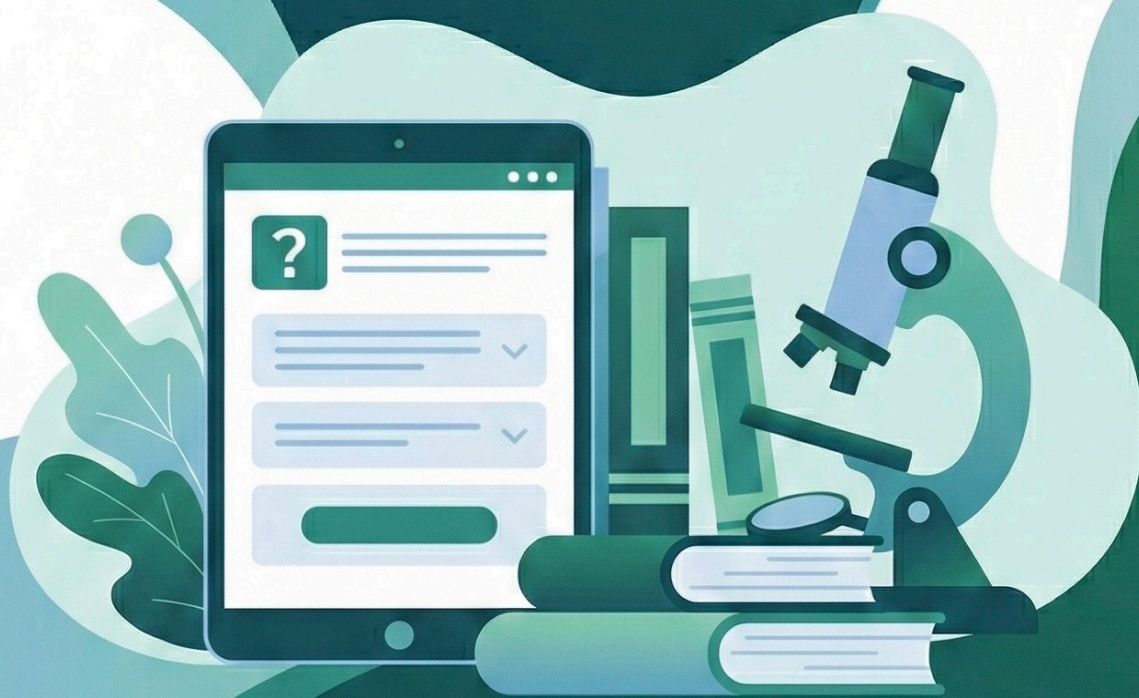




UFCSPA

GABARITO | 2026 | RS | 100 Questões



Gabarito: UFCSPA

2026 | RS

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O choque séptico é classificado fisiopatologicamente como um choque distributivo. Sua principal característica hemodinâmica é a intensa vasodilatação arterial e venosa, mediada por citocinas inflamatórias e pela produção excessiva de óxido nítrico. Esse processo resulta em uma queda acentuada da resistência vascular periférica (RVP).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O aumento da resistência vascular periférica é um mecanismo compensatório típico de estados de choque com baixo débito cardíaco, como o choque hipovolêmico, o choque cardiogênico e o choque obstrutivo. Nesses casos, o organismo promove vasoconstrição periférica para tentar manter a pressão de perfusão nos órgãos vitais.

Alternativa b) Correta. No choque séptico, ocorre uma falha na regulação do tônus vascular. A liberação maciça de mediadores inflamatórios (como TNF-alfa, IL-1 e óxido nítrico) provoca relaxamento da musculatura lisa dos vasos sanguíneos. Essa vasodilatação generalizada é a causa direta da diminuição da resistência vascular periférica, que é o achado clássico do perfil hemodinâmico distributivo (frequentemente chamado de choque quente na fase inicial).

Alternativa c) Incorreta. A resistência vascular periférica sofre modificações profundas e obrigatórias no choque séptico. A manutenção de uma RVP normal ou elevada seria incompatível com a fisiopatologia básica da sepse grave e do choque distributivo.

Alternativa d) Incorreta. Independentemente do agente etiológico (seja bactéria gram-positiva, gram-negativa, fungo ou vírus), a resposta do hospedeiro no choque séptico converge para a via comum da inflamação sistêmica e vasodilatação. Portanto, a redução da resistência vascular periférica é uma característica do estado de choque séptico em si, e não uma variável dependente do tipo de microrganismo causador da infecção.

Questão 2

A questão aborda o lúpus eritematoso sistêmico com manifestações no sistema nervoso central (lúpus neuropsiquiátrico), focando no manejo terapêutico e no reconhecimento clínico. O objetivo é identificar a alternativa incorreta.

Alternativa A: Esta afirmação está correta. A azatioprina é um imunossupressor geralmente utilizado para a manutenção da remissão ou em casos de manifestações lúpicas menos graves. Em quadros neuropsiquiátricos graves, como a psicose lúpica aguda ou a mielite transversa, a terapia de indução padrão envolve o uso de doses elevadas de corticosteroides (geralmente pulsoterapia com metilprednisolona) associados a agentes mais potentes, como a ciclofosfamida.

Alternativa B: Esta alternativa é a INCORRETA e, portanto, o gabarito. Embora a causa das alterações psiquiátricas no lúpus seja imunológica (inflamação, autoanticorpos ou vasculopatia), o tratamento sintomático é indispensável. Pacientes com psicose lúpica que apresentam alucinações e agitação precisam de medicações antipsicóticas para controle imediato dos sintomas, garantindo a segurança dos pacientes e permitindo que o tratamento imunossupressor de base tenha tempo para agir. O tratamento é, portanto, combinado: imunossupressão para a causa e psicotrópicos para os sintomas.

Alternativa C: Esta afirmação está correta. O micofenolato de mofetil e a ciclofosfamida são as principais escolhas como agentes poupadores de corticoide no lúpus grave. Eles são fundamentais para controlar a atividade da doença no sistema nervoso central e permitem que a dose de prednisona seja reduzida gradualmente, evitando as complicações de longo prazo do uso de altas doses de esteroides.

Alternativa D: Esta afirmação está correta. O lúpus neuropsiquiátrico engloba um espectro muito amplo de manifestações. O Colégio Americano de Reumatologia (ACR) lista 19 síndromes neuropsiquiátricas associadas ao lúpus, que incluem desde quadros comuns, como cefaleia e disfunção cognitiva leve, até quadros graves, como convulsões, neurite óptica, psicose e acidente vascular cerebral. Todas as citadas na alternativa fazem parte desse espectro.

Questão 3

Análise detalhada das afirmativas:

Primeira afirmativa: (C) O câncer de mama na pós-menopausa está positivamente associado à obesidade, especialmente quando o excesso de adiposidade está localizado predominantemente no abdome.

Explicação: Esta afirmativa é verdadeira. Na pós-menopausa, os ovários param de

produzir estrogênio, e o tecido adiposo torna-se a principal fonte desse hormônio através da conversão de androgênios pela enzima aromatase. Níveis elevados de estrogênio circulante em mulheres obesas aumentam o risco de câncer de mama. Além disso, a gordura abdominal está associada à resistência à insulina e a estados inflamatórios que favorecem a carcinogênese.

Segunda afirmativa: (C) São fatores de risco para doença coronariana associados à dieta: hipercolesterolemia, hipertensão, obesidade e diabetes.

Explicação: Esta afirmativa é verdadeira. A dieta é um dos pilares no manejo e prevenção dessas condições. O consumo excessivo de gorduras saturadas e trans eleva o colesterol; o alto consumo de sódio está ligado à hipertensão; o superávit calórico leva à obesidade; e dietas com alta carga glicêmica e pobres em fibras contribuem para o desenvolvimento do diabetes tipo 2. Todos esses são fatores de risco clássicos e modificáveis para doenças coronarianas.

Terceira afirmativa: (E) O risco de câncer colorretal correlaciona-se positivamente com ingestão de carnes vermelhas e obesidade e negativamente com consumo moderado de álcool.

Explicação: Esta afirmativa é falsa. Embora o consumo de carnes vermelhas (e processadas) e a obesidade sejam fatores de risco positivos (aumentam o risco), o consumo de álcool, mesmo em quantidades moderadas, também está positivamente associado ao aumento do risco de câncer colorretal. Não existe correlação negativa (efeito protetor) do álcool para este tipo de câncer; pelo contrário, o álcool é considerado um carcinógeno.

Quarta afirmativa: (E) Existem evidências de que o consumo de café está associado a menor risco de câncer de fígado e de pâncreas.

Explicação: Esta afirmativa é falsa. De fato, existem evidências consistentes de que o consumo de café está associado a um menor risco de câncer de fígado (carcinoma hepatocelular). No entanto, em relação ao câncer de pâncreas, as evidências são inconsistentes e não permitem afirmar que existe um efeito protetor estabelecido. Estudos mais recentes mostram uma associação neutra, não havendo comprovação de redução de risco para o pâncreas como ocorre para o fígado.

A sequência correta é C - C - E - E, correspondendo à alternativa (d).

Questão 4

As alopecias são classificadas fundamentalmente em dois grupos: as não cicatriciais e as cicatriciais. Nas alopecias cicatriciais, ocorre a destruição definitiva do folículo piloso, que é substituído por tecido fibroso (cicatriz), resultando na perda permanente dos cabelos e no desaparecimento dos orifícios foliculares (óstios).

Alternativa (a) Incorreta. A sífilis secundária pode causar uma perda de cabelo característica denominada alopecia em clareira, com aspecto de roído de traça. Trata-se de uma alopecia não cicatricial, sendo totalmente reversível após o tratamento correto da infecção pelo *Treponema pallidum*.

Alternativa (b) Incorreta. No lúpus eritematoso sistêmico (LES), quando não há lesões cutâneas específicas (como as do lúpus discoide), a queda de cabelo é geralmente não cicatricial. Ela pode se manifestar como um eflúvio telógeno (queda difusa) ou através do cabelo lúpico, onde os fios na linha frontal tornam-se curtos, finos e quebradiços. A forma cicatricial do lúpus ocorre tipicamente no lúpus eritematoso discoide.

Alternativa (c) Correta. O líquen plano pilar é a variante do líquen plano que acomete o couro cabeludo. É uma das causas mais comuns de alopecia cicatricial primária. Nessa patologia, um processo inflamatório mediado por linfócitos ataca a região da protuberância (bulge) do folículo piloso, onde residem as células-tronco. A destruição dessa área impede a regeneração do fio, levando à fibrose e perda definitiva do cabelo.

Alternativa (d) Incorreta. A alopecia areata é uma doença autoimune órgão-específica que ataca o bulbo folicular, mas não o destrói. Por não haver destruição da unidade folicular nem formação de fibrose, ela é classificada como alopecia não cicatricial. O potencial de repilação (crescimento do cabelo) é mantido, mesmo em casos graves.

Questão 5

Para resolver esta questão, é fundamental diferenciar a fisiopatologia da insuficiência adrenal (IA) primária da secundária.

Primeira lacuna: (1) Insuficiência adrenal primária.

A hiperpigmentação ocorre exclusivamente na IA primária. Quando a glândula adrenal falha, não há feedback negativo para a hipófise, o que resulta em níveis muito elevados de ACTH. O precursor do ACTH é a pró-opiomelanocortina (POMC), que, ao ser clivada, também gera o hormônio estimulador de melanócitos (alfa-MSH), levando ao escurecimento da pele e mucosas. Na IA secundária, os níveis de ACTH estão baixos ou inapropriadamente normais; por isso, não há hiperpigmentação.

Segunda lacuna: (1) Insuficiência adrenal primária.

A IA primária (doença de Addison) atinge todas as camadas do córtex adrenal. A destruição da zona glomerulosa leva à deficiência de mineralocorticoides (aldosterona). Sem aldosterona, o rim não consegue reter sódio nem excretar potássio adequadamente, resultando em hiponatremia e hipercalemia. Na IA secundária, a zona glomerulosa geralmente permanece intacta porque sua regulação depende do sistema renina-angiotensina e não do ACTH hipofisário.

Terceira lacuna: (2) Insuficiência adrenal secundária.

O uso prolongado de corticoides exógenos é a causa mais comum de IA secundária. O corticoide externo faz um feedback negativo persistente no hipotálamo e na hipófise, suprimindo a secreção de CRH e ACTH. Sem o estímulo do ACTH, as glândulas adrenais sofrem atrofia. Como o problema está na falha do estímulo central (hipófise), a classificação é secundária.

Quarta lacuna: (1) Insuficiência adrenal primária.

Atualmente, a adrenalite autoimune é a causa principal de insuficiência adrenal primária em países desenvolvidos e em muitos países em desenvolvimento, superando as causas infecciosas como a tuberculose (embora esta ainda seja relevante epidemiologicamente).

Análise das alternativas:

- a) Correta. Apresenta a sequência lógica baseada nos mecanismos fisiopatológicos: 1 (primária para hiperpigmentação), 1 (primária para distúrbios de potássio), 2 (secundária para uso de corticoide exógeno) e 1 (primária para etiologia autoimune).
 - b) Incorreta. Inverte a segunda lacuna (atribui hipercalemia à IA secundária) e a terceira lacuna (atribui uso de corticoides à IA primária).
 - c) Incorreta. Atribui incorretamente a hiperpigmentação e os distúrbios eletrolíticos à IA secundária.
 - d) Incorreta. Inverte totalmente a relação, sugerindo que a hiperpigmentação seria secundária e o uso de corticoides seria uma causa primária.
-

Questão 6

CONCURSO MÉDICO - COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda o rastreamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb) em pacientes com doenças inflamatórias imunomediadas, como a artrite reumatoide, que possuem indicação de iniciar terapia com agentes imunobiológicos (especialmente os inibidores de TNF-alfa). O protocolo de rastreio inicial padrão consiste na realização do teste tuberculínico (PPD ou TT) e na radiografia de tórax.

Alternativa A: CORRETA. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e os consensos da Sociedade Brasileira de Reumatologia, pacientes candidatos ao uso de biológicos que apresentam teste tuberculínico não reator (resultado inferior a 5 mm em pacientes imunossuprimidos) e radiografia de tórax sem alterações (ausência de imagens sugestivas de tuberculose ativa ou sequelas fibróticas) não possuem indicação para o tratamento de tuberculose latente. O fato de o paciente estar em uso de 20 mg de prednisona reforça seu estado de imunossupressão, mas, diante de exames de rastreio negativos e ausência de sintomas ou contatos recentes conhecidos, a necessidade de quimioprofilaxia é descartada.

Alternativa B: INCORRETA. A repetição do teste tuberculínico após um período de 8 a 12 semanas é a conduta indicada para casos em que há história de contato recente com um paciente bacilífero (tuberculose ativa) e o primeiro teste foi negativo. Esse período serve para aguardar a janela de conversão imunológica. A questão não menciona histórico de contato que justifique essa conduta.

Alternativa C: INCORRETA. O IGRA (Interferon-Gamma Release Assay) é um teste laboratorial de alta especificidade que pode ser utilizado para diagnosticar a infecção latente. No entanto, no cenário de rastreio inicial para uso de biológicos, se o PPD foi negativo e a radiografia de tórax está normal, não há obrigatoriedade ou recomendação formal de realizar o IGRA para autorizar o início do tratamento, a menos que houvesse forte suspeita epidemiológica não captada pelo PPD.

Alternativa D: INCORRETA. O tratamento da tuberculose latente (geralmente realizado com isoniazida por 6 a 9 meses ou rifampicina por 4 meses) estaria indicado se o teste tuberculínico fosse maior ou igual a 5 mm ou se o raio X de tórax apresentasse alterações sugestivas de infecção prévia (como granulomas calcificados ou cicatrizes), mesmo com teste tuberculínico negativo. Como o paciente não preenche nenhum desses critérios, o tratamento não deve ser realizado.

Questão 7

Para entender qual fator está associado ao maior risco de um novo episódio de embolia pulmonar (recorrência), devemos diferenciar os fatores de risco transitórios dos fatores de risco persistentes.

Alternativa (a) Incorreta: Grandes cirurgias e traumas são considerados fatores de risco "fortes", porém são transitórios ou provocados. Uma vez que o paciente se recupera da cirurgia ou do trauma e retoma a mobilidade, o risco de um novo episódio cai significativamente. Em termos de recorrência a longo prazo, o risco é menor do que em condições crônicas.

Alternativas (b) e (c) Incorretas: Doenças inflamatórias intestinais (como Crohn e retocolite ulcerativa) e doenças autoimunes (como lúpus eritematoso sistêmico) causam um estado inflamatório sistêmico que predispõe à trombose. Embora aumentem o risco basal de fenômenos tromboembólicos, a magnitude desse risco e a taxa de recorrência são geralmente inferiores ao risco imposto por uma neoplasia em atividade.

Alternativa (d) Correta: A neoplasia ativa é um dos fatores de risco mais potentes e persistentes para o tromboembolismo venoso (TEV). O câncer promove um estado de hipercoagulabilidade contínuo por meio da liberação de substâncias pró-coagulantes (como o fator tecidual), interação com plaquetas e lesão endotelial direta ou por quimioterapia. Pacientes oncológicos têm um risco de recorrência de embolia pulmonar muito superior ao de pacientes com fatores transitórios, mesmo em uso de anticoagulação, sendo este o principal fator de risco persistente listado na questão.

Resumo didático: O risco de recorrência de embolia pulmonar é estratificado principalmente pela permanência do fator causal. Fatores cirúrgicos desaparecem com o tempo; a neoplasia permanece "ativa", mantendo o paciente em risco máximo constante de novos episódios.

Questão 8

COMENTÁRIO DO PROFESSOR

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma desordem endócrina comum, cujos pilares diagnósticos envolvem o hiperandrogenismo (clínico ou laboratorial) e a disfunção ovulatória (geralmente manifestada por irregularidade menstrual). O tratamento deve ser individualizado conforme as queixas da paciente.

ANÁLISE DA ALTERNATIVA B (CORRETA)

Para mulheres com SOP que não têm desejo imediato de gravidez, os contraceptivos hormonais combinados (que contêm estrogênio e progestagênio) representam o tratamento de primeira linha. Eles atuam de duas formas principais para reduzir o hiperandrogenismo:

1. O componente estrogênico estimula o fígado a produzir maiores quantidades de SHBG (Globulina de Ligação aos Hormônios Sexuais). Com mais SHBG circulante, há uma maior ligação da testosterona livre, o que diminui a sua fração biologicamente ativa na corrente sanguínea, melhorando sintomas como acne e hirsutismo.
2. O componente progestagênio inibe a secreção de LH (hormônio luteinizante) pela hipófise, o que reduz a produção de andrógenos pelas células da teca nos ovários. Além disso, o progestagênio promove a descamação cíclica do endométrio, prevenindo a hiperplasia endometrial decorrente da ação estrogênica sem oposição.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa A: O uso de progestagênio isolado pode ser uma opção para proteger o endométrio em pacientes que não podem usar estrogênio, mas não é a primeira linha para o controle do hiperandrogenismo. Isso ocorre porque o progestagênio isolado não aumenta a SHBG de forma significativa; em alguns casos, pode até diminuí-la. A progesterona sérica elevada não é o mecanismo para a redução de andrógenos na SOP.

Alternativa C: A espironolactona é um diurético com potente ação antiandrogênica, mas é considerada uma terapia de segunda linha ou adjuvante. Ela deve ser iniciada preferencialmente após 6 meses de uso de contraceptivos combinados caso os resultados estéticos não sejam satisfatórios. Não é utilizada para regular o ciclo menstrual e não atua sobre a subunidade alfa dos hormônios glicoproteicos no contexto deste tratamento.

Alternativa D: A metformina é um agente sensibilizador de insulina. Sua indicação na SOP está voltada para o tratamento de comorbidades metabólicas, como intolerância à glicose ou diabetes tipo 2, e pode ser usada como coadjuvante na indução da ovulação. Contudo, ela é menos eficaz que os contraceptivos combinados para regular o ciclo menstrual e tratar o hirsutismo. O hormônio antimülleriano (AMH) está elevado em mulheres com SOP, mas o tratamento de primeira linha não foca no aumento desse hormônio.

Questão 9

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um quadro clínico preocupante: homem de 60 anos com dor epigástrica associada a sinais de alarme, que são a perda de peso e a anemia. Diante do achado endoscópico de uma úlcera gástrica nessa faixa etária e com esses sintomas, a principal preocupação do médico deve ser excluir a presença de um câncer gástrico (adenocarcinoma), que pode se manifestar visualmente como uma úlcera.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Diferentemente das úlceras duodenais, que raramente são malignas, toda úlcera gástrica deve ser considerada potencialmente maligna até que se prove o contrário. Por isso, é obrigatória a realização de biópsias de múltiplos fragmentos (geralmente das bordas e do fundo da lesão) para o exame anatomopatológico. O diagnóstico precoce de um tumor gástrico muda completamente o prognóstico e a conduta terapêutica.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a) Embora a pesquisa de *Helicobacter pylori* seja importante na etiologia da doença ulcerosa péptica, ela não é a conduta prioritária e indispensável antes de se descartar a malignidade em um paciente com sinais de alarme. Além disso, a própria biópsia para o exame anatomopatológico já pode ser utilizada para identificar a presença da bactéria.

Alternativa b) O uso de inibidores da bomba de prótons (IBP) é o tratamento padrão para a cicatrização de úlceras. No entanto, iniciar o tratamento de forma empírica sem realizar a biópsia é perigoso, pois o IBP pode promover uma melhora sintomática e até uma cicatrização parcial de uma lesão maligna, mascarando o câncer e retardando o diagnóstico definitivo.

Alternativa d) O uso de antibióticos só estaria indicado para a erradicação do *H. pylori* caso a infecção fosse confirmada, ou em casos de complicações como perfuração gástrica (abdome agudo), o que não é o caso descrito, já que o paciente está estável e sem evidência de sangramento ativo. O uso de antibióticos de amplo espectro não faz parte do manejo inicial de uma úlcera gástrica não complicada.

Questão 10

Análise do caso: O quadro clínico descreve uma emergência oncológica e cardiológica clássica. A paciente apresenta sinais de cardiotoxicidade induzida pelo 5-fluorouracil (5-FU), que é a segunda causa mais comum de toxicidade cardíaca por quimioterapia. O mecanismo principal desse fármaco é o vasoespasma coronariano, que pode mimetizar perfeitamente um infarto agudo do miocárdio, apresentando dor torácica, supradesnivelamento do segmento ST e elevação de biomarcadores (troponina).

Alternativa a: Incorreta. Manter o esquema de quimioterapia diante de uma toxicidade cardíaca aguda é perigoso e contraindicado. Além disso, o tratamento para angina estável é insuficiente para uma paciente que apresenta critérios de síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST).

Alternativa b: Correta. A conduta imediata diante da suspeita de cardiotoxicidade pelo 5-FU é a interrupção da infusão do fármaco. Como a paciente apresenta alterações eletrocardiográficas (supra de ST) e laboratoriais (troponina positiva), ela deve ser manejada conforme o protocolo de IAMCSST, o que inclui a realização de cateterismo cardíaco de urgência para descartar uma obstrução coronariana por placa aterosclerótica e o início da terapia antitrombótica com anticoagulação.

Alternativa c: Incorreta. A capecitabina é um pró-fármaco convertido em 5-fluorouracil no organismo. Portanto, pacientes que apresentam cardiotoxicidade ao 5-FU possuem um risco altíssimo de apresentar o mesmo evento com a capecitabina. Tratar a dor apenas com analgesia simples em um contexto de supra de ST é negligenciar a isquemia miocárdica grave.

Alternativa d: Incorreta. Não se deve continuar o tratamento quimioterápico com 5-FU, mesmo ajustando as doses, enquanto a paciente está em vigência de um evento isquêmico agudo. A reintrodução do 5-FU após um evento de cardiotoxicidade é controversa e, se considerada, deve ser feita com extrema cautela após estabilização completa, mas nunca durante a fase aguda.

Questão 11

A febre amarela é uma doença infecciosa febril aguda, de gravidade variável, causada por um flavivírus. Para responder à questão, devemos identificar a alternativa incorreta sobre o tema:

Alternativa a) Correta. A febre amarela apresenta dois ciclos epidemiológicos distintos: o silvestre e o urbano. No ciclo silvestre, os vetores são mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*. No ciclo urbano, a transmissão ocorre por meio da

picada do mosquito *Aedes aegypti*. Embora o ciclo urbano não seja registrado no Brasil desde 1942, o *Aedes aegypti* permanece como o vetor potencial para essa forma de transmissão.

Alternativa b) Correta. A forma grave da doença é caracterizada clinicamente pela tríade de icterícia, hemorragias e comprometimento renal/hepático. A icterícia é tipicamente rubínica e decorre de uma necrose hepatocelular extensa, que em exames histopatológicos revela os corpúsculos de Councilman (achado clássico da doença). As hemorragias (hematêmese, melena, epistaxe) ocorrem pela redução da síntese de fatores de coagulação e plaquetopenia.

Alternativa c) Correta. A vacina utilizada no Brasil (cepa 17D) é produzida com vírus vivos atenuados. É uma das vacinas mais eficazes disponíveis, conferindo proteção duradoura. Por conter vírus vivo, possui contraindicações específicas, como para indivíduos com imunodeficiências graves, pacientes em quimioterapia ou com histórico de doenças do timo.

Alternativa d) Incorreta. Esta é a alternativa a ser assinalada. Não existe tratamento antiviral específico para a febre amarela; o manejo do paciente é estritamente de suporte (hidratação, monitorização hemodinâmica e correção de distúrbios metabólicos). O daclatasvir é um medicamento antiviral de ação direta (DAA) utilizado exclusivamente no tratamento da hepatite C crônica, agindo como inibidor do complexo NS5A do vírus HCV. Portanto, ele não tem indicação na febre amarela.

Questão 12

Esta questão aborda a farmacologia clínica aplicada, focando na interação entre medicamentos psiquiátricos e a asma brônquica. O objetivo é identificar a alternativa que contém uma informação tecnicamente incorreta.

Alternativa A: Esta afirmação está correta. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (como sertralina e escitalopram) são amplamente considerados a primeira escolha para o tratamento de depressão e transtornos de ansiedade em pacientes com asma. Eles possuem um perfil de segurança cardiovascular e respiratório muito favorável, não interferindo no tônus broncomotor ou no centro respiratório.

Alternativa B: Esta afirmação está correta. O uso de antipsicóticos, especialmente os típicos (como o haloperidol e a clorpromazina), está associado a um risco aumentado de complicações respiratórias. Esses medicamentos podem causar depressão respiratória, interferir no reflexo da tosse e, devido às suas propriedades anticolinérgicas, podem levar ao ressecamento das secreções brônquicas, o que dificulta a expectoração e pode agravar o quadro obstrutivo do asmático.

Alternativa C: Esta afirmação está correta. O lítio possui propriedades farmacológicas peculiares que incluem a modulação do sistema de segundos mensageiros (como o AMP cíclico) e a redução da liberação de histamina pelos mastócitos. Na prática clínica, isso pode resultar em uma diminuição da reatividade do músculo liso brônquico aos estímulos alérgenos, exercendo um efeito protetor teórico sobre a árvore brônquica.

Alternativa D: Esta é a alternativa incorreta e, portanto, o gabarito. O erro reside na classificação farmacocinética do medicamento mencionado. Embora seja correto afirmar que o uso de benzodiazepínicos deve ser evitado ou feito com cautela em pacientes com doenças respiratórias devido ao risco de depressão do drive ventilatório, o diazepam é um benzodiazepínico de meia-vida longa (variando de 20 a 50 horas, podendo chegar a 100 horas devido aos seus metabólitos ativos, como o desmetildiazepam). Se houver necessidade de uso eventual em pacientes asmáticos, deve-se preferir drogas de meia-vida curta ou intermediária e que não possuam metabólitos ativos, como o lorazepam ou o alprazolam, para evitar o efeito cumulativo e a depressão respiratória prolongada. O diazepam jamais seria a escolha de preferência sob a justificativa de ter "meia-vida curta".

Questão 13

Alternativa A: Incorreta. Segundo as diretrizes da American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA), a cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias (2 semanas) é considerada uma contraindicação relativa, e não absoluta, para o uso do rtPA (trombolítico). O prazo de três meses mencionado na alternativa é excessivo e não se aplica a este critério específico.

Alternativa B: Incorreta. O tratamento combinado, conhecido como terapia em ponte (bridging therapy), na qual se administra o rtPA intravenoso enquanto o paciente é preparado para a trombectomia mecânica, é o padrão-ouro para pacientes elegíveis com oclusão de grandes vasos. Estudos clínicos demonstraram que o uso prévio do trombolítico não aumenta as taxas de complicações imediatas da intervenção endovascular.

Alternativa C: Incorreta. Para pacientes que não receberão trombólise química e que não possuem contraindicações ou emergências hipertensivas associadas (como infarto agudo do miocárdio ou edema agudo de pulmão), a conduta preconizada é a hipertensão permissiva. Nesses casos, a pressão arterial só deve ser reduzida se os níveis estiverem acima de 220/120 mmHg. O valor de 185/110 mmHg é o limite máximo para que o paciente possa iniciar a infusão do trombolítico.

Alternativa D: Correta. A dissecação da artéria vertebral é uma das principais causas de acidente vascular cerebral em pacientes jovens. Clinicamente, ela se manifesta com dor na região cervical posterior ou nuca (cervicalgia), que pode preceder ou acompanhar os sintomas neurológicos de circulação posterior, como vertigem, vômitos proeminentes, ataxia e alterações de nervos cranianos, resultantes da isquemia no território vertebrobasilar (tronco encefálico e cerebelo).

Questão 14

CONCEITO DE DEMÊNCIA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA (DRP)

As demências rapidamente progressivas são definidas como quadros de declínio cognitivo que evoluem de forma acelerada, geralmente em um período inferior a um ou dois anos, mas frequentemente em semanas ou meses. Diferentemente das demências degenerativas usuais, que levam muitos anos para progredir, as DRPs exigem investigação urgente, pois abrangem causas inflamatórias, infecciosas, autoimunes e priônicas que podem ser fatais ou, em alguns casos, tratáveis.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) - CORRETA:

Esta alternativa reúne três etiologias que se encaixam perfeitamente no perfil de progressão rápida:

- Doença de Creutzfeldt-Jakob: É a principal doença priônica humana e o protótipo da demência rápida, apresentando declínio cognitivo fulminante, mioclonias e alterações em exames como a proteína 14-3-3 no líquido ou restrição à difusão na ressonância magnética.
- Encefalite anti-NMDA: É uma das principais encefalites autoimunes, evoluindo de forma subaguda com sintomas psiquiátricos graves, crises epiléticas e perda de memória em curto espaço de tempo.
- Vasculites do sistema nervoso central: A inflamação dos vasos cerebrais pode causar isquemias multifocais ou lesões parenquimatosas que resultam em um comprometimento cognitivo de instalação acelerada.

Alternativa (b) - INCORRETA:

- Doença de Huntington: É uma patologia neurodegenerativa hereditária de curso crônico e progressão lenta, marcada por movimentos coreicos e alterações cognitivo-comportamentais que se desenvolvem ao longo de décadas.
- Doença de Alzheimer: Embora seja a causa mais comum de demência, sua apresentação típica é insidiosa e gradual, progredindo ao longo de muitos anos (média de 8 a 12 anos).
- Encefalite anti-LGI1: Esta é, sim, uma causa de demência rapidamente progressiva

(autoimune), mas a alternativa está incorreta pela presença das outras duas condições crônicas.

Alternativa (c) - INCORRETA:

- Vasculites do SNC e Doença de Creutzfeldt-Jakob: São causas de progressão rápida.
- Doença de Huntington: Como mencionado anteriormente, é uma doença de progressão lenta e crônica, o que invalida a alternativa que busca "somente" causas rapidamente progressivas.

Alternativa (d) - INCORRETA:

- Vasculites do SNC e Encefalite anti-NMDA: São causas de progressão rápida.
- Doença de Alzheimer: É o erro da questão, pois é uma condição neurodegenerativa de longa duração e evolução lenta.

Gabarito: Letra (a).

Questão 15

A questão exige o conhecimento das atualizações das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Recentemente, a SBD incorporou novos critérios diagnósticos baseados no valor da glicemia de 1 hora durante o teste de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g.

Historicamente, avaliavam-se apenas os tempos 0 (jejum) e 120 minutos (2 horas). Contudo, evidências demonstraram que o valor de 1 hora é um preditor robusto de risco cardiovascular e evolução para diabetes. Segundo a SBD, os novos pontos de corte para a glicemia de 1 hora no TOTG são:

- Glicemia de 1 hora maior ou igual a 155 mg/dL: Pré-diabetes.
- Glicemia de 1 hora maior ou igual a 209 mg/dL: Diabetes Mellitus.

Análise dos resultados do paciente:

- Jejum: 100 mg/dL (Classificado como Glicemia de Jejum Alterada, pois o normal é menor que 100 mg/dL).
- 1 hora: 212 mg/dL (Classificado como Diabetes Mellitus, pois é maior ou igual a 209 mg/dL).
- 2 horas: 185 mg/dL (Classificado como Tolerância à Glicose Diminuída/Pré-diabetes, pois está entre 140 e 199 mg/dL).

Como o critério de 1 hora atingiu o patamar de Diabetes Mellitus, este diagnóstico prevalece sobre as classificações de pré-diabetes encontradas nos outros tempos.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora o paciente possua glicemia de jejum alterada (100 mg/dL) e glicemia de 2 horas na faixa de pré-diabetes (185 mg/dL), o resultado da coleta de 1 hora (212 mg/dL) eleva o diagnóstico para Diabetes Mellitus conforme as novas diretrizes.

Alternativa B: Incorreta. A classificação de pré-diabetes é invalidada pelo valor de 1 hora, que já indica diabetes. Além disso, os valores citados na alternativa não correspondem aos critérios técnicos específicos para a definição de pré-diabetes baseada apenas na coleta de 1 hora (que seria entre 155 e 208 mg/dL).

Alternativa C: Correta. Esta alternativa reflete a atualização mais recente da SBD. O valor de 212 mg/dL na coleta de 1 hora supera o ponto de corte de 209 mg/dL, confirmando o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Alternativa D: Incorreta. O critério para diagnóstico de Diabetes Mellitus no tempo de 2 horas (120 minutos) é uma glicemia maior ou igual a 200 mg/dL. O valor apresentado pelo paciente (185 mg/dL) no tempo de 2 horas indica pré-diabetes, e não diabetes. O diagnóstico de diabetes, neste caso, é firmado exclusivamente pelo valor de 1 hora.

Questão 16

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de crise grave de Retocolite Ulcerativa (RCU). O diagnóstico é sugerido pela história prévia da doença, pelo abandono do tratamento e pela presença de sinais de alerta, como diarreia sanguinolenta frequente, febre, dor abdominal, desidratação e perda de peso. De acordo com os critérios de Truelove e Witts, a ocorrência de mais de seis evacuações sanguinolentas por dia associada a sinais de toxicidade sistêmica (como febre e taquicardia) classifica o surto como grave, exigindo intervenção imediata.

Alternativa (a) CORRETA: O diagnóstico é de exacerbação ou atividade da doença. Em pacientes com RCU que apresentam piora súbita, é obrigatória a internação hospitalar para suporte clínico (hidratação venosa, correção hidroeletrólítica) e início de corticoterapia sistêmica. Além disso, é fundamental excluir complicações agudas, como o megacólon tóxico, e investigar infecções associadas. Infecções por bactérias entéricas ou pelo *Clostridioides difficile* podem mimetizar ou desencadear crises de RCU, e o uso de antibióticos pode ser necessário se houver suspeita de infecção secundária ou sepse.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora o suporte nutricional seja parte do cuidado longitudinal, o paciente está em uma emergência médica com sinais de gravidade. A

dieta de exclusão de glúten é o tratamento da doença celíaca e não possui indicação ou evidência de benefício no tratamento da Retocolite Ulcerativa. O encaminhamento ambulatorial para nutricionista é insuficiente para o quadro agudo descrito.

Alternativa (c) INCORRETA: A infecção por *Clostridioides difficile* é, de fato, um diagnóstico diferencial importante e uma complicação comum em pacientes com doenças inflamatórias intestinais. No entanto, a conduta de dar alta hospitalar para um paciente com sinais de toxicidade sistêmica é incorreta. Além disso, o uso de antidiarreicos (como loperamida) e antiespasmódicos é formalmente contraindicado em crises graves de colite, pois essas medicações reduzem a motilidade intestinal e podem precipitar o megacólon tóxico.

Alternativa (d) INCORRETA: A tuberculose intestinal é um diferencial comum para a Doença de Crohn, mas o paciente já tem diagnóstico firmado de RCU há 12 meses. Mesmo que houvesse suspeita de tuberculose, o tratamento inicial é farmacológico (esquema RIPE) e não cirúrgico. A cirurgia de urgência na RCU é reservada para complicações graves que não respondem ao tratamento clínico, como perfuração intestinal, hemorragia maciça ou megacólon tóxico refratário.

Questão 17

Análise das assertivas:

Primeira assertiva (Falsa): De fato, a exposição a altas temperaturas e a poluição atmosférica estão associadas a desfechos obstétricos negativos, como o parto prematuro e o baixo peso ao nascer. Entretanto, ao contrário do que afirma a questão, estudos epidemiológicos robustos demonstram que o calor extremo também eleva significativamente o risco de natimortalidade (natimortos). Portanto, a exclusão desse risco torna a frase incorreta.

Segunda assertiva (Verdadeira): O calor extremo altera o comportamento humano e aumenta a exposição a riscos. Há uma maior procura por atividades recreativas em águas para resfriamento, o que eleva estatisticamente os casos de afogamento. Além disso, o estresse térmico prejudica a cognição, o tempo de reação e o controle da impulsividade, fatores que contribuem diretamente para o aumento de acidentes de trânsito e atos de agressão interpessoal.

Terceira assertiva (Verdadeira): Mudanças climáticas e ondas de calor possuem um impacto direto e documentado na saúde mental. Dados globais confirmam a correlação entre o aumento das temperaturas e o crescimento das taxas de suicídio. Da mesma forma, o estresse provocado pelo calor excessivo reduz o limiar de tolerância e aumenta a irritabilidade, o que se reflete estatisticamente no aumento

dos índices de violência doméstica.

Quarta assertiva (Verdadeira): Diversas classes de psicofármacos, como antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor (como o lítio), interferem nos mecanismos fisiológicos de termorregulação do hipotálamo ou na resposta periférica. Alguns podem inibir a sudorese devido a efeitos anticolinérgicos, enquanto outros alteram a percepção de sede ou a hemodinâmica renal. Pacientes que utilizam essas medicações são considerados um grupo de risco adicional durante eventos de calor extremo.

Conclusão: A sequência correta é Falsa, Verdadeira, Verdadeira e Verdadeira (F - V - V - V).

Alternativa correta: Letra A.

Questão 18

Para resolver esta questão, é necessário identificar as três medicações a partir de suas propriedades farmacológicas e farmacocinéticas descritas no enunciado.

Medicação A: Escitalopram. O texto afirma que a molécula é constituída apenas do enantiômero S ativo. O citalopram é uma mistura racêmica (enantiômeros R e S), enquanto o escitalopram é o enantiômero S purificado. A menção ao intervalo QT é fundamental: o citalopram tem restrição de dose (máximo 40 mg/dia) devido ao risco de prolongamento do QT, risco que é significativamente menor com o escitalopram, permitindo maior segurança clínica.

Medicação B: Imipramina. Trata-se de um antidepressivo tricíclico (ADT). Embora os ADTs inibam a recaptção de noradrenalina e serotonina, eles possuem alta afinidade por receptores colinérgicos (causando boca seca, constipação e visão turva), histaminérgicos H₁ (causando sonolência) e alfa-1-adrenérgicos (causando hipotensão ortostática e taquicardia reflexa). A venlafaxina, citada em outras alternativas, é um IRSN, mas não possui essa afinidade expressiva por receptores muscarínicos e histaminérgicos.

Medicação C: Lítio. A descrição do mecanismo de ação interferindo no metabolismo do inositol (inibição da enzima inositol monofosfatase) e na cascata do IP₃/DAG é a explicação neuroquímica clássica para o carbonato de lítio. Além disso, a excreção quase totalmente renal e a meia-vida de 18 a 24 horas confirmam a identidade da substância. O lítio é frequentemente utilizado como estratégia de potencialização em casos de depressão que não responderam adequadamente à monoterapia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A sertralina é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina, mas a descrição da Medicação A foca especificamente na relação entre enantiômero S e mistura racêmica (típica do par citalopram/escitalopram). Além disso, a venlafaxina não apresenta o perfil de efeitos colaterais anticolinérgicos e anti-alfa-1 descritos para a Medicação B.

b) Correta. O escitalopram (A) é o enantiômero S, a imipramina (B) é um tricíclico com o perfil de receptores e efeitos colaterais citados, e o lítio (C) atua na via do inositol com excreção renal. O gráfico ilustra que o paciente foi um "não respondedor" às medicações A e B isoladamente, mas atingiu a remissão (HAM-D menor que 7) com a associação B + C.

c) Incorreta. A sertralina não corresponde à descrição da Medicação A. A escetamina (Medicação C nesta alternativa) possui um mecanismo de ação completamente diferente, agindo como antagonista dos receptores NMDA do glutamato, e não na via do inositol.

d) Incorreta. Embora o escitalopram esteja correto para a Medicação A, a venlafaxina (B) não se ajusta ao perfil de afinidade por receptores colinérgicos e adrenérgicos descrito, e a escetamina (C) não possui o mecanismo de ação ou a farmacocinética renal descrita no texto.

Associação com o gráfico: O gráfico de linha mostra a pontuação na escala Hamilton-17. Observa-se que com a Medicação A e com a Medicação B (troca), a queda na pontuação foi mínima, não atingindo o critério de resposta (redução de 50%). Somente após a associação da Medicação C à Medicação B é que ocorre uma queda abrupta na curva, levando a pontuação para 4, o que caracteriza a remissão do quadro depressivo.

Questão 19

Para diagnosticar a Endocardite Infecciosa (EI), a prática médica utiliza os Critérios de Duke Modificados, que são divididos em Critérios Maiores e Critérios Menores. O diagnóstico definitivo é estabelecido com a presença de 2 critérios maiores, ou 1 maior e 3 menores, ou 5 menores.

Alternativa (a) Incorreta. Febre acima de 38°C, embolização séptica (um fenômeno vascular) e glomerulonefrite (um fenômeno imunológico) são todos classificados como critérios menores de Duke.

Alternativa (b) Incorreta. A insuficiência cardíaca e novos distúrbios de condução (como um bloqueio atrioventricular decorrente de um abscesso de anel valvar) são complicações clínicas graves da endocardite, mas não fazem parte da definição de critérios maiores segundo a classificação de Duke.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa descreve os dois eixos principais dos critérios maiores:

1. Evidência microbiológica: Duas hemoculturas positivas para micro-organismos típicos de EI (como *Streptococcus viridans** ou *Staphylococcus aureus**) colhidas em momentos distintos.
2. Evidência de envolvimento endocárdico: Achado ecocardiográfico positivo, que inclui a presença de massa intracardíaca oscilante (vegetação) em válvula ou estruturas de suporte, abscesso, nova deiscência parcial de prótese valvar ou nova regurgitação valvar.

Alternativa (d) Incorreta. Nódulos de Osler e fator reumatoide positivo são classificados como fenômenos imunológicos, enquanto as lesões de Janeway são classificadas como fenômenos vasculares. Todos estes são considerados critérios menores.

Resumo dos Critérios de Duke:

- Maiores: Hemoculturas positivas (com germes típicos e persistência) e Evidência de lesão endocárdica no ecocardiograma.
- Menores: Predisposição (condição cardíaca prévia ou uso de drogas IV), Febre (>38°C), Fenômenos Vasculares (ex.: embolia arterial, lesões de Janeway), Fenômenos Imunológicos (ex.: glomerulonefrite, nódulos de Osler, fator reumatoide) e Evidência microbiológica que não preenche critério maior.

Questão 20

Análise da Afirmativa I:

O hiperaldosteronismo primário (HAP) é atualmente reconhecido como a causa mais comum de hipertensão arterial secundária, afetando cerca de 5 a 10 por cento dos pacientes hipertensos. Ele é considerado uma das causas mais passíveis de reversão, pois o diagnóstico precoce permite intervenções que podem curar a hipertensão ou facilitar drasticamente o seu controle. Nos casos de adenoma produtor de aldosterona unilateral, a cirurgia (adrenalectomia) pode levar à cura completa. Já nos casos de hiperplasia adrenal bilateral, o tratamento farmacológico específico com antagonistas da aldosterona reverte o estado de hipertensão resistente. Portanto, a afirmativa está correta.

Análise da Afirmativa II:

A hipertensão de origem parenquimatosa renal (doença renal crônica) possui uma fisiopatologia multifatorial, mas a retenção de sódio e água é o mecanismo central. A incapacidade do rim doente em excretar adequadamente a carga de sódio leva inevitavelmente à expansão do volume plasmático (hipervolemia), o que aumenta o débito cardíaco e eleva a pressão arterial. Outros mecanismos, como a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, também participam, mas a expansão volêmica é um dos pilares fundamentais. Portanto, a afirmativa está correta.

Análise da Afirmativa III:

As diretrizes modernas de hipertensão, incluindo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e consensos internacionais, não posicionam mais os betabloqueadores tradicionais (como atenolol e metoprolol) como primeira linha para pacientes com hipertensão não complicada. Estudos de larga escala mostraram que essas drogas são menos eficazes na redução de desfechos importantes, como o acidente vascular cerebral (AVC), em comparação com diuréticos tiazídicos, bloqueadores dos canais de cálcio, IECA ou BRA. Os betabloqueadores são indicados como primeira linha apenas em situações específicas, como pacientes com insuficiência cardíaca, pós-infarto agudo do miocárdio ou certas arritmias. Portanto, a afirmativa está incorreta.

Conclusão:

Uma vez que as afirmativas I e II apresentam conceitos corretos sobre a epidemiologia e fisiopatologia das causas secundárias, e a afirmativa III discorda das recomendações terapêuticas atuais para hipertensão essencial, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 21

A conduta para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil está em fase de transição para a incorporação do teste de DNA-HPV como tecnologia de primeira linha, conforme as recomendações mais recentes da SBOC 2025 e as diretrizes do Ministério da Saúde. O rastreamento é indicado para mulheres entre 25 e 64 anos que já iniciaram atividade sexual.

Neste caso, a paciente de 27 anos está na faixa etária correta e apresentou teste de DNA-HPV positivo para o tipo 33. O tipo 33 é classificado como HPV de alto risco oncogênico, mas não é o 16 nem o 18. O protocolo de manejo para testes de HPV positivos segue critérios específicos de triagem:

1. Se o resultado for positivo para os tipos 16 ou 18: A paciente deve ser encaminhada diretamente para colposcopia, devido ao altíssimo risco de lesões de alto grau.

2. Se o resultado for positivo para outros tipos de alto risco (incluindo o 33, 31, 45, 52, entre outros): É necessário realizar uma citologia reflexa no mesmo material para triagem.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O encaminhamento direto para colposcopia é reservado para os genótipos de maior risco (16 e 18). Para os demais tipos de alto risco, como o 33, a citologia reflexa deve ser feita primeiro para decidir se a paciente precisa de colposcopia imediata ou se pode ser reavaliada em um prazo maior.

Alternativa (b) Incorreta: Não existe indicação de repetir o teste em 6 meses neste cenário. Se a citologia reflexa fosse realizada e resultasse normal, a paciente repetiria o teste de HPV em 12 meses, e não em 6 meses.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta preconizada pelas novas diretrizes. A citologia reflexa é a triagem necessária para genótipos de alto risco que não sejam o 16 ou 18. Se essa citologia mostrar qualquer alteração (desde ASC-US até lesões de alto grau), a paciente vai para colposcopia. Se for negativa, ela repete o teste de HPV em 12 meses.

Alternativa (d) Incorreta: A faixa etária para início do rastreamento no Brasil é aos 25 anos. Como a paciente tem 27 anos, o exame foi solicitado corretamente e o resultado deve ser valorizado e conduzido conforme o protocolo.

Questão 22

Para compreender a farmacologia dos estrogênios na terapia de reposição hormonal, é fundamental diferenciar as três formas principais: estradiol (E2), estrona (E1) e estriol (E3). O estradiol é o estrogênio mais potente produzido pelo ovário durante a vida reprodutiva, possuindo a maior afinidade pelos receptores estrogênicos alfa e beta.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O estriol é considerado um estrogênio fraco. Sua afinidade de ligação aos receptores estrogênicos é significativamente menor quando comparada à do estradiol, situando-se em torno de 20% a 30%. Além da menor afinidade, o complexo estriol-receptor é menos estável, o que resulta em uma resposta biológica muito menos intensa.

Alternativa b) Incorreta. O estriol não possui a mesma afinidade que o estradiol.

Embora seja verdade que ele se dissocia mais rapidamente do receptor, a premissa de que a afinidade é igual torna a alternativa errada. A rapidez na dissociação é, inclusive, um dos motivos pelos quais o estriol tem efeito sistêmico limitado.

Alternativa c) Incorreta. Para a manutenção da densidade mineral óssea e o tratamento de sintomas vasomotores sistêmicos (ondas de calor), o estradiol é muito mais eficaz. O estriol, devido à sua baixa potência e curto tempo de ação no núcleo celular, não consegue promover a proteção óssea adequada nas doses habitualmente utilizadas, sendo mais indicado para o tratamento da atrofia urogenital (uso tópico).

Alternativa d) Incorreta. O estriol permanece ligado por menos tempo ao receptor do que o estradiol. Para que o estriol exerça um efeito estrogênico pleno (similar ao estradiol), ele precisaria ser administrado em doses muito altas e repetidas vezes ao longo do dia para manter a ocupação do receptor, o que não ocorre na prática clínica.

Questão 23

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma adolescente com amenorreia primária, mas com desenvolvimento normal de mamas e pelos pubianos. O desenvolvimento das mamas (telarca) é dependente da produção de estrogênio pelos ovários, o que indica que o eixo hipotálamo-hipófise-ovário está funcionando corretamente. O exame físico revela ausência de canal vaginal e a ultrassonografia mostra ovários normais, confirmando a função gonadal, porém com útero rudimentar. Esse conjunto de achados aponta para uma malformação congênita dos ductos de Müller.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

A) Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH)

Esta é a alternativa correta. A síndrome de MRKH é caracterizada pela agenesia ou hipoplasia mülleriana, resultando na ausência de útero (ou útero rudimentar), tubas uterinas e dos dois terços superiores da vagina. Como os ovários possuem origem embrionária diferente (crista gonadal), eles permanecem funcionais. Por isso, a paciente apresenta cariótipo 46,XX, níveis hormonais normais e desenvolvimento de caracteres sexuais secundários (mamas e pelos) condizentes com a idade, exatamente como descrito na questão.

B) Síndrome de Turner

Incorreta. A síndrome de Turner (geralmente cariótipo 45,X) é uma causa frequente de amenorreia primária, mas cursa com disgenesia gonadal (ovários em fita). A

ausência de função ovariana resulta na falta de estrogênio, o que impede o desenvolvimento das mamas (infantilismo sexual). Além disso, costuma apresentar baixa estatura e outros estigmas genéticos, o que contraria o relato de desenvolvimento normal das mamas no caso clínico.

C) Septo vaginal transversal imperfurado

Incorreta. O septo vaginal transversal é uma anomalia da canalização da vagina. Diferentemente da síndrome de MRKH, o útero nessas pacientes é normal e funcional. O principal sintoma é a dor pélvica cíclica decorrente do acúmulo de sangue menstrual que não consegue ser exteriorizado (hematocolpo e hematometra). O achado ultrassonográfico de útero rudimentar desconsidera este diagnóstico.

D) Hímen imperfurado

Incorreta. É a causa obstrutiva mais comum de amenorreia primária. Assim como no septo, o útero e os ovários são normais. A paciente apresenta desenvolvimento puberal normal, mas refere dor abdominal cíclica. Ao exame físico, observa-se uma membrana himenal abaulada e violácea. O diagnóstico é descartado pela presença de útero rudimentar e pela descrição de ausência de canal vaginal, que sugere uma agenesia mais profunda e não apenas uma obstrução membranosa distal.

Questão 24

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta a tríade clássica sugestiva de endometriose profunda: dor (dismenorreia progressiva, dispareunia e disúria menstrual), infertilidade e achados característicos ao exame físico (espessamento de ligamento uterossacro e nódulo retrocervical). O tamanho do nódulo (4 cm) e a presença de sintomas urinários indicam uma doença infiltrativa e severa.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento com anticoncepcionais combinados visa o bloqueio hormonal para controle dos sintomas dolorosos. No entanto, ele não é eficaz para tratar a infertilidade e não promove a regressão de nódulos de endometriose profunda. Em uma paciente com desejo de gestação e lesão volumosa, o tratamento clínico isolado é insuficiente.

Alternativa b) Incorreta. Embora a fertilização in vitro (FIV) seja uma ferramenta importante no tratamento da infertilidade associada à endometriose, ela não deve ser a conduta inicial imediata sem antes realizar o mapeamento da extensão da doença. Além disso, a cirurgia pode ser necessária previamente para melhorar as

taxas de sucesso da reprodução assistida ou para tratar a dor excruciante e prevenir complicações em outros órgãos (como ureteres e intestino).

Alternativa c) Correta. Diante da suspeita de endometriose profunda pelo exame físico, o próximo passo fundamental é o mapeamento das lesões por exames de imagem especializados, como a ressonância magnética da pelve ou o ultrassom transvaginal com preparo intestinal. Esses exames permitem avaliar se há comprometimento de outros órgãos. Após o mapeamento, o tratamento cirúrgico (preferencialmente por videolaparoscopia) está indicado para a exérese dos focos, visando a melhora da dor e a restauração da anatomia pélvica para tratar a infertilidade.

Alternativa d) Incorreta. O nódulo retrocervical palpável em uma paciente jovem com queixas cíclicas menstruais e infertilidade é um achado típico de endometriose retrocervical/septovaginal. Não há qualquer correlação direta entre esse achado e o diagnóstico de câncer uterino, tornando o encaminhamento oncológico um erro de conduta.

Gabarito: Letra (c).

Questão 25

Para compreender o mecanismo de ação da pílula anticoncepcional combinada, é fundamental distinguir os papéis do estrogênio e da progestina no eixo hipotálamo-hipófise-gônada.

Alternativa (a) Incorreta. A supressão do Hormônio Luteinizante (LH) é a principal função do componente progestogênio da pílula. Ao inibir o pico de LH, o progestogênio impede a ovulação propriamente dita. Embora o estrogênio potencialize essa ação, não é sua contribuição principal e isolada.

Alternativa (b) Correta. O componente estrogênico (geralmente o etinilestradiol) atua através de um feedback negativo na hipófise anterior, resultando na supressão do Hormônio Folículo-Estimulante (FSH). Sem o estímulo do FSH, não ocorre o recrutamento e o desenvolvimento de um folículo dominante, o que impede a maturação folicular e a subsequente produção endógena de estradiol. Essa é a base da eficácia do estrogênio na pílula combinada.

Alternativa (c) Incorreta. As alterações no endométrio que o tornam hostil à implantação (atrofia endometrial e alteração do preparo glandular) são efeitos decorrentes predominantemente da ação do progestogênio, que antagoniza a proliferação endometrial induzida pelo estrogênio.

Alternativa (d) Incorreta. O espessamento do muco cervical, tornando-o mais viscoso e impenetrável aos espermatozoides, é um mecanismo clássico de ação do progestogênio. O estrogênio, isoladamente, tende a tornar o muco mais fluido e filante (favorável à ascensão espermática).

Resumo: Enquanto o progestogênio é o grande responsável por bloquear a ovulação (via LH) e criar barreiras periféricas (muco e endométrio), o estrogênio garante a estabilidade do ciclo e potencializa a ação contraceptiva ao impedir o crescimento folicular (via FSH).

Questão 26

A classificação BI-RADS para composição mamária categoriza as mamas em quatro grupos, de A a D, conforme a proporção de tecido fibroglandular. Uma mama acentuadamente densa (Categoria D) é composta majoritariamente por tecido glandular e conjuntivo, com pouca gordura. O grande desafio diagnóstico reside no fato de que, na mamografia, o tecido denso apresenta-se branco (radiopaco), assim como a maioria dos carcinomas e nódulos mamários.

Alternativa a) Correta. Este é o chamado efeito de mascaramento. Como o tumor e o tecido denso possuem a mesma densidade radiológica (ambos ficam brancos na imagem), uma lesão pode estar presente mas não ser visível por estar escondida pelo parênquima adjacente. Isso diminui a sensibilidade do método, ou seja, a capacidade de detectar a doença quando ela existe, aumentando o risco de exames falso-negativos.

Alternativa b) Incorreta. A especificidade não aumenta com a densidade. Na verdade, a densidade dificulta a análise detalhada das margens e contornos de eventuais achados, o que prejudica a precisão diagnóstica e frequentemente exige manobras adicionais ou outros exames.

Alternativa c) Incorreta. A acurácia global é muito maior em mamas adiposas (Categoria A). Nas mamas gordurosas, o fundo da imagem é escuro (radioluciente), o que gera um contraste nítido com qualquer lesão branca, facilitando a identificação de nódulos mesmo que muito pequenos.

Alternativa d) Incorreta. A densidade mamária é um dado de extrema relevância clínica. Além de limitar a mamografia, a alta densidade é considerada um fator de risco independente para o câncer de mama. Por esses motivos, em pacientes com mamas densas, o médico frequentemente solicita exames complementares, como a ultrassonografia, para compensar a menor sensibilidade da mamografia.

Questão 27

Texto Original:

O mecanismo de produção de estrogênio no ovário durante a fase folicular é explicado pela Teoria das Duas Células e Duas Gonadotrofinas. Esse processo fundamental da endocrinologia ginecológica envolve a cooperação entre diferentes tipos celulares e hormônios hipofisários.

Alternativa A - Incorreta. Na fase folicular, a ação do LH (hormônio luteinizante) ocorre primordialmente nas células da teca, e não nas células da granulosa. As células da granulosa possuem receptores para FSH (hormônio folículo-estimulante) nesta fase, passando a expressar receptores de LH apenas quando o folículo se torna dominante e se aproxima da ovulação.

Alternativa B - Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente a fisiologia ovariana. O mecanismo funciona da seguinte forma:

1. Células da Teca: Sob estímulo do LH, estas células captam colesterol e o transformam em andrógenos (principalmente androstenediona e testosterona). Elas não conseguem converter esses andrógenos em estrogênio por terem baixa atividade da enzima aromatase.
2. Células da Granulosa: Os andrógenos produzidos na teca difundem-se para a granulosa. Sob estímulo do FSH, a enzima aromatase é ativada nas células da granulosa, convertendo os andrógenos em estrogênios (estrona e estradiol).

Alternativa C - Incorreta. A ativina é um hormônio peptídico produzido pelas células da granulosa (e não secretada primariamente pela hipófise) que exerce um feedback positivo para a secreção de FSH. Embora ajude na regulação do ciclo, ela não é o mecanismo de síntese do estrogênio.

Alternativa D - Incorreta. As células da teca são incapazes de produzir estrogênio de forma direta e isolada porque não possuem concentração suficiente da enzima aromatase. Elas produzem os precursores androgênicos, que obrigatoriamente precisam da ação do FSH nas células da granulosa para a finalização da síntese estrogênica.

Questão 28

Análise de cada afirmativa:

Primeira afirmativa (Verdadeira): O FSH (Hormônio Folículo-Estimulante) basal, dosado entre o segundo e o quarto dia do ciclo menstrual (fase folicular precoce), é um marcador clássico de reserva ovariana. Níveis elevados de FSH nesse período sugerem que os ovários possuem uma reserva diminuída, pois a hipófise precisa

umentar a secreção desse hormônio para tentar recrutar folículos que já não respondem adequadamente aos estímulos.

Segunda afirmativa (Verdadeira): As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), especialmente a clamídia e a gonorreia, são as principais causas de infertilidade por fator tuboperitoneal. Essas infecções frequentemente cursam de forma assintomática ou com sintomas leves, o que retarda o diagnóstico e permite que o processo inflamatório cause cicatrizes, aderências e obstrução das trompas de Falópio (salpingite crônica).

Terceira afirmativa (Verdadeira): A infertilidade deve ser compreendida como um problema do casal. Estatisticamente, as causas de infertilidade são distribuídas em aproximadamente 40 por cento de fator feminino isolado, 40 por cento de fator masculino isolado e 20 por cento de fatores combinados ou sem causa aparente (ISCA). Portanto, o componente masculino tem papel fundamental na investigação inicial.

Quarta afirmativa (Verdadeira): De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e as principais sociedades de reprodução assistida, a prevalência da infertilidade atinge cerca de 10 a 15 por cento dos casais em idade reprodutiva ao redor do mundo. É considerada um problema de saúde pública global, com variações regionais dependendo de fatores ambientais, sociais e de saúde local.

Conclusão: Todas as afirmações estão corretas, o que valida a sequência V - V - V - V.

Alternativa correta: Letra C.

Questão 29

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma paciente de 29 anos (idade reprodutiva) com Sangramento Uterino Anormal (SUA) caracterizado por ser irregular e imprevisível, sem queixas de dor e com exame físico e especular totalmente normais (útero de tamanho usual e colo sem lesões). Este cenário é clássico da disfunção ovulatória.

Alternativa (a) Gestação: Incorreta. Apesar de a gestação ser a primeira condição a ser excluída em qualquer paciente em idade fértil com sangramento anormal, o enunciado busca a hipótese diagnóstica baseada no padrão do sangramento. O termo "irregular e imprevisível" associado a um exame físico normal é mais característico de distúrbios da ovulação do que de uma gestação inicial ou suas complicações (como abortamento ou ectópica), que frequentemente cursam com dor ou alterações no colo e volume uterino.

Alternativa (b) Sangramento anovulatório: Correta. Esta é a principal causa de sangramento irregular em mulheres jovens com exame físico normal. Na ausência de ovulação, não há formação do corpo lúteo e, conseqüentemente, não há produção de progesterona. O endométrio fica exposto apenas ao estímulo estrogênico, tornando-se hiperplásico e instável, o que causa descamações aleatórias, resultando em sangramentos imprevisíveis em relação ao intervalo, duração e volume. Na classificação internacional PALM-COEIN, esta causa é classificada como SUA-O (Disfunção Ovulatória).

Alternativa (c) Adenomiose: Incorreta. A adenomiose é caracterizada pela presença de glândulas e estroma endometrial no miométrio. Clinicamente, manifesta-se por aumento do volume uterino (útero globoso e amolecido), dor pélvica crônica e dismenorreia (cólica menstrual) progressiva. O caso descrito cita especificamente que o útero possui tamanho usual e não há sintomas associados, o que afasta essa hipótese.

Alternativa (d) Câncer cervical: Incorreta. O câncer de colo uterino em estágios que causam sangramento geralmente apresenta alterações visíveis ao exame especular, como massas friáveis, úlceras ou sangramento ao toque. Além disso, o sangramento costuma ser do tipo sinusorragia (após o coito). Como o exame especular da paciente estava sem alterações e o colo encontrava-se móvel e indolor, essa hipótese é altamente improvável.

Questão 30

Análise das assertivas:

Primeira assertiva (Verdadeira): O climatério é marcado por uma importante flutuação e subsequente queda nos níveis de estrogênio. Como o estrogênio atua na regulação de neurotransmissores essenciais para o humor, como a serotonina e a noradrenalina, sua carência leva frequentemente a sintomas como irritabilidade, labilidade emocional, ansiedade e depressão. A diminuição da memória e a perda de libido também são queixas clássicas decorrentes tanto do hipoestrogenismo quanto da diminuição dos níveis de androgênios e do envelhecimento.

Segunda assertiva (Verdadeira): Os distúrbios do sono são extremamente prevalentes no climatério, afetando entre 40% a 60% das mulheres. A insônia pode ser primária (alteração da arquitetura do sono pela falta hormonal) ou secundária aos fogachos noturnos. Além disso, com a mudança na distribuição da gordura corporal e a perda de tônus da musculatura da via aérea superior após a menopausa, há um aumento documentado na incidência de distúrbios respiratórios do sono, como a

apneia obstrutiva.

Terceira assertiva (Falsa): Esta afirmação é considerada falsa porque, embora o risco de sintomas depressivos aumente significativamente durante a transição menopausal (perimenopausa), a prevalência de depressão maior (o transtorno clínico propriamente dito) está fortemente associada ao histórico prévio da paciente. Mulheres com antecedentes de depressão ou síndrome pré-menstrual grave têm um risco muito mais elevado. Em mulheres sem qualquer história prévia de depressão, o surgimento de depressão maior apenas devido ao climatério é menos frequente, sendo mais comum a presença de sintomas depressivos leves a moderados e flutuações de humor.

Quarta assertiva (Verdadeira): A experiência do climatério é influenciada pelo modelo biopsicossocial. Isso significa que, além da deficiência estrogênica (fator biológico), determinantes sociais como nível de escolaridade, situação financeira, suporte familiar, estresse ocupacional e a forma como a cultura local enxerga o envelhecimento feminino impactam diretamente na percepção e na intensidade dos sintomas relatados pela mulher.

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a terceira afirmação é falsa.

A alternativa (b) é a correta, pois segue a sequência exata de V - V - F - V.

A alternativa (c) está incorreta por considerar a segunda afirmação falsa e a quarta afirmação falsa.

A alternativa (d) está incorreta por considerar a primeira afirmação falsa e a terceira afirmação falsa.

Gabarito: Letra (b).

Questão 31

Alternativa A: CORRETA. A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) caracteriza-se por uma proliferação anormal das células do trofoblasto (citotrofoblasto e sincitiotrofoblasto). Esse grupo de doenças inclui tanto formas benignas (mola hidatiforme completa e parcial) quanto formas malignas ou neoplásicas (mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide).

Alternativa B: CORRETA. O fragmento beta da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG) é produzido naturalmente pelas células do sincitiotrofoblasto. Na DTG, há uma superprodução desse hormônio proporcional à massa tumoral, tornando-o um

marcador biológico extremamente sensível e específico tanto para o diagnóstico inicial quanto para o monitoramento pós-esvaziamento uterino e a resposta ao tratamento quimioterápico.

Alternativa C: CORRETA. A literatura médica e os protocolos da FEBRASGO e da FIGO apontam que a idade materna avançada (especialmente acima de 35 a 40 anos) e o antecedente pessoal de gravidez molar são os dois fatores de risco mais significativos. O risco de recorrência para quem já teve uma mola é significativamente maior do que na população geral.

Alternativa D: INCORRETA (Gabarito). Esta afirmação é falsa por dois motivos principais. Primeiro, a Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) pode surgir após qualquer tipo de evento gestacional, incluindo abortamentos, gestações ectópicas e até mesmo o parto a termo (normal), sem necessariamente passar por uma fase de mola hidatiforme prévia. Segundo, mesmo que uma mola hidatiforme seja tratada corretamente com o esvaziamento uterino, cerca de 15% a 20% das molas completas e 1% a 5% das molas parciais podem evoluir para formas malignas, independentemente da adequação do tratamento inicial. Portanto, a neoplasia não é "sempre" resultado de falta de tratamento da forma benigna.

Questão 32

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma gestante no terceiro trimestre (34 semanas) com sangramento vaginal de pequena monta, indolor e de cor vermelho-vivo. Os pontos-chave para o diagnóstico são: ausência de dor abdominal, tônus uterino normal (útero relaxado), estabilidade hemodinâmica da mãe e bem-estar fetal preservado. Além disso, a paciente possui um fator de risco clássico para patologias placentárias: três cesarianas prévias e tabagismo.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A hipótese de placenta de inserção baixa ou placenta prévia é a principal suspeita diante de sangramento indolor no terceiro trimestre, especialmente em pacientes com cicatrizes uterinas prévias. O diagnóstico de certeza é ultrassonográfico. A complementação transvaginal é fundamental, pois é o padrão-ouro para medir a distância entre a borda da placenta e o orifício interno do colo do útero, sendo um procedimento seguro quando realizado de forma técnica (sem introdução profunda do transdutor).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

A) Descolamento prematuro de placenta (DPP): Esta patologia se manifesta classicamente com dor abdominal súbita e intensa, sangramento de cor escura e, obrigatoriamente, hipertonia uterina (útero rígido/lenhoso). O quadro da questão descreve útero com tônus normal e ausência de dor, o que exclui DPP.

C) Vasa prévia: É uma condição rara onde vasos fetais cruzam o orifício interno do colo. O sangramento ocorre tipicamente no momento da ruptura das membranas (amniorrexe) e é de origem fetal, levando ao sofrimento fetal agudo e óbito em poucos minutos. A paciente apresenta sangramento há 4 dias com feto hígido, o que invalida esta hipótese. Além disso, a conduta de aguardar até 37 semanas sem confirmação diagnóstica e internação rigorosa não seria adequada para vasa prévia suspeita.

D) Ruptura uterina: Embora as três cesarianas anteriores sejam um fator de risco, a ruptura uterina é um evento dramático que geralmente ocorre durante o trabalho de parto, cursando com dor lancinante, interrupção das contrações, subida da apresentação fetal à palpação e choque materno. A estabilidade clínica da paciente e a ausência de dinâmica uterina descartam essa urgência no momento.

Questão 33

Afirmativa I: Correta. A descrição refere-se à eclâmpsia, que é a ocorrência de crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é o padrão-ouro na prevenção (em casos de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade) e no tratamento dessas convulsões, sendo superior a outros anticonvulsivantes, como a fenitoína ou os benzodiazepínicos.

Afirmativa II: Incorreta. Atualmente, os principais consensos nacionais e internacionais (como os da FEBRASGO e ACOG) estabelecem que a proteinúria não é mais obrigatória para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Na ausência de proteinúria, o diagnóstico pode ser firmado se a paciente apresentar hipertensão de início recente (após 20 semanas de gestação) associada a disfunções orgânicas, como trombocitopenia, insuficiência renal, alteração da função hepática, edema agudo de pulmão ou sintomas visuais/cerebrais.

Afirmativa III: Correta. O monitoramento da toxicidade pelo sulfato de magnésio é fundamental e baseia-se em parâmetros clínicos, já que o magnésio é excretado quase exclusivamente pelos rins. A perda do reflexo patelar (tendinoso) é o primeiro sinal de intoxicação. A depressão respiratória (frequência respiratória abaixo de 12-16 incursões por minuto) indica níveis tóxicos mais elevados. A monitorização da diurese é essencial porque, se houver oligúria (menos de 25 a 30 mL/h ou cerca de

100 mL em 4 horas), o risco de acúmulo da droga e consequente parada cardiorrespiratória aumenta significativamente.

Afirmativa IV: Correta. A pré-eclâmpsia, especialmente em suas formas graves, é uma doença sistêmica que pode levar a múltiplas complicações catastróficas. O descolamento prematuro de placenta (DPP) é uma das principais causas de mortalidade perinatal e materna associada à hipertensão. A CIVD e a insuficiência renal são complicações hematológicas e metabólicas graves, enquanto o edema agudo de pulmão é uma das principais causas de admissão em UTI nessas pacientes. A pneumonia aspirativa e a parada cardiorrespiratória podem ocorrer como desdobramentos de crises convulsivas ou toxicidade medicamentosa.

Conclusão: Como as afirmativas I, III e IV estão corretas, a alternativa (c) é o gabarito da questão.

Questão 34

Análise dos dados laboratoriais e condutas:

Hemoglobina (11,2 g/dL): Na gestação, considera-se anemia quando a hemoglobina está abaixo de 11 g/dL. Como o valor da paciente é 11,2 g/dL, ela não apresenta anemia, apenas as alterações fisiológicas da gravidez. Portanto, deve-se manter a suplementação profilática de ferro, e não aumentá-la para dose terapêutica. A afirmativa I está incorreta.

Sorologia para hepatite B (HBsAg não reagente e anti-HBs não reagente): O resultado indica que a paciente não tem a infecção (HBsAg negativo), mas também não possui imunidade (anti-HBs negativo). Toda gestante suscetível deve ser vacinada contra a hepatite B em qualquer trimestre da gestação. A afirmativa II está correta.

Glicemia e TOTG 75 g (jejum: 91; 1 h: 168; 2 h: 153): De acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG) é feito se um ou mais valores estiverem alterados: jejum entre 92 e 125 mg/dL; 1 hora após sobrecarga maior ou igual a 180 mg/dL; ou 2 horas após sobrecarga maior ou igual a 153 mg/dL. Como o valor de 2 horas foi exatamente 153 mg/dL, o diagnóstico de DMG está confirmado. O tratamento inicial consiste em medidas não farmacológicas (dieta e exercícios) e monitorização glicêmica (HGT). A afirmativa III está correta.

EQU e urocultura (muitos leucócitos, mas sem crescimento bacteriano): A presença de leucócitos no exame de urina (leucocitúria) isolada, com uma urocultura negativa, não autoriza o diagnóstico de infecção do trato urinário (ITU). Na gestação, tratamos

a bacteriúria assintomática (urocultura positiva em paciente sem sintomas) ou a cistite/pielonefrite (sintomas clínicos). Sem crescimento bacteriano, não há indicação de antibioticoterapia. A afirmativa IV está incorreta.

Conclusão: Estão corretas apenas as afirmativas II e III. Portanto, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 35

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

Afirmativa I: CORRETA. O objetivo da tocólise (inibição das contrações uterinas) não é evitar o parto indefinidamente, mas sim ganhar tempo. O prazo de 48 horas é o período necessário para que o corticosteroide antenatal (como a betametasona ou dexametasona) exerça seu efeito máximo na maturação pulmonar fetal, reduzindo o risco de Síndrome do Desconforto Respiratório, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante. Além disso, esse tempo permite a transferência segura da gestante para uma unidade de referência com UTI neonatal.

Afirmativa II: INCORRETA. A indometacina é um inibidor da ciclo-oxigenase (AINE) e seu uso é restrito a gestações com menos de 32 semanas. O uso após a 32ª semana está formalmente contraindicado devido ao elevado risco de fechamento prematuro do ducto arterioso fetal e de oligo-hidrânio (redução do líquido amniótico) por diminuição da perfusão renal fetal.

Afirmativa III: CORRETA. A nifedipina, um bloqueador dos canais de cálcio, é atualmente considerada a primeira linha de tratamento em muitos protocolos mundiais. Ela apresenta alta eficácia em retardar o parto por 48 horas e 7 dias, possui administração simplificada (via oral) e um perfil de efeitos colaterais mais favorável e menos grave quando comparada aos antigos beta-agonistas (como a terbutalina).

Afirmativa IV: CORRETA. O atosibano é um antagonista do receptor da ocitocina. Estudos mostram que sua eficácia em prolongar a gestação é comparável à da nifedipina. Sua principal vantagem é a segurança, sendo o medicamento com menos efeitos colaterais maternos. No entanto, o seu alto custo hospitalar é o principal fator limitante para que não seja utilizado rotineiramente como primeira escolha em todos os serviços.

CONCLUSÃO:

Como as afirmativas I, III e IV estão corretas e a afirmativa II está incorreta, a

alternativa correta é a letra (d).

Questão 36

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente no terceiro período do parto (secundamento). O tempo normal para a saída da placenta, sob manejo ativo, é de até 30 minutos. Quando a placenta permanece retida após este período, como no caso em questão (90 minutos), estamos diante de um quadro de placenta retida. O principal diagnóstico diferencial para uma placenta que não descola mesmo com as manobras habituais é o acretismo placentário.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): O acretismo placentário ocorre devido a uma falha na formação da decídua basal, fazendo com que as vilosidades coriais se fixem diretamente no miométrio. Clinicamente, manifesta-se pela ausência de descolamento placentário após o nascimento do feto. O maior risco imediato associado a essa condição é a hemorragia pós-parto grave, uma vez que a tentativa de remoção manual da placenta ou a falha na contração uterina (pela presença do tecido placentário) pode levar a sangramentos maciços e coagulopatia.

Alternativa B (INCORRETA): A ruptura uterina é uma emergência obstétrica que ocorre mais frequentemente durante o trabalho de parto, especialmente em pacientes com cicatrizes uterinas prévias (como a cesárea anterior desta paciente), mas manifesta-se com dor súbita e sofrimento fetal antes do nascimento. A endometrite é uma complicação infecciosa do puerpério, que geralmente surge após 24 a 48 horas do parto, e não é o risco agudo principal de uma placenta retida no momento do secundamento.

Alternativa C (INCORRETA): A vasa prévia é uma condição em que vasos fetais desprotegidos cruzam o orifício interno do colo uterino. O risco associado é o sangramento fetal maciço após a rotura das membranas, ocorrendo antes do nascimento. A rotura do cordão umbilical pode ocorrer por tração excessiva durante o manejo do terceiro estágio, mas é uma complicação técnica e não o diagnóstico da patologia de base da paciente.

Alternativa D (INCORRETA): A placenta sucenturiada caracteriza-se pela presença de um ou mais lobos acessórios de tecido placentário situados à distância da placenta principal. Embora possa causar retenção de restos placentários se um lobo extra permanecer no útero, o quadro de 90 minutos de retenção total aponta para

acretismo. A distocia de trajeto refere-se a obstáculos anatômicos no canal de parto que impedem a descida do feto, não tendo relação com a fase de expulsão da placenta.

Questão 37

O acretismo placentário é uma condição em que ocorre uma aderência anormal da placenta ao miométrio, decorrente da ausência ou deficiência da decídua basal (camada de Nitabuch). Os fatores de risco estão geralmente associados a condições que causam danos ao endométrio ou cicatrizes na parede uterina.

Alternativa (a) Incorreta: A história de cesariana em gestações anteriores é o principal e mais importante fator de risco para o acretismo placentário. Quanto maior o número de cesáreas prévias, maior a probabilidade de a placenta se implantar de forma anômala sobre a cicatriz, especialmente se houver placenta prévia concomitante.

Alternativa (b) Incorreta: A gestação múltipla é considerada um fator de risco. Isso se deve a diversos fatores, incluindo a maior superfície de implantação placentária necessária para nutrir mais de um feto e a associação frequente com técnicas de reprodução assistida, que isoladamente também aumentam o risco de distúrbios de placentação.

Alternativa (c) Incorreta: A idade materna avançada, geralmente definida como acima de 35 anos, é um fator de risco bem estabelecido. Com o avançar da idade, ocorrem alterações na vascularização uterina e maior probabilidade de danos cumulativos ao endométrio, o que predispõe a uma placentação inadequada.

Alternativa (d) Correta (O EXCETO): A conização é um procedimento cirúrgico realizado no colo do útero para o tratamento de lesões pré-neoplásicas. Embora a conização esteja associada a desfechos obstétricos negativos, como a insuficiência istmocervical e o aumento do risco de parto prematuro, ela não altera a integridade da cavidade uterina ou do corpo do útero. Como o acretismo envolve a interface entre a placenta e o corpo uterino (endométrio/miométrio), a conização não é considerada um fator de risco para essa condição.

Questão 38

O quadro clínico da paciente descreve o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), caracterizado por sintomas afetivos e somáticos graves na fase lútea, com remissão logo após o início da menstruação. O tratamento de primeira linha é feito com Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como a sertralina.

Alternativa a: Incorreta. A meia-vida da sertralina é de aproximadamente 26 horas (cerca de 1 dia), e a de seu principal metabólito ativo, a desmetilsertralina, varia entre 62 e 104 horas (aproximadamente 2 a 4 dias). Os valores citados na alternativa (2-3 dias para a droga e 7-9 dias para o metabólito) são característicos da fluoxetina e da norfluoxetina.

Alternativa b: Incorreta. O erro está na localização da ação. A sertralina bloqueia o transportador de serotonina (SERT) para impedir a recaptação do neurotransmissor. Essa ação ocorre no neurônio pré-sináptico (tanto no terminal axonal quanto na região somatodendrítica), e não no terminal pós-sináptico. Ao bloquear a recaptação, a medicação aumenta a disponibilidade de serotonina na fenda sináptica para atuar nos receptores do neurônio seguinte.

Alternativa c: Incorreta. Os ISRS são conhecidos justamente por sua seletividade. Eles possuem afinidade muito baixa por receptores histaminérgicos (H1), colinérgicos (muscarínicos) e alfa-1-adrenérgicos. A descrição de alta afinidade por esses receptores e a consequente alta incidência de efeitos sedativos, boca seca, constipação e riscos cardiovasculares é característica dos antidepressivos tricíclicos.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa lista os efeitos colaterais clássicos dos ISRS. A diarreia é um efeito gastrointestinal particularmente comum com a sertralina devido à estimulação de receptores serotoninérgicos periféricos no intestino. A cefaleia e a boca seca também são relatadas com frequência. A disfunção sexual (redução de libido e anorgasmia) é um dos efeitos adversos mais persistentes e comuns dessa classe medicamentosa.

Questão 39

Texto Original:

O tema abordado é a Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO), definida como a ruptura das membranas antes do início do trabalho de parto. O objetivo da questão é identificar a alternativa que apresenta uma conduta incorreta.

Alternativa A (Correta): Quando a paciente apresenta RPMO em uma gestação a termo (igual ou superior a 37 semanas), o risco de complicações infecciosas para o binômio mãe-feto aumenta com o tempo de latência. Como o feto já é maduro e não

há benefício em prolongar a exposição ao risco de infecção, a conduta padrão é o desfecho da gestação, seja por indução do parto ou cesárea (conforme indicação obstétrica).

Alternativa B (Correta): A corioamnionite é a infecção clínica das membranas e do líquido amniótico. Ela representa uma urgência obstétrica e uma contraindicação absoluta à conduta conservadora. Diante de sinais como febre materna, taquicardia fetal, útero doloroso ou líquido fétido, a gestação deve ser interrompida imediatamente, independentemente da idade gestacional, acompanhada de antibioticoterapia de amplo espectro.

Alternativa C (Correta): Entre 24 e 34 semanas de gestação, caso não haja sinais de infecção, descolamento de placenta ou sofrimento fetal, a conduta é conservadora (expectante). O principal objetivo é reduzir os danos da prematuridade. Nesse período, a administração de corticosteroides (betametasona ou dexametasona) é mandatória para acelerar a maturação pulmonar fetal e reduzir a incidência de síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante.

Alternativa D (Incorreta/Gabarito): Esta alternativa está incorreta porque a antibioticoprofilaxia para o Estreptococo do Grupo B (GBS) em pacientes com gestação a termo e RPMO não é universal. Ela segue critérios específicos do protocolo de prevenção de sepse neonatal. A profilaxia só é indicada se a paciente tiver rastreio positivo (swab vaginal/anal coletado entre 35-37 semanas), se o status for desconhecido e houver fatores de risco (como bolsa rota há mais de 18 horas ou febre intraparto), ou se a paciente tiver histórico de filho anterior com infecção por GBS ou bacteriúria pela bactéria na gestação atual. Portanto, não deve ser realizada em todos os casos, independentemente do status de rastreio. Vale lembrar que os antibióticos usados na conduta conservadora (latência) em prematuros têm objetivos diferentes da profilaxia para GBS no termo.

Questão 40

A ecografia morfológica de primeiro trimestre é um exame fundamental, realizado obrigatoriamente no intervalo entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias de gestação. O principal objetivo desta etapa é o rastreio de aneuploidias (alterações cromossômicas, sendo a mais comum a síndrome de Down), utilizando marcadores ultrassonográficos específicos, como a translucência nugal, a presença do osso nasal e o fluxo no ducto venoso.

A ecografia morfológica de segundo trimestre é o exame detalhado da anatomia fetal. O período ideal para sua realização situa-se entre 20 e 24 semanas (o

enunciado cita 20 a 23 semanas, o que está tecnicamente correto e dentro da janela de melhor visualização). Nesse estágio, a organogênese está concluída e o tamanho fetal, somado à quantidade de líquido amniótico, permite identificar a maioria das malformações estruturais nos diversos sistemas (nervoso, cardíaco, renal, esquelético, etc.).

Análise das alternativas:

Alternativa a: CORRETA. Preenche as lacunas com os objetivos e prazos corretos, de acordo com os protocolos da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Fetal Medicine Foundation. No 1.º trimestre (11 a 13 semanas e 6 dias), foca-se em aneuploidias. No 2.º trimestre (20 a 23/24 semanas), foca-se em malformações.

Alternativa b: INCORRETA. O período de 8 a 11 semanas é precoce demais para o rastreio morfológico, pois o feto ainda não atingiu o desenvolvimento necessário para a medida da translucência nucal (mínimo de 11 semanas).

Alternativa c: INCORRETA. Embora o defeito de fechamento do tubo neural possa ser suspeitado no primeiro trimestre, sua confirmação diagnóstica é clássica do segundo trimestre. O risco de pré-eclâmpsia é avaliado pelo Doppler de artérias uterinas, mas não define o objetivo principal da ecografia "morfológica", que é o estudo da forma e estrutura fetal.

Alternativa d: INCORRETA. A incompetência istmocervical é avaliada pela medida do colo uterino via transvaginal, não sendo o objetivo primário da ecografia morfológica fetal. Além disso, as janelas temporais propostas (8 a 11 e 16 a 26) estão em desacordo com os protocolos de rastreio citogenético e anatômico.

Questão 41

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico apresenta um recém-nascido com a tríade clássica da infecção congênita pelo citomegalovírus (CMV): microcefalia, calcificações intracranianas periventriculares e coriorretinite. A confirmação diagnóstica é dada pelo IgM positivo para CMV e pelo relato materno de sintomas gripais na gestação, que frequentemente correspondem à primoinfecção ou reativação viral. O CMV é a infecção congênita mais comum e a principal causa de surdez não hereditária na infância.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): A hipoacusia neurosensorial (perda auditiva) é a manifestação extraneurológica mais frequente e importante do CMV congênito. Ela ocorre devido ao tropismo do vírus pelo ouvido interno, afetando o órgão de Corti e o gânglio espiral. A perda auditiva pode estar presente ao nascimento ou surgir de forma tardia e progressiva durante os primeiros anos de vida, sendo fundamental o acompanhamento audiométrico rigoroso nesses pacientes.

Alternativa B (Incorreta): Embora o CMV possa causar manifestações cutâneas, o achado clássico são as petéquias e púrpuras, decorrentes de trombocitopenia ou hematopoiese extramedular (conhecido como aspecto de *blueberry muffin baby*). A erupção maculopapular é mais característica de outras infecções, como a rubéola congênita ou a sífilis congênita.

Alternativa C (Incorreta): A hidrocefalia obstrutiva é um achado típico da toxoplasmose congênita, frequentemente associada a calcificações cerebrais difusas e esparsas pelo parênquima. No CMV, as calcificações são classicamente periventriculares e o dano cerebral costuma levar à microcefalia (atrofia/falta de desenvolvimento cerebral) e não ao acúmulo de líquido por obstrução.

Alternativa D (Incorreta): A hemorragia pulmonar não faz parte do espectro clínico clássico da infecção congênita pelo CMV. As manifestações sistêmicas comuns incluem hepatosplenomegalia, icterícia por bilirrubina direta e anemia. A hemorragia pulmonar é uma complicação grave relacionada geralmente à prematuridade extrema ou quadros de sepse grave e coagulopatias, sem especificidade para este diagnóstico.

GABARITO: Alternativa A.

Questão 42

O quadro clínico e radiológico descrito é clássico da Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN), também conhecida como "Pulmão Úmido". Esta condição ocorre devido ao retardo na reabsorção do líquido pulmonar fetal pelos linfáticos e capilares pulmonares após o nascimento.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Síndrome da Aspiração Meconial ocorre tipicamente em recém-nascidos a termo ou pós-termo que apresentaram mecônio no líquido amniótico. O quadro clínico costuma ser mais grave, com maior desconforto respiratório. Radiologicamente, caracteriza-se por infiltrados grosseiros e difusos

("em flocos de algodão") intercalados com áreas de atelectasia e hiperinsuflação, e não apenas pelo fluido na cisura.

b) Incorreta. A Síndrome da Angústia Respiratória (ou Doença da Membrana Hialina) é causada pela deficiência de surfactante e atinge predominantemente recém-nascidos prematuros. No raio X, apresenta hipotransparência generalizada com aspecto de "vidro fosco", infiltrado reticulogranular fino e volumes pulmonares reduzidos, o que contradiz a hiperinsuflação descrita na questão.

c) Correta. A TTRN é a principal causa de desconforto respiratório no recém-nascido a termo. É comum o início precoce (nas primeiras 2 a 6 horas de vida) e a resolução rápida (geralmente em 48 a 72 horas). Os achados radiológicos típicos incluem sinais de congestão hilar, hiperinsuflação (mais de 8 costelas visíveis acima do diafragma) e a presença de líquido na cisura interlobar, indicando o acúmulo de fluido que ainda não foi reabsorvido. O fato de o RN estar em bom estado geral e bem perfundido reforça este diagnóstico benigno.

d) Incorreta. A Pneumonia Neonatal Precoce geralmente está associada a fatores de risco maternos, como rotura prolongada de membranas, febre materna ou corioamnionite. Embora possa causar taquipneia e desconforto, o recém-nascido costuma apresentar sinais de infecção ou instabilidade clínica (estado geral comprometido). O achado radiológico de líquido na cisura é muito mais específico para TTRN do que para pneumonia.

Questão 43

O caso descreve um cenário de reanimação neonatal em sala de parto, seguindo os protocolos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Programa de Reanimação Neonatal (PRN). O recém-nascido apresentava bradicardia (FC 60 bpm) e apneia ao nascer. Após a correção da técnica de ventilação com pressão positiva (VPP), a frequência cardíaca subiu para 100 bpm, o que indica que a ventilação está sendo eficaz (o aumento da FC é o principal sinal de resposta positiva). Contudo, o paciente permanece em apneia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A massagem cardíaca está indicada apenas quando a frequência cardíaca permanece abaixo de 60 bpm, mesmo após 30 segundos de ventilação com pressão positiva (VPP) eficaz, preferencialmente com via aérea avançada (intubação ou máscara laríngea). Como a FC do paciente subiu para 100 bpm, a massagem não deve ser iniciada.

b) Incorreta. A adrenalina é uma medicação de resgate utilizada apenas em situações extremas, quando a FC permanece abaixo de 60 bpm após VPP e massagem cardíaca bem executadas. Ela não é utilizada para estimular o centro respiratório em casos de apneia primária ou secundária no recém-nascido.

c) Correta. O paciente respondeu à manobra de ventilação com melhora da frequência cardíaca (atingiu o alvo de 100 bpm), mas ainda não estabeleceu movimentos respiratórios espontâneos. Nessas situações, a ventilação deve ser mantida. A intubação orotraqueal é a conduta mais adequada para garantir a via aérea, oferecer uma ventilação mais estável e segura, e permitir o transporte ou a observação do paciente até que ele recupere o esforço respiratório ou seja estabilizado em ambiente de terapia intensiva.

d) Incorreta. Um recém-nascido em apneia não pode ser deixado apenas em observação, mesmo com a frequência cardíaca normalizada. Sem suporte ventilatório, a hipóxia retornará rapidamente, levando a uma nova queda da FC, acidose e possível óbito. O suporte ventilatório deve ser mantido até que o paciente apresente respiração espontânea rítmica e eficaz.

Resumo do raciocínio clínico: Na reanimação neonatal, se a FC é maior ou igual a 100 bpm, mas o RN permanece em apneia ou respiração irregular, deve-se manter a VPP. Se a necessidade de VPP se prolonga, a via aérea deve ser garantida por intubação traqueal.

Questão 44

A alternativa C é a incorreta e, portanto, o gabarito da questão. Na psiquiatria da infância e adolescência, observa-se que essa população apresenta uma resposta ao placebo significativamente ALTA em ensaios clínicos, muitas vezes superior à resposta observada em adultos. Esse fenômeno é um dos maiores desafios para demonstrar a eficácia superior dos antidepressivos em relação ao placebo em estudos com crianças e adolescentes, exigindo amostras maiores e desenhos de estudo mais rigorosos.

A alternativa A está correta porque, em casos de depressão leve em crianças e adolescentes, as diretrizes clínicas recomendam inicialmente intervenções psicossociais, psicoterapia (como a Terapia Cognitivo-Comportamental ou Terapia Interpessoal) e monitoramento clínico. O tratamento farmacológico é geralmente reservado para casos moderados a graves ou quando não há resposta às intervenções iniciais.

A alternativa B está correta. Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

(ISRS) constituem a primeira linha de tratamento farmacológico para a depressão pediátrica. A fluoxetina, especificamente, é o fármaco com maior evidência de eficácia e segurança, sendo frequentemente a primeira escolha com aprovação de agências reguladoras para esta faixa etária.

A alternativa D está correta. A recomendação prática é começar o tratamento com doses baixas (estratégia "start low, go slow") para monitorar a tolerabilidade e evitar efeitos colaterais como ativação psicomotora ou distúrbios gastrointestinais. No entanto, após o período de ajuste inicial, as doses terapêuticas necessárias para atingir a remissão dos sintomas em adolescentes costumam ser equivalentes às doses utilizadas em pacientes adultos, devido ao metabolismo hepático eficiente e à taxa de eliminação da droga nessa população.

Questão 45

Análise detalhada das alternativas:

Alternativa A (Correta): O TDAH é caracterizado por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento do indivíduo. Para o diagnóstico, é fundamental que os sintomas causem prejuízos claros. Em crianças e adolescentes, esses impactos são frequentemente observados no baixo rendimento escolar (dificuldade de organização, erros por descuido) e em problemas de interação social, como dificuldade em seguir regras de convivência ou interromper os outros.

Alternativa B (Incorreta): Ocorreu exatamente o oposto do que afirma a alternativa. No DSM-IV, os sintomas deveriam estar presentes antes dos 7 anos de idade. Com a atualização para o DSM-5, esse limite de idade foi ampliado para antes dos 12 anos. Essa mudança ocorreu porque muitas vezes o prejuízo só se torna evidente quando as demandas acadêmicas e sociais aumentam, o que pode acontecer após os 7 anos.

Alternativa C (Incorreta): O DSM-5 não reduziu o número de categorias, mas mudou a nomenclatura e a compreensão delas. No DSM-IV, eram chamados de subtipos. No DSM-5, são chamados de apresentações: Apresentação combinada, Apresentação predominantemente desatenta e Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva. O termo apresentação é preferido porque reconhece que os sintomas podem mudar ao longo da vida do paciente (um indivíduo pode ser predominantemente hiperativo na infância e tornar-se desatento na vida adulta).

Alternativa D (Incorreta): Esta é uma das mudanças mais importantes do DSM-5. No manual anterior (DSM-IV), o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) era um critério de exclusão para o TDAH. Atualmente, o DSM-5 permite explicitamente o

diagnóstico de comorbidade entre TDAH e TEA, reconhecendo que ambas as condições frequentemente coexistem no mesmo paciente.

Questão 46

O quadro clínico descreve um lactente de 3 meses com tosse paroxística (em crises), cianose e vômitos pós-tosse, apresentando esquema vacinal incompleto. Estes são sinais clássicos da coqueluche, especificamente na sua fase paroxística. No Brasil, a vigilância epidemiológica estabelece critérios específicos para a definição de caso suspeito, visando à intervenção rápida.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a cultura seja considerada o padrão-ouro pela sua especificidade, ela apresenta baixa sensibilidade e o resultado pode demorar de 7 a 14 dias. Em um lactente jovem com quadro clínico sugestivo, a conduta baseada na suspeita clínica é imediata para fins de notificação, isolamento e tratamento. Não se deve aguardar o resultado laboratorial para confirmar a suspeita clínica e iniciar as condutas de controle.

Alternativa b) Correta. Segundo o Ministério da Saúde, a definição de caso suspeito de coqueluche para menores de 6 meses é mais abrangente devido à gravidade da doença nesta faixa etária. O critério é: criança menor de 6 meses com tosse de qualquer duração, acompanhada de um ou mais dos seguintes sintomas: crises de tosse (paroxismos), guincho inspiratório, cianose ou apneia após os acessos de tosse, e vômitos pós-tosse. O paciente do caso preenche múltiplos critérios (crises, cianose, engasgo e vômitos), o que confirma a hipótese clínica de caso suspeito.

Alternativa c) Incorreta. A coqueluche classicamente evolui sem febre ou com febre baixa; a presença de febre alta geralmente indica uma complicação ou infecção secundária. Além disso, o uso de azitromicina por apenas dois dias não é critério para rejeitar a hipótese, embora o tratamento correto (macrolídeos) seja fundamental para reduzir a transmissibilidade e, se iniciado precocemente, mitigar a gravidade.

Alternativa d) Incorreta. A presença de cianose e crises de tosse em um lactente de 3 meses é um sinal de alerta (red flag). Infecções virais comuns não costumam evoluir com esse padrão paroxístico e vômitos pós-tosse. Considerar apenas como quadro autolimitado negligencia o risco de apneia, convulsões e óbito, complicações comuns da coqueluche nessa idade.

Questão 47

Esta questão aborda os critérios técnicos para uma amamentação eficaz, divididos entre posicionamento (como o binômio mãe-filho se organiza no espaço) e pega (como a boca da criança se acopla à mama). Para identificar a alternativa incorreta, devemos recordar os sinais de técnica adequada preconizados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Lábio inferior virado para fora: Esta afirmação está correta. A eversão do lábio inferior é um dos sinais clássicos de uma boa pega. Isso indica que a criança abriu bem a boca e abrangeu uma quantidade suficiente de tecido mamário, não ficando restrita apenas ao mamilo.

Alternativa (b) Aréola não visível acima da boca da criança: Esta é a alternativa incorreta (o gabarito da questão). Na pega adequada, a abocanhadura é assimétrica: a criança deve cobrir mais a parte inferior da aréola do que a superior. Portanto, o esperado é que se observe MAIS aréola acima da boca do que abaixo dela. Dizer que a aréola não deve estar visível acima da boca contraria a orientação de uma pega profunda e correta.

Alternativa (c) Rosto da criança de frente para a mama, com nariz em oposição ao mamilo: Esta afirmação está correta e refere-se ao posicionamento. O corpo e a cabeça do bebê devem estar alinhados, com o rosto voltado para a mama, facilitando o início da abocanhadura sem que a criança precise torcer o pescoço.

Alternativa (d) Queixo tocando a mama: Esta afirmação está correta. O contato do queixo com o tecido mamário é um sinal fundamental de que a pega está profunda e o bebê está bem próximo à mãe, o que previne fissuras e garante uma extração de leite eficiente.

Em resumo, os quatro sinais de pega adequada são:

1. Boca bem aberta;
2. Lábio inferior virado para fora (evertido);
3. Queixo tocando a mama;
4. Ver mais aréola acima da boca do que abaixo dela.

A alternativa (b) falha ao descrever o quarto sinal, tornando-se a exceção solicitada.

Questão 48

O vírus Epstein-Barr (VEB) é o principal agente etiológico da mononucleose infecciosa, classicamente conhecida como a "doença do beijo". Em adolescentes e adultos jovens, a primoinfecção costuma ser sintomática e manifestar-se por meio de uma síndrome característica, enquanto em crianças pequenas a infecção costuma ser assintomática ou inespecífica.

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa descreve o quadro clínico clássico da mononucleose infecciosa em pacientes imunocompetentes após a infância. A tríade clínica típica é composta por febre, faringite (que pode ser exsudativa, simulando uma faringite bacteriana) e linfadenomegalia (predominantemente cervical posterior). O cansaço, ou fadiga extrema, é um dos sintomas mais marcantes e pode persistir por semanas ou meses. A hepatoesplenomegalia também é um achado frequente, sendo a esplenomegalia um ponto de atenção importante devido ao risco de ruptura esplênica traumática ou espontânea durante a fase aguda.

Alternativa (b): INCORRETA. Embora a linfadenomegalia esteja presente na infecção pelo VEB, a tosse persistente e as dificuldades respiratórias não são manifestações comuns. Esses sintomas respiratórios sugerem outros diagnósticos, como pneumonia, coqueluche ou asma. No VEB, o desconforto respiratório só ocorreria em casos raros de obstrução de vias aéreas superiores por hipertrofia grave das amígdalas.

Alternativa (c): INCORRETA. A linfocitose (frequentemente com presença de linfócitos atípicos no hemograma) é um achado laboratorial muito comum. No entanto, a hepatite grave é uma complicação rara; o mais comum é uma elevação leve e transitória das transaminases. O exantema maculopapular não é uma manifestação comum da doença primária, ocorrendo tipicamente em cerca de 70 a 90% dos pacientes que recebem erroneamente antibióticos betalactâmicos (como amoxicilina ou ampicilina) por uma suspeita equivocada de faringite estreptocócica.

Alternativa (d): INCORRETA. O VEB pode causar febre alta e cansaço extremo, mas o exantema vesicular é característico de outros membros da família Herpesviridae, como o vírus do herpes simples (HSV) e o vírus da varicela-zóster (VZV), não sendo uma manifestação do vírus Epstein-Barr.

Resumo do diagnóstico: O diagnóstico clínico baseia-se na presença de faringite, febre e linfadenomegalia posterior, sendo confirmado laboratorialmente pela presença de anticorpos heterófilos (Monoteste) ou sorologia específica (anti-VCA, anti-EBNA), além da linfocitose com atipia linfocitária no hemograma.

Questão 49

Análise do Tema:

O diagnóstico de abdômen agudo na pediatria exige a diferenciação entre quadros funcionais (comuns e benignos) e quadros orgânicos/cirúrgicos. Os chamados sinais de alerta ou "red flags" são achados na anamnese e exame físico que sugerem uma etiologia grave, muitas vezes necessitando de intervenção imediata.

Alternativa A (Sinal de Alerta): A dor que interrompe as atividades habituais da criança, como brincar ou dormir, é um forte indicativo de organicidade. Diferente da dor funcional, que muitas vezes ocorre em momentos de estresse ou busca de atenção sem impedir o lazer, a dor do abdômen agudo cirúrgico é incapacitante e de início súbito.

Alternativa B (CORRETA - Não é sinal de abdômen agudo): Embora febre e emagrecimento sejam sinais de alerta para doenças orgânicas crônicas (como doença inflamatória intestinal, tuberculose peritoneal ou neoplasias), o emagrecimento não é uma característica do abdômen agudo. O abdômen agudo é definido por uma evolução rápida (horas ou poucos dias). O emagrecimento pressupõe um processo prolongado no tempo, o que descaracteriza a urgência imediata do quadro agudo, apesar de ainda ser um sinal clínico preocupante para outras patologias.

Alternativa C (Sinal de Alerta): Vômitos biliosos em crianças são considerados uma emergência cirúrgica até que se prove o contrário, sugerindo obstrução intestinal baixa ou malformações como a má rotação intestinal com volvo. Vômitos em jato e persistentes também indicam gravidade e risco iminente de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos.

Alternativa D (Sinal de Alerta): A presença de sangue nas fezes é um sinal clássico de gravidade. A melena sugere sangramento digestivo alto ou isquemia, enquanto fezes com muco e sangue (frequentemente descritas como em "geleia de morango") são o sinal patognomônico da intussuscepção intestinal, uma das principais causas de abdômen agudo obstrutivo em lactentes.

Resumo: A questão solicita o sinal que não se enquadra tipicamente no quadro de abdômen agudo. O emagrecimento (letra B) é o marcador de cronicidade que invalida a alternativa como sinal de alerta para uma patologia aguda de urgência.

Questão 50

Análise do quadro clínico:

O caso descreve uma criança com febre alta e sintomas inespecíficos que evoluiu com sinais de alarme e choque. Os sinais de alarme presentes são vômitos persistentes, sonolência (alteração do nível de consciência) e hepatomegalia. O quadro de choque é evidenciado pelas extremidades frias, pulso fino, hipotensão arterial (85/55 mmHg) e tempo de enchimento capilar provavelmente prolongado.

Análise laboratorial:

O dado laboratorial mais fidedigno para o diagnóstico de gravidade é o aumento do hematócrito em 22%. Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, um aumento do hematócrito acima de 20% em relação ao valor basal (ou valores elevados em termos absolutos) é um marcador crítico de extravasamento plasmático para o terceiro espaço. A plaquetopenia acentuada ($54.000/\text{mm}^3$) e a leucopenia também são achados clássicos da dengue.

Alternativa A: Correta. O conjunto de febre, exantema, leucopenia e plaquetopenia, somado ao extravasamento plasmático (confirmado pelo aumento do hematócrito > 20%) e sinais de choque, preenche critérios para Dengue Grave (antiga Febre Hemorrágica da Dengue/Síndrome do Choque da Dengue). A presença de sinais de alarme, como sonolência e vômitos persistentes, antecede e acompanha o choque.

Alternativa B: Incorreta. A leptospirose geralmente cursa com leucocitose e neutrofilia (desvio à esquerda), e não leucopenia. Clinicamente, a leptospirose costuma apresentar mialgia intensa (principalmente em panturrilhas) e sufusões conjuntivais. Embora possa haver plaquetopenia, o aumento expressivo do hematócrito e a clínica de choque por extravasamento são marcos patognomônicos da dengue grave neste contexto.

Alternativa C: Incorreta. A febre entérica (febre tifoide) apresenta-se com febre prolongada e pode ter hepatosplenomegalia, mas o início costuma ser mais insidioso. A principal característica que afasta essa hipótese é a hemoconcentração aguda de 22%, que aponta para uma perda súbita de fluido intravascular para o interstício, algo típico das arboviroses graves e não da febre tifoide.

Alternativa D: Incorreta. O quadro não pode ser classificado como benigno ou autolimitado. A criança apresenta sinais claros de choque (hipotensão e pulso fino), o que caracteriza uma emergência médica com alta letalidade se não tratada imediatamente com expansão volêmica vigorosa. O coagulograma normal no início do quadro não exclui a gravidade da dengue.

Questão 51

Alternativa (a) - CORRETA: O polietilenoglicol (PEG) 3350 ou 4000, sem adição de eletrólitos, é atualmente considerado o padrão-ouro e a primeira escolha no tratamento da constipação intestinal funcional em pediatria. Sua recomendação abrange tanto a fase inicial de desimpactação (limpeza do fecaloma) quanto a terapia de manutenção a longo prazo. Ele é preferido por ser um laxante osmótico eficaz, seguro, com excelente palatabilidade e baixo índice de efeitos colaterais.

Alternativa (b) - INCORRETA: O uso de enemas fosfatados é formalmente contraindicado em lactentes e crianças pequenas. A administração desse tipo de solução nessa faixa etária está associada a riscos elevados de toxicidade por fosfato, o que pode desencadear distúrbios hidroeletrólíticos fatais, como hiperfosfatemia extrema, hipocalcemia, hipernatremia e acidose metabólica. Em lactentes, a desimpactação deve ser feita preferencialmente com polietilenoglicol ou supositórios de glicerina.

Alternativa (c) - INCORRETA: Os laxantes estimulantes ou peristálticos, como o bisacodil e o sene, não são contraindicados em pediatria. Eles são ferramentas terapêuticas úteis, geralmente indicadas como terapia de resgate ou de segunda linha quando o uso isolado de laxantes osmóticos não atinge o objetivo esperado. Não existe evidência científica que relacione o uso desses fármacos ao aumento do risco de invaginação intestinal.

Alternativa (d) - INCORRETA: O óleo mineral é contraindicado em lactentes menores de um ano devido ao risco de aspiração pulmonar e consequente pneumonia lipoídica. Entretanto, ele também permanece contraindicado em crianças maiores e adultos que possuam doenças de base que predisponham à aspiração, como neuropatias, distúrbios de deglutição ou refluxo gastroesofágico grave. A alternativa está errada ao sugerir que o uso seria seguro mesmo em pacientes com doenças de base.

Questão 52

Para resolver esta questão, é necessário conhecer as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da American Heart Association sobre a profilaxia para endocardite infecciosa (EI). Atualmente, a profilaxia antibiótica é recomendada apenas para pacientes de alto risco cardíaco que serão submetidos a procedimentos odontológicos que envolvam a manipulação de tecido gengival, região periapical dos dentes ou perfuração da mucosa oral.

Os grupos de alto risco são: 1. Portadores de próteses valvares (biológicas ou mecânicas) ou materiais protéticos usados em reparos valvares; 2. Pacientes com

antecedente de endocardite infecciosa prévia; 3. Pacientes com cardiopatias congênitas cianóticas não corrigidas (incluindo shunts e condutos paliativos); 4. Cardiopatias congênitas corrigidas com material protético nos primeiros seis meses após o procedimento; 5. Cardiopatias congênitas corrigidas com defeitos residuais adjacentes ao local do material protético; 6. Transplantados cardíacos que desenvolvem valvopatia.

Alternativa A: Incorreta. O fechamento cirúrgico do canal arterial, uma vez cicatrizado (após 6 meses da cirurgia), torna o paciente de baixo risco. No caso de um menino de dois anos, presume-se que a correção ocorreu há tempo suficiente para não necessitar de profilaxia. Além disso, se a correção foi apenas por ligadura (sem prótese), a profilaxia nunca seria indicada.

Alternativa B: Correta. A Tetralogia de Fallot é uma cardiopatia congênita cianótica. Como o enunciado especifica que ela não foi corrigida, o paciente se enquadra perfeitamente no grupo de alto risco com indicação formal de profilaxia para procedimentos de risco.

Alternativa C: Incorreta. Cardiopatias acianóticas isoladas, como a comunicação interventricular (CIV) ou a comunicação interatrial (CIA), não são mais consideradas indicações para profilaxia antibiótica, mesmo quando não corrigidas, devido ao baixo risco relativo de complicações graves nessas condições.

Alternativa D: Incorreta. Esta alternativa poderia gerar dúvida devido à regra dos seis meses. Entretanto, a profilaxia só é indicada se houver uso de material protético (como um oclisor de CIA ou patch). Se a correção foi feita por sutura direta, não há indicação. Além disso, a presença de uma cardiopatia cianótica não corrigida (item B) é uma indicação muito mais clássica e consolidada em provas de residência do que o acompanhamento pós-operatório de curto prazo de uma cardiopatia acianótica.

Portanto, a única alternativa que descreve um paciente com indicação definitiva de profilaxia é a letra B.

Questão 53

Análise da Afirmativa I: Esta afirmativa está correta. Os aerossóis dosimetrados, conhecidos popularmente como bombinhas, são amplamente utilizados devido à grande variedade de fármacos disponíveis nessa apresentação. O principal obstáculo ao seu uso é a necessidade de sincronizar o disparo com a inspiração profunda. Em crianças, idosos ou pacientes com dificuldades de coordenação, o uso de espaçadores (aerocâmaras) é fundamental, pois o dispositivo retém as partículas maiores e permite que o paciente realize a inalação de forma mais lenta e eficiente,

garantindo a deposição pulmonar adequada.

Análise da Afirmativa II: Esta afirmativa está incorreta. Para que os nebulizadores pneumáticos produzam partículas eficazes (com DAMM entre 1 e 5 micrômetros), o fluxo de gás recomendado é de 6 a 8 litros por minuto, e não 12 a 15 L/min. Além disso, o volume de solução a ser nebulizada deve ser preferencialmente de 3 a 5 mL. Volumes inferiores a 3 mL resultam em uma perda proporcional maior da medicação, que fica retida no volume morto do aparelho (quantidade de líquido que não consegue ser nebulizada ao final do procedimento).

Análise da Afirmativa III: Esta afirmativa está correta. Espaçadores de plástico acumulam carga eletrostática em suas paredes, o que faz com que as partículas da medicação grudem no dispositivo antes de chegarem ao paciente. A higienização com detergente comum (deixando secar ao ar, sem esfregar panos ou toalhas) é uma recomendação técnica padrão para reduzir essa carga eletrostática, o que aumenta significativamente a disponibilidade do fármaco para ser inalado.

Conclusão: Estão corretas as afirmativas I e III. Portanto, a alternativa correta é a letra (b).

Questão 54

O caso descreve um quadro clássico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em um paciente pediátrico de 5 anos. O diagnóstico de pneumonia na infância é fundamentalmente clínico, baseado na presença de febre, tosse e, principalmente, na taquipneia (aumento da frequência respiratória).

Alternativa a: Incorreta. Em pacientes com quadro clínico típico e sem sinais de gravidade que serão tratados de forma ambulatorial, a realização de exames complementares, como hemograma e radiografia de tórax, não é necessária de rotina. A radiografia de tórax é indicada apenas em casos de dúvida diagnóstica, suspeita de complicações (como derrame pleural), falha terapêutica ou necessidade de internação hospitalar.

Alternativa b: Incorreta. A antibioticoterapia endovenosa e a necessidade de hidratação parenteral são condutas reservadas para casos de pneumonia grave ou muito grave, presença de sinais de perigo (como incapacidade de ingerir líquidos, letargia ou vômitos persistentes), desconforto respiratório importante ou falha no tratamento oral inicial. O paciente em questão apresenta estabilidade clínica e taquipneia leve, permitindo o manejo domiciliar.

Alternativa c: Incorreta. Embora a hidratação e as medidas de suporte sejam

importantes, a presença de estertores crepitantes localizados, febre e taquipneia em uma criança de 5 anos aponta para uma etiologia bacteriana (sendo o *Streptococcus pneumoniae* o principal agente). Portanto, o tratamento apenas com suporte é insuficiente, e o uso de antibiótico está indicado para evitar a progressão da doença.

Alternativa d: Correta. De acordo com as principais diretrizes de pediatria, a amoxicilina por via oral é o tratamento de primeira escolha para pneumonia bacteriana não grave em crianças que podem ser tratadas em domicílio. O reatendimento programado entre 48 e 72 horas é a conduta padrão para avaliar a resposta clínica ao antibiótico, garantir que houve queda da febre e melhora do padrão respiratório.

Questão 55

A Síndrome de West é uma encefalopatia epiléptica do lactente, ocorrendo geralmente entre os 3 e 12 meses de idade. Ela é definida classicamente por uma tríade clínica e eletrográfica: espasmos infantis (contrações musculares súbitas e breves), atraso ou regressão do desenvolvimento neuropsicomotor e um padrão específico no eletroencefalograma (EEG).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O padrão de espícula-onda generalizada, particularmente na frequência de 3 Hz, é o achado clássico da epilepsia de ausência. Embora a Síndrome de West envolva descargas generalizadas, elas são muito mais desorganizadas e de maior voltagem do que o padrão rítmico da ausência.

Alternativa b) Incorreta. Complexos de espícula-onda lenta e multiespículas são frequentemente associados à Síndrome de Lennox-Gastaut, que é outra encefalopatia epiléptica grave, muitas vezes ocorrendo em crianças mais velhas. É comum que a Síndrome de West evolua para a Síndrome de Lennox-Gastaut, mas os padrões de EEG para fins de prova são distintos.

Alternativa c) Correta. A hipsarritmia é o marcador eletroencefalográfico patognomônico da Síndrome de West no período de intercrise (entre os espasmos). Ela se caracteriza por uma desorganização completa da atividade elétrica cerebral, com ondas lentas de altíssima amplitude, pontas e ondas agudas que mudam de localização e duração a cada momento, sem qualquer sincronia entre os hemisférios. É o que chamamos de caos elétrico cerebral. Vale ressaltar que, durante o espasmo clínico, o EEG costuma mostrar uma atenuação súbita da voltagem, fenômeno conhecido como eletrodecremento.

Alternativa d) Incorreta. Esta é uma descrição genérica de descargas epileptiformes que podem ocorrer em diversas formas de epilepsia focal ou generalizada, não possuindo a especificidade ou a desorganização necessária para caracterizar a hipsarritmia.

Dica para provas: Ao encontrar uma questão sobre Síndrome de West, foque na tríade: Espasmos + Regressão do Desenvolvimento + Hipsarritmia. O tratamento de escolha frequentemente envolve o uso de ACTH ou vigabatrina (especialmente se associada à esclerose tuberosa).

Questão 56

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Esta afirmativa está correta. O manejo vacinal do paciente oncológico deve ser priorizado assim que o diagnóstico é estabelecido. O objetivo é aproveitar a competência imunológica residual do paciente antes que ele seja submetido a tratamentos que causam linfopenia ou neutropenia (como quimioterapia e certas radioterapias), garantindo, assim, uma melhor soroconversão e proteção.

Afirmativa II: Esta afirmativa está correta. As vacinas vivas atenuadas (como sarampo, caxumba, rubéola, varicela e febre amarela) contêm agentes infecciosos vivos que, embora enfraquecidos, podem causar doença em indivíduos imunossuprimidos. Por isso, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e manuais de oncologia recomendam um intervalo de segurança de, no mínimo, 4 semanas antes do início da terapia imunossupressora. Esse tempo é necessário para que o organismo processe a vacina e elimine o agente atenuado de forma segura.

Afirmativa III: Esta afirmativa está correta. Para vacinas inativadas (como as de gripe, pneumocócicas e hepatites), o risco não é de causar a doença, mas sim de a vacina ser ineficaz. O sistema imunológico precisa de tempo para produzir anticorpos antes que a medula óssea e as células de defesa sejam atingidas pelo tratamento. O prazo ideal é de, pelo menos, 2 semanas antes da terapêutica. Se a vacinação ocorrer em um prazo inferior a 14 dias antes do início do tratamento, a resposta imunológica pode ser insuficiente; por isso, há a recomendação de respeitar esse intervalo.

Conclusão:

Como as três afirmativas descrevem corretamente as recomendações de tempo e segurança para a imunização de pacientes que iniciarão tratamento oncológico, a alternativa correta é a letra (d), pois todas as afirmativas estão corretas.

Questão 57

Esta questão aborda as diretrizes de Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico (PALS/AHA) sobre as características de uma compressão torácica de alta qualidade. O objetivo é identificar a alternativa que apresenta uma informação incorreta (EXCETO).

Alternativa (a): Correta. A frequência recomendada para as compressões torácicas, tanto em lactentes quanto em crianças e adultos, é de 100 a 120 compressões por minuto. Frequências abaixo de 100 são insuficientes para manter o débito cardíaco, e acima de 120 prejudicam o enchimento ventricular e a perfusão coronariana.

Alternativa (b): Correta. A profundidade da compressão deve ser de, pelo menos, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax. Traduzindo em medidas absolutas: cerca de 4 cm em lactentes (menos de 1 ano) e 5 cm em crianças (de 1 ano até a puberdade). Após a puberdade, seguem-se as diretrizes de adultos, com profundidade de 5 cm a, no máximo, 6 cm.

Alternativa (c): Correta. É fundamental permitir o retorno total (recoil) do tórax após cada compressão, sem retirar as mãos da posição de massagem. Isso garante que o coração se encha adequadamente de sangue (diástole) antes da próxima compressão, otimizando a pressão de perfusão coronariana.

Alternativa (d): Incorreta (Gabarito). Embora o objetivo seja realmente minimizar as interrupções, o tempo máximo permitido para pausas (como na verificação de ritmo ou troca de socorristas) é de 10 segundos, e não 20 segundos. Pausas prolongadas reduzem drasticamente a pressão de perfusão arterial e diminuem as chances de retorno à circulação espontânea. Por ser a afirmação falsa, esta é a resposta da questão.

Questão 58

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora os curativos oclusivos sejam amplamente utilizados em queimaduras de tronco e membros por protegerem contra traumas e reduzirem a dor, eles são de difícil aplicação e manutenção na face e no pescoço. A presença de orifícios naturais (boca, nariz, olhos) e a constante umidade por secreções (saliva, lágrima e muco) fazem com que o curativo oclusivo se desloque ou se torne um meio de cultura para bactérias, aumentando o risco de infecção.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de antibióticos sistêmicos de forma profilática não é recomendado no atendimento inicial ao queimado, independentemente da idade ou

extensão da queimadura. Essa prática não previne infecções ou sepse e contribui para a seleção de bactérias multirresistentes. Os antibióticos sistêmicos devem ser reservados apenas para casos com evidência clínica ou laboratorial de infecção estabelecida.

Alternativa (c) Correta: Em queimaduras de face e pescoço, o método de exposição (ou tratamento aberto) é o mais indicado. Essas áreas são tecnicamente difíceis de enfaixar e muito propensas à contaminação por secreções biológicas. Manter a ferida exposta permite uma limpeza mais rigorosa e frequente, a aplicação constante de agentes tópicos (como pomadas lubrificantes ou antissépticas) e uma vigilância contínua da evolução da lesão sem a necessidade de trocas dolorosas de faixas.

Alternativa (d) Incorreta: A aplicação de neomicina e bacitracina não é o padrão-ouro para todas as queimaduras. A neomicina, especificamente, apresenta alto potencial de causar reações de hipersensibilidade local. Além disso, a conduta em queimaduras deve ser individualizada conforme a profundidade e a localização. O erro da alternativa reside em propor uma terapia fixa para todas as áreas e gravidades, ignorando as melhores práticas para áreas especiais.

Resumo: O tratamento de queimaduras faciais em crianças prioriza a manutenção da higiene e a prevenção de infecções através da limpeza frequente e uso de pomadas específicas sob exposição direta, evitando o desconforto e os riscos de contaminação associados aos curativos oclusivos nessa região anatômica complexa.

Questão 59

O caso descreve uma criança em estado de mal epilético (EME), definido classicamente como uma crise convulsiva com duração superior a 5 minutos ou crises repetidas sem recuperação da consciência entre elas. A paciente já ultrapassou os 15 minutos de crise, o que exige intervenção imediata para evitar danos neurológicos.

Na abordagem inicial do EME, os benzodiazepínicos são as drogas de primeira escolha. Quando não há acesso venoso (IV) disponível, o protocolo deve ser adaptado para vias alternativas rápidas e eficazes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O fenobarbital é geralmente considerado uma medicação de segunda ou terceira linha (exceto em neonatos). Embora possa ser administrado pela via intraóssea, ele não é a primeira escolha para interromper a crise aguda antes de se esgotarem as tentativas com benzodiazepínicos por vias mais rápidas. Além disso, o

acesso intraósseo ainda está sendo preparado, enquanto a via intramuscular é imediata.

b) Incorreta. A fenitoína é uma droga de segunda linha, utilizada para manutenção e para evitar a recorrência após a fase inicial de benzodiazepínicos. Ela exige obrigatoriamente um acesso (venoso ou intraósseo) para ser infundida e possui uma velocidade de infusão controlada, não sendo a conduta mais ágil no momento exato em que a equipe ainda prepara o material de punção.

c) Incorreta. A via retal apresenta absorção errática e menor eficácia comparada às vias parenterais. Como a dose administrada em casa já falhou, insistir nessa via em ambiente hospitalar, onde existem opções superiores, retarda o tratamento adequado.

d) Correta. O midazolam intramuscular (IM) é a conduta de escolha para o tratamento do estado de mal epiléptico na ausência de acesso venoso. Diversos estudos e diretrizes internacionais (como o protocolo RAMPART) demonstram que o midazolam IM é tão eficaz quanto o diazepam IV e superior às opções não venosas (como diazepam retal), apresentando rápida absorção sistêmica e facilidade de aplicação imediata, sem necessidade de esperar a obtenção de um acesso intraósseo.

Resumo da conduta: No EME, se não há acesso venoso em até 2 ou 3 tentativas, o midazolam IM deve ser administrado prontamente para interromper a atividade convulsiva enquanto se providencia o acesso definitivo (venoso ou intraósseo) para as medicações de segunda linha.

Questão 60

O caso clínico apresenta um adolescente com quadro sugestivo de síncope vasovagal (também chamada de neurocardiogênica), caracterizada por pródromos típicos (náuseas, tontura e sudorese) e gatilhos situacionais (ambiente quente e ortostatismo prolongado). Entretanto, o ponto crucial para a decisão médica nesta questão é o relato de morte súbita em um primo de segundo grau durante a adolescência.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento farmacológico com betabloqueadores não é a conduta inicial. O manejo da síncope deve começar pelo diagnóstico correto. Além disso, o uso de betabloqueadores para síncope vasovagal possui evidências limitadas e não é a primeira escolha, sendo as medidas comportamentais a base do

tratamento inicial.

Alternativa b) Incorreta. Embora os sintomas clínicos e os gatilhos apontem para uma síncope neurocardiogênica, a história familiar de morte súbita em jovem é um sinal de alerta (red flag) que impede o encerramento do caso sem investigação. Ignorar esse dado pode levar ao subdiagnóstico de condições graves, como canalopatias ou miocardiopatias.

Alternativa c) Incorreta. O ecocardiograma é um exame útil para avaliar causas estruturais, como a cardiomiopatia hipertrófica. No entanto, ele não é o primeiro exame a ser solicitado na rotina de investigação da síncope. O eletrocardiograma é mais abrangente como triagem inicial, pois detecta tanto sinais indiretos de alterações estruturais quanto alterações elétricas primárias que o ecocardiograma não identifica.

Alternativa d) Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e de entidades internacionais, todo paciente que apresenta síncope deve realizar, obrigatoriamente, um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações. No contexto deste paciente, o ECG é essencial para rastrear condições arritmogênicas potencialmente fatais associadas à morte súbita familiar, como a Síndrome do QT Longo, Síndrome de Brugada, pré-excitação ventricular (Wolff-Parkinson-White) ou sinais de cardiomiopatia. É um exame de baixo custo, alta disponibilidade e fundamental para a estratificação de risco.

Resumo do raciocínio: Diante de uma síncope em jovem, mesmo com história clínica favorável à etiologia benigna, a presença de histórico familiar de morte súbita torna mandatária a realização do eletrocardiograma como primeiro passo da investigação complementar.

Questão 61

Esta questão avalia o conhecimento sobre a metodologia científica aplicada aos relatos e séries de casos, tipos de estudos fundamentais na literatura médica para a descrição de eventos raros ou novas apresentações de doenças.

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Incorreta): Os relatos de casos e as séries de casos não são os desenhos de estudo adequados para definir etiologia (causalidade) ou prognóstico; para esses objetivos, são necessários estudos analíticos, como estudos de coorte ou ensaios clínicos controlados. Além disso, o enunciado menciona que o paciente apresentou uma hemorragia subaracnoidea (um evento clínico), e a afirmativa afirma

erroneamente que o artigo demonstra uma associação com "aneurisma subaracnoide hemorrágico". Nem toda hemorragia subaracnoidea em pacientes com dengue decorre de um aneurisma; ela pode ser secundária a distúrbios de coagulação graves ou vasculite.

Afirmativa II (Correta): Esta é uma das principais funções do relato de caso. Ao descrever detalhadamente uma apresentação clínica rara (como a linfo-histiocitose hemofagocítica associada à dengue), o autor permite que outros profissionais reconheçam o padrão em seus próprios pacientes. Esses estudos são considerados "geradores de hipóteses". A observação de um fenômeno em um relato de caso pode levar pesquisadores a desenharem estudos maiores e com maior rigor estatístico para validar as observações iniciais.

Afirmativa III (Correta): Relatos e séries de casos descrevem o curso clínico de indivíduos que já apresentam a condição de interesse no momento da observação (casos prevalentes naquele serviço ou período). Como são baseados em amostras de conveniência e frequentemente tratam de apresentações atípicas, eles não refletem necessariamente a realidade dos casos incidentes (novos casos na população geral) nem possuem representatividade estatística para a população como um todo.

Conclusão:

Como as afirmativas II e III estão corretas, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 62

Para resolver essa questão, precisamos identificar as características fundamentais do delineamento de pesquisa descrito no enunciado. O ponto central é a coleta simultânea dos dados de exposição (nível de colesterol) e de desfecho (sinais de DCC no ECG), comparável a um "instantâneo" da população.

Primeira lacuna: Quando analisamos uma população em um único ponto no tempo para verificar quem apresenta ou não determinada condição, estamos contabilizando os casos existentes. A medida epidemiológica que expressa o número de casos presentes em um momento específico é a prevalência. A incidência, em contraste, mede casos novos que surgem ao longo de um período de acompanhamento, o que exigiria observar os participantes por um tempo.

Segunda lacuna: O desenho de estudo que analisa a exposição e o desfecho simultaneamente, funcionando como uma fotografia ou recorte momentâneo da realidade de uma população, é o estudo transversal (também chamado de seccional).

Terceira lacuna: Uma das principais limitações metodológicas do estudo transversal é

a impossibilidade de estabelecer o que veio primeiro (a cronologia dos fatos). Como exposição e desfecho são medidos ao mesmo tempo, não se sabe se o colesterol alto causou a doença cardíaca ou se a presença da doença (e as mudanças de hábitos que ela gera) afetou os níveis de colesterol. Esse problema é denominado causalidade reversa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Estudos transversais medem prevalência, não incidência. Além disso, o viés de aferição refere-se a erros na coleta de dados ou medições, e não à questão da sequência temporal.

b) Correta. O estudo transversal mede a prevalência e apresenta como limitação clássica a causalidade reversa, justamente pela falta de seguimento temporal para definir a ordem entre causa e efeito.

c) Incorreta. O estudo de coorte é longitudinal, ou seja, acompanha os pacientes ao longo do tempo, partindo da exposição para observar quem desenvolverá a doença no futuro. O enunciado descreve uma coleta simultânea (instantânea), o que descaracteriza a coorte.

d) Incorreta. O estudo de caso-controle parte de indivíduos já doentes e os compara com indivíduos saudáveis, buscando exposições no passado. Embora o estudo transversal lide com prevalência, o termo que melhor define a limitação da sequência temporal é causalidade reversa, e não viés de seleção (que se refere a erros na forma como os participantes são escolhidos para o estudo).

Questão 63

ESTRUTURA DA PERGUNTA PICO E ANÁLISE DO ESTUDO

Para resolver essa questão, devemos aplicar a estratégia PICO, que é uma técnica para construir uma pergunta de pesquisa e facilitar a busca de evidências clínicas.

P (População/Paciente): Representa as características dos participantes. No texto, são pessoas com excesso de peso e diabetes tipo 2.

I (Intervenção): É o que será feito no grupo principal. No caso, as intervenções intensivas no estilo de vida voltadas para a perda de peso.

C (Comparação): É o grupo controle ou o padrão de cuidado. Aqui, refere-se ao grupo que recebeu apenas educação e apoio para o autocontrole do diabetes.

O (Outcome/Desfecho): É o resultado clínico que se pretende observar. O estudo mediu a morbidade e a mortalidade cardiovasculares.

DELINEAMENTO DO ESTUDO: O enunciado afirma que os participantes foram "alocados ao acaso". Quando o pesquisador intervém (aplica uma conduta) e distribui os participantes de forma aleatória em grupos, estamos diante de um Ensaio Clínico Randomizado.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) INCORRETA. A alternativa inverte os conceitos de População e Desfecho. Morbidade e mortalidade cardiovasculares não são a população estudada, mas sim o que se pretende medir ao final do acompanhamento.

Alternativa b) CORRETA. Esta alternativa identifica corretamente a população (diabéticos com sobrepeso), a intervenção (mudança intensiva de estilo de vida), a comparação (educação/apoio padrão) e o desfecho (eventos cardiovasculares). Além disso, classifica corretamente o estudo como Ensaio Clínico Randomizado, baseando-se na alocação aleatória descrita no texto.

Alternativa c) INCORRETA. Embora a estrutura PICO esteja correta nesta alternativa, o delineamento está errado. Um Estudo de Coorte é um estudo observacional, no qual os participantes não são distribuídos ao acaso para receber uma intervenção; eles são apenas acompanhados de acordo com exposições que já possuem na vida real.

Alternativa d) INCORRETA. A alternativa apresenta erro na definição de todos os elementos PICO e também no delineamento. Coloca a intervenção no lugar da população e o desfecho no lugar da intervenção, além de classificar o estudo erroneamente como Coorte.

Questão 64

Para compreender essa questão, é fundamental revisar os conceitos de testes diagnósticos realizados em conjunto, que podem ser aplicados de duas formas: em paralelo ou em série.

Testes em Paralelo: Os testes são realizados simultaneamente. O diagnóstico é considerado positivo se qualquer um dos testes apresentar resultado positivo. Essa estratégia é útil quando se deseja aumentar a sensibilidade e o valor preditivo negativo (VPN), garantindo que poucos casos da doença passem despercebidos.

Testes em Série: Os testes são realizados sequencialmente. Um segundo teste só é realizado se o primeiro for positivo. O diagnóstico final só é confirmado se todos os

testes da sequência forem positivos. Essa estratégia é útil quando se deseja aumentar a especificidade e o valor preditivo positivo (VPP), evitando diagnósticos falsos-positivos.

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Incorreta): Múltiplos testes em paralelo aumentam a sensibilidade do conjunto, e não a especificidade. Como basta que apenas um teste seja positivo para considerar o paciente doente, a chance de um indivíduo saudável ter um resultado falsamente positivo aumenta, o que reduz a especificidade.

Afirmativa II (Incorreta): Testes em paralelo têm menor probabilidade de diagnósticos falsos-negativos. Como estamos utilizando vários "filtros" ao mesmo tempo, a capacidade de detectar a doença (sensibilidade) aumenta, tornando mais difícil que um paciente doente receba um resultado negativo em todos os testes simultaneamente.

Afirmativa III (Correta): Nos testes em série, a exigência de que todos os resultados sejam positivos para confirmar a doença torna o critério diagnóstico muito mais rígido. Isso minimiza a ocorrência de falsos-positivos, maximizando a especificidade. Como a proporção de verdadeiros-positivos entre os que testaram positivo aumenta, o valor preditivo positivo (VPP) também é maximizado.

Conclusão:

Apenas a afirmativa III está correta. Portanto, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 65

A questão descreve uma comparação entre dois grupos distintos: mulheres com histórico de pré-eclâmpsia (grupo exposto) e mulheres sem esse histórico (grupo não exposto). Quando o enunciado afirma que o risco é oito vezes maior em um grupo em relação ao outro, ele está estabelecendo uma razão entre as incidências desses grupos.

Alternativa (a) - Correta: O Risco Relativo (RR) é a medida de associação que quantifica quantas vezes a ocorrência de um desfecho é maior (ou menor) no grupo exposto em comparação ao grupo não exposto. Ele é obtido por meio da divisão da incidência do grupo exposto pela incidência do grupo não exposto. Portanto, ao dizer que o risco aumentou em oito vezes, estamos definindo que o RR é igual a 8.

Alternativa (b) - Incorreta: O Risco Atribuível, também chamado de Diferença de Riscos, não é uma medida de razão, mas sim de subtração. Ele é calculado

subtraindo-se a incidência nos não expostos da incidência nos expostos ($I_e - I_o$). Essa medida indica o excesso de casos que ocorre exclusivamente devido à presença do fator de risco, sendo expressa em valores absolutos (por exemplo, 5 casos extras a cada 100 pessoas) e não como um multiplicador.

Alternativa (c) - Incorreta: O Risco Absoluto é sinônimo de incidência. Ele representa a probabilidade de um evento ocorrer em um grupo específico durante um período de tempo (ex.: 10% das gestantes tiveram a condição). Ele não faz a comparação direta de magnitude entre dois grupos diferentes como solicitado no enunciado.

Alternativa (d) - Incorreta: O Risco Atribuível na População (ou Fração Atribuível Populacional) mede o impacto de um fator de risco na população total e não apenas nos indivíduos expostos. Ele estima quanto da incidência da doença em toda a comunidade poderia ser evitada se o fator de risco fosse eliminado. Para seu cálculo, é necessário conhecer a prevalência do fator de risco na população, informação que não foi fornecida.

Questão 66

Afirmativa I: Incorreta. Na primeira rodada de um programa de rastreamento, o que se observa é a detecção de casos prevalentes, ou seja, todos os casos da doença que se acumularam na população ao longo do tempo e que ainda não haviam sido diagnosticados. Por isso, a taxa de detecção costuma ser muito mais alta no início. Nas rodadas subsequentes, o rastreamento detecta apenas os casos incidentes (casos novos que surgiram no intervalo entre um exame e outro), resultando em um número menor de diagnósticos do que na rodada inicial.

Afirmativa II: Incorreta. O sobrediagnóstico (overdiagnosis) e o viés de tempo ganho (lead-time bias) são conceitos epidemiológicos diferentes. O viés de tempo ganho é a falsa impressão de aumento de sobrevida que ocorre simplesmente porque a doença foi descoberta mais cedo pelo rastreamento, embora o momento do óbito não tenha sido alterado pelo tratamento. Já o sobrediagnóstico ocorre quando o teste identifica uma doença (geralmente de crescimento muito lento) que nunca progrediria para causar sintomas ou morte durante a vida do paciente. O sobrediagnóstico é considerado uma consequência do viés de tempo de progressão ou duração (length-time bias), e não do tempo ganho.

Afirmativa III: Correta. Este é o pressuposto básico e o objetivo central de qualquer rastreamento em medicina. A lógica do rastreio é identificar a doença em sua fase pré-clínica (assintomática) para que a intervenção precoce possa alterar a história natural da doença, resultando em uma redução da morbidade ou da mortalidade, garantindo, assim, um melhor prognóstico em comparação ao diagnóstico feito

apenas após o surgimento de sinais e sintomas clínicos.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 67

O método GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) é atualmente a ferramenta mais utilizada e respeitada mundialmente para avaliar a qualidade das evidências e a força das recomendações em diretrizes clínicas.

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Correta): O sistema GRADE foi criado justamente para oferecer uma abordagem estruturada e transparente. Ele diferencia claramente a certeza da evidência (o quanto confiamos que o efeito estimado está próximo do real) da força da recomendação (o quanto os benefícios superam os riscos, considerando também valores e preferências do paciente e custos).

Afirmativa II (Correta): O método preconiza que o processo comece com a definição clara da pergunta clínica (geralmente usando a estratégia PICO) e a seleção de desfechos que sejam realmente importantes para o paciente. A partir daí, realiza-se uma análise sistemática para julgar a certeza do conjunto de evidências para cada desfecho específico.

Afirmativa III (Incorreta): Esta afirmativa descreve o oposto do que o GRADE propõe. O diferencial do GRADE é justamente não avaliar apenas estudos isolados, mas sim o conjunto da evidência disponível para cada desfecho (o "body of evidence"). Ele é a base fundamental das revisões sistemáticas modernas. Enquanto escalas antigas focavam apenas no desenho do estudo (como a de Oxford), o GRADE analisa fatores como risco de viés, imprecisão, inconsistência, evidência indireta e viés de publicação em todo o conjunto de estudos selecionados.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A afirmativa II também está correta.
- b) Incorreta. A afirmativa I também está correta.
- c) Incorreta. A afirmativa III está conceitualmente errada ao dizer que o GRADE não valoriza o conjunto de evidências.
- d) Correta. Apenas as afirmativas I e II apresentam conceitos verdadeiros sobre o funcionamento e os objetivos do sistema GRADE.

Gabarito: Letra (d).

Questão 68

ANÁLISE DO ESTUDO

O enunciado descreve uma pesquisa que seleciona dois grupos de indivíduos com base no status de exposição: um grupo exposto ao Césio-137 e um grupo não exposto (controle). Esses grupos são acompanhados ao longo de um período determinado (de 1988 a 2017) para observar o surgimento de um desfecho (neoplasia maligna).

DELINEAMENTO: ESTUDO DE COORTE

Sempre que o pesquisador parte da causa (exposição) em direção ao efeito (doença) ao longo do tempo, estamos diante de um estudo de coorte. Este delineamento permite estabelecer uma sequência temporal clara entre o fator de risco e o surgimento da patologia, sendo ideal para avaliar a história natural de uma exposição rara, como o acidente radiológico citado. Mesmo que o pesquisador analise registros passados, o sentido da análise é longitudinal (da exposição para o desfecho), caracterizando uma coorte (que pode ser prospectiva ou retrospectiva/histórica).

MEDIDA DE FREQUÊNCIA: INCIDÊNCIA

A incidência refere-se ao número de casos novos que surgem em uma população inicialmente saudável (em relação ao desfecho estudado) durante um intervalo de tempo. Como o estudo monitora a ocorrência de neoplasias ao longo de quase 30 anos em pessoas que foram contaminadas, ele está contabilizando novos eventos, o que define a medida de incidência.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O estudo é de coorte porque acompanha grupos expostos e não expostos para observar o desfecho. A medida é a incidência porque contabiliza os casos novos diagnosticados no período de seguimento.

Alternativa B (Incorreta): O estudo ecológico utiliza dados agregados de populações (como estatísticas de uma cidade inteira) e não dados individuais de pacientes específicos expostos, como ocorre no caso descrito.

Alternativa C (Incorreta): O estudo transversal é pontual, como uma fotografia de um momento específico, não permitindo o acompanhamento ao longo dos anos (1988 a

2017). A prevalência é a medida típica do estudo transversal e indica quantos casos existem em um exato momento, não quantos casos novos surgiram no período.

Alternativa D (Incorreta): O termo estudo de casos geralmente se refere a relatos descritivos de pacientes, sem grupo comparativo. Se a alternativa pretendia dizer caso-controle, também estaria incorreta, pois o caso-controle parte dos doentes (quem já tem neoplasia) para investigar o passado, enquanto o estudo proposto parte da exposição (Césio-137). A prevalência também não se aplica ao acompanhamento de novos casos.

Questão 69

Afirmativa I: Correta. A amitriptilina pertence à classe dos antidepressivos tricíclicos (ADTs). Ela atua bloqueando a recaptção de serotonina e noradrenalina na fenda sináptica, aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores. Além disso, os ADTs são conhecidos por serem drogas "sujeitas" do ponto de vista farmacológico, pois bloqueiam diversos outros receptores, o que justifica muitos de seus efeitos colaterais: o bloqueio muscarínico (colinérgico) causa boca seca e constipação; o bloqueio alfa-1 adrenérgico causa hipotensão postural; e o bloqueio histaminérgico (H1) causa sedação e ganho de peso.

Afirmativa II: Correta. Além da modulação das vias monoaminérgicas descendentes de inibição da dor, a amitriptilina possui a capacidade de bloquear canais de sódio voltagem-dependentes, de forma análoga aos anestésicos locais. Esse mecanismo contribui significativamente para sua eficácia no tratamento de dores neuropáticas e na profilaxia da enxaqueca, ao reduzir a excitabilidade neuronal e a transmissão de sinais dolorosos.

Afirmativa III: Incorreta. Embora doses baixas (geralmente entre 10 mg e 50 mg) sejam eficazes e comumente utilizadas para o tratamento da dor crônica e profilaxia de enxaqueca, essas doses são consideradas subterapêuticas para o tratamento da depressão maior. No transtorno depressivo, as doses de manutenção recomendadas são mais elevadas, variando habitualmente entre 75 mg e 150 mg por dia, podendo chegar a 300 mg em pacientes hospitalizados.

Afirmativa IV: Correta. Devido ao seu efeito de bloqueio nos canais de sódio e potencial de prolongamento do intervalo QT e do complexo QRS, os antidepressivos tricíclicos podem ser cardiopáticos e pró-arrítmicos. Portanto, recomenda-se a realização de um eletrocardiograma (ECG) basal antes de iniciar o medicamento, especialmente em pacientes acima de 40-50 anos ou naqueles com histórico de doenças cardiovasculares, para rastrear bloqueios de condução ou arritmias prévias.

Conclusão: Como as afirmativas I, II e IV estão corretas, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 70

Esta questão aborda o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), um tema de extrema relevância diante de desastres ambientais. O objetivo é identificar a alternativa incorreta sobre a patologia, seu tratamento e prognóstico.

Alternativa a: Esta afirmação está correta. Dados epidemiológicos e clínicos clássicos indicam que, mesmo com a variabilidade de cada caso, aproximadamente 50% dos pacientes que desenvolvem TEPT apresentam remissão dos sintomas ou recuperação significativa dentro do primeiro ano após o evento traumático, especialmente quando há intervenção precoce.

Alternativa b: Esta é a alternativa incorreta e, portanto, o gabarito. Embora os inibidores duplos da recaptação de serotonina e noradrenalina (como a venlafaxina) tenham eficácia comprovada e possam ser utilizados no tratamento do TEPT, eles não são a primeira linha absoluta. A primeira escolha farmacológica recomendada pelas principais diretrizes mundiais (como APA e NICE) e protocolos brasileiros são os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como a sertralina, a paroxetina e a fluoxetina. Os ISRS são preferidos inicialmente pelo maior corpo de evidências científicas e perfil de tolerabilidade.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. O prognóstico do TEPT é influenciado por diversos fatores preditores. O início rápido dos sintomas (em oposição ao início tardio), a curta duração do quadro, um bom histórico de funcionamento social e ocupacional antes do trauma, a presença de uma rede de apoio sólida e a ausência de outras comorbidades psiquiátricas (como depressão ou abuso de substâncias) são fatores que favorecem uma evolução clínica positiva.

Alternativa d: Esta afirmação está correta. Pessoas nos extremos de idade (crianças e idosos) tendem a apresentar maior vulnerabilidade ao trauma. Jovens podem não ter maturidade cognitiva e mecanismos de enfrentamento totalmente desenvolvidos, enquanto idosos podem ter menor resiliência biológica ou suporte social reduzido, o que torna o manejo do trauma mais complexo em comparação a adultos na meia-idade.

Questão 71

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer a Lei Federal nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A legislação define especificamente duas instâncias colegiadas para o exercício do controle social.

Análise dos itens:

(F) Comissão Intergestores Tripartite: Esta afirmativa é falsa no contexto da participação social. A CIT é uma instância de articulação, negociação e pactuação entre os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Ela é composta por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. Trata-se de uma instância de gestão, e não de controle social ou participação popular.

(V) Conferências de Saúde: Esta afirmativa é verdadeira. Segundo a Lei nº 8.142/1990, a Conferência de Saúde é uma instância de participação social que se reúne a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais. Sua função é avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

(V) Conselhos de Saúde: Esta afirmativa é verdadeira. Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, com composição paritária (50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviço). Eles atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

(F) Conselhos de Secretários de Saúde: Esta afirmativa é falsa. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são instâncias que representam os gestores estaduais e municipais, respectivamente. Eles participam das comissões intergestores para pactuar fluxos administrativos e operacionais, mas não são instâncias de participação da sociedade civil.

Conclusão:

A sequência correta é Falsa (CIT), Verdadeira (Conferências), Verdadeira (Conselhos) e Falsa (Secretários).

A alternativa correta é a letra (b).

Questão 72

A questão aborda os fundamentos da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), focando especificamente nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e na Atenção Primária à Saúde (APS), representada no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Análise da Afirmativa I:

Esta afirmativa está correta, pois descreve a lógica de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O objetivo de uma rede organizada é garantir que o paciente não fique "preso" em um nível de atenção se suas necessidades exigirem outro. Além do fluxo de pessoas, a rede deve garantir o fluxo de informações (referência e contrarreferência) para que o cuidado seja resolutivo, eficiente (uso racional de recursos) e efetivo (alcance de resultados clínicos).

Análise da Afirmativa II:

Esta afirmativa está correta. A ESF não deve funcionar como uma estrutura isolada, mas sim como o centro de comunicação e a ordenadora da RAS. A "responsabilização inequívoca" refere-se ao conceito de vínculo e territorialização: a equipe de saúde da família é a responsável direta pela saúde daquela população adscrita, acompanhando o usuário mesmo quando ele precisa ser atendido em outros pontos da rede (como hospitais ou especialistas).

Análise da Afirmativa III:

Esta afirmativa está correta ao elencar os quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, consagrados pela literatura (Barbara Starfield) e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). São eles:

1. Acesso (ou primeiro contato): ser a porta de entrada preferencial do sistema.
2. Longitudinalidade: acompanhamento do paciente ao longo do tempo, criando vínculo.
3. Coordenação do cuidado: organizar o fluxo do paciente pelos diversos serviços da rede.
4. Integralidade: abordar o indivíduo como um todo, em todas as suas necessidades preventivas, curativas e reabilitadoras.

A responsabilidade sanitária reforça o compromisso da equipe com o impacto na saúde daquela comunidade.

Conclusão:

Como as três afirmativas refletem corretamente as diretrizes atuais de gestão e assistência do sistema público de saúde brasileiro, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 73

Para compreender a resposta correta, é necessário distinguir o processo de idealização, o nascimento constitucional e a regulamentação jurídica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alternativa (a) Correta: A Lei Orgânica da Saúde, composta principalmente pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, é o marco que regulamenta o SUS em todo o território nacional. Embora a Constituição Federal de 1988 tenha sido a "certidão de nascimento" teórica do sistema, foram as Leis Orgânicas de 1990 que definiram as regras de funcionamento, a descentralização, a gestão, o financiamento e a participação da comunidade. Por consolidar a estrutura jurídica e operacional do sistema, é frequentemente apontada em concursos como a alternativa que melhor representa sua formalização legal.

Alternativa (b) Incorreta: O Programa Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), foi criado apenas em 1994. Ele não criou o SUS, mas sim surgiu como uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Primária à Saúde dentro de um sistema que já existia e já estava regulamentado.

Alternativa (c) Incorreta: A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um evento histórico fundamental por ser a primeira aberta à sociedade civil. Ela forneceu as bases ideológicas e os princípios (universalidade, equidade, integralidade) que o Movimento da Reforma Sanitária buscava. No entanto, a conferência foi um fórum de debates e propostas, não um ato legislativo de criação do sistema.

Alternativa (d) Incorreta: A Lei Eloy Chaves, de 1923, é considerada o marco inicial da Previdência Social no Brasil, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS). Esse modelo era contributivo e restrito a certas categorias profissionais (ferroviários), sendo o oposto do conceito de saúde universal e pública trazido pelo SUS décadas depois.

Questão 74

Análise detalhada das afirmativas:

Afirmativa I (Correta): A qualidade do sono é um dos fatores psicossociais mais relevantes na avaliação da dor musculoesquelética. O sono não reparador interfere diretamente nos mecanismos de modulação da dor e na recuperação tecidual. Pacientes com privação de sono apresentam maior sensibilidade dolorosa (hiperalgesia) e menor capacidade de enfrentamento, o que eleva o risco de a dor aguda se tornar crônica e severa.

Afirmativa II (Incorreta): Os fatores psicossociais e ocupacionais, frequentemente chamados de "yellow flags" (bandeiras amarelas), são cruciais no prognóstico da lombalgia. A insatisfação com o trabalho, a baixa autonomia, a percepção de injustiça e o estresse nas relações interpessoais no ambiente laboral são, comprovadamente, fatores de risco ocupacionais que contribuem para a persistência dos sintomas e para o aumento do tempo de afastamento do trabalho.

Afirmativa III (Correta): A presença de dor em múltiplos sítios ou uma história prévia de dores em outras regiões do corpo (como cervicalgia ou dores difusas) é um preditor forte para o desenvolvimento de lombalgia incapacitante em adultos jovens e indivíduos economicamente ativos. Isso pode indicar um estado de sensibilização central ou uma maior vulnerabilidade do sistema somatossensorial a estímulos dolorosos.

Conclusão: Estão corretas apenas as afirmativas I e III. Portanto, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 75

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Incorreta. No atendimento a mulheres vítimas de violência, o objetivo do médico deve ser justamente o oposto do que sugere este item. É fundamental promover um ambiente de confiança que permita à vítima expressar seus sentimentos. Evitar perguntas diretas sobre o estado emocional da paciente bloqueia a criação do vínculo terapêutico, impede o acolhimento humanizado e dificulta a identificação de necessidades de suporte psicológico ou psiquiátrico imediato.

Afirmativa II: Correta. A frase apresentada é um excelente exemplo de validação e empatia. Ao dizer "Imagino que foi muito ruim o que aconteceu", o profissional reconhece a gravidade da experiência da paciente. Ao complementar com a possibilidade de superação, o médico oferece suporte emocional e esperança baseada no cuidado clínico, o que é essencial para o início da recuperação psíquica da vítima.

Afirmativa III: Correta. Esta frase utiliza o recurso da normalização, que consiste em explicar à paciente que os sentimentos negativos e os sintomas físicos e emocionais que ela está sentindo são reações esperadas e comuns diante de um evento traumático (estresse agudo). Isso ajuda a reduzir o sentimento de culpa ou a sensação de "anormalidade". Além disso, o incentivo à busca por uma rede de apoio e profissionais de saúde é uma conduta técnica correta para o manejo de casos de

violência.

Conclusão: Visto que apenas as afirmativas II e III apresentam conceitos corretos sobre a comunicação empática e o suporte à vítima de violência, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 76

Para resolver essa questão, é fundamental dominar os quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), propostos por Barbara Starfield: Acesso de Primeiro Contato, Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado.

Análise das correlações:

Primeira lacuna: (1) Acesso de primeiro contato.

O acesso de primeiro contato implica que a unidade de saúde seja a porta de entrada preferencial do sistema, sendo acessível e acolhedora. Realizar o acolhimento adequado, com empatia e sem julgamentos, é o que garante que a paciente busque e utilize o serviço de saúde como seu primeiro recurso diante de uma situação de violência ou necessidade de saúde.

Segunda lacuna: (3) Longitudinalidade.

A longitudinalidade refere-se ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela mesma equipe ou profissional, criando um vínculo que transcende episódios isolados de doença. Quando o texto menciona "manter a continuidade do atendimento" e o apoio emocional contínuo, ele descreve exatamente esse acompanhamento duradouro.

Terceira lacuna: (2) Integralidade.

A integralidade significa que a equipe de saúde deve reconhecer todas as necessidades do paciente (físicas, psicológicas e sociais) e oferecer uma gama completa de serviços para atendê-las. Considerar o "contexto de vida" da mulher e buscar diferentes perspectivas profissionais para atender todas as suas demandas caracteriza o olhar integral.

Quarta lacuna: (4) Coordenação do cuidado.

A coordenação é o papel da APS de organizar, sincronizar e integrar o cuidado, mesmo quando a paciente precisa transitar por outros níveis de complexidade (como serviços de referência para aborto legal). Conhecer a rede, orientar sobre os serviços e facilitar os encaminhamentos são funções típicas da coordenação para evitar a fragmentação do cuidado.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A sequência inverte a lógica dos atributos, associando erroneamente o acolhimento à coordenação e a orientação da rede ao acesso de primeiro contato.
- b) Correta. Esta alternativa apresenta a sequência exata (1 - 3 - 2 - 4) que correlaciona as definições teóricas da APS com as práticas assistenciais descritas no atendimento à mulher.
- c) Incorreta. Confunde integralidade com acesso e coloca a coordenação no lugar da integralidade, desconsiderando a definição clássica de cada termo.
- d) Incorreta. Atribui a longitudinalidade ao acolhimento inicial e a coordenação ao acompanhamento contínuo, trocando os conceitos fundamentais de tempo e organização da rede.

Questão 77

Para resolver essa questão, é fundamental compreender os conceitos de epidemiologia clínica e bioestatística aplicados aos estudos de causalidade. A questão descreve uma situação clássica de viés de confusão.

Uma variável é considerada um fator de confusão (ou variável confundidora) quando ela preenche simultaneamente três critérios:

1. Está associada à exposição (no caso, o peso corporal).
2. É um fator de risco independente para o desfecho (no caso, a expectativa de vida).
3. Não é um passo intermediário na cadeia causal entre a exposição e o desfecho (ou seja, o peso corporal não causa o tabagismo, nem o tabagismo é a via pela qual o peso altera a longevidade).

Como o enunciado afirma explicitamente que o tabagismo se associa a ambos, mas não faz parte da cadeia causal, ele se encaixa perfeitamente na definição de variável confundidora.

Análise das alternativas:

- a) Variável confundidora: Correta. Conforme explicado, o tabagismo "distorce" a relação real entre peso e expectativa de vida porque está relacionado a ambos, podendo fazer parecer que o peso é o único responsável por alterações na longevidade, quando o hábito de fumar também está exercendo influência nos resultados observados.

b) Modificador de efeito: Incorreta. Um modificador de efeito é uma variável que altera a magnitude da associação entre a exposição e o desfecho. Diferente do confundidor, que o pesquisador tenta eliminar na análise, o modificador de efeito é uma descoberta biológica importante que mostra que o efeito da exposição é diferente em subgrupos (por exemplo, se o excesso de peso fosse prejudicial apenas para fumantes, mas não para não fumantes).

c) Variável dependente: Incorreta. A variável dependente é o desfecho ou o resultado que está sendo estudado. Neste cenário, a variável dependente principal seria a expectativa de vida (o efeito que depende de outras causas).

d) Variável independente: Incorreta. A variável independente é a exposição ou o fator de risco que está sendo manipulado ou observado para verificar se ele causa alteração no desfecho. Neste estudo, a variável independente principal é o peso corporal. O tabagismo atua como uma terceira variável que interfere nessa relação.

Questão 78

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I: Correta. A Fração Atribuível Populacional (FAP) é um indicador epidemiológico que descreve a proporção de casos de uma doença em toda a população (expostos e não expostos) que pode ser atribuída a um fator de risco específico. Ela representa o impacto desse fator na saúde pública e indica o quanto da doença seria evitada se o fator de risco fosse eliminado.

Afirmativa II: Incorreta. A FAP responde à pergunta sobre qual a proporção (ou fração) dos casos de uma doença na população que é devida ao fator de risco. A pergunta formulada na alternativa ("Qual a incidência...") refere-se ao Risco Atribuível Populacional (RAP), que é uma medida de diferença absoluta de taxas de incidência, e não uma proporção ou fração. A FAP é sempre expressa em termos percentuais ou fracionários.

Afirmativa III: Correta. A fórmula da FAP consiste em dividir o Risco Atribuível na População (RAP) pela incidência total da doença na população. O RAP é calculado subtraindo a incidência nos não expostos da incidência total da população. Assim, $FAP = (Incidência\ Total - Incidência\ nos\ Não\ Expostos) / Incidência\ Total$.

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta, pois a afirmativa III também é verdadeira.

Alternativa b: Incorreta, pois a afirmativa II está errada e as afirmativas I e III estão certas.

Alternativa c: Incorreta, pois a afirmativa I também é verdadeira.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa identifica adequadamente que apenas as proposições I e III estão corretas de acordo com os conceitos de bioestatística e epidemiologia.

Questão 79

Para responder corretamente a essa questão, é necessário compreender os princípios da Entrevista Motivacional (EM), uma estratégia de comunicação clínica utilizada para auxiliar pacientes a mudarem comportamentos de saúde. A EM foca na colaboração, na autonomia do paciente e na evocação de suas próprias ideias, evitando o reflexo de correção (o impulso do médico de dizer ao paciente o que ele deve fazer).

Alternativa a: Incorreta. Esta fala é centrada na autoridade do profissional e utiliza o reflexo de correção. Ao dizer "Eu acho que você deve", o médico assume uma postura diretiva e prescritiva, o que frequentemente gera resistência no paciente e ignora o protagonismo do indivíduo no seu próprio cuidado.

Alternativa b: Incorreta. Embora o médico apresente opções, ele está oferecendo soluções prontas de forma unilateral. Na abordagem motivacional, o objetivo é que o paciente identifique quais atividades seriam viáveis para ele. Fornecer uma lista de sugestões sem antes explorar as preferências do paciente é uma abordagem de aconselhamento tradicional, não de Entrevista Motivacional.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa demonstra o uso de duas ferramentas centrais da Entrevista Motivacional: a escuta reflexiva e a pergunta aberta. O médico primeiro valida a barreira relatada pelo paciente (falta de tempo) e, em seguida, utiliza uma pergunta que evoca as próprias soluções do paciente. Isso fortalece a autonomia e a autoeficácia, incentivando o idoso a pensar em como superar seus próprios obstáculos para realizar a atividade física necessária no manejo da osteoartrite.

Alternativa d: Incorreta. O uso da conjunção adversativa "mas" invalida a percepção do paciente sobre suas dificuldades. Ao confrontar o paciente com o argumento de que ele deve tirar um tempo por causa da importância do exercício, o médico cria uma barreira na comunicação e adota uma postura moralizante, o que costuma ser contraproducente para a mudança de comportamento na Atenção Primária à Saúde.

Questão 80

Análise da Afirmativa I: Esta afirmativa está incorreta. Embora a Hipertensão do Avental Branco (HAB) e a Hipertensão Mascarada (HM) não sejam condições benignas e estejam associadas a um maior risco cardiovascular em relação aos normotensos, o aumento desse risco é comprovado por estudos longitudinais (de coorte), que acompanham os pacientes ao longo do tempo. Estudos transversais analisam apenas um ponto específico no tempo e não são adequados para determinar o risco de eventos futuros ou estabelecer prognóstico cardiovascular.

Análise da Afirmativa II: Esta afirmativa está correta. A elaboração das diretrizes médicas atuais utiliza os princípios da Medicina Baseada em Evidências. As recomendações são classificadas de acordo com a força da recomendação e o nível de evidência científica, priorizando dados obtidos por meio de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e grandes estudos observacionais.

Análise da Afirmativa III: Esta afirmativa está correta. A Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é realizada pelo próprio paciente no ambiente doméstico, seguindo um protocolo específico. Por ocorrer fora do ambiente hospitalar ou de consultório, ela elimina a reação de alerta causada pela presença do profissional de saúde (fenômeno do avental branco). Como as medidas são feitas enquanto o paciente está acordado, o método fornece uma excelente estimativa da pressão arterial durante o período de vigília.

Análise das Alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a afirmativa I é falsa devido ao erro metodológico citado (estudos transversais).

As alternativas (b) e (c) estão incorretas por serem incompletas, já que tanto a afirmativa II quanto a III estão corretas.

A alternativa (d) é a correta, pois identifica corretamente que apenas as proposições II e III são verdadeiras de acordo com as diretrizes e os conceitos de metodologia científica.

Questão 81

Alternativa (a): CORRETA. Nas queimaduras elétricas, especialmente as de alta voltagem, ocorre uma destruição tecidual profunda e maciça conhecida como rabdomiólise. A lesão das células musculares libera mioglobina (um hemocromógeno) na corrente sanguínea. Quando essa mioglobina atinge os rins, ela é filtrada pelos glomérulos e pode precipitar nos túbulos renais, especialmente em situações de desidratação e urina ácida. Esse processo causa obstrução tubular e toxicidade direta, levando à insuficiência renal aguda (nefropatia obstrutiva). Por esse motivo, o manejo desses pacientes exige uma hidratação mais vigorosa do que em

queimaduras térmicas convencionais.

Alternativa (b): INCORRETA. A lesão elétrica é muito diferente das queimaduras térmicas de contato. Ela é caracterizada pelo "fenômeno do iceberg", em que as lesões visíveis na pele (geralmente os pontos de entrada e saída da corrente) representam apenas uma pequena fração do dano total. A maior parte da necrose ocorre em tecidos profundos, como músculos e ossos, por onde a corrente transitou.

Alternativa (c): INCORRETA. A pele realmente apresenta uma resistência maior à passagem da corrente elétrica em comparação com nervos, vasos sanguíneos e músculos. No entanto, o dano tecidual é determinado pela Lei de Joule, segundo a qual a produção de calor é proporcional à resistência. O fato de a pele ter resistência não significa que ela seja "quase sempre lesada" de forma isolada; o problema clínico fundamental é que, uma vez vencida a barreira da pele, a corrente flui pelos tecidos internos de baixa resistência, causando danos extensos que não são visíveis externamente.

Alternativa (d): INCORRETA. O manejo cirúrgico das complicações musculares na queimadura elétrica exige fasciotomias amplas e completas de todos os compartimentos envolvidos para aliviar a pressão da síndrome compartimentar. Além disso, a descompressão de nervos periféricos é frequentemente necessária para evitar sequelas neurológicas permanentes, sendo o túnel do carpo um local comum de necessidade de intervenção. Portanto, as intervenções não devem ser parciais e não se deve evitar a descompressão nervosa.

Questão 82

Alternativa A: INCORRETA. A tomografia computadorizada (TC) não é essencial para o diagnóstico inicial de pancreatite aguda. O diagnóstico é estabelecido pela presença de pelo menos dois dos três critérios de Atlanta: dor abdominal característica, níveis de amilase ou lipase pelo menos três vezes acima do limite superior da normalidade, e achados característicos em exames de imagem. Se o paciente apresenta dor típica e enzimas elevadas, o diagnóstico já está firmado. A TC é reservada para casos de dúvida diagnóstica ou para avaliar complicações, preferencialmente após 48 a 72 horas do início dos sintomas, pois exames realizados muito precocemente podem subestimar a extensão da necrose.

Alternativa B: INCORRETA. A antibioticoterapia profilática não é recomendada na pancreatite aguda, mesmo em casos de necrose estéril extensa. Evidências científicas demonstram que o uso preventivo de antibióticos não reduz a incidência de infecção da necrose, a necessidade de intervenção cirúrgica ou a mortalidade. O uso de antibióticos deve ser restrito aos casos de infecção comprovada ou suspeita

clínica e laboratorial forte de necrose infectada.

Alternativa C: INCORRETA. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) não deve ser realizada de rotina em todos os casos de pancreatite biliar. Sua indicação precoce (dentro das primeiras 24 a 48 horas) está reservada exclusivamente para pacientes que apresentam colangite aguda associada ou obstrução biliar persistente (evidenciada por icterícia progressiva ou colestase laboratorial). Pacientes com pancreatite biliar que apresentam melhora clínica e laboratorial não se beneficiam da CPRE precoce.

Alternativa D: CORRETA. A estratégia cirúrgica na pancreatite biliar depende da gravidade do quadro. Na pancreatite aguda leve, a colecistectomia deve ser realizada precocemente, ainda na mesma internação, para evitar a recorrência de eventos biliares. No entanto, na pancreatite aguda severa (grave), caracterizada por falência orgânica persistente e/ou complicações locais como necrose e coleções, a cirurgia precoce aumenta significativamente o risco de infecção e a morbimortalidade. Nesses casos, recomenda-se postergar a colecistectomia por cerca de 6 semanas, aguardando a resolução do processo inflamatório e a estabilização ou reabsorção das coleções.

Questão 83

Para a correta compreensão desta questão, devemos revisar as estratégias diagnósticas para a infecção pelo **Helicobacter pylori**, que são fundamentais na prática gastroenterológica.

Alternativa a: Esta afirmação está correta. O diagnóstico de **H. pylori** não depende exclusivamente da Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Existem métodos não invasivos validados e amplamente utilizados, como o teste respiratório com ureia marcada (padrão-ouro para controle de cura) e a pesquisa de antígeno fecal. Em pacientes jovens e sem sinais de alarme, as diretrizes permitem o diagnóstico e tratamento sem a necessidade de realizar o procedimento endoscópico.

Alternativa b: Esta afirmação está correta. Os métodos diagnósticos realizados durante a EDA, especificamente o teste rápido da urease e o exame histopatológico (biópsia), apresentam altíssima acurácia diagnóstica. Quando a coleta é feita de forma adequada (fragmentos de antro e corpo gástrico), a sensibilidade e a especificidade desses testes superam habitualmente os 90%.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. Didaticamente, dividimos os testes em dois grupos: os invasivos, que exigem a coleta de amostras da mucosa gástrica via endoscopia (teste da urease, histologia, cultura e biologia molecular/PCR); e os não

invasivos, que dispensam a coleta de tecido (teste respiratório, antígeno fecal e sorologia).

Alternativa d: Esta afirmação está incorreta, o que a torna o gabarito da questão. A cultura da mucosa gástrica possui relevância clínica importante. Embora não seja utilizada rotineiramente para o diagnóstico inicial por ser um método caro, demorado e tecnicamente difícil, ela é essencial em casos de falhas sucessivas no tratamento. A cultura permite a realização do antibiograma, identificando a quais antibióticos aquela cepa específica de *H. pylori* é resistente, orientando uma terapia de resgate personalizada. Portanto, afirmar que ela não apresenta relevância é um erro conceitual.

Questão 84

Alternativa A: Incorreta. Embora a endoscopia digestiva alta, a manometria e a monitorização do pH sejam comumente solicitadas no pré-operatório, o esofagograma e a cintilografia não são considerados exames essenciais ou rotineiros para todos os pacientes. A cintilografia tem utilidade limitada em adultos, sendo mais comum na pediatria, e o esofagograma é reservado para casos específicos, como suspeita de grandes hérnias de hiato ou estenoses.

Alternativa B: Incorreta. Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) agem ligando-se de forma irreversível à enzima H⁺/K⁺ ATPase (bomba de prótons) nas células parietais do estômago. A recuperação da secreção ácida só ocorre com a síntese de novas bombas.

Alternativa C: Correta. A pH-metria de 24 horas continua sendo amplamente considerada o padrão-ouro para o diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico, especialmente nos casos em que a endoscopia é normal (doença não erosiva). Ela permite quantificar objetivamente o tempo de exposição ácida esofágica e correlacionar os sintomas do paciente com os episódios de refluxo através do escore de DeMeester.

Alternativa D: Incorreta. Pacientes com doença grave, como esofagite erosiva graus C e D de Los Angeles ou esôfago de Barrett, geralmente necessitam de doses plenas ou até dobradas de inibidores da bomba de prótons para alcançar a cicatrização da mucosa e o controle adequado dos sintomas, e não apenas a dose mínima.

Questão 85

A alternativa INCORRETA é a letra (a). Abaixo, segue a análise detalhada de cada opção:

Alternativa (a): Incorreta. Do ponto de vista fisiológico, a pressão dentro do tórax é negativa (subatmosférica), enquanto a pressão dentro do abdome é positiva. É justamente esse gradiente de pressão (a diferença entre a pressão positiva abdominal e a negativa torácica) que atua como uma força propulsora, facilitando a migração das vísceras abdominais para dentro da cavidade torácica quando há uma fragilidade no hiato diafragmático. Portanto, a afirmação está errada ao dizer que a pressão no tórax é positiva.

Alternativa (b): Correta. A membrana frenoesofágica (também chamada de ligamento frenoesofágico) é a estrutura anatômica que fixa o esôfago ao diafragma no nível do hiato. Ela é formada pela fusão das fâscias endoabdominal (continuação da fâscia transversal) e endotorácica. O enfraquecimento ou a lassidão dessa membrana é um dos principais fatores fisiopatológicos para o desenvolvimento da hérnia de hiato por deslizamento.

Alternativa (c): Correta. Embora a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) seja muito mais frequente e classicamente associada às hérnias por deslizamento (Tipo I), as hérnias paraesofágicas (Tipos II, III e IV) também podem apresentar refluxo. Isso ocorre especialmente nas hérnias do Tipo III (mistas), que combinam elementos de deslizamento e paraesofágicos, ou devido à distorção da anatomia da junção esofagogástrica provocada pelo componente herniado, o que pode comprometer a competência do esfíncter esofágico inferior.

Alternativa (d): Correta. A hérnia por deslizamento (Tipo I) é a mais comum, correspondendo a cerca de 90% a 95% dos casos de hérnia hiatal. Nela, a junção esofagogástrica migra para cima do diafragma. Embora as hérnias paraesofágicas possam cursar com sintomas mecânicos (como disfagia, dor retroesternal ou plenitude pós-prandial), qualquer tipo de hérnia hiatal pode, potencialmente, causar sintomas de refluxo devido à perda dos mecanismos de barreira antirrefluxo do hiato diafragmático.

Questão 86

Análise detalhada das afirmativas:

Afirmativa I: Está correta. O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna cutânea mais frequente no ser humano, superando o carcinoma espinocelular e o melanoma. Ele representa cerca de 75% a 80% de todos os casos de câncer de pele

não melanoma.

Afirmativa II: Está correta. O principal fator de risco para o desenvolvimento do CBC é a exposição à radiação ultravioleta (UV), especialmente a exposição intermitente e intensa que causa queimaduras solares. Por esse motivo, cerca de 80% das lesões surgem em áreas fotoexpostas, com predomínio absoluto na região da cabeça e do pescoço (como nariz, face e orelhas).

Afirmativa III: Está correta. O CBC possui um comportamento biológico de malignidade local. Embora tenha capacidade de invadir e destruir tecidos adjacentes (incluindo cartilagem e osso em casos avançados), ele apresenta um baixíssimo potencial de disseminação a distância. As metástases são consideradas eventos raros na prática clínica, com taxas descritas na literatura inferiores a 0,1%.

Conclusão: Visto que todas as três proposições definem corretamente as características epidemiológicas e clínicas do carcinoma basocelular, a alternativa correta é a letra D.

Questão 87

A questão aborda o manejo terapêutico da doença de Crohn com manifestação perianal (fístulas), uma condição de difícil tratamento que exige abordagem multidisciplinar. O objetivo é identificar qual das classes de medicamentos listadas não possui eficácia comprovada para o tratamento específico das fístulas.

Letra A) Antibióticos: Estão corretos. O metronidazol e o ciprofloxacino são frequentemente utilizados na prática clínica como terapia de primeira linha ou adjuvante. Embora raramente promovam a cicatrização completa e definitiva da fístula de forma isolada, são eficazes na redução da drenagem purulenta, no controle de abscessos e na melhora dos sintomas locais, servindo como ponte para outras terapias.

Letra B) Aminossalicilatos: Esta é a alternativa incorreta (Gabarito). A mesalazina e a sulfassalazina possuem ação predominantemente tópica na mucosa intestinal e são indicadas para o tratamento da doença de Crohn luminal leve ou para a colite ulcerativa. Não existem evidências científicas que comprovem sua eficácia no tratamento de fístulas perianais, que são complicações transmurais e profundas. Portanto, não devem ser utilizadas com esse propósito.

Letra C) Anti-TNF: Estão corretos. Os anticorpos monoclonais anti-TNF, especialmente o infliximabe (que possui os estudos mais robustos para fístulas, como o ACCENT II), são considerados o padrão-ouro no tratamento clínico da doença de Crohn

fistulizante. Eles possuem alta eficácia tanto na indução do fechamento das fístulas quanto na manutenção da cicatrização a longo prazo.

Letra D) Imunossupressores: Estão corretos. A azatioprina e a 6-mercaptopurina são amplamente utilizadas para auxiliar no fechamento das fístulas e, principalmente, para manter a remissão da doença e o fechamento do trajeto fistuloso após a indução. O metotrexato também pode ser utilizado como alternativa em casos selecionados. Frequentemente, esses medicamentos são associados aos biológicos (terapia combinada) para aumentar as taxas de sucesso e reduzir a imunogenicidade.

Questão 88

A questão aborda a interação farmacológica entre o carbonato de lítio, um estabilizador de humor com índice terapêutico estreito, e os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como o ibuprofeno. O lítio é excretado quase exclusivamente pelos rins e sua depuração depende diretamente da taxa de filtração glomerular.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Existe uma interação medicamentosa clinicamente muito relevante. O uso de AINEs associado ao lítio é uma das causas comuns de intoxicação por lítio em pacientes estáveis, não sendo recomendada a manutenção da dose sem vigilância ou ajuste.

Alternativa b: Incorreta. A interação não ocorre sobre o nível plasmático do anti-inflamatório. O lítio não tem a capacidade de reduzir a biodisponibilidade ou aumentar o metabolismo do ibuprofeno a ponto de exigir aumento de dose do analgésico.

Alternativa c: Correta. Os AINEs inibem a síntese de prostaglandinas renais (especialmente PGE2 e PGI2). No rim, essas prostaglandinas são responsáveis por manter a vasodilatação da arteríola aferente e promover a excreção de sódio e lítio. Ao inibi-las, o ibuprofeno causa vasoconstrição renal, reduzindo o fluxo sanguíneo e a taxa de filtração glomerular, além de aumentar a reabsorção de lítio nos túbulos renais. Isso eleva a concentração sérica de lítio (litemia). Como a paciente já apresenta uma litemia de 1,0 mEq/L (limite superior da faixa terapêutica usual de 0,6 a 1,2 mEq/L), qualquer aumento pode levar a sinais de toxicidade, como tremores grosseiros, ataxia, disartria e insuficiência renal aguda. Assim, se o uso do AINE for indispensável, a dose de lítio deve ser reduzida e a litemia monitorada. Na prática clínica, o mais comum seria substituir o ibuprofeno por analgésicos que não interferem na função renal, como paracetamol ou dipirona.

Alternativa d: Incorreta. A retirada imediata do lítio em uma paciente com transtorno bipolar apresenta um risco elevado de recaída do quadro psiquiátrico (crise de mania ou depressão). O manejo de uma interação medicamentosa para um tratamento de curto prazo (5 dias de analgesia) deve ser feito com ajuste de dose ou troca da medicação sintomática, e não com a interrupção do tratamento de base da paciente.

Questão 89

Alternativa (a) Correta: O tratamento padrão do câncer de endométrio é cirúrgico e envolve a histerectomia total com anexectomia bilateral. No entanto, a necessidade de linfadenectomia pélvica e para-aórtica sistemática é debatida. Em pacientes com tumores de baixo risco (tipo histológico endometriode, graus G1 ou G2, com invasão miometrial inferior a 50%), a incidência de metástases linfonodais é inferior a 5%. Nesses casos, a linfadenectomia sistemática pode ser omitida ou substituída pela técnica do linfonodo-sentinela para evitar complicações como o linfedema, uma vez que o procedimento extenso não demonstrou benefício em sobrevida global para esse grupo específico.

Alternativa (b) Incorreta: A videolaparoscopia não é proscrita; pelo contrário, é a via de preferência para o tratamento e estadiamento do câncer de endométrio inicial. Estudos clínicos robustos demonstraram que a via minimamente invasiva apresenta resultados oncológicos equivalentes à laparotomia, com a vantagem de menor perda sanguínea, menor tempo de internação e recuperação pós-operatória mais rápida.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a obesidade seja um dos principais fatores de risco devido ao hiperestrogenismo periférico, a multiparidade é, na verdade, um fator de proteção. O fator de risco relacionado à paridade é a nuliparidade. Durante a gestação, há um predomínio de progesterona, que exerce um efeito protetor no endométrio contra a proliferação celular estimulada pelo estrogênio.

Alternativa (d) Incorreta: A síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não-polipose) é um dos principais fatores de risco genéticos para o adenocarcinoma de endométrio. Mulheres portadoras de mutações nos genes de reparo do DNA (MMR) apresentam um risco ao longo da vida que varia de 40% a 60% de desenvolver câncer de endométrio, sendo este, muitas vezes, a sentinela (o primeiro tumor a aparecer) na linhagem feminina dessas famílias.

Questão 90

Afirmativa 1 (Verdadeira): O midazolam é amplamente utilizado como medicação pré-anestésica com o objetivo de reduzir a ansiedade (ansiólise) e promover sedação antes da indução anestésica propriamente dita. A administração de 15 mg por via oral, cerca de 30 a 60 minutos antes do procedimento em adultos, é uma prática clínica padrão para que o pico de ação do fármaco coincida com o início da intervenção.

Afirmativa 2 (Verdadeira): Por ser um benzodiazepínico de meia-vida curta, a interrupção abrupta do uso crônico de midazolam pode precipitar sintomas de abstinência de forma rápida. Como a substância é eliminada velozmente do organismo, os sinais de privação, como insônia, agitação e tremores, surgem em poucas horas e geralmente se resolvem em até uma semana.

Afirmativa 3 (Falsa): A eficácia do midazolam como hipnótico e sedativo é plenamente estabelecida na literatura médica e na prática clínica mundial. Ele é um dos fármacos mais estudados e utilizados para indução anestésica e sedação em unidades de terapia intensiva e salas de cirurgia, não havendo dúvidas sobre sua potência e eficácia no receptor GABA-A.

Afirmativa 4 (Verdadeira): A amnésia anterógrada é um efeito colateral clássico e, em muitos casos, desejado do midazolam. Após a administração do medicamento, o paciente perde a capacidade de consolidar memórias de eventos recentes, o que é benéfico para evitar lembranças traumáticas de procedimentos invasivos, intubações ou do ambiente cirúrgico.

A sequência correta de preenchimento é V - V - F - V.

Alternativa correta: Letra B.

Questão 91

Análise do Quadro Clínico:

O recém-nascido apresenta sinais clássicos de atresia de esôfago associada a uma fístula traqueoesofágica distal. Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Sialorreia e engasgos: A salivação excessiva ocorre porque o esôfago termina em fundo cego, impedindo o bebê de deglutir a própria saliva. Ao tentar mamar, o leite se acumula na bolsa esofágica superior e transborda para a via aérea, causando tosse, cianose e apneia.

2. Distensão abdominal: Este é o dado fundamental para diferenciar os tipos de atresia. A presença de ar no estômago e no intestino (causando a distensão) indica que existe uma comunicação entre a traqueia e o segmento distal do esôfago (fístula distal). Se não houvesse fístula, o abdome seria escavado.

3. Polidrâmnio: Durante a gestação, o feto não consegue deglutir o líquido amniótico devido à obstrução esofágica, o que leva ao acúmulo de líquido na bolsa amniótica.

4. Associação VACTERL: A questão menciona anomalia anorretal (ânus imperfurado) e anomalia de membros (radial). Essas malformações fazem parte do acrônimo VACTERL (Vertebral, Anal, Cardíaca, Traqueoesofágica, Renal e Limb/Membros), frequentemente associado à atresia de esôfago.

Análise das alternativas:

a) Correta. A atresia de esôfago com fístula distal (Tipo C) é a variante mais comum (cerca de 85% dos casos). Ela explica perfeitamente a incapacidade de deglutir (sialorreia/engasgos) e a entrada de ar no trato digestivo (distensão abdominal).

b) Incorreta. Na hérnia diafragmática, as alças intestinais estão no tórax, o que geralmente resulta em um abdome escavado (murcho) e não distendido. O quadro respiratório costuma ser imediato ao nascimento por hipoplasia pulmonar.

c) Incorreta. A membrana duodenal causa obstrução intestinal alta, levando a vômitos (frequentemente biliosos) e distensão abdominal localizada, mas não justifica a sialorreia excessiva nem os engasgos imediatos com a saliva.

d) Incorreta. O refluxo gastroesofágico pode causar episódios de engasgo e tosse, mas não se apresenta com tamanha gravidade nos primeiros dias de vida, não causa sialorreia contínua e não justifica a associação com malformações anorretais e de membros.

Questão 92

O câncer colorretal apresenta manifestações clínicas que variam significativamente de acordo com a localização anatômica da lesão (cólon direito, cólon esquerdo ou reto). Abaixo, analisamos cada alternativa para identificar a que não pertence ao quadro clínico desta patologia:

Alternativa a) Deficiência de ferro: Esta alternativa descreve um sinal clássico do câncer colorretal, especialmente nos tumores localizados no cólon direito (cego e cólon ascendente). Como o lúmen intestinal nessa região é mais largo e o conteúdo

fecal é predominantemente líquido, os tumores costumam crescer de forma vegetante e apresentar sangramento crônico e oculto. Isso leva o paciente a desenvolver anemia ferropriva (deficiência de ferro) muitas vezes antes de apresentar qualquer sintoma obstrutivo.

Alternativa b) Alteração do hábito intestinal: Esta alternativa também descreve um sintoma típico da doença. É mais frequente em tumores do cólon esquerdo e sigmoide. Nessas localizações, o lúmen é mais estreito e as fezes são mais sólidas; portanto, o crescimento do tumor tende a causar redução do calibre das fezes, constipação progressiva ou alternância entre períodos de diarreia e constipação.

Alternativa c) Tenesmo: O tenesmo é a sensação de necessidade persistente de evacuar, mesmo que a ampola retal esteja vazia, ou a sensação de evacuação incompleta. É um sintoma característico dos tumores localizados no reto. A presença da massa tumoral estimula os receptores de estiramento retal, mimetizando a presença de fezes e gerando o desconforto constante.

Alternativa d) Sinal de Mackintosh: Esta é a alternativa correta a ser assinalada, pois o Sinal de Mackintosh não existe na semiologia médica relacionada ao câncer colorretal. Trata-se de um termo fictício utilizado pelo examinador como distrator. Não há qualquer registro na literatura técnica de um sinal com essa nomenclatura associado ao diagnóstico ou à apresentação clínica desta neoplasia.

Questão 93

A questão aborda a técnica cirúrgica da funduplicatura de Nissen, indicada neste caso devido à Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) refratária ao tratamento clínico (uso de dose dobrada de IBP sem sucesso) e à presença de hérnia de hiato em paciente obeso.

Alternativa (a) Incorreta: O objetivo da funduplicatura não é acessar o baço. Na verdade, o baço é uma estrutura de risco que deve ser preservada durante o procedimento para evitar hemorragias. Além disso, a técnica frequentemente exige a ligadura dos vasos gástricos curtos para permitir uma mobilização adequada do fundo gástrico, criando uma válvula sem tensão (técnica de "Floppy Nissen"); portanto, o acesso a esses vasos é fundamental e não dificultado.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve corretamente a etapa inicial da dissecação do hiato por videolaparoscopia. O procedimento começa habitualmente com a abertura do pequeno omento na sua porção delgada (pars flaccida). Isso permite a identificação e exposição do pilar diafragmático direito. A partir daí, a dissecação prossegue superiormente, cruzando a linha média e progredindo para a

esquerda, onde a membrana frenoesofágica é aberta para mobilizar o esôfago e o pilar esquerdo.

Alternativa (c) Incorreta: A incisão da membrana frenoesofágica e da reflexão peritoneal deve ser ampla o suficiente para permitir a mobilização de pelo menos 3 a 4 cm de esôfago abdominal. O nervo vago posterior deve ser cuidadosamente identificado e mantido junto ao esôfago (dentro da válvula) para evitar sua lesão acidental. A descrição da incisão apenas "anterior ao pilar esquerdo" está incompleta e não define a técnica de isolamento do esôfago.

Alternativa (d) Incorreta: Existem dois erros principais nesta alternativa. Primeiro, a extensão da válvula de Nissen deve ser curta, medindo entre 2 e 3 cm. Uma válvula de 7 a 10 cm causaria uma obstrução mecânica severa e disfagia persistente. Segundo, os pontos realizados na funduplicatura e na hiatoplastia (fechamento dos pilares) devem ser feitos preferencialmente com fios inabsorvíveis (como poliéster ou polipropileno) para garantir a durabilidade da correção anatômica, e não fios absorvíveis.

Questão 94

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente com fatores de risco (HAS e DM) que apresenta um quadro agudo de dor abdominal, distensão importante e sinais de sangramento (melena). O ponto-chave da questão é a medida da pressão intra-abdominal (PIA) de 22 mmHg.

De acordo com a World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (WSACS), a Hipertensão Intra-abdominal (HIA) é definida por valores sustentados de PIA iguais ou superiores a 12 mmHg. A HIA é dividida em graus:

Grau I: 12 a 15 mmHg.

Grau II: 16 a 20 mmHg.

Grau III: 21 a 25 mmHg.

Grau IV: Maior que 25 mmHg.

A Síndrome do Compartimento Abdominal (SCA) ocorre quando a PIA é superior a 20 mmHg (Grau III ou IV) e está associada a uma nova disfunção ou falência de órgãos. No paciente em questão, a distensão abdominal importante associada à pressão de 22 mmHg configura um quadro de Síndrome do Compartimento Abdominal, exigindo intervenção imediata.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A laparotomia exploratória é a conduta correta porque funciona como uma descompressão cirúrgica abdominal. Diante de uma SCA confirmada ou fortemente suspeita por valores de PIA acima de 20 mmHg com comprometimento clínico, a abertura da cavidade é a única medida capaz de reduzir a pressão de forma eficaz, restaurar a perfusão dos órgãos intra-abdominais e evitar a falência de múltiplos órgãos e o óbito.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A ultrassonografia abdominal é um exame de imagem que pode auxiliar no diagnóstico de líquidos livres ou patologias específicas, mas não trata a hipertensão abdominal. No contexto de uma pressão de 22 mmHg com distensão severa, o tempo gasto com exames de imagem retarda o tratamento definitivo (descompressão).

Alternativa B: A laparoscopia diagnóstica é contraindicada neste caso. Para realizar a laparoscopia, é necessário insuflar gás na cavidade abdominal (pneumoperitônio), o que aumentaria ainda mais a pressão intra-abdominal, agravando drasticamente o quadro de compressão vascular e a disfunção orgânica do paciente.

Alternativa C: Embora o paciente apresente melena, o que sugere hemorragia digestiva, a prioridade absoluta no momento é a descompressão do compartimento abdominal. A endoscopia digestiva alta requer insuflação de ar no estômago, o que também pode elevar a PIA. Além disso, o sangramento pode ser decorrente da própria isquemia mesentérica causada pela hipertensão abdominal. A estabilização da pressão precede a investigação endoscópica.

Questão 95

Alternativa correta: C

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Em pacientes hemodinamicamente instáveis com suspeita de trauma abdominal, a prioridade é identificar rapidamente a presença de líquido livre (sangue) na cavidade peritoneal para decidir a conduta cirúrgica imediata. Nesses casos, os métodos de escolha são o FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) ou o LPD (Lavagem Peritoneal Diagnóstica), que podem ser realizados à beira do leito na sala de emergência. A TC exige que o paciente seja transportado para a sala de radiologia, o que é contraindicado para pacientes instáveis.

Alternativa B: Incorreta. A TC é considerada o padrão-ouro justamente para a avaliação de lesões em órgãos sólidos (fígado, baço e rins), permitindo inclusive o estadiamento da gravidade da lesão. Além disso, ela avalia o retroperitônio, área que o FAST e o LPD não conseguem examinar adequadamente. O FAST e o LPD detectam a presença de fluido, mas não detalham a anatomia da lesão do órgão sólido tão bem quanto a TC.

Alternativa C: Correta. Segundo os princípios do ATLS, a tomografia computadorizada é um exame que consome tempo devido à logística de transporte do paciente e ao tempo de execução e interpretação. Por ser realizado fora do ambiente monitorado da sala de trauma, seu uso é estritamente reservado para pacientes hemodinamicamente estáveis. Pacientes que apresentam oscilação pressórica ou choque não devem ser enviados para a tomografia, pois o risco de uma descompensação fatal longe da equipe de reanimação é alto.

Alternativa D: Incorreta. A TC não pode ser realizada em qualquer paciente. A estabilidade hemodinâmica é um pré-requisito absoluto. Se um paciente necessita de transferência imediata para o centro cirúrgico devido à instabilidade e evidência de sangramento abdominal (identificado pelo FAST ou LPD), a realização da TC atrasaria o tratamento definitivo e aumentaria a mortalidade.

Resumo Didático:

A decisão sobre qual exame de imagem solicitar no trauma abdominal baseia-se na estabilidade hemodinâmica do paciente.

- Paciente INSTÁVEL: FAST ou LPD. Se positivos, segue para Laparotomia.
- Paciente ESTÁVEL: Tomografia Computadorizada de abdome com contraste (Padrão-ouro para avaliar extensão das lesões e indicar tratamento conservador).

Questão 96

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I (Incorreta): No trauma, a regra fundamental é que todo paciente hipotenso deve ser considerado hipovolêmico por choque hemorrágico até que se prove o contrário. O choque neurogênico é uma causa muito menos frequente e ocorre geralmente em lesões medulares acima de T6. Além disso, o tratamento de primeira linha no choque hemorrágico é o controle do sangramento e a reposição volêmica (preferencialmente com hemoderivados), e não o uso de vasopressores. O uso precoce de vasopressores na ausência de volume adequado pode agravar a isquemia tecidual.

Afirmativa II (Correta): O débito urinário é considerado um dos indicadores mais sensíveis e confiáveis da perfusão orgânica e do status volêmico durante a reanimação. Ele reflete de forma indireta o fluxo sanguíneo renal. No paciente adulto, a meta terapêutica estabelecida pelos protocolos de suporte avançado (como o ATLS) é a manutenção de um débito urinário de pelo menos 0,5 mL/kg/h. Em crianças, esse valor deve ser de 1,0 mL/kg/h.

Afirmativa III (Correta): Atualmente, sabe-se que a reanimação volêmica agressiva com grandes volumes de cristaloides (como soro fisiológico ou Ringer lactato) antes do controle definitivo do sangramento é prejudicial. Esse excesso de volume pode causar coagulopatia dilucional, acidose e hipotermia, além de aumentar a pressão arterial a ponto de "desalojar" coágulos recém-formados, aumentando o sangramento (fenômeno conhecido como "pop the clot"). O conceito moderno é a hipotensão permissiva, focando em manter a perfusão de órgãos vitais sem atingir níveis pressóricos normais até que a hemorragia seja estancada.

Conclusão: Como as afirmativas II e III estão corretas, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 97

O quadro clínico descrito é de um Pneumotórax Espontâneo Primário (PEP), que tipicamente acomete jovens sem doenças pulmonares prévias. Os principais critérios para definir a conduta são a estabilidade hemodinâmica do paciente e o tamanho do pneumotórax.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Esta é a alternativa correta. O paciente está clinicamente estável (frequência respiratória de 22 irpm e pressão arterial normal) e o pneumotórax é considerado pequeno/moderado (25%). Segundo as principais diretrizes (como as da British Thoracic Society e do American College of Chest Physicians), casos estáveis e não volumosos podem ser manejados inicialmente com observação e oxigenoterapia. O uso de oxigênio suplementar é fundamental porque acelera a reabsorção do ar no espaço pleural. O oxigênio reduz a pressão parcial de nitrogênio nos capilares pleurais, criando um gradiente que favorece a saída do ar da cavidade pleural para o sangue, acelerando o processo em até quatro vezes.

Alternativa (b): Incorreta. A drenagem pleural em selo d'água é um procedimento invasivo indicado para pacientes com pneumotórax volumoso (geralmente acima de 30% ou com distância borda-parede superior a 2 cm), pacientes com instabilidade clínica ou nos casos de pneumotórax secundário (quando há doença pulmonar

prévia, como DPOC). No caso apresentado, a estabilidade permite uma abordagem conservadora inicial.

Alternativa (c): Incorreta. A aspiração simples com agulha ou cateter fino pode ser tentada em pneumotórax espontâneos primários maiores antes de se optar pela drenagem, mas não é a conduta de escolha para um quadro de 25% com estabilidade. Além disso, o erro da alternativa reside em afirmar que a punção deve ser "obrigatoriamente" seguida de drenagem em selo d'água; se a aspiração for bem-sucedida e o pulmão reexpandir, a drenagem pode ser dispensada.

Alternativa (d): Incorreta. O tratamento cirúrgico (VATS) com ressecção de bolhas (blebs) e pleurodese é indicado para prevenir recorrências, mas não como primeira conduta em um evento agudo inicial. As indicações cirúrgicas incluem: segundo episódio ipsilateral, primeiro episódio contralateral (história de pneumotórax bilateral), escape aéreo persistente pelo dreno (geralmente após 3 a 5 dias) ou profissões de risco (como pilotos e mergulhadores). Não se aplica como conduta de urgência para o primeiro episódio estável.

Questão 98

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de dor abdominal em andar superior (epigastria) de início súbito, associada a vômitos e alterações laboratoriais significativas. O diagnóstico de pancreatite aguda é fechado quando o paciente preenche pelo menos dois de três critérios: dor abdominal típica, amilase ou lipase três vezes acima do valor de referência, e exames de imagem compatíveis. Neste caso, o paciente possui a dor típica e as enzimas muito elevadas (amilase 1150 e lipase 750), confirmando a pancreatite.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Gastroenterite aguda: Incorreta. Embora a gastroenterite possa causar dor abdominal e vômitos, ela não justifica a elevação expressiva das enzimas pancreáticas (amilase e lipase). Além disso, a dor da gastroenterite costuma ser em cólica e geralmente vem acompanhada de diarreia, o que não foi relatado.

Alternativa b) Pancreatite aguda leve: Correta. O diagnóstico é de pancreatite aguda. Para classificar a gravidade, observamos os Critérios de Ranson ou a Classificação de Atlanta. Pelos critérios de Ranson na admissão, o paciente pontua em: Leucócitos (19500, sendo o corte 16000) e TGO (290, sendo o corte 250). Ele não pontua em idade (51 anos, corte é 55), glicemia (195, corte é 200) ou DHL (225, corte é 350). Com apenas 2 pontos no Ranson, o prognóstico é favorável e a mortalidade é baixa.

Clinicamente, o paciente está hemodinamicamente estável (PA 130/80 mmHg), sem sinais de falência orgânica imediata, o que caracteriza a forma leve da doença.

Alternativa c) Diverticulite aguda: Incorreta. A diverticulite manifesta-se tipicamente com dor no quadrante inferior esquerdo do abdômen (fossa ilíaca esquerda) e alterações do hábito intestinal. Não há elevação de enzimas pancreáticas nessa patologia.

Alternativa d) Pancreatite aguda grave: Incorreta. De acordo com a classificação de Atlanta, a pancreatite é considerada grave quando há falência orgânica persistente (por mais de 48 horas), como choque, insuficiência renal ou respiratória, ou presença de complicações locais (necrose extensa, abscesso). O paciente apresenta estabilidade pressórica e uma pontuação baixa nos critérios de gravidade (Ranson de 2), não preenchendo critérios para a forma grave no momento da avaliação.

Questão 99

O caso clínico descreve um paciente em ventilação mecânica (VM) prolongada (9 dias) com dificuldades no desmame ventilatório, excesso de secreções e sinais de complicações locais causadas pelo tubo orotraqueal. A decisão pelo momento da traqueostomia (TQT) deve considerar o equilíbrio entre os riscos do procedimento e os benefícios na condução do quadro clínico na UTI.

Alternativa a) Incorreta. Aguardar sistematicamente até o 14º dia não é a conduta ideal quando já existem evidências de lesão por pressão na via aérea superior. A persistência do tubo orotraqueal nessas condições aumenta significativamente o risco de sequelas permanentes, como a estenose laringotraqueal. Além disso, o desmame difícil e a necessidade de higiene brônquica frequente são fatores que justificam a antecipação do procedimento.

Alternativa b) Correta. A indicação de traqueostomia entre o 7º e o 10º dia (frequentemente chamada de traqueostomia precoce) é adequada para pacientes com perspectiva de ventilação prolongada ou que falharam em tentativas iniciais de desmame. Os principais benefícios são:

1. Redução do espaço morto e da resistência da via aérea, facilitando o trabalho respiratório;
2. Melhor higiene brônquica, permitindo aspiração mais eficaz de secreções;
3. Redução da necessidade de sedação profunda, o que melhora o drive respiratório e o estado neurológico;
4. Maior conforto e segurança para o paciente, prevenindo lesões por pressão na laringe e cavidade oral.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa limita a traqueostomia a situações de urgência ou a um critério temporal rígido e tardio. Na prática de terapia intensiva, a TQT eletiva é uma ferramenta terapêutica para otimizar o manejo do paciente crítico e acelerar a retirada do suporte ventilatório, não devendo ser postergada desnecessariamente quando os benefícios já estão claros.

Alternativa d) Incorreta. A manutenção prolongada da intubação orotraqueal, especialmente quando já existem sinais de lesão na via aérea e dificuldade de desmame, é que aumenta o risco de complicações graves. A traqueostomia, neste cenário, é considerada um procedimento que reduz morbidades, como a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e o tempo total de internação na UTI.

Questão 100

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de hérnia umbilical que, após dois anos de evolução redutível, evoluiu para encarceramento e provável estrangulamento. Os sinais de alerta são: dor progressiva, náusea, abaulamento irreductível, endurecido e hiperemiado (sinal de sofrimento tecidual), além de parada de eliminação de gases e fezes (obstrução intestinal) e leucocitose (marcador inflamatório/infeccioso).

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A observação clínica e a conduta expectante são contraindicadas em casos de hérnias complicadas. Hérnias com sinais de estrangulamento (dor, hiperemia, irreductibilidade) não se reduzem espontaneamente de forma segura e exigem intervenção imediata para evitar necrose extensa e sepse.

Alternativa B (Correta): Diante de uma hérnia umbilical encarcerada com sinais sugestivos de isquemia (estrangulamento), a conduta de eleição é a cirurgia de urgência. O cirurgião deve abrir o saco herniário, reduzir o conteúdo e avaliar criteriosamente a viabilidade da alça intestinal (cor, peristalse e pulsatilidade dos vasos mesentéricos). Caso a alça esteja necrótica ou inviável, a ressecção segmentar (enterectomia) com anastomose é mandatária.

Alternativa C (Incorreta): A redução manual (taxia) é formalmente contraindicada quando há sinais de estrangulamento ou isquemia, como a hiperemia cutânea e a leucocitose citadas. Reduzir uma alça intestinal já comprometida ou necrótica para dentro da cavidade abdominal pode causar peritonite generalizada e choque séptico, pois o segmento inviável continuará a sofrer ou poderá perfurar internamente.

Alternativa D (Incorreta): Embora a cirurgia eletiva seja o ideal para hérnias simples,

no contexto de complicação aguda com sinais de sofrimento vascular, a cirurgia não pode ser adiada. A tentativa de redução manual imediata é perigosa pelos mesmos motivos expostos na alternativa C. O tratamento deve ser cirúrgico e urgente para resolver a obstrução e tratar a possível isquemia.

Conclusão:

O quadro de hérnia umbilical estrangulada é uma emergência cirúrgica. A presença de sinais flogísticos locais (hiperemia e dor intensa) associada à leucocitose e sinais de obstrução intestinal confirma a necessidade de laparotomia ou inguinotomia imediata para avaliação de viabilidade de alça.
