



AMP

GABARITO | 2026 | PR | 100 Questões



Gabarito: AMP

2026 | PR

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Texto Original:

Esta questão exige o reconhecimento de um quadro clínico clássico na pediatria e oftalmologia: a Síndrome Oculoglandular de Parinaud. O caso apresenta uma menina de 4 anos com conjuntivite unilateral, edema, ausência de dor e de secreção, associada a uma linfadenopatia pré-auricular no mesmo lado. O dado epidemiológico de que a criança possui gatos é fundamental para o raciocínio diagnóstico.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O glaucoma em crianças costuma cursar com a tríade de fotofobia, blefaroespasmos e lacrimejamento excessivo. Em quadros agudos, pode haver dor intensa e turvação visual, mas não há associação típica com linfadenopatia pré-auricular ou história de contato com animais como fator causal direto para conjuntivite.

Alternativa b: Incorreta. A conjuntivite por adenovírus é muito comum e pode apresentar o linfonodo pré-auricular palpável. No entanto, ela costuma ser acompanhada de secreção aquosa profusa, sintomas gripais (como febre e dor de garganta na febre faringoconjuntival) e geralmente torna-se bilateral rapidamente devido ao alto grau de transmissibilidade.

Alternativa c: Incorreta. A infecção pelo vírus Epstein-Barr (mononucleose) manifesta-se tipicamente com febre, faringite exsudativa e linfadenopatia generalizada, atingindo principalmente a cadeia cervical posterior. Não é a causa habitual de uma conjuntivite unilateral isolada com as características descritas.

Alternativa d: Incorreta. A esporotricose é uma infecção fúngica que pode, sim, causar a Síndrome de Parinaud, especialmente em regiões onde a transmissão por gatos é endêmica. Contudo, o termo ceratoconjuntivite indica o envolvimento da córnea, o que não foi descrito no exame físico da paciente. Além disso, a alternativa E é mais abrangente por nomear a síndrome clínica exata.

Alternativa e: Correta. A Síndrome Oculoglandular de Parinaud é caracterizada por conjuntivite granulomatosa unilateral e linfadenopatia regional (pré-auricular, submandibular ou cervical). A causa mais comum é a Doença da Arranhadura do Gato, causada pela bactéria *Bartonella henselae*, que é transmitida pelo contato, mordedura ou arranhadura de felinos. O quadro descrito na questão é a apresentação típica dessa síndrome, unindo os achados oculares, o linfonodo satélite e o contexto epidemiológico.

Questão 2

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

Afirmativa I (Correta): A hérnia de Bochdalek é, de fato, o tipo mais comum de hérnia diafragmática congênita, correspondendo a aproximadamente 85% a 90% dos casos. Ela resulta de uma falha no fechamento do canal pleuroperitoneal. Em cerca de 80% a 85% das vezes, ocorre do lado esquerdo, possivelmente porque o fígado atua como uma barreira protetora no lado direito durante o desenvolvimento embrionário.

Afirmativa II (Correta): As hérnias de Morgagni são defeitos anteriores ou retrosternais. Elas ocorrem através do forame de Morgagni (espaço entre as fixações costal e esternal do diafragma). São significativamente mais raras que as de Bochdalek e, muitas vezes, permanecem assintomáticas até a idade adulta ou são achados incidentais em exames de imagem, pois raramente causam a insuficiência respiratória grave vista no período neonatal.

Afirmativa III (Correta): Embora o defeito anatômico seja no diafragma, o principal desafio clínico e a maior causa de óbito e complicações a longo prazo são a hipoplasia pulmonar e a hipertensão pulmonar persistente associada. A presença das vísceras abdominais no tórax durante a vida fetal impede o desenvolvimento adequado dos alvéolos e da vasculatura pulmonar, tanto ipsilateral quanto contralateralmente.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A afirmativa III está correta, pois a hipoplasia pulmonar é o fator determinante do prognóstico.

Alternativa b) Incorreta. A afirmativa II está correta, definindo adequadamente a localização e a raridade da hérnia de Morgagni.

Alternativa c) Incorreta. A afirmativa I está correta, descrevendo com precisão a epidemiologia e localização da hérnia de Bochdalek.

Alternativa d) Correta. Como demonstrado na análise individual, todas as três afirmativas apresentam conceitos clássicos e corretos sobre a hérnia diafragmática congênita.

Alternativa e) Incorreta. Todas as afirmativas estão tecnicamente corretas de acordo com a literatura médica pediátrica e cirúrgica.

Gabarito: Letra (d).

Questão 3

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda a fisiopatologia e o manejo terapêutico do edema na síndrome nefrótica, especificamente o uso da albumina humana. Na síndrome nefrótica, o edema pode ocorrer por dois mecanismos: o "underfill" (diminuição do volume arterial efetivo por baixa pressão oncótica) e o "overfill" (retenção primária de sódio e água pelos rins, gerando hipervolemia).

AFIRMATIVA I: A infusão de albumina em pacientes hipervolêmicos deve ser feita com cautela.

Esta afirmativa está correta. Pacientes com síndrome nefrótica que apresentam o perfil de "overfill" já possuem um volume intravascular expandido. A albumina é um expansor plasmático potente devido à sua alta pressão oncótica. Ao ser infundida, ela atrai o líquido que estava no interstício (edema) para dentro dos vasos sanguíneos. Em um paciente que já está hipervolêmico, esse aumento súbito do volume circulante pode ultrapassar a capacidade de complacência do sistema cardiovascular.

AFIRMATIVA II: Pode exacerbar a volemia, causando insuficiência cardíaca, edema pulmonar e piora da hipertensão arterial, sobretudo quando em infusão rápida.

Esta afirmativa também está correta. Ela detalha os riscos clínicos da expansão volêmica aguda. O aumento rápido da pré-carga (volume que chega ao coração) pode levar a uma descompensação cardíaca, resultando em congestão pulmonar e até edema agudo de pulmão. Além disso, o aumento do volume intravascular eleva a pressão arterial, o que pode agravar quadros de hipertensão preexistentes ou causar picos hipertensivos.

RELAÇÃO ENTRE AS AFIRMATIVAS

A afirmativa II é a justificativa direta da afirmativa I. A necessidade de cautela (I) existe justamente por causa dos riscos de complicações hemodinâmicas graves (II) decorrentes da expansão de volume.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Está correta. Ambas as afirmativas são verdadeiras e a segunda explica a razão pela qual a administração de albumina exige prudência e monitorização em pacientes hipervolêmicos.

Alternativa b: Está incorreta. A afirmativa II é a justificativa lógica e fisiopatológica da afirmativa I. Sem o risco descrito na II, não haveria motivo para a cautela mencionada na I.

Alternativa c: Está incorreta. A afirmativa II é cientificamente correta, descrevendo eventos adversos clássicos da expansão volêmica com coloides em pacientes com sobrecarga de volume.

Alternativa d: Está incorreta. A afirmativa I é um preceito básico de segurança do paciente em nefrologia e terapia intensiva.

Alternativa e: Está incorreta. Ambas as sentenças estão de acordo com as diretrizes clínicas de manejo da síndrome nefrótica severa.

Questão 4

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Correta. A intussuscepção intestinal ocorre quando um segmento proximal do intestino (intussusceptum) se invagina para dentro de um segmento distal (intussusciens). Na faixa etária pediátrica, a grande maioria dos casos (cerca de 80% a 90%) é do tipo ileocólica, na qual o íleo terminal penetra no cólon através da válvula ileocecal.

Afirmativa II: Correta. A ultrassonografia de abdome é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico inicial de intussuscepção na infância. Ela apresenta sensibilidade e especificidade próximas a 100% quando realizada por examinadores experientes. Os achados clássicos incluem o sinal do alvo (em cortes transversais) e o sinal do pseudorrim (em cortes longitudinais). Além de ser altamente acurada, a ultrassonografia tem a vantagem de não utilizar radiação ionizante.

Afirmativa III: Correta. Embora seja uma apresentação rara e associada a casos diagnosticados tardiamente, o ápice do segmento invaginado pode progredir por toda a extensão do intestino grosso até exteriorizar-se pelo ânus. Clinicamente, essa situação pode ser confundida com um prolapso retal, sendo um sinal de negligência ou atraso grave no tratamento.

Conclusão das alternativas:

Como as três afirmativas estão corretas, a alternativa (d) é a resposta certa.

- a) Incorreta. A afirmativa III também está correta.
- b) Incorreta. A afirmativa II também está correta.
- c) Incorreta. A afirmativa I também está correta.
- d) Correta. Todas as afirmativas (I, II e III) são verdadeiras conforme a literatura

pediátrica e cirúrgica.

e) Incorreta. Todas as afirmativas são verdadeiras.

Questão 5

A cetoacidose diabética (CAD) é uma emergência médica que exige manejo preciso para evitar complicações fatais. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): Embora o uso de bicarbonato de sódio seja controverso na CAD, as diretrizes da American Diabetes Association (ADA) e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomendam sua consideração apenas em casos de acidose extrema, com pH inferior a 6,9. O valor de 7,0 citado na alternativa é frequentemente utilizado em protocolos antigos ou menos rigorosos, mas, para fins de prova, o ponto de corte oficial para intervenção é $\text{pH} < 6,9$. Além disso, o uso indiscriminado pode causar hipocalcemia, acidose paradoxal do sistema nervoso central e edema cerebral.

Alternativa B (Correta): Esta é a conduta de segurança mais crítica no manejo da CAD. A insulina promove o influxo de potássio para o meio intracelular. Se o paciente já apresenta hipocalcemia ($\text{K}^+ < 3,3 \text{ mEq/L}$) e recebe insulina, os níveis séricos de potássio podem cair bruscamente, levando a arritmias cardíacas fatais e parada cardiorrespiratória. Portanto, os níveis de potássio devem ser conhecidos antes de iniciar a insulino-terapia: se baixos, deve-se repor potássio antes da insulina; se normais, repor junto com a insulina; e se altos, aguardar para repor.

Alternativa C (Incorreta): A insulina intravenosa (regular) tem uma meia-vida muito curta (minutos). Ao aplicar a primeira dose de insulina subcutânea (SC), geralmente de ação intermediária ou lenta, leva-se um tempo para que ela atinja níveis plasmáticos eficazes. Por isso, deve haver uma sobreposição (overlap) de 1 a 2 horas entre a aplicação da primeira dose SC e o desligamento da bomba de infusão IV, evitando o escape glicêmico e a recorrência da cetose.

Alternativa D (Incorreta): A classificação de gravidade da CAD (leve, moderada ou grave) baseia-se primordialmente no grau da acidose metabólica (pH arterial e nível de bicarbonato) e no nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow). A glicemia, embora geralmente elevada ($> 250 \text{ mg/dL}$), não dita a gravidade do quadro, pois existem inclusive casos de cetoacidose euglicêmica.

Alternativa E (Incorreta): O edema cerebral é a complicação aguda mais temida, especialmente em crianças. O tratamento de escolha envolve o uso de agentes osmóticos, como o manitol ou a solução salina hipertônica (3%). O uso de dexametasona não tem evidência de benefício nesse contexto, e a furosemida

poderia agravar a desidratação e a hipovolemia comuns na CAD.

Questão 6

Análise da Afirmativa I:

A afirmativa está incorreta por dois motivos principais. Primeiro, a dosagem basal de GH (hormônio do crescimento) não tem utilidade diagnóstica, pois o GH é secretado em pulsos, principalmente durante o sono profundo. Assim, um valor baixo em uma coleta aleatória não confirma deficiência. Para avaliar a reserva de GH, são necessários testes de estímulo ou a dosagem de marcadores indiretos, como o IGF-1 e a IGFBP-3. Segundo, na investigação de baixa estatura com velocidade de crescimento alterada, o GH não é o primeiro exame. Deve-se primeiro afastar doenças sistêmicas comuns (anemia, doença celíaca, doenças renais) e hipotireoidismo por meio de exames laboratoriais gerais e triagem tireoidiana.

Análise da Afirmativa II:

A afirmativa está incorreta. Na endocrinologia, o hipotireoidismo é considerado uma causa mais frequente de baixa estatura do que a deficiência de GH, que é uma condição rara. Além disso, ao considerar todas as causas de baixa estatura patológica, as doenças não endócrinas (doenças crônicas e síndromes genéticas) superam em prevalência as causas endocrinológicas.

Análise das Alternativas:

- a) Incorreta. Como ambas as afirmativas são falsas, não há como uma ser a justificativa da outra.
- b) Incorreta. O erro não está apenas na relação de justificativa, mas no conteúdo de ambas as sentenças, que são medicamente falsas.
- c) Incorreta. A afirmativa I está incorreta, pois a dosagem de GH basal não é o principal e nem o primeiro exame a ser solicitado.
- d) Incorreta. Embora a afirmativa II esteja realmente incorreta, a afirmativa I também está incorreta, o que invalida esta alternativa.
- e) Correta. Ambas as afirmativas são falsas. A investigação não começa pelo GH e a deficiência de GH não é a principal causa endócrina de baixa estatura.

Gabarito: Letra (e).

Questão 7

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve uma criança com manifestações clássicas da Esclerose Tuberosa, uma facomatose (doença neurocutânea) de herança autossômica dominante. Os três pilares apresentados na questão são fundamentais para o diagnóstico: o rabdomioma cardíaco (frequentemente detectado ao nascimento ou no período pré-natal), as lesões cutâneas hipocrômicas em formato de folha (manchas hipomelanóticas ou "ash-leaf spots") e o comprometimento neurológico, manifestado por espasmos (possivelmente Síndrome de West) e regressão do desenvolvimento.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Neurofibromatose tipo 1 apresenta-se tipicamente com manchas café-com-leite (lesões hiperpigmentadas), efélides axilares e inguinais (sinal de Crowe) e neurofibromas. Não há associação característica com rabdomiomas cardíacos ou manchas hipocrômicas em formato de folha.

b) Incorreta. O nevo hipocrômico é uma marca de nascença estável e isolada, decorrente de uma alteração localizada na pigmentação. Ele não explica o quadro multissistêmico da paciente, como os tumores cardíacos e as crises convulsivas.

c) Correta. A Esclerose Tuberosa é o diagnóstico mais provável. O rabdomioma cardíaco é um marcador tumoral altamente específico desta patologia na infância. As manchas hipocrômicas são, geralmente, os primeiros sinais dermatológicos a aparecer. Além disso, o envolvimento do Sistema Nervoso Central por túberes corticais e nódulos subependimários justifica os espasmos e a perda de habilidades e marcos do desenvolvimento (regressão neuropsicomotora).

d) Incorreta. A hanseníase é uma doença infectocontagiosa rara em crianças tão jovens e se manifesta por lesões cutâneas com alteração de sensibilidade e comprometimento de nervos periféricos. Não possui relação com malformações tumorais cardíacas ou quadros de epilepsia grave.

e) Incorreta. A Síndrome de Lennox-Gastaut é uma encefalopatia epiléptica caracterizada por uma tríade específica: múltiplos tipos de crises, retardo mental e padrão de ponta-onda lenta no eletroencefalograma. Embora a Esclerose Tuberosa possa ser uma causa subjacente que leve ao Lennox-Gastaut, a síndrome em si não explica os achados extracerebrais como o rabdomioma e as lesões cutâneas hipocrômicas.

Gabarito: Letra (c).

Questão 8

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

A Comunicação Interatrial (CIA) permite a passagem de sangue do átrio esquerdo para o átrio direito (shunt esquerda-direita), gerando uma sobrecarga de volume no ventrículo direito (VD) e na artéria pulmonar. Os achados da ausculta são consequências diretas dessa fisiopatologia.

Alternativa a: INCORRETA. A segunda bulha (B2) única sugere que os componentes aórtico (A2) e pulmonar (P2) estão ocorrendo simultaneamente ou que um deles está ausente. Já a B2 hiperfonética (alta) é sinal de hipertensão pulmonar. Na CIA clássica, a B2 é caracteristicamente desdobrada.

Alternativa b: INCORRETA. Sopros sistólicos de regurgitação (holossistólicos) são típicos de Comunicação Interventricular (CIV), insuficiência mitral ou insuficiência tricúspide. Na CIA, o fluxo através do septo interatrial não costuma gerar sopro por ser uma região de baixa pressão. O sopro audível na CIA é decorrente do excesso de sangue passando pela valva pulmonar (sopro de ejeção funcional).

Alternativa c: CORRETA. Este é o achado patognomônico da CIA. O desdobramento é amplo porque o ventrículo direito, estando sobrecarregado de volume, demora mais tempo para ejetar o sangue, atrasando o fechamento da valva pulmonar (P2). Ele é fixo porque a comunicação entre os átrios permite uma equalização de pressão e fluxo durante o ciclo respiratório; assim, a variação do retorno venoso na inspiração é compensada pela diminuição do shunt esquerda-direita, mantendo o volume do VD e o intervalo entre A2 e P2 constantes.

Alternativa d: INCORRETA. Embora um sopro sistólico de ejeção possa ser ouvido no foco pulmonar (borda esternal esquerda superior) devido ao aumento do volume de sangue passando por uma valva pulmonar normal, este achado é menos específico que o desdobramento fixo da segunda bulha. O sopro de ejeção pode ocorrer em diversas outras situações, como estenose pulmonar leve ou estados de débito cardíaco aumentado.

Alternativa e: INCORRETA. O estalido protossistólico é típico de estenose valvar (abertura de valvas espessadas), e a B2 hipofonética ocorre quando os folhetos valvares estão calcificados ou com mobilidade reduzida, como na estenose pulmonar grave. Na CIA, a valva pulmonar é geralmente normal, apenas lidando com um fluxo aumentado.

Questão 9

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Está correta. Na pediatria, o quadro clínico da apendicite pode ser muito vago, especialmente em crianças menores que não conseguem localizar bem os sintomas. No entanto, a sensibilidade focal na palpação abdominal (dor localizada) é considerada o achado físico mais fiável e importante para o diagnóstico, superando outros sinais como febre ou vômitos isolados.

Afirmativa II: Está correta. Historicamente, acreditava-se que o uso de analgésicos potentes poderia "esconder" a dor e levar a um atraso no diagnóstico (mascarar o abdômen cirúrgico). Contudo, estudos modernos e revisões sistemáticas provaram que o uso criterioso de morfina ou outros opioides alivia o sofrimento do paciente sem alterar a precisão do exame físico ou a decisão cirúrgica. Pelo contrário, uma criança com menos dor pode cooperar melhor com o exame físico.

Afirmativa III: Está correta. A localização anatômica do apêndice influencia diretamente os achados do exame físico. No apêndice de localização pélvica, a inflamação ocorre longe da parede abdominal anterior (peritônio parietal), o que pode resultar em pouca ou nenhuma dor à palpação abdominal superficial e profunda. Nesses casos, a criança pode apresentar sintomas como tenesmo (vontade constante de evacuar) ou sintomas urinários, devido à proximidade do apêndice com o reto e a bexiga.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A afirmativa III também está correta, pois a anatomia pélvica do apêndice altera a apresentação clássica do exame abdominal.

Alternativa b: Incorreta. A afirmativa II também está correta, uma vez que a analgesia não prejudica a acurácia diagnóstica conforme as diretrizes atuais.

Alternativa c: Incorreta. A afirmativa I também está correta, sendo a dor localizada o achado clínico mais fiável.

Alternativa d: Correta. Todas as três afirmativas estão em plena concordância com a literatura médica atual sobre apendicite pediátrica.

Alternativa e: Incorreta. Todas as afirmativas estão corretas, e não incorretas.

Gabarito: Letra (d).

Questão 10

A bronquiolite viral aguda (BVA) é a causa mais comum de hospitalização em lactentes, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) o seu principal agente etiológico. O diagnóstico e o manejo baseiam-se predominantemente em evidências clínicas.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A infecção pelo VSR não confere imunidade permanente ou duradoura. É comum que crianças e adultos apresentem reinfecções ao longo da vida, embora os quadros costumem ser menos graves após a primeira exposição.

Alternativa B: Incorreta. A fase pulmonar da bronquiolite é caracterizada por sibilância, taquipneia e sinais de esforço respiratório. A febre, quando presente, costuma ser baixa ou moderada. A presença de febre elevada e persistente deve alertar o médico para a possibilidade de complicações, como pneumonia bacteriana secundária ou otite média aguda.

Alternativa C: Incorreta. O diagnóstico da bronquiolite viral aguda é essencialmente clínico. As principais diretrizes nacionais e internacionais (como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria) recomendam evitar a realização rotineira de radiografias de tórax e exames laboratoriais (como hemograma e PCR), reservando-os apenas para casos graves ou com dúvida diagnóstica, pois não alteram o desfecho e podem levar ao uso desnecessário de antibióticos.

Alternativa D: Incorreta. A fisioterapia respiratória convencional (vibração, percussão, tapotagem) não demonstrou benefício na redução do tempo de internação ou na melhora do escore clínico em pacientes com bronquiolite. Pelo contrário, pode causar desconforto e agitação no lactente, podendo piorar o quadro clínico. Atualmente, seu uso rotineiro é contraindicado.

Alternativa E: Correta. A cânula nasal de alto fluxo (CNAF) é uma modalidade de suporte respiratório não invasivo que fornece gases aquecidos e umidificados com fluxos superiores ao fluxo inspiratório do paciente. Estudos recentes indicam que o uso da CNAF em casos de bronquiolite com hipoxemia ou desconforto respiratório moderado/grave pode reduzir a necessidade de escalonamento para ventilação mecânica invasiva, sendo uma ferramenta útil no manejo hospitalar.

Questão 11

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro crítico após queimadura por explosão, com dois pontos fundamentais que direcionam a conduta imediata:

1. Comprometimento de Vias Aéreas: O paciente apresenta estridor, desconforto respiratório, agitação e saturação de 90%. Em vítimas de explosão com queimaduras na face, esses sinais indicam lesão inalatória grave e edema de glote iminente ou já instalado. A prioridade absoluta no ABCDE do trauma/queimado é a manutenção da via aérea pérvia.
2. Extensão da Queimadura: Uma Superfície Corporal Queimada (SCQ) de 44% é considerada uma grande queimadura (acima de 15% a 20% em crianças/adolescentes), exigindo reposição volêmica imediata para evitar o choque hipovolêmico (choque do queimado).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O estridor laríngeo é um sinal de obstrução de via aérea superior. Nestes casos, a intubação orotraqueal deve ser precoce, pois o edema tende a progredir rapidamente, tornando a via aérea difícil ou impossível em pouco tempo. Simultaneamente, a reposição volêmica deve ser iniciada. A fórmula de Parkland ($4 \text{ ml} \times \text{Peso} \times \text{SCQ}$) é o padrão clássico para calcular o volume de Ringer lactato necessário nas primeiras 24 horas.

Alternativa B (Incorreta): A broncoscopia é útil para o diagnóstico definitivo de lesão inalatória em casos de dúvida ou estabilidade. No entanto, diante de um paciente com estridor e insuficiência respiratória clínica, não se deve perder tempo com exames diagnósticos; a intubação deve ser imediata e clínica.

Alternativa C (Incorreta): Embora a ressuscitação volêmica e a sondagem vesical (para controle do débito urinário) sejam necessárias, esta alternativa ignora a prioridade número um (Letra A do ABCDE): a via aérea. Sem a intubação, o paciente evoluirá para insuficiência respiratória aguda e parada cardiorrespiratória por obstrução.

Alternativa D (Incorreta): A decisão de iniciar a ressuscitação volêmica é baseada na SCQ (44%) e no peso do paciente, e não no débito urinário inicial. A sonda vesical é fundamental para monitorar se a ressuscitação está sendo eficaz (ajustando a velocidade do soro), mas não para decidir se deve ou não iniciá-la em um grande queimado. Além disso, ignora a via aérea.

Alternativa E (Incorreta): Máscara não reinalante é insuficiente para um paciente com estridor (sinal de obstrução mecânica). O soro fisiológico a 0,9% em grandes volumes pode causar acidose hiperclorêmica, sendo o Ringer lactato a escolha preferencial. Além disso, o uso de antibioticoterapia profilática não é recomendado na fase aguda da queimadura, devendo ser reservado para casos de infecção estabelecida.

Questão 12

Texto Original:

O quadro clínico descrito — déficit motor súbito, afasia e alteração do nível de consciência — é altamente sugestivo de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em ambiente pediátrico. Diante de um déficit neurológico focal agudo, a prioridade absoluta após a estabilização clínica (ABC) é a realização de um exame de imagem para definir a etiologia e direcionar o tratamento.

Alternativa A (Incorreta): O uso de anticoagulantes, como a heparina, é formalmente contraindicado antes da realização de um exame de imagem. Caso o AVC seja de natureza hemorrágica, a heparina agravaria drasticamente o sangramento e o prognóstico do paciente.

Alternativa B (Incorreta): O ácido acetilsalicílico (AAS) é um antiagregante plaquetário. Assim como a heparina, sua administração deve ser evitada até que a possibilidade de hemorragia intracraniana seja descartada por imagem. Além disso, apenas a internação sem a investigação diagnóstica imediata atrasa intervenções que podem salvar a vida ou reduzir sequelas.

Alternativa C (Correta): Este é o passo fundamental no protocolo de AVC. A tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste é o exame de escolha inicial por ser rápido e amplamente disponível. O objetivo principal é diferenciar o AVC isquêmico do hemorrágico, pois as condutas terapêuticas para cada um são opostas. Embora a ressonância magnética seja superior para detectar isquemia precoce em crianças, a TC é o primeiro passo para descartar sangue.

Alternativa D (Incorreta): Embora o paciente precise de internação e monitorização, essa alternativa peca por omitir a propedêutica diagnóstica de urgência. A manutenção em leito de enfermaria sem o diagnóstico etiológico não é a conduta mais adequada para um quadro neurológico agudo e instável.

Alternativa E (Incorreta): A hidratação venosa deve ser feita com cautela para evitar edema cerebral e hemodiluição excessiva. Encaminhar para a neurocirurgia e implementar a monitorização da pressão intracraniana (PIC) são medidas invasivas reservadas para casos específicos de hipertensão intracraniana grave ou

hemorragias com efeito de massa, diagnósticos que só podem ser confirmados após a realização da tomografia.

Questão 13

Esta questão aborda os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) nos primeiros meses de vida, focando na transição entre o período neonatal e a primeira infância.

Análise da alternativa correta:

b) 2 a 4 meses.

Este período é frequentemente chamado de fase de simetria e maior interação social. Por volta dos 2 aos 3 meses, o bebê desenvolve o sorriso social e demonstra maior interesse por faces humanas e pela fixação do olhar. A postura, que no recém-nascido era de flexão fisiológica e assimetria (devido à influência do reflexo tônico-cervical assimétrico), torna-se mais simétrica. As mãos, antes predominantemente fechadas pelo reflexo de preensão palmar, passam a ficar mais abertas, permitindo que o bebê comece a levar as mãos à linha média. O reflexo de Moro, um dos reflexos primitivos mais marcantes, inicia seu processo de desaparecimento (integração), que se completa geralmente entre 4 e 6 meses. Além disso, as cólicas do lactente costumam regredir espontaneamente até o quarto mês, tornando o bebê clinicamente mais sereno.

Análise das alternativas incorretas:

a) 0 a 2 meses.

Nesta fase, o bebê ainda apresenta intensa atividade reflexa. A postura é predominantemente assimétrica e as mãos permanecem fechadas a maior parte do tempo. O sorriso ainda não é social (é reflexo ou gástrico) e as cólicas costumam estar no período de início ou maior intensidade, o que contradiz a descrição de um bebê pacífico e sem cólicas.

c) 4 a 6 meses.

Nesta etapa, o desenvolvimento já está mais avançado do que o descrito. O reflexo de Moro já deve ter desaparecido completamente. O bebê já possui controle cervical pleno, começa a rolar, tenta sentar-se com apoio e inicia a preensão voluntária de objetos.

d) 6 a 9 meses.

Aqui o bebê já senta sem apoio, inicia a exploração ativa do ambiente (rastejar ou engatinhar) e começa a desenvolver a preensão em pinça. Os marcos descritos no

enunciado, como a fixação inicial do olhar e a postura simétrica básica, já foram superados há bastante tempo.

e) 9 a 12 meses.

Neste período, a criança está próxima de andar (ou já anda com apoio), fala as primeiras palavras com significado e entende comandos simples. Os reflexos primitivos citados na questão (Moro e Plantar) já estão ausentes há muito tempo, tendo sido substituídos por reações de equilíbrio e proteção.

Em resumo, a combinação de postura simétrica, mãos abertas, melhora das cólicas, início do desaparecimento do reflexo de Moro e maior interação social caracteriza tipicamente o intervalo de 2 a 4 meses.

Questão 14

A questão aborda as normas de preenchimento do Atestado de Óbito (AO) em situações de causas externas (violentas ou suspeitas), fundamentadas nas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e no Código de Processo Penal.

Análise da Afirmativa I:

A afirmativa está correta. De acordo com a Resolução CFM nº 1779/2005, em casos de morte por causa externa (acidentes, homicídios, suicídios ou mortes suspeitas), o médico assistente ou o médico da unidade de saúde não deve emitir o Atestado de Óbito. Nesses casos, o corpo deve ser compulsoriamente encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML) para necropsia e emissão do documento pelo médico legista, independentemente do tempo de internação. No caso específico de crianças e adolescentes, o rigor na investigação é ainda maior para afastar hipóteses de maus-tratos ou violência doméstica.

Análise da Afirmativa II:

A afirmativa é apresentada como uma exceção à regra geral. Em municípios ou regiões onde não existe IML ou serviço de perícia oficial, a legislação brasileira (Art. 159 do Código de Processo Penal) prevê que o exame possa ser realizado por um "perito ad hoc". Isso significa que qualquer médico, preferencialmente com conhecimento técnico na área, pode ser nomeado pela autoridade local para realizar o exame e emitir o atestado. Embora o texto da alternativa mencione "sem necessidade de comunicação à autoridade local", o gabarito oficial a considera correta e como justificativa da afirmativa I dentro do contexto de excepcionalidade geográfica, onde a ausência do serviço oficial obriga o médico local a assumir a responsabilidade para viabilizar o sepultamento.

Explicação das Alternativas:

- a) Correta. A afirmativa I estabelece a proibição geral (morte violenta vai para o IML) e a afirmativa II apresenta a única exceção prática aceita pela norma: a inexistência de serviço médico-legal na localidade, o que transfere a responsabilidade ao médico local. Portanto, a afirmativa II justifica por que a proibição da afirmativa I pode ser levantada em cenários específicos.
- b) Incorreta. A afirmativa II é justamente a justificativa para a exceção à regra descrita na afirmativa I. Elas estão intrinsecamente ligadas pelo contexto de disponibilidade de serviço especializado.
- c) Incorreta. Ambas são consideradas corretas pela banca examinadora, pois refletem a realidade normativa da medicina legal brasileira frente às limitações estruturais de certas regiões.
- d) Incorreta. Esta alternativa é logicamente idêntica à letra (c) (apenas inverte a ordem das sentenças), o que reforça a incorreção de ambas perante o gabarito oficial.
- e) Incorreta. As afirmativas não são incorretas; elas descrevem a regra (vedação em mortes violentas) e a exceção (ausência de IML) previstas nas normas de ética médica e de processo penal.

Questão 15

Alternativa (a) INCORRETA: O uso do carvão ativado não pode ser generalizado como uma medida que melhora o prognóstico de todos os pacientes intoxicados. Sua eficácia depende do tempo decorrido após a ingestão (idealmente na primeira hora) e da substância envolvida. Ele é ineficaz para álcoois, hidrocarbonetos, corrosivos, ferro e lítio, além de apresentar riscos como aspiração pulmonar.

Alternativa (b) INCORRETA: A lavagem gástrica não é mais recomendada de rotina na prática pediátrica. Seu uso é restrito a casos de ingestão de substâncias potencialmente fatais e, quando realizada, preferencialmente dentro da primeira hora após a exposição. O procedimento associa-se a complicações graves, como pneumonia por aspiração e lesões esofágicas.

Alternativa (c) INCORRETA: Esta alternativa confunde os antídotos. A naloxona é o antídoto específico para intoxicações por opioides (como morfina e fentanil). Para a intoxicação por benzodiazepínicos (como diazepam e midazolam), o antídoto de escolha é o flumazenil.

Alternativa (d) CORRETA: Os organofosforados são agentes extremamente lipossolúveis e possuem alta absorção por via cutânea, respiratória e digestiva. Em casos de exposição tóxica, a descontaminação cutânea imediata (remoção de roupas e lavagem exaustiva com água e sabão) é indispensável para interromper a absorção sistêmica do tóxico e prevenir a contaminação secundária da equipe de saúde que presta o atendimento.

Alternativa (e) INCORRETA: A alcalinização urinária visa aumentar a excreção renal de certas substâncias (como salicilatos e fenobarbital) através do princípio de "aprisionamento iônico", dificultando a reabsorção tubular. No entanto, ela não deve ser feita de forma indiscriminada em bolus; exige monitorização rigorosa do pH urinário e sanguíneo, além de reposição de potássio, não sendo uma conduta padrão para qualquer intoxicação na primeira hora.

Questão 16

Esta questão aborda o manejo prático e as recomendações oficiais sobre o aleitamento materno (AM), tema fundamental na pediatria e na saúde pública.

Alternativa A: Incorreta. O aleitamento materno deve ocorrer em regime de livre demanda. Isso significa que não deve haver horários fixos para as mamadas, nem um tempo de permanência preestabelecido no peito. O bebê deve mamar sempre que demonstrar fome e pelo tempo que desejar, garantindo a autorregulação da ingestão e a estimulação adequada da produção de leite.

Alternativa B: Incorreta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam que a amamentação seja mantida por dois anos ou mais. O leite materno continua sendo uma fonte valiosa de calorias, proteínas, vitaminas e fatores de proteção imunológica, mesmo após o segundo ano de vida, não havendo evidências de que cause carências nutricionais; pelo contrário, ele previne diversas patologias.

Alternativa C: Incorreta. Após os seis meses de vida, a recomendação é a introdução da alimentação complementar saudável (frutas e refeições principais), mantendo-se o leite materno. A fórmula láctea não é a recomendação padrão para crianças que amamentam, devendo ser utilizada apenas em casos específicos em que o aleitamento materno é impossibilitado ou contraindicado.

Alternativa D: Incorreta. Embora o suporte da rede de apoio, incluindo o pai, seja um dos fatores que mais influenciam o sucesso e a duração do aleitamento, a alternativa traz uma afirmação genérica e não baseada em uma diretriz técnica específica de "presença em casa" como fator determinante para a marca de dois anos ou mais. O

foco das provas de residência costuma ser a fisiologia e as recomendações formais de saúde.

Alternativa E: Correta. Existe uma variação na composição do leite durante uma mesma mamada. O leite anterior, liberado no início, tem maior teor de água e anticorpos. O leite posterior, liberado ao final da mamada, é significativamente mais rico em gordura (lipídios). Essa maior densidade calórica é essencial para que a criança atinja a saciedade e apresente um ganho de peso adequado. Por isso, orienta-se que a mãe não interrompa a mamada precocemente para trocar de mama.

Questão 17

Análise do caso: O quadro clínico descrito é clássico da Dermatite Seborreica do Lactente. Esta condição inicia-se geralmente nas primeiras semanas de vida, caracterizando-se por lesões eritematosas com escamas ou crostas amareladas, de aspecto gorduroso ou seboso. As áreas mais afetadas são o couro cabeludo (condição conhecida popularmente como crosta láctea), face, região retroauricular e áreas de dobras, como pescoço e períneo. O fato de o lactente apresentar bom estado geral e ausência de febre é fundamental para o diagnóstico diferencial com processos infecciosos sistêmicos.

Alternativa a: Correta. A *Malassezia* é um fungo comensal (levedura) que faz parte da flora cutânea normal. No lactente, a influência dos hormônios maternos que atravessaram a placenta estimula as glândulas sebáceas, aumentando a produção de sebo. Esse ambiente favorece a proliferação da *Malassezia*, que degrada os lipídios da pele, gerando subprodutos irritantes que desencadeiam a resposta inflamatória característica da dermatite seborreica.

Alternativa b: Incorreta. A dermatite seborreica não possui etiologia autoimune. Sua patogenia envolve uma resposta inflamatória a fungos da pele e fatores constitucionais, mas sem relação com a produção de autoanticorpos ou ataque ao próprio tecido pelo sistema imune.

Alternativa c: Incorreta. O *Staphylococcus aureus* é o principal agente causador do impetigo. Embora o impetigo possa apresentar crostas, estas costumam ser descritas como melicéricas (cor de mel) e geralmente estão associadas a uma base mais inflamada, vesículas prévias ou sinais de infecção secundária, não respeitando a distribuição típica das áreas seborreicas.

Alternativa d: Incorreta. O *Streptococcus* do grupo A (*Streptococcus pyogenes*) também causa infecções cutâneas como o impetigo e a erisipela. No entanto, essas condições costumam apresentar sinais inflamatórios mais agudos e dor local, o que

diverge da descrição de placas descamativas indolores e bem toleradas pelo lactente.

Alternativa e: Incorreta. O *Staphylococcus epidermidis* é um componente da microbiota normal da pele. Embora possa estar presente na pele de qualquer indivíduo, ele raramente é o agente etiológico primário de dermatites inflamatórias em lactentes saudáveis.

Questão 18

O quadro clínico descrito aponta para uma oftalmia neonatal, especificamente a conjuntivite gonocócica, causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*. Dois fatores são fundamentais para esse diagnóstico: o tempo de aparecimento (terceiro dia de vida, tipicamente entre o 2º e o 5º dia) e a gravidade dos sinais (secreção purulenta muito abundante, espessa e quemose/edema palpebral importante). Esta é considerada uma emergência oftalmológica e pediátrica devido ao alto risco de ulceração e perfuração da córnea, além do risco de disseminação sistêmica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O colírio de tobramicina é um aminoglicosídeo tópico indicado para conjuntivites bacterianas comuns. Na conjuntivite gonocócica neonatal, o tratamento tópico isolado é insuficiente e não previne as complicações graves ou a disseminação da bactéria.

b) Incorreta. A azitromicina por via oral é o tratamento de escolha para a conjuntivite causada por *Chlamydia trachomatis*. No entanto, a infecção por clamídia costuma ter um período de incubação mais longo, manifestando-se geralmente após o 5º dia de vida (entre 5 a 14 dias), com uma secreção tipicamente mucopurulenta e menos explosiva que a gonocócica.

c) Correta. Diante da suspeita de conjuntivite gonocócica, o tratamento deve ser obrigatoriamente sistêmico (intravenoso ou intramuscular). O uso de ceftriaxona (dose única) ou penicilina cristalina (se o agente for sensível) é a conduta padrão para garantir a eliminação do patógeno, proteger a integridade da córnea e evitar quadros sistêmicos como sepse ou meningite.

d) Incorreta. Embora a penicilina sistêmica possa ser utilizada, o colírio de eritromicina é mais associado à profilaxia da oftalmia neonatal logo após o parto (método de Credé modificado) ou ao tratamento tópico adjuvante na clamídia. O foco principal no gonococo deve ser a antibioticoterapia sistêmica plena.

e) Incorreta. A irrigação ocular com soro fisiológico é uma medida de suporte importante para remover o excesso de secreção purulenta e detritos que podem lesar a córnea, mas ela não trata o agente etiológico. Deve ser feita associada ao antibiótico sistêmico e nunca como conduta isolada.

Questão 19

Análise da Afirmativa I: Incorreta. Ao contrário do que a alternativa sugere, o prognóstico da RCP em crianças, especialmente no ambiente extra-hospitalar, é geralmente considerado ruim e muitas vezes pior do que o observado em adultos. Isso acontece porque a parada cardíaca pediátrica raramente é um evento súbito de origem cardíaca; ela é, na maioria das vezes, o desfecho final de uma hipóxia prolongada decorrente de insuficiência respiratória ou choque. Esse período de hipóxia prévia causa danos multissistêmicos graves antes mesmo do início das manobras de ressuscitação.

Análise da Afirmativa II: Incorreta. Nas vítimas pediátricas, os ritmos de parada mais frequentes são os não chocáveis, especificamente a assistolia e a atividade elétrica sem pulso (AESP), geralmente secundários à falência respiratória. As arritmias ventriculares, como a fibrilação ventricular (FV) e a taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), ocorrem em uma minoria dos casos na pediatria (estimadas entre 5% e 15% das ocorrências extra-hospitalares), sendo mais comuns em adolescentes ou crianças com cardiopatias conhecidas.

Análise da Afirmativa III: Incorreta. Esta afirmativa apresenta um erro em relação à frequência das compressões. Segundo as diretrizes da American Heart Association (AHA) e o protocolo PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria), a profundidade correta é de fato cerca de 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax (aproximadamente 4 cm em lactentes e 5 cm em crianças). No entanto, a frequência das compressões deve ser de 100 a 120 por minuto. A afirmação de que a frequência não deve ser superior a 100 está tecnicamente errada, pois 100 é o limite inferior recomendado, e não o superior.

Conclusão: Como todas as três afirmativas contêm erros técnicos baseados nos protocolos internacionais de reanimação, a alternativa correta é a letra (e).

Questão 20

Alternativa (a) Incorreta: A maioria das alergias ao leite de vaca e ao ovo iniciadas na infância é transitória. Grande parte das crianças desenvolve tolerância clínica até a idade escolar ou adolescência. Diferentemente das alergias a amendoim e a frutos do mar, que tendem a ser persistentes, as proteínas do leite e do ovo geralmente deixam de causar reações com o amadurecimento do sistema imunológico.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a prevalência esteja aumentando globalmente, a alergia alimentar é classicamente mais comum e documentada em países desenvolvidos e industrializados. Isso costuma ser associado à hipótese da higiene e a fatores ambientais ocidentalizados.

Alternativa (c) Incorreta: A dosagem de IgE específica (ou o Skin Prick Test) identifica a sensibilização, mas não confirma obrigatoriamente a alergia clínica, pois apresenta muitos resultados falsos-positivos. O padrão-ouro para o diagnóstico de alergia alimentar é o Teste de Provocação Oral (TPO), realizado sob supervisão médica.

Alternativa (d) Correta: Estudos recentes, como o marco LEAP (Learning Early About Peanut Allergy), demonstraram que retardar a introdução de alimentos potencialmente alergênicos não previne alergias e, na verdade, pode aumentar o risco de desenvolvê-las. Atualmente, recomenda-se a introdução de alimentos complementares variados a partir dos 6 meses de vida para favorecer a indução de tolerância imunológica.

Alternativa (e) Incorreta: A FPIES (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome) é uma forma grave de alergia alimentar, porém ela é classificada como uma reação não mediada por IgE. O quadro é caracterizado por vômitos profusos, diarreia e risco de desidratação ou choque, ocorrendo geralmente de 1 a 4 horas após a ingestão do alimento, sem a participação de anticorpos IgE na sua patogênese.

Questão 21

A análise deste caso clínico fundamenta-se nos critérios diagnósticos das síndromes hipertensivas da gestação. A paciente apresenta idade gestacional de 32 semanas (superior a 20 semanas), níveis pressóricos de 150 x 95 mmHg (confirmados em duas medidas) e presença de proteinúria.

Diagnóstico: Pela definição clássica, a presença de hipertensão arterial (PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg) associada à proteinúria (mesmo que em teste de fita) após a 20ª semana de gravidez define o quadro de pré-eclâmpsia. Como a paciente está assintomática, com níveis pressóricos abaixo de 160 x 110 mmHg e sem os sinais de disfunção orgânica citados, o quadro é classificado como pré-eclâmpsia sem sinais de

gravidade (ou sem sinais de deterioração clínica).

Conduta: O objetivo é o controle pressórico e a vigilância rigorosa do bem-estar materno e fetal para permitir que a gestação avance com segurança, preferencialmente até as 37 semanas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hipertensão gestacional é definida pela hipertensão que surge após a 20ª semana, mas SEM a presença de proteinúria ou sinais de gravidade. A presença da proteinúria no exame de fita afasta esse diagnóstico inicial.

b) Incorreta. O termo "pré-eclâmpsia incipiente" não é uma classificação técnica utilizada nos consensos atuais (como os da FEBRASGO ou ACOG). Além disso, uma paciente com pré-eclâmpsia confirmada exige acompanhamento diferenciado, não podendo seguir apenas com o pré-natal habitual.

c) Incorreta. A hipertensão crônica é definida quando a hipertensão é diagnosticada antes da gravidez, antes das 20 semanas de gestação ou quando persiste além de 12 semanas após o parto. No caso, a paciente está com 32 semanas e não há relato de hipertensão prévia.

d) Incorreta. Esta conduta (sulfato de magnésio e interrupção imediata) é reservada para casos de pré-eclâmpsia grave (PA maior ou igual a 160 x 110 mmHg, iminência de eclâmpsia, síndrome HELLP ou sofrimento fetal). A paciente em questão está estável e o feto apresenta crescimento adequado, o que permite uma conduta conservadora sob vigilância.

e) Correta. Define adequadamente o diagnóstico (pré-eclâmpsia sem sinais de deterioração) e a conduta inicial correta: iniciar medicação anti-hipertensiva (geralmente metildopa, hidralazina ou nifedipina oral) para manter a PA em níveis seguros, solicitar exames laboratoriais (proteinúria de 24h ou relação proteína/creatinina, hemograma, enzimas hepáticas, função renal) e avaliação fetal (ultrassonografia e cardiotocografia) para decidir sobre a manutenção do acompanhamento ambulatorial ou a necessidade de internação.

Questão 22

Para o diagnóstico de Diabetes mellitus gestacional (DMG) por meio do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) de 75 g, realizado geralmente entre 24 e 28 semanas, os critérios diagnósticos são: glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dL; glicemia de 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL; e glicemia de 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL. A presença de apenas um valor alterado é suficiente para o diagnóstico.

Na paciente em questão, todos os três parâmetros estão alterados (jejum de 94, 1 hora de 182 e 2 horas de 154), confirmando o diagnóstico de DMG.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Correta. O diagnóstico é de Diabetes Gestacional. A conduta inicial para todas as pacientes com DMG é a terapia não farmacológica, baseada em plano alimentar individualizado e prática de atividade física. Além disso, é indispensável o controle glicêmico domiciliar (glicemia capilar) para monitorar se as metas estão sendo atingidas.

Alternativa B: Incorreta. O termo médico correto é Diabetes Gestacional, e não intolerância. Além disso, não há indicação de repetir o TOTG em 2 semanas, pois o teste já foi confirmatório.

Alternativa C: Incorreta. Embora o diagnóstico esteja correto, a insulinoterapia não é a conduta inicial. A insulina é indicada apenas se o controle glicêmico não for alcançado após 1 a 2 semanas de dieta e exercícios bem orientados, ou se houver sinais de macrossomia fetal (circunferência abdominal fetal maior ou igual ao percentil 75).

Alternativa D: Incorreta. O Diabetes Pré-gestacional (ou *Overt Diabetes*) é caracterizado por glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL ou hemoglobina glicada maior ou igual a 6,5% no início da gestação. Os valores da paciente são típicos de diabetes que surgiu durante a gravidez.

Alternativa E: Incorreta. O DMG não é considerado uma hiperglicemia transitória irrelevante. Sem intervenção, a condição aumenta significativamente o risco de complicações maternas (pré-eclâmpsia) e fetais (macrossomia, hipoglicemia neonatal e distócia de ombro).

Questão 23

A questão aborda o manejo da bacteriúria assintomática na gestação e as diretrizes de prevenção da infecção neonatal pelo *Streptococcus agalactiae** (também conhecido como estreptococo do grupo B ou EGB).

O caso clínico apresenta uma gestante de 15 semanas com urocultura positiva para EGB. A conduta deve ser dividida em dois momentos: o tratamento imediato da bacteriúria e o planejamento da assistência ao parto.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O tratamento da bacteriúria assintomática está correto, pois, na gestação, essa condição aumenta o risco de pielonefrite, parto prematuro e rotura prematura de membranas. O controle com uroculturas mensais também é uma prática aceitável para garantir a manutenção da esterilidade da urina. No entanto, a alternativa está incompleta por não mencionar a implicação fundamental do EGB para o momento do parto: a indicação de profilaxia.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa contempla as duas condutas necessárias. Primeiro, deve-se tratar a bacteriúria assintomática para evitar complicações gestacionais. Segundo, a presença de *Streptococcus agalactiae** na urina em qualquer momento da gestação atual (mesmo que em contagens baixas, embora o caso apresente 10^5 UFC/mL) é um marcador de colonização materna intensa. Por diretrizes internacionais (CDC e ACOG) e nacionais (Ministério da Saúde), gestantes com EGB identificado na urina durante a gravidez atual têm indicação formal de antibioticoprofilaxia intraparto, independentemente de novos exames ou resultados de cultura de swab vaginal/retal no terceiro trimestre.

Alternativa (c) Incorreta. Diferente da população não gestante, a bacteriúria assintomática em grávidas deve ser sempre tratada para prevenir a progressão para infecções graves (pielonefrite). Além disso, a profilaxia intraparto já está indicada pelo achado na urina, não dependendo de sintomas ou de nova cultura vaginal.

Alternativa (d) Incorreta. É mandatório tratar a bacteriúria assintomática na gestação. Embora o rastreio universal por swab vaginal/retal seja feito entre 35 e 37 semanas, a identificação do EGB na urina em fases anteriores antecipa o diagnóstico de colonização e já define o manejo do parto, tornando o swab posterior desnecessário.

Alternativa (e) Incorreta. O tratamento inicial está correto. No entanto, é desnecessário solicitar cultura vaginal com 35 semanas. Uma vez que o EGB foi detectado na urina na gestação atual, a paciente é considerada de alto risco para

transmissão vertical e deve receber o antibiótico durante o trabalho de parto obrigatoriamente, mesmo que um swab posterior venha a ser negativo.

Resumo didático:

Identificou-se *Streptococcus agalactiae** na urina da gestante?

1. Trate a bacteriúria agora (para proteger a mãe e a evolução da gravidez).
2. Marque no cartão de pré-natal: Antibioticoprofilaxia intraparto indicada (para proteger o recém-nascido da sepse neonatal).
3. Não precisa fazer o swab de 35-37 semanas (o resultado da urina já deu o diagnóstico de colonização).

Questão 24

A gestante apresenta IgG e IgM reagentes na 10ª semana de gestação. Quando ambos os anticorpos são detectados pela primeira vez no primeiro trimestre (até a 16ª semana), não é possível determinar apenas pela sorologia convencional se a infecção é aguda ou se o IgM é residual (anticorpo que permanece positivo por muitos meses ou anos após a fase aguda). Por esse motivo, o diagnóstico inicial é de infecção de data indeterminada.

A conduta correta nesse cenário é solicitar o teste de avidéz da IgG. Se o resultado mostrar alta avidéz, a infecção ocorreu há pelo menos 12 a 16 semanas (portanto, antes da concepção), o que descarta o risco de transmissão vertical. Se a avidéz for baixa, a infecção é considerada recente. Como a toxoplasmose pode causar danos graves ao feto, deve-se iniciar a espiramicina imediatamente, sem aguardar o resultado do teste de avidéz, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão placentária.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A presença de IgM reagente impede a classificação imediata como infecção antiga. É obrigatória a investigação adicional com o teste de avidéz para datar a infecção.

Alternativa b) Incorreta. O teste de avidéz é o exame de escolha para esclarecer o diagnóstico inicial no primeiro trimestre, e não o PCR no sangue materno, que apresenta baixa sensibilidade e não é utilizado para esse fim na prática clínica rotineira.

Alternativa c) Incorreta. O esquema triplo com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico é indicado apenas em casos de infecção fetal confirmada (por PCR no líquido amniótico) ou quando a infecção materna aguda ocorre após a 18ª semana de

gestação. Além disso, a pirimetamina é contraindicada no primeiro trimestre devido ao risco de teratogenia.

Alternativa d) Incorreta. Embora o início da espiramicina esteja correto, o diagnóstico definitivo de infecção recente ainda não foi estabelecido. Além disso, a ultrassonografia morfológica precoce não é o exame prioritário para a conduta diagnóstica inicial de datação da infecção.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente a conduta preconizada pelos protocolos assistenciais: diante de IgG e IgM reagentes no primeiro trimestre, classifica-se como data indeterminada, solicita-se o teste de avidéz da IgG e inicia-se preventivamente a espiramicina.

Questão 25

Alternativa a: Incorreta. A vacina contra a hepatite B não é contraindicada na gestação. Pelo contrário, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda que toda gestante sem comprovação vacinal ou com esquema incompleto inicie ou complete as três doses. Por ser uma vacina de antígeno de superfície (inativada), não oferece riscos ao feto e é fundamental para prevenir a transmissão vertical.

Alternativa b: Incorreta. A vacina contra a influenza é recomendada para todas as gestantes em qualquer idade gestacional. Elas fazem parte do grupo prioritário nas campanhas anuais de vacinação do Ministério da Saúde, pois apresentam maior risco de desenvolver complicações respiratórias graves e hospitalizações decorrentes da infecção pelo vírus da gripe.

Alternativa c: Incorreta. A vacina contra a COVID-19 é recomendada para gestantes e puérperas em qualquer fase da gestação, não havendo restrição ao terceiro trimestre. Estudos robustos demonstraram a segurança das vacinas autorizadas (como as de RNA mensageiro ou inativadas), sem evidências de malformações ou riscos ao desenvolvimento embrionário.

Alternativa d: Correta. Esta é a recomendação oficial do PNI. A vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular) deve ser administrada a partir da 20ª semana de gestação em todas as gravidezes, independentemente de quando a mulher recebeu a dose anterior. O objetivo é induzir a produção de altos títulos de anticorpos contra a coqueluche na mãe, permitindo a transferência transplacentária para o feto, garantindo proteção passiva ao recém-nascido até que ele possa completar o esquema vacinal básico.

Alternativa e: Incorreta. A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) é

composta por vírus vivos atenuados e, por isso, é formalmente contraindicada durante a gestação devido ao risco teórico de infecção fetal. Caso a mulher não seja imune, a vacinação deve ser realizada no puerpério ou planejada para o período pré-concepcional, com a recomendação de evitar a gravidez por 30 dias após a dose.

Questão 26

Alternativa a: Incorreta. A terbutalina pertence à classe dos beta-agonistas. Ela é conhecida justamente pelo elevado risco de efeitos adversos cardiovasculares maternos, como taquicardia severa, palpitações, arritmias e, em casos mais graves, edema agudo de pulmão. Por esse perfil de segurança desfavorável, ela tem sido substituída pela nifedipina ou pelo atosiban como drogas de primeira escolha.

Alternativa b: Incorreta. A corticoterapia antenatal é recomendada em ciclo único (duas doses de betametasona ou quatro doses de dexametasona). O uso rotineiro de doses semanais é contraindicado, pois está associado a riscos para o feto, como redução do crescimento intrauterino e do perímetro cefálico. Um segundo ciclo (ciclo de resgate) só deve ser considerado em situações muito específicas se o primeiro ciclo tiver ocorrido há mais de 7 a 14 dias e houver nova ameaça de parto prematuro.

Alternativa c: Incorreta. A indicação de cerclagem não é universal para todos os colos curtos. Em gestantes sem antecedente de parto prematuro (achado incidental de colo menor que 25 mm no ultrassom), a conduta de escolha é o uso de progesterona vaginal. A cerclagem cervical é indicada para pacientes com história clássica de insuficiência istmocervical ou para aquelas com antecedente de parto prematuro espontâneo que apresentam encurtamento do colo na gestação atual.

Alternativa d: Incorreta. O atosiban é um antagonista dos receptores da ocitocina, agindo ao bloquear a ligação desse hormônio no miométrio para reduzir as contrações. Ele não é um inibidor da fosfodiesterase. Além disso, embora seja eficaz, seu alto custo no Brasil faz com que a nifedipina seja frequentemente a primeira escolha em diversos protocolos institucionais, ficando o atosiban reservado para casos com contraindicações aos outros tocolíticos.

Alternativa e: Correta. A nifedipina é um bloqueador de canais de cálcio que promove o relaxamento da musculatura uterina, sendo um tocolítico eficaz e de fácil administração. No entanto, por causar vasodilatação periférica, ela pode gerar hipotensão e taquicardia reflexa. Essas alterações hemodinâmicas podem ser perigosas em pacientes com cardiopatias (como estenose aórtica ou insuficiência cardíaca), tornando essa condição uma contraindicação ao seu uso.

Questão 27

Análise do Caso Clínico:

Temos uma gestante no termo (40 semanas e 3 dias) que apresenta oligidrâmnio (Índice de Líquido Amniótico — ILA de 4,5 cm, sendo o normal acima de 5 cm). O bem-estar fetal imediato parece preservado, dado o Doppler normal e o BCF de 140 bpm. O exame físico revela um colo do útero desfavorável para o parto imediato, com Índice de Bishop baixo (colo posterior, grosso, fechado e feto alto).

Explicação das alternativas:

Alternativa A (Correta): O oligidrâmnio isolado no termo é uma indicação clássica de indução do parto para reduzir riscos de compressão do cordão e insuficiência placentária. Como o colo é desfavorável (Índice de Bishop baixo), o primeiro passo da indução é o preparo cervical. O misoprostol vaginal é o análogo de prostaglandina de escolha para amadurecer o colo e iniciar as contrações em pacientes sem cicatriz uterina prévia (o enunciado cita G2P1, sugerindo parto vaginal anterior).

Alternativa B (Incorreta): O oligidrâmnio, por si só, não é uma indicação de cesariana imediata. Se o Doppler está normal e não há sinais de sofrimento fetal agudo, a via vaginal por indução deve ser tentada prioritariamente. A cesariana seria reservada para casos de falha de indução ou alteração da vitalidade fetal durante o processo.

Alternativa C (Incorreta): O colo desfavorável não impede a indução; na verdade, ele define a técnica a ser utilizada. Quando o colo não está pronto, utilizamos métodos de preparo cervical, que podem ser farmacológicos (como o misoprostol) ou mecânicos (como o cateter de Foley), justamente para tornar a indução possível e bem-sucedida.

Alternativa D (Incorreta): A ausência de sofrimento fetal agudo no momento é o que permite a indução do parto com segurança. Se houvesse sofrimento fetal, a conduta seria a interrupção imediata, geralmente por cesariana. O oligidrâmnio no termo é uma indicação relativa de indução, e o colo desfavorável é uma condição a ser tratada, não uma contra-indicação.

Alternativa E (Incorreta): A hidratação materna pode aumentar temporariamente o volume de líquido amniótico em alguns casos, mas não é a conduta definitiva para uma gestação de 40 semanas com diagnóstico de oligidrâmnio. Postergar a conduta por 12 horas apenas para repetir exames aumenta o risco de complicações sem benefício comprovado, já que a indicação de interrupção pela IG e pelo ILA já está estabelecida.

Questão 28

Esta questão aborda o manejo imediato da Hemorragia Pós-Parto (HPP), um tema crítico na obstetrícia. A paciente apresenta um quadro clássico de atonia uterina, evidenciado pelo útero flácido e acima da cicatriz umbilical, associado a sinais de choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia, palidez e sudorese). A atonia uterina é responsável por cerca de 70% a 80% dos casos de HPP.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Diante de uma hemorragia ativa com instabilidade hemodinâmica, a intervenção deve ser imediata e clínica. Aguardar resultados de exames laboratoriais e coagulograma para iniciar o tratamento atrasa medidas que salvam vidas e aumenta a morbimortalidade materna.

Alternativa b) Incorreta. Embora o ácido tranexâmico e o misoprostol façam parte do arsenal terapêutico, esta alternativa omite as medidas iniciais fundamentais, como a massagem uterina e a ocitocina (droga de primeira escolha). A revisão uterina manual é indicada quando há suspeita de restos placentários ou lesões de trajeto, mas a prioridade na atonia é a contração do miométrio.

Alternativa c) Incorreta. A conduta de não realizar manipulação uterina está errada. A massagem uterina (externa ou bimanual de Hamilton) é uma das primeiras manobras para estimular a contração do útero. Além disso, em hemorragias agudas, a hemoglobina demora a cair e não reflete a perda volêