incorreta. Os fatores socioeconômicos influenciam indiretamente todos os indicadores de saúde, mas não são os únicos. A mortalidade neonatal possui um forte componente biológico e assistencial que pode ocorrer mesmo em famílias com boas condições financeiras, caso a assistência hospitalar seja falha. O termo "apenas" torna a alternativa conceitualmente errada.

Questão 74

Para compreender essa questão, é necessário revisar os conceitos fundamentais de validade de testes diagnósticos: sensibilidade, especificidade, valores preditivos e acurácia.

Alternativa a: Incorreta. Esta alternativa descreve o Valor Preditivo Positivo (VPP). O VPP relaciona o resultado do teste com a probabilidade da doença, ou seja, foca no grupo que já recebeu o resultado positivo. Ele é fortemente influenciado pela prevalência da doença na população.

Alternativa b: Incorreta. Esta é a definição de Valor Preditivo Negativo (VPN). O VPN indica a probabilidade de um indivíduo ser realmente saudável, dado que seu teste foi negativo. Assim como o VPP, também depende da prevalência da doença.

Alternativa c: Correta. A sensibilidade é a capacidade de um teste identificar os verdadeiros positivos. Ela responde à seguinte pergunta: "Se o paciente tem a doença, qual a probabilidade de o teste ser positivo?". Testes com alta sensibilidade são ideais para triagem (screening), pois apresentam poucos resultados falsos negativos, minimizando o risco de deixar um doente sem diagnóstico.

Alternativa d: Incorreta. Esta definição refere-se à especificidade. A especificidade é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos que não possuem a doença (verdadeiros negativos). Um teste altamente específico é útil para confirmar um diagnóstico, pois gera poucos resultados falsos positivos.

Alternativa e: Incorreta. Esta é a definição de acurácia. A acurácia mede a proporção total de resultados corretos (verdadeiros positivos somados aos verdadeiros negativos) em relação ao total de testes realizados, representando a performance global do método diagnóstico.

Questão 75

Análise da Questão:

A questão descreve um cenário epidemiológico onde temos dois grupos com incidências diferentes de pneumonia. O grupo exposto ao fator de risco (falta de vacina) apresenta incidência de 10%, enquanto o grupo não exposto (vacinado) apresenta incidência de 2%. O enunciado pede especificamente a medida que representa o risco adicional (o excesso de risco) que pode ser atribuído à falta da vacina.

Alternativa a: Incorreta. O Risco Relativo (RR) é uma medida de razão obtida pela divisão da incidência entre expostos pela incidência entre não expostos ($10\% / 2\% =$

5). Ele indica quantas vezes o risco é maior em um grupo em comparação ao outro, mas não expressa o risco adicional em valores absolutos.

Alternativa b: Incorreta. A Razão de Chances (Odds Ratio) é uma medida de associação que compara a chance de um evento ocorrer em um grupo com a chance de ocorrer em outro. É utilizada principalmente em estudos de caso-controle, onde não é possível calcular a incidência diretamente.

Alternativa c: Correta. A Diferença de Risco (DR), também conhecida como Risco Atribuível (RA), é calculada pela subtração das incidências: Incidência nos expostos menos Incidência nos não expostos ($10\% - 2\% = 8\%$). Esse valor representa exatamente o risco adicional de adoecer que é atribuído exclusivamente ao fator de exposição (neste caso, a falta da vacina). Se eliminarmos a exposição, esse é o risco que deixaria de existir.

Alternativa d: Incorreta. A Prevalência é uma medida de frequência que indica a proporção de indivíduos que apresentam a doença em um determinado momento. Ela não mede a ocorrência de novos casos (incidência) nem serve como medida de associação para risco adicional.

Alternativa e: Incorreta. O Número Necessário para Tratar (NNT) é uma medida de benefício clínico, calculada como o inverso da Redução do Risco Absoluto ($1/RA$). Ele indica quantas pessoas precisam ser tratadas ou vacinadas para prevenir um caso da doença, não sendo o termo que define o risco adicional da exposição.

Questão 76

DEFINIÇÃO E CONCEITO

A Vigilância em Saúde é classicamente definida como a coleta, a consolidação, a análise de dados e a disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde. No entanto, o conceito fundamental que todo candidato deve carregar para a prova é o de "Informação para a Ação". Isso significa que a vigilância não termina na produção de estatísticas; ela só cumpre seu papel quando subsidia intervenções concretas para reduzir riscos e doenças na população.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: A publicação de relatórios e anuários é apenas uma das etapas do processo de vigilância (a etapa de disseminação). É um meio de dar transparência e utilidade aos dados, mas não é o objetivo final do sistema.

Alternativa (b) Incorreta: Alimentar os sistemas de informação (como SINAN, SIM ou SINASC) é uma atividade técnica e operacional. Os sistemas são ferramentas para que o objetivo final seja atingido, e não o propósito em si.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa define com precisão o objetivo final da Vigilância em Saúde. A finalidade maior é transformar o dado analisado em recomendação e adoção de medidas práticas. Seja no controle de um surto, na criação de uma campanha de vacinação ou em ações de saneamento, a vigilância serve para orientar a intervenção em saúde pública, prevenindo riscos e controlando agravos.

Alternativa (d) Incorreta: A fiscalização de normas sanitárias é uma atribuição específica da Vigilância Sanitária (VISA), que é apenas um dos componentes da Vigilância em Saúde. Além disso, o foco exclusivo na fiscalização ignora o caráter educativo e preventivo, e o termo "exclusivamente" torna a alternativa conceitualmente limitada.

Alternativa (e) Incorreta: O treinamento de profissionais é uma ação de educação permanente e suporte logístico. É essencial para garantir a qualidade dos dados inseridos no sistema, mas é uma atividade de meio, e não o objetivo final da estrutura de vigilância.

Questão 77

O tema abordado refere-se à Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, regida atualmente pela Portaria de Consolidação nº 4/2017 e suas atualizações, como a Portaria GM/MS nº 217/2023. As notificações são divididas entre periodicidade semanal (até 7 dias) e imediata (até 24 horas para as autoridades de saúde).

Alternativa a: Incorreta. A Tuberculose, em qualquer uma de suas formas, é um agravo de notificação compulsória semanal para os níveis municipal, estadual e federal. Por ser uma doença de evolução crônica, o sistema de vigilância foca no acompanhamento do tratamento e da cura, não exigindo resposta em 24 horas.

Alternativa b: Correta. A violência autoprovoçada, que abrange as tentativas de suicídio e atos de automutilação, é classificada como de notificação compulsória imediata (em até 24 horas) para a autoridade de saúde municipal. Essa agilidade é fundamental para que a rede de atenção psicossocial possa intervir rapidamente, oferecendo o suporte necessário e prevenindo a consumação do suicídio.

Alternativa c: Incorreta. A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa de curso

crônico e progressão lenta. Assim como a tuberculose, sua notificação é obrigatória, porém de periodicidade semanal para todas as esferas de gestão.

Alternativa d: Incorreta. De acordo com a lista nacional vigente, o Acidente de Trabalho Grave é de notificação compulsória semanal. É importante destacar que o Acidente de Trabalho Fatal (que resulta em óbito) é o que possui caráter de notificação imediata. Acidentes graves, que envolvem mutilações ou danos físicos severos sem óbito imediato, seguem o fluxo semanal.

Alternativa e: Incorreta. A Sífilis, seja em sua forma adquirida, congênita ou em gestantes, é uma condição de notificação compulsória semanal. Embora seja um grave problema de saúde pública, o controle epidemiológico é realizado por meio do monitoramento semanal dos casos notificados.

Resumo: O candidato deve memorizar que a maioria das doenças crônicas e infecciosas comuns (Sífilis, TB, Hanseníase) é de periodicidade semanal, enquanto eventos de potencial epidêmico imediato ou de urgência social e psíquica, como a tentativa de suicídio (violência autoprovocada) e acidentes de trabalho fatais, exigem notificação em 24 horas.

Questão 78

O modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead é representado graficamente como um arco-íris, organizado em camadas que vão do micro (individual) ao macro (socioestrutural). Para responder a essa questão, é preciso identificar quais fatores compõem as camadas situadas entre as características individuais e o contexto macroeconômico.

Alternativa a) Incorreta. Estas condições estão localizadas na camada mais externa do modelo de Dahlgren e Whitehead. São chamadas de determinantes distais ou macroestruturais, pois representam o contexto geral em que a sociedade se organiza, influenciando todas as outras camadas de forma indireta.

Alternativa b) Incorreta. Estes fatores ocupam o centro do modelo. São os determinantes individuais e biológicos, geralmente considerados não modificáveis (como a carga genética e a idade). Eles não são classificados como intermediários, mas sim como a base individual sobre a qual os determinantes sociais atuam.

Alternativa c) Correta. Os determinantes intermediários situam-se entre os fatores individuais e as macroestruturas. No modelo de Dahlgren e Whitehead, isso engloba o estilo de vida individual (comportamentos), as redes sociais e comunitárias (apoio social) e as condições de vida e trabalho (que incluem habitação, acesso a serviços

de saúde, saneamento, educação e ambiente de trabalho). Essa camada demonstra como o ambiente social e as escolhas de vida impactam diretamente a saúde das pessoas.

Alternativa d) Incorreta. Assim como na alternativa A, as políticas macroeconômicas e de distribuição de renda são determinantes estruturais ou distais. Elas moldam as desigualdades sociais que, por sua vez, vão determinar as condições intermediárias de vida e trabalho.

Alternativa e) Incorreta. Esta alternativa é excessivamente restritiva. Embora fatores ambientais locais (como saneamento ou poluição no trabalho) façam parte das condições de vida e trabalho, os determinantes intermediários são muito mais amplos, incluindo redes sociais, estilos de vida e diversos outros fatores socioeconômicos específicos.

Resumo: O gabarito é a letra C porque ela agrupa corretamente as camadas intermediárias do modelo (estilos de vida, redes sociais e condições de trabalho/vida), que fazem a ponte entre a biologia individual e a estrutura macroeconômica da sociedade.

Questão 79

Análise do enunciado:

A questão descreve a integração entre especialistas e generalistas no contexto da Reforma Psiquiátrica e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O foco central é a construção compartilhada de propostas terapêuticas, nas quais o especialista oferece retaguarda para que a equipe da Atenção Primária aumente sua capacidade resolutiva no próprio território.

Alternativa (c) - CORRETA: O Suporte Matricial, popularmente conhecido como Matriciamento, é o arranjo organizacional que permite a integração entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Ele possui duas dimensões fundamentais citadas no enunciado: a técnico-assistencial (atendimento conjunto, discussões de caso) e a pedagógica (educação permanente e troca de saberes entre os profissionais). O objetivo central é a corresponsabilização, evitando que o paciente seja apenas "transferido" para o especialista e mantendo o vínculo do usuário com sua unidade de saúde local.

Alternativa (a) - INCORRETA: O sistema de Referência e Contrarreferência é o mecanismo tradicional de encaminhamento de pacientes entre diferentes níveis de densidade tecnológica. Nele, o fluxo é predominantemente burocrático (o médico da ponta encaminha e aguarda o retorno de um laudo ou relatório). Ele não contempla,

necessariamente, a troca pedagógica, o apoio matricial ou a supervisão direta descrita no texto.

Alternativa (b) - INCORRETA: O Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) utilizado para organizar a demanda e priorizar atendimentos com base na vulnerabilidade e gravidade clínica, em vez da ordem de chegada. É uma ferramenta de gestão do fluxo interno de uma unidade, e não uma estratégia de suporte entre equipes de diferentes níveis de atenção.

Alternativa (d) - INCORRETA: A Coordenação do Cuidado é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Refere-se à responsabilidade da equipe de APS de acompanhar o paciente em qualquer ponto da rede de saúde em que ele se encontre. Embora o matriciamento facilite a coordenação, o enunciado solicita o nome do mecanismo específico de apoio e supervisão técnica, que é o suporte matricial.

Alternativa (e) - INCORRETA: A Internação Domiciliar é uma modalidade assistencial destinada a pacientes que possuem estabilidade clínica, mas que necessitam de cuidados de saúde intensivos que podem ser realizados em casa, visando evitar a internação hospitalar prolongada. Não possui relação com o apoio pedagógico ou técnico dos profissionais de saúde mental às equipes de Saúde da Família.

Questão 80

Para resolver essa questão, devemos aplicar o Protocolo de Manejo Clínico da Dengue do Ministério da Saúde. O primeiro passo é classificar o paciente em um dos quatro grupos (A, B, C ou D) com base nos sinais e sintomas e nos fatores de risco.

O paciente apresenta um quadro clínico sugestivo de dengue (febre, mialgia, dor retro-orbital e rash). No exame físico, ele está estável e não apresenta sinais de alarme (como dor abdominal intensa, vômitos persistentes ou acúmulo de líquidos) nem sinais de choque. No entanto, o teste do laço (prova do torniquete) resultou positivo.

Segundo o Ministério da Saúde, a presença de prova do torniquete positiva ou de condições clínicas especiais (como idade avançada, gestação, doenças crônicas ou situações sociais específicas) classifica o paciente automaticamente no Grupo B.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Grupo A é destinado a pacientes sem sinais de alarme,

sem sinais de choque e sem condições especiais ou prova do torniquete positiva. Como o teste do laço foi positivo, o paciente obrigatoriamente sai do Grupo A e entra no Grupo B.

Alternativa b) Correta. O paciente pertence ao Grupo B devido à positividade da prova do torniquete. A conduta preconizada para esse grupo inclui: hidratação oral supervisionada na unidade de saúde enquanto se aguarda o resultado de exames complementares obrigatórios, sendo o hemograma o principal deles. O acompanhamento deve ser diário até que o paciente fique sem febre por 48 horas.

Alternativa c) Incorreta. O Grupo C é caracterizado pela presença de sinais de alarme (como dor abdominal intensa, hepatomegalia dolorosa, sangramento de mucosas, letargia ou irritabilidade). O paciente do caso está clinicamente estável e não apresenta esses sinais. A hidratação venosa imediata é a conduta para o Grupo C, o que não se aplica aqui.

Alternativa d) Incorreta. Embora cite o Grupo C, a questão afirma erroneamente que o paciente possui sinais de alarme. É importante destacar que a prova do torniquete positiva NÃO é considerada um sinal de alarme, mas sim um critério de triagem para o Grupo B.

Alternativa e) Incorreta. O Grupo D é reservado para casos de dengue grave, com sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos. O paciente descrito está hemodinamicamente estável, portanto, está longe de ser classificado como Grupo D.

Resumo do Manejo:

O Grupo B exige a realização de hemograma completo para todos os pacientes. A conduta inicial é a hidratação oral (conforme o peso do paciente) e a reavaliação clínica constante. Se o hemograma mostrar sinais de hemoconcentração (aumento do hematócrito), o paciente pode precisar ser reclassificado para o Grupo C. Se o hematócrito estiver normal, ele pode seguir o tratamento ambulatorial com retornos diários.

Questão 81

O quadro clínico descrito é clássico de cancro mole (ou cancroide), uma infecção sexualmente transmissível (IST) caracterizada por úlceras genitais dolorosas e linfadenopatia inguinal.

Análise das características do caso:

1. Úlceras dolorosas e de bordas irregulares: São marcas registradas do cancro mole.

Diferente da sífilis, que apresenta úlcera única e indolor, o cancro mole costuma apresentar múltiplas lesões (por autoinoculação) e muita dor local.

2. Bubão inguinal: O acometimento ganglionar ocorre em cerca de 30 a 50 por cento dos casos, geralmente unilateral, com linfonodos que sofrem processo inflamatório intenso, tornam-se flutuantes (bubão) e podem drenar espontaneamente por um único orifício.

Análise das alternativas:

a) *Treponema pallidum**: Agente da sífilis. O cancro duro (sífilis primária) manifesta-se como uma úlcera única, de bordas regulares, fundo limpo e, fundamentalmente, indolor. A adenopatia satélite da sífilis também é indolor e não costuma fistulizar.

b) Herpes Simplex: O herpes genital manifesta-se inicialmente por pequenas vesículas agrupadas sobre base eritematosa que, ao romperem, deixam erosões rasas e dolorosas. Embora cause dor, não costuma evoluir com a formação de bubões volumosos e purulentos como descrito no caso.

c) *Haemophilus ducreyi**: Alternativa correta. É um bacilo Gram-negativo causador do cancro mole. O período de incubação (geralmente de 3 a 7 dias), a dor intensa na lesão, as bordas irregulares e o surgimento do bubão inguinal são patognomônicos dessa etiologia no contexto das úlceras genitais.

d) *Chlamydia trachomatis**: Os sorotipos L1, L2 e L3 causam o linfogranuloma venéreo. Embora o linfogranuloma também curse com bubão inguinal (que drena por múltiplos orifícios - sinal do bueiro), a lesão ulcerada inicial é geralmente pequena, indolor e efêmera, muitas vezes passando despercebida pelo paciente, o que difere das úlceras dolorosas descritas.

e) *Klebsiella granulomatis**: Agente da donovanose. Caracteriza-se por lesões ulcerovegetantes, de bordas elevadas e fundo vermelho-vivo (aspecto de carne fresca), de evolução crônica e progressiva. Uma característica importante da donovanose é que ela não costuma cursar com linfadenopatia regional, o que invalida a alternativa.

Questão 82

O método anticoncepcional comportamental de Ogino-Knaus, também conhecido como método do calendário ou tabelinha, fundamenta-se na premissa de que a ovulação ocorre aproximadamente 14 dias antes da próxima menstruação, com uma margem de segurança para a sobrevivência do espermatozoide e do óvulo.

Para realizar o cálculo do período fértil, o médico deve identificar, no histórico de pelo menos seis meses da paciente, qual foi o ciclo mais curto e qual foi o ciclo mais longo.

A regra de cálculo é a seguinte:

1. Primeiro dia do período fértil = Duração do ciclo mais curto menos 18 dias.
2. Último dia do período fértil = Duração do ciclo mais longo menos 11 dias.

Análise dos dados da paciente:

Duração dos ciclos relatados: 31, 30, 28, 27, 31 e 29 dias.

Ciclo mais curto: 27 dias.

Ciclo mais longo: 31 dias.

Aplicação da fórmula:

Primeiro dia: $27 - 18 = 9$.

Último dia: $31 - 11 = 20$.

Portanto, o período fértil dessa paciente compreende do 9º ao 20º dia do ciclo menstrual.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O primeiro dia (9) está correto por ser o resultado de 27 menos 18. No entanto, o último dia (19) está incorreto, pois o cálculo deve ser feito sobre o ciclo mais longo (31 menos 11 = 20).

Alternativa b) Correta. Esta alternativa reflete exatamente a aplicação da fórmula de Ogino-Knaus para os limites de 27 e 31 dias encontrados no histórico da paciente.

Alternativa c) Incorreta. Os valores 13 e 16 não correspondem aos cálculos baseados na subtração de 18 e 11 dias dos ciclos extremos apresentados pela mulher.

Alternativa d) Incorreta. O dia 13 não representa o início do período fértil para um ciclo curto de 27 dias ($27 - 18 = 9$), e o dia 17 não representa o fim para um ciclo longo de 31 dias ($31 - 11 = 20$).

Alternativa e) Incorreta. O início no 13º dia e término no 18º dia não seguem a padronização matemática do método para a variabilidade menstrual desta paciente.

Questão 83

A drenagem linfática do corpo do útero é complexa e varia de acordo com a região específica do órgão, mas para fins de provas de residência, segue-se a anatomia clássica e a disseminação oncológica principal.

Alternativa (a) Correta: Os vasos linfáticos provenientes do fundo uterino e da porção superior do corpo do útero seguem o trajeto das veias ováricas e terminam nos linfonodos para-aórticos (também chamados de lombares). Esse trajeto ocorre através do ligamento suspensor do ovário. No contexto do câncer de endométrio (que acomete o corpo uterino), a pesquisa de linfonodos para-aórticos é fundamental justamente por essa via de drenagem direta.

Alternativa (b) Incorreta: Os linfonodos hipogástricos (ou ilíacos internos) recebem a drenagem principalmente do colo uterino e da parte superior da vagina. Embora parte da região inferior do corpo uterino possa drenar para essa região, não é a via principal do corpo como um todo.

Alternativa (c) Incorreta: Os linfonodos obturadores são frequentemente considerados parte do grupo ilíaco interno ou estão intimamente relacionados a ele. Eles são locais comuns de metástase para o câncer de colo de útero, mas não representam a drenagem primária e clássica do corpo uterino.

Alternativa (d) Incorreta: Os linfonodos ilíacos externos podem receber drenagem de partes do corpo do útero e do colo, mas a drenagem mais característica e direta do corpo (especialmente fundo e porção superior) se direciona para a cadeia para-aórtica, acompanhando os vasos gonadais.

Alternativa (e) Incorreta: A drenagem para os linfonodos inguinais superficiais é muito específica e limitada. Apenas os vasos linfáticos que acompanham o ligamento redondo do útero, saindo pela região dos cornos uterinos, podem atingir essa região. É uma via acessória e de menor importância quantitativa para o corpo do útero comparada às outras cadeias.

Resumo: Para questões de anatomia e oncologia ginecológica, considere que o fundo e o corpo superior do útero drenam primordialmente para os linfonodos para-aórticos, enquanto o colo uterino drena preferencialmente para as cadeias ilíacas (externa, interna e obturatória).

Questão 84

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de Sangramento Uterino Anormal (SUA) agudo e grave, já tendo recebido o manejo inicial de estabilização (reposição volêmica e antifibrinolítico). O desafio da questão é selecionar a terapia de manutenção para evitar novos sangramentos, respeitando as comorbidades da paciente. Ela tem 36 anos, é tabagista e apresenta enxaqueca com aura. De acordo com os Critérios de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), a enxaqueca com aura, em qualquer idade, é uma contraindicação absoluta (Categoria 4) ao uso de estrogênios, devido ao risco significativamente aumentado de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico. Além disso, o tabagismo em mulheres acima de 35 anos também contraindica o uso de anticoncepcionais combinados.

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa propõe o uso de um anticoncepcional oral combinado (Etinilestradiol + Levonorgestrel). Embora o esquema de múltiplos comprimidos ao dia seja uma opção para controlar sangramentos agudos em pacientes sem comorbidades, o uso de etinilestradiol (estrogênio) é formalmente contraindicado para esta paciente devido à enxaqueca com aura e ao perfil de risco cardiovascular (tabagista > 35 anos).

Alternativa b) Incorreta. Assim como a alternativa "a", utiliza uma combinação de estrogênio e progestogênio. Mesmo com uma dose menor de etinilestradiol (20mcg), o risco de eventos tromboembólicos e AVC permanece inaceitável (Categoria 4 da OMS) para quem tem enxaqueca com aura.

Alternativa c) Incorreta. O implante de etonogestrel é um método apenas com progestogênio e seria seguro para a paciente a longo prazo. No entanto, ele não é a conduta de escolha para o controle imediato do endométrio após um episódio de sangramento volumoso. O implante é um método contraceptivo de longa duração e pode, inclusive, causar sangramentos irregulares nos primeiros meses de uso, não sendo a ferramenta ideal para estabilizar o quadro hemorrágico atual.

Alternativa d) Correta. A noretisterona é um progestogênio isolado. O uso de progestogênios em doses elevadas é uma excelente opção para estabilizar o endométrio e cessar o sangramento em pacientes que não podem utilizar estrogênios. Por não conter estrogênio, a noretisterona não aumenta o risco de AVC em pacientes com enxaqueca com aura, tornando-se a opção mais segura e eficaz para o tratamento de manutenção pós-alta neste caso.

Alternativa e) Incorreta. O acetato de medroxiprogesterona de depósito (injetável trimestral) é um método de progestogênio isolado e seguro quanto aos critérios de elegibilidade. Contudo, ele não é a droga de escolha para o manejo agudo ou

subagudo do sangramento uterino anormal. Sua farmacocinética não permite o ajuste de dose necessário para o controle do sangramento que acaba de ser estabilizado, além de estar associado a uma alta taxa de sangramento de escape (spotting) no início do uso, o que seria desfavorável para esta paciente.

Questão 85

Esta questão aborda os critérios clínicos para o diagnóstico e a investigação da amenorreia primária. Para respondê-la corretamente, devemos recordar as normas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e de outras sociedades internacionais.

A amenorreia primária é definida pela ausência de menarca (primeira menstruação) e deve ser investigada nas seguintes situações:

1. Aos 13 anos, se não houver desenvolvimento de caracteres sexuais secundários (telarca/mamas).
2. Aos 15 anos, se houver caracteres sexuais secundários presentes.
3. Se a menarca não ocorrer em até 5 anos após o início do desenvolvimento mamário (telarca).
4. Em qualquer idade, se houver evidências clínicas de obstrução do trato genital ou estigmas de síndromes genéticas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA (Gabarito): Segundo os critérios diagnósticos, se a menina já possui caracteres sexuais secundários (mamas presentes), aguarda-se até os 15 anos para o início da investigação. Portanto, a ausência de menarca aos 13 anos com caracteres presentes não é, por si só, um critério de investigação imediata.

Alternativa (b) CORRETA: O intervalo médio entre a telarca e a menarca é de cerca de 2 a 3 anos. Se a menarca não ocorrer em 5 anos após o surgimento do broto mamário, a investigação está indicada, mesmo que a paciente tenha menos de 15 anos.

Alternativa (c) CORRETA: Este é o critério clássico. A ausência de qualquer sinal de puberdade (mamas) aos 13 anos indica um atraso constitucional ou patológico que exige avaliação hormonal e anatômica imediata.

Alternativa (d) CORRETA: A presença de dor pélvica cíclica em uma adolescente que já desenvolveu caracteres sexuais, mas não menstrua, é um sinal de alerta para malformações obstrutivas do trato genital (como hímen imperfurado ou septo vaginal transversal). O sangue fica retido (hematocolpo), causando a dor. Essa condição exige

investigação independentemente de a paciente ter atingido os 15 anos.

Alternativa (e) CORRETA: Se o exame físico revela sinais sugestivos de desordens genéticas, como baixa estatura, pescoço alado ou tórax em escudo (típicos da Síndrome de Turner), a investigação deve ser iniciada prontamente, pois a probabilidade de disgenesia gonadal é alta.

Questão 86

Esta questão aborda as principais teorias sobre a etiologia e a patogenia da endometriose, um tema clássico em ginecologia. Para resolvê-la, devemos identificar a alternativa incorreta.

Alternativa a: Correta. Esta alternativa fundamenta a Teoria de Sampson, ou teoria da menstruação retrógrada. Estudos laparoscópicos demonstraram que a grande maioria das mulheres apresenta sangue e células endometriais na cavidade peritoneal durante o período menstrual. O que define quem desenvolverá a doença não é apenas a presença do refluxo, mas a capacidade dessas células de se implantarem e crescerem.

Alternativa b: Correta. Refere-se à Teoria da Metaplasia Celômica (Teoria de Meyer). Ela sugere que o epitélio do peritônio (que tem a mesma origem embrionária do epitélio mülleriano) pode sofrer uma diferenciação e se transformar em tecido endometrial devido a estímulos inflamatórios ou hormonais. Essa teoria ajuda a explicar casos de endometriose em mulheres pré-púberes ou em locais onde o refluxo tubário não chegaria.

Alternativa c: Correta. A endometriose é considerada uma doença multifatorial. Existe uma clara predisposição genética (maior risco em parentes de primeiro grau) que, somada a fatores epigenéticos e ambientais (exposição a poluentes, dieta, estilo de vida), pode desencadear o surgimento dos focos.

Alternativa d: Correta. A endometriose é uma doença estrogênio-dependente, o que caracteriza o ambiente hormonal favorável mencionado. Além disso, falhas na imunidade celular, especificamente na ação de macrófagos e células Natural Killer (NK), impedem que esses restos menstruais sejam eliminados da cavidade pélvica, permitindo sua fixação e proliferação.

Alternativa e: Incorreta. Esta é a alternativa que deve ser assinalada, pois afirma que fatores inflamatórios e estresse oxidativo não influenciam a doença. Na verdade, a endometriose é definida como uma doença inflamatória crônica. O microambiente peritoneal na paciente com endometriose é rico em citocinas pró-inflamatórias e

espécies reativas de oxigênio (estresse oxidativo), que promovem a angiogênese, a sobrevivência celular e a dor característica da patologia.

Questão 87

A classificação da European Society of Gynecological Endoscopy (ESGE), também conhecida como classificação de Wamsteker, é essencial na prática ginecológica para definir a via de tratamento e o prognóstico de miomectomias por histeroscopia. Ela avalia especificamente os miomas submucosos com base na proporção do tumor que se projeta para dentro da cavidade uterina em relação ao componente intramural.

A classificação é dividida em três níveis:

G0: Mioma totalmente intracavitário, geralmente pediculado, sem extensão para o miométrio.

G1: Mioma sésil com a maior parte do seu volume (pelo menos 50%) localizada dentro da cavidade uterina.

G2: Mioma sésil com a maior parte do seu volume (mais de 50%) localizada na parede uterina (intramural), restando menos de 50% na cavidade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O mioma G0 é aquele que possui 100% de seu volume dentro da cavidade uterina. Se houver componente intramural, ele deixa de ser G0.

b) Correta. Esta é a definição exata da classificação G1. O mioma tem uma base de implantação no miométrio, porém o maior volume da massa (superior a 50%) está projetado para o interior do útero.

c) Incorreta. A alternativa inverte os conceitos. O mioma G2 é aquele que tem a menor parte do seu volume (menos de 50%) projetada para a cavidade uterina.

d) Incorreta. O mioma com menos de 50% intracavitário é o G2. O G0 não possui componente intramural.

e) Incorreta. O mioma totalmente intracavitário é classificado como G0. O G1 necessariamente possui uma parte (ainda que minoritária) inserida no miométrio.

Questão 88

O estadiamento do câncer de ovário é baseado nos critérios da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia). O Estádio I é aquele em que o tumor está restrito aos ovários ou às tubas uterinas.

Alternativa a) Incorreta. O Estádio IA é definido quando o tumor está limitado a apenas um ovário ou uma tuba uterina, com a cápsula íntegra, sem presença de células neoplásicas na superfície externa e com citologia peritoneal (lavado ou ascite) negativa. A paciente do caso apresenta acometimento bilateral.

Alternativa b) Correta. O Estádio IB caracteriza-se pelo crescimento tumoral que envolve ambos os ovários ou ambas as tubas uterinas, mas que mantém as cápsulas íntegras, sem evidência de tumor nas superfícies externas e com resultado negativo para células malignas no líquido ascítico ou nos lavados peritoneais. Essas são exatamente as características descritas no enunciado.

Alternativa c) Incorreta. O Estádio IC1 refere-se ao extravasamento cirúrgico, ou seja, quando ocorre a ruptura da cápsula do tumor durante a manipulação intraoperatória, o que altera o prognóstico e o estadiamento, independentemente de ser uni- ou bilateral.

Alternativa d) Incorreta. O Estádio IC2 ocorre quando a cápsula ovariana já estava rompida antes da cirurgia ou quando existe a presença de células tumorais na superfície externa do ovário ou da tuba. O enunciado afirma explicitamente que não há doença na superfície ovariana ou tubária.

Alternativa e) Incorreta. O Estádio IC3 é determinado pela presença de células malignas no líquido ascítico ou no lavado peritoneal. No caso clínico apresentado, o lavado e o líquido peritoneais estão livres de doença.

Questão 89

A questão aborda as contraindicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH) com estrogênio por via oral na pós-menopausa. O enunciado solicita que identifiquemos a única opção que NÃO representa uma contraindicação formal.

Alternativa (a) Incorreta: O antecedente pessoal de infarto do miocárdio é uma contraindicação absoluta. A presença de doença cardiovascular estabelecida (doença coronariana, acidente vascular cerebral ou insuficiência cardíaca grave) impede o uso de estrogênio, especialmente por via oral, devido ao aumento do risco de novos eventos trombóticos e isquêmicos.

Alternativa (b) Incorreta: O histórico de câncer sensível ao estrogênio, como o câncer de mama ou o câncer de endométrio, é uma contraindicação clássica e absoluta. O estrogênio pode estimular o crescimento de células neoplásicas remanescentes ou induzir a recidiva da doença.

Alternativa (c) Correta: O antecedente familiar de primeiro grau de infarto do miocárdio não é uma contraindicação ao uso de estrogênio. Embora a história familiar seja um fator de risco a ser considerado na avaliação global da paciente e possa influenciar a escolha da via de administração (preferindo-se a via transdérmica em pacientes de maior risco), ela não proíbe o início da terapia se a paciente em si for saudável e estiver dentro da "janela de oportunidade" (menos de 60 anos ou menos de 10 anos de menopausa).

Alternativa (d) Incorreta: A doença hepática aguda e ativa, como a hepatite viral atual, é uma contraindicação absoluta. Como o estrogênio oral passa obrigatoriamente pelo metabolismo de primeira passagem hepática, o fígado comprometido não consegue processar a medicação adequadamente, podendo haver agravamento do quadro clínico.

Alternativa (e) Incorreta: O sangramento vaginal de causa desconhecida é uma contraindicação absoluta. Antes de iniciar qualquer hormonioterapia, é obrigatório investigar a etiologia do sangramento para excluir malignidades ginecológicas, como o câncer de endométrio, que seria agravado pelo uso do estrogênio isolado ou em combinação.

Em resumo, as contraindicações absolutas à TRH incluem: câncer de mama (atual ou prévio), lesões precursoras de câncer de mama, câncer de endométrio, sangramento vaginal de causa indeterminada, porfiria, lúpus com risco de trombose, doença hepática aguda/grave e histórico de eventos tromboembólicos ou doenças cardiovasculares isquêmicas. A história familiar de infarto não entra nesse rol.

Questão 90

A fisiologia da micção e o controle do trato urinário baixo feminino dependem de uma coordenação precisa entre três componentes principais do sistema nervoso. Para responder a essa questão, é fundamental correlacionar cada sistema com seu respectivo nervo:

1. Sistema Simpático: O principal mediador é o nervo hipogástrico. Suas fibras originam-se nos níveis de T10 a L2 da medula espinhal. Ele atua predominantemente na fase de enchimento vesical, promovendo o relaxamento do músculo detrusor (via receptores beta-adrenérgicos) e a contração do esfíncter uretral interno (via

receptores alfa-adrenérgicos), impedindo a saída de urina.

2. Sistema Parassimpático: O principal mediador é o nervo pélvico. Suas fibras originam-se nos níveis de S2 a S4 da medula sacral. Ele é o responsável pela fase de esvaziamento (micção), promovendo a contração do músculo detrusor através de receptores colinérgicos (muscarínicos M3).

3. Sistema Somático (referido no enunciado como o terceiro sistema): O nervo representante é o nervo pudendo, que também se origina em S2-S4. Ele fornece a inervação voluntária para o esfíncter uretral externo e para a musculatura do assoalho pélvico, permitindo que a pessoa interrompa ou segure a micção conscientemente.

Observação sobre o enunciado: Existe uma imprecisão terminológica na questão ao citar simpático, parassimpático e autônomo, uma vez que o sistema autônomo é o conjunto formado justamente pelo simpático e parassimpático. O terceiro sistema envolvido é o somático. Contudo, em concursos, deve-se buscar a tríade clássica de nervos: hipogástrico, pélvico e pudendo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O nervo pudendo representa o sistema somático, não o parassimpático. O nervo pélvico representa o parassimpático, não o somático.

Alternativa b) Incorreta. O nervo pudendo é somático, não simpático. O nervo hipogástrico é simpático, não parassimpático.

Alternativa c) Incorreta. O nervo pélvico é parassimpático, não simpático. O nervo pudendo é somático, não parassimpático.

Alternativa d) Correta. Apresenta a sequência exata solicitada: Simpático (Nervo Hipogástrico), Parassimpático (Nervo Pélvico) e o sistema de controle voluntário/esfincteriano (Nervo Pudendo).

Alternativa e) Incorreta. O nervo pudendo é somático, não simpático. O nervo hipogástrico é simpático, não somático.

Questão 91

Esta questão aborda as complexas adaptações endócrinas que ocorrem no corpo da mulher durante a gestação. Para respondê-la corretamente, é necessário identificar qual das afirmações sobre a fisiologia materna está incorreta.

Alternativa a) Correta. Durante a gestação, a hipófise chega a aumentar de 30% a 50% em seu tamanho e peso. Esse fenômeno ocorre principalmente devido à hiperplasia e hipertrofia das células lactotróficas (responsáveis pela prolactina) na adenohipófise, estimuladas pelos elevados níveis de estrogênio placentário.

Alternativa b) Correta. Existe uma semelhança estrutural entre o hCG (gonadotrofina coriônica humana) e o TSH. Ambos compartilham a mesma subunidade alfa e possuem subunidades beta semelhantes. Devido a essa analogia, em períodos de pico de hCG (final do primeiro trimestre), esse hormônio exerce uma leve atividade tireotrófica, estimulando a glândula tireoide a produzir mais hormônios tireoidianos (T4 livre). Por feedback negativo, isso resulta em uma diminuição transitória dos níveis de TSH.

Alternativa c) Correta. É comum observar um aumento moderado no volume da glândula tireoide durante a gravidez. Isso se deve ao aumento da vascularização e à hiperplasia glandular para suprir a maior demanda metabólica e a necessidade de produção hormonal aumentada.

Alternativa d) Correta. A gestação promove uma perda de cálcio materno devido ao aumento do ritmo de filtração glomerular e à transferência ativa de cálcio para o esqueleto fetal, especialmente após o primeiro trimestre. Em resposta a essa tendência de queda do cálcio ionizável e ao aumento do volume plasmático, os níveis de paratormônio (PTH) se elevam progressivamente para manter a homeostase do cálcio no sangue materno.

Alternativa e) Incorreta (Gabarito). Embora a placenta produza o Hormônio do Crescimento Placentário (hGH-V), que possui funções anabólicas e regula a disponibilidade de nutrientes, a secreção do hormônio de crescimento (GH) pela hipófise materna, na verdade, diminui ao longo da gestação. O GH hipofisário é suprimido pelo feedback negativo exercido pelo próprio hormônio de crescimento placentário, que se torna a forma dominante de GH na circulação materna a partir do segundo trimestre. Portanto, não se afirma que o GH (hipofisário) aumenta, mas sim que sua produção é inibida.

Questão 92

Essa questão aborda os sinais de probabilidade de gravidez, especificamente as alterações anatômicas e vasculares que ocorrem no trato genital feminino e nas mamas devido ao estímulo hormonal.

A alternativa correta é a letra (c) Sinal de Kluge.

O Sinal de Kluge consiste na coloração violácea da mucosa vaginal. Esse fenômeno ocorre devido ao aumento da vascularização e congestão venosa na região pélvica, provocada pelo aumento dos níveis de estrogênio durante a gestação. É muito comum que este sinal seja confundido ou citado junto ao Sinal de Chadwick (ou Jacquemier), que se refere à coloração violácea da vulva e do vestíbulo vaginal.

Abaixo, a explicação de por que as demais alternativas estão incorretas:

a) Sinal de Hunter: Incorreto. Este é um sinal mamário. Refere-se ao surgimento da aréola secundária, que é uma pigmentação mais clara e menos delimitada ao redor da aréola primária, surgindo geralmente a partir da 20ª semana de gestação.

b) Sinal de Piskacek: Incorreto. Este sinal refere-se a uma assimetria uterina à palpação. Ocorre devido à implantação do ovo em um dos cornos uterinos, fazendo com que um lado do útero pareça mais abaulado e macio que o outro.

d) Sinal de Haller: Incorreto. Também é um sinal mamário. Conhecido como rede venosa de Haller, caracteriza-se pela maior visibilidade das veias superficiais das mamas devido ao aumento do fluxo sanguíneo e da vascularização local durante a gravidez.

e) Sinal de Oslander: Incorreto. Este sinal é a percepção do pulso da artéria vaginal através do toque vaginal nos fundos de saco laterais. É decorrente do aumento do aporte sanguíneo para o útero e vagina.

Questão 93

Para responder a essa questão, devemos identificar quais condições clínicas se enquadram na Classificação de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde (OMS) como Categoria IV, na qual o risco de morte materna é extremamente elevado e a gravidez é formalmente contraindicada.

Alternativa (a) Incorreta: A Síndrome de Eisenmenger é o estágio final de cardiopatias congênitas com shunt esquerda-direita que evoluem para hipertensão pulmonar grave e inversão do fluxo (direita-esquerda). A mortalidade materna

estimada varia de 30% a 50%. Devido a esse risco proibitivo, a gestação é absolutamente contraindicada.

Alternativa (b) Incorreta: Na Síndrome de Marfan, a fragilidade do tecido conjuntivo aliada às alterações hemodinâmicas da gravidez predispõe à dissecação e ruptura da aorta. Quando há dilatação aórtica (especialmente acima de 40 a 45 mm), o risco de eventos fatais aumenta drasticamente, classificando a condição como contraindicação à gravidez.

Alternativa (c) Incorreta: A miocardiopatia periparto é uma forma de insuficiência cardíaca que ocorre no final da gestação ou nos meses após o parto. Se a paciente mantém disfunção ventricular residual (fração de ejeção não normalizada), o risco de nova queda da função cardíaca e morte em uma gestação subsequente é muito alto, sendo a gravidez desaconselhada.

Alternativa (d) Incorreta: Pacientes com disfunção ventricular importante (fração de ejeção de ventrículo esquerdo inferior a 30%) ou insuficiência cardíaca em classe funcional III ou IV (NYHA) refratária não possuem reserva hemodinâmica para suportar o aumento de 50% no volume plasmático e no débito cardíaco que ocorre na gestação. O risco de morte é proibitivo.

Alternativa (e) Correta: A fibrilação atrial (FA) crônica, embora seja uma arritmia que exija acompanhamento rigoroso, controle de frequência cardíaca e manejo cuidadoso da anticoagulação (evitando-se o uso de varfarina no primeiro trimestre), não é uma contraindicação absoluta à gestação. Muitas mulheres com FA conseguem levar a gestação adiante com monitoramento adequado, desde que a função ventricular esteja preservada e a causa subjacente não seja uma das contraindicações listadas acima. Portanto, entre as opções, é a única que não representa risco de morte materna "extremamente elevado" a ponto de proibir a gravidez.

Questão 94

A alternativa correta é a (c).

COMENTÁRIO:

A questão aborda as repercussões fetais causadas pela passagem transplacentária de autoanticorpos maternos. Os anticorpos anti-Ro/SSA e anti-La/SSB, frequentemente encontrados em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico e Síndrome de Sjögren, são os principais marcadores do Lúpus Eritematoso Neonatal.

EXPLICAÇÃO POR ALTERNATIVA:

a) Hipoplasia pulmonar: INCORRETA. A hipoplasia pulmonar é tipicamente secundária a situações que restringem o espaço torácico ou impedem a maturação pulmonar, como o oligodrâmnio severo (falta de líquido amniótico) ou a hérnia diafragmática congênita. Não há relação fisiopatológica entre essa condição e os anticorpos anti-Ro ou anti-La.

b) Espinha bífida: INCORRETA. Esta é uma malformação do tubo neural decorrente de falhas no seu fechamento durante as primeiras semanas de gestação. Seus principais fatores de risco são a deficiência de ácido fólico e a exposição a substâncias teratogênicas (como o ácido valproico), não possuindo ligação com a autoimunidade materna descrita.

c) Bloqueio cardíaco congênito fetal: CORRETA. Os anticorpos anti-Ro/SSA e anti-La/SSB são da classe IgG e atravessam a placenta. No feto, eles podem se ligar às células do sistema de condução cardíaco, especialmente ao nó atrioventricular (AV), desencadeando um processo inflamatório (miocardite) seguido de fibrose. Esse dano é frequentemente irreversível, levando ao bloqueio cardíaco congênito total, que é a manifestação mais grave e permanente do lúpus neonatal.

d) Lesão renal bilateral: INCORRETA. Embora o lúpus materno possa envolver os rins da própria paciente (nefrite lúpica), os anticorpos anti-Ro e anti-La não causam danos estruturais ou funcionais nos rins do feto. O lúpus neonatal afeta primordialmente o coração, a pele (lesões cutâneas fotossensíveis), o fígado e o sistema hematológico.

e) Gastrosquise: INCORRETA. A gastrosquise é um defeito congênito na parede abdominal, geralmente à direita do cordão umbilical, que permite a herniação de alças intestinais. Sua causa está relacionada a eventos vasculares precoces na embriogênese e não possui qualquer associação com a presença de anticorpos anti-Ro ou anti-La.

RESUMO DIDÁTICO:

A presença de anti-Ro/SSA ou anti-La/SSB em gestantes exige o monitoramento rigoroso por meio de ecocardiografia fetal, visando detectar precocemente alterações na condução elétrica do coração do feto para intervenções possíveis antes que o bloqueio se torne completo e irreversível.

Questão 95

O diagnóstico de pré-eclâmpsia é firmado pela presença de hipertensão arterial (PA $\geq 140/90$ mmHg) após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria ou, na ausência desta, a sinais de disfunção orgânica ou de órgão-alvo.

Alternativa (a) Incorreta: Para ser considerada disfunção hepática na pré-eclâmpsia, os níveis de transaminases (TGO ou TGP) devem estar elevados em, no mínimo, duas vezes o valor do limite superior da normalidade. O valor de 30 UI/L é considerado dentro da faixa de normalidade na maioria dos laboratórios e não caracteriza lesão de órgão-alvo.

Alternativa (b) Incorreta: A disfunção renal é definida por níveis de creatinina sérica superiores a 1,1 mg/dL ou pelo dobro do valor basal da paciente. O valor de 0,9 mg/dL é considerado normal, especialmente na gestação, período em que a taxa de filtração glomerular aumenta e a creatinina tende a ser mais baixa.

Alternativa (c) Incorreta: A alteração hematológica que define disfunção de órgão-alvo na pré-eclâmpsia é a plaquetopenia, caracterizada por uma contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm³. O valor de 160.000/mm³ está dentro dos limites da normalidade.

Alternativa (d) Correta: O descolamento prematuro de placenta (DPP) é uma das manifestações de disfunção uteroplacentária decorrente da má adaptação circulatória e da vasculopatia hipertensiva da pré-eclâmpsia. Atualmente, as diretrizes nacionais e internacionais (como as da FEBRASGO) consideram que a hipertensão associada à disfunção uteroplacentária (que inclui DPP, restrição de crescimento fetal ou óbito fetal) permite o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo sem proteinúria.

Alternativa (e) Incorreta: A brida amniótica é uma condição congênita resultante da ruptura prematura do âmnio, levando à formação de faixas fibrosas que podem envolver e restringir partes do feto. Trata-se de um evento mecânico/embriológico que não apresenta relação com a fisiopatologia da pré-eclâmpsia ou com danos causados pela hipertensão arterial.

Questão 96

A tocólise consiste na inibição das contrações uterinas com o objetivo de adiar o parto prematuro. Essa medida é geralmente adotada por um curto período (cerca de 48 horas) para permitir a administração de corticosteroides para a maturação pulmonar fetal ou a transferência da gestante para um centro de referência. No entanto, o procedimento só deve ser realizado quando o ambiente intrauterino ainda

é favorável ao feto e seguro para a mãe.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Microcefalia (Correta): A microcefalia é uma malformação estrutural que, isoladamente, não representa uma contraindicação à tocolise. Se o feto for pré-termo e possuir microcefalia, o médico ainda pode optar por inibir o trabalho de parto para realizar a maturação pulmonar, visando a uma melhor sobrevida neonatal, desde que não haja outras complicações associadas que exijam o parto imediato. Diferentemente de malformações letais (como a anencefalia), a microcefalia não torna a tocolise inútil ou contraindicada.

b) Óbito fetal (Incorreta): O óbito fetal é uma contraindicação absoluta. Não há benefício clínico em prolongar a gestação de um feto morto. A manutenção dos produtos da concepção no útero após o óbito pode, inclusive, trazer riscos maternos, como distúrbios de coagulação e infecções.

c) Sofrimento fetal agudo (Incorreta): Quando há sinais de que o feto não está recebendo oxigenação adequada (sofrimento fetal), a conduta indicada é o parto imediato pela via mais rápida. Utilizar agentes tocolíticos nesse cenário retardaria o nascimento e aumentaria o risco de danos cerebrais irreversíveis ou morte fetal.

d) Eclâmpsia (Incorreta): A eclâmpsia é uma emergência obstétrica grave caracterizada por convulsões em pacientes com pré-eclâmpsia. O tratamento definitivo é a estabilização materna seguida pela interrupção da gestação. Tentar inibir o trabalho de parto nessa situação coloca a vida da mãe em risco severo.

e) Infecção intra-amniótica (Incorreta): Também conhecida como corioamnionite, a infecção dentro do útero é uma indicação formal para o parto. Manter o feto em um ambiente infectado aumenta drasticamente o risco de sepse neonatal e sepse materna. Portanto, a tocolise é formalmente proibida nesses casos.

Em resumo, a tocolise é contraindicada sempre que a continuidade da gestação representar um risco maior para a mãe ou para o feto do que o nascimento prematuro. A microcefalia não se enquadra nessa categoria de risco iminente ou futilidade terapêutica.

Questão 97

A anemia na gestação é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como níveis de hemoglobina (Hb) inferiores a 11 g/dL. Durante o período gestacional, ocorre um fenômeno fisiológico chamado hemodiluição, pois o volume plasmático aumenta cerca de 50%, enquanto a massa de glóbulos vermelhos aumenta apenas cerca de 20% a 30%. No entanto, quando os níveis caem abaixo do limite estabelecido, entramos no campo das anemias patológicas.

Alternativa a) Incorreta. A anemia falciforme é uma hemoglobinopatia hereditária. Embora seja uma condição importante que exige pré-natal de alto risco devido ao maior risco de crises álgicas, infecções e complicações placentárias, sua prevalência é restrita a indivíduos portadores do gene, não sendo a causa mais comum na população geral de gestantes.

Alternativa b) Correta. A anemia ferropriva (por deficiência de ferro) é, isoladamente, a causa mais comum de anemia durante a gestação, sendo responsável por mais de 90% dos casos. Isso ocorre porque a demanda por ferro aumenta significativamente para suprir as necessidades do feto, da placenta e a expansão da volemia materna. Muitas mulheres já iniciam a gestação com estoques baixos de ferro, o que torna essa carência nutricional extremamente prevalente.

Alternativa c) Incorreta. A anemia megaloblástica, geralmente causada pela deficiência de ácido fólico ou, mais raramente, de vitamina B12, é considerada a segunda causa mais comum de anemia nutricional na gravidez. No entanto, sua incidência diminuiu consideravelmente com a recomendação universal de suplementação de ácido fólico no período periconcepcional para a prevenção de defeitos do tubo neural.

Alternativa d) Incorreta. A anemia aplástica é uma condição rara e grave, caracterizada pela falência da medula óssea na produção de todas as linhagens celulares (hemácias, leucócitos e plaquetas). Não possui relação direta de frequência com o estado gestacional e é considerada uma intercorrência hematológica de alta complexidade.

Alternativa e) Incorreta. A anemia hemolítica decorre da destruição precoce das hemácias. Pode estar associada a condições graves na gestação, como a síndrome HELLP ou anemias autoimunes, mas são quadros específicos e muito menos frequentes do que a carência de ferro.

Questão 98

Para o diagnóstico da Síndrome Antifosfolípide (SAF), utilizamos os critérios de Sydney (uma revisão dos critérios de Sapporo). O diagnóstico requer a presença de pelo menos um critério clínico e um critério laboratorial. Abaixo, analisamos cada alternativa com base nesses consensos internacionais:

Alternativa (a) Correta: Este é um dos critérios clínicos obstétricos. A perda de um ou mais fetos morfologicamente normais (confirmados por ultrassom ou exame direto) com 10 ou mais semanas de gestação é considerada um evento definidor para a síndrome.

Alternativa (b) Correta: Também faz parte dos critérios obstétricos. Define-se pela ocorrência de um ou mais partos prematuros de recém-nascidos morfologicamente normais, realizados antes da 34ª semana de gestação, devido a complicações placentárias graves, como pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária.

Alternativa (c) Incorreta (Gabarito): Esta alternativa está errada porque o critério oficial exige a ocorrência de TRÊS ou mais abortamentos espontâneos consecutivos e inexplicados antes da 10ª semana de gestação, após a exclusão de anomalias anatômicas, hormonais e genéticas. A alternativa cita apenas "dois ou mais", o que não preenche o critério de Sydney.

Alternativa (d) Correta: É um dos três critérios laboratoriais possíveis. A presença do anticoagulante lúpico (AL) deve ser detectada no plasma em duas ou mais ocasiões, com um intervalo de pelo menos 12 semanas entre os exames, para garantir que a presença do anticorpo seja persistente e não transitória (causada por infecções, por exemplo).

Alternativa (e) Correta: É outro critério laboratorial fundamental. Exige a presença de anticorpos anticardiolipina (aCL) da classe IgG e/ou IgM em títulos moderados a altos (maiores que 40 GPL ou MPL, ou acima do percentil 99). Assim como os outros testes laboratoriais, a presença deve ser confirmada após um intervalo mínimo de 12 semanas.

Resumo: O erro da alternativa (c) é quantitativo. Lembre-se da regra para os critérios obstétricos da SAF: 1 óbito fetal tardio (10 semanas ou mais), OU 1 parto prematuro por doença placentária (até a 34ª semana), OU 3 abortos precoces (antes de 10 semanas). Além disso, os exames laboratoriais (AL, anticardiolipina ou anti-beta2-glicoproteína I) sempre devem ser repetidos com intervalo de 12 semanas para confirmação.

Questão 99

A placenta prévia ocorre quando a placenta se implanta no segmento inferior do útero, cobrindo total ou parcialmente o orifício interno do colo uterino. De forma geral, os fatores de risco estão associados a danos no endométrio (cicatrices) ou à necessidade de uma maior superfície placentária.

Alternativa a: O número de cesáreas prévias é um dos fatores de risco mais significativos. A presença de cicatriz no miométrio altera a vascularização local e a integridade do endométrio, o que favorece a nidação do ovo em regiões não habituais, como o segmento inferior.

Alternativa b: A multiparidade é um fator de risco clássico. Gestações sucessivas causam alterações permanentes na mucosa uterina e na vasculatura, aumentando a probabilidade de a placenta se implantar em locais mais baixos em gestações subsequentes.

Alternativa c: A idade materna avançada (geralmente considerada acima dos 35 anos) apresenta uma correlação estatística clara com o aumento da incidência de placenta prévia, possivelmente devido a mudanças degenerativas na vasculatura uterina e ao maior histórico de gestações e curetagens.

Alternativa d: Nas gestações múltiplas, há necessidade de uma massa placentária maior para nutrir mais de um feto. Com o aumento da superfície ocupada pela placenta ou pela presença de mais de uma placenta, a chance de que o tecido placentário alcance o orifício interno do colo é consideravelmente maior.

Alternativa e: O etilismo é a resposta correta, pois não é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de placenta prévia. É importante não confundir com o tabagismo (uso de cigarro), que é um fator de risco bem estabelecido, uma vez que a hipóxia relativa causada pelo monóxido de carbono induz uma hipertrofia placentária compensatória para aumentar a troca gasosa, facilitando a cobertura do colo uterino.

Gabarito: Letra e.

Questão 100

Para responder corretamente a essa questão, é necessário identificar qual das alternativas apresenta uma afirmação incorreta sobre os transtornos mentais no puerpério.

Alternativa a) Esta afirmação está correta. A depressão pós-parto impacta diretamente o vínculo entre mãe e bebê. Devido aos sintomas de desânimo, falta de

prazer e fadiga extrema, há uma tendência maior à interrupção da amamentação, dificuldade em interpretar os sinais da criança e potenciais prejuízos no cuidado físico e emocional do recém-nascido.

Alternativa b) Esta afirmação está correta. Estatisticamente, o transtorno bipolar apresenta taxas de suicídio significativamente elevadas, sendo considerado um dos diagnósticos psiquiátricos com maior risco de morte por essa causa, especialmente durante episódios depressivos ou mistos.

Alternativa c) Esta afirmação está correta. A psicose puerperal é uma emergência psiquiátrica grave e sua principal correlação é com o transtorno bipolar. Mulheres com histórico pessoal de transtorno bipolar ou episódio psicótico prévio têm um risco muito elevado (que pode chegar a 25-50%) de desenvolver o quadro no pós-parto.

Alternativa d) Esta afirmação está correta. Estudos epidemiológicos sobre transtornos de ansiedade no pós-parto indicam que a prevalência do transtorno do pânico nesse período gira em torno de 1,6%, sendo uma condição que deve ser monitorada pela equipe de saúde.

Alternativa e) Esta afirmação está incorreta e é o gabarito da questão. A clozapina é formalmente contraindicada durante a amamentação. O medicamento é excretado no leite materno e pode causar efeitos colaterais graves no lactente, como agranulocitose (uma queda severa de glóbulos brancos), sedação excessiva e convulsões. Além disso, a clozapina nunca é a primeira escolha para o tratamento de psicose no puerpério; ela é reservada para casos de esquizofrenia refratária. Em mulheres que amamentam e necessitam de antipsicóticos, prefere-se o uso de outras medicações com perfil de segurança melhor documentado e menor passagem para o leite, como a quetiapina ou a olanzapina, sempre sob rigorosa vigilância.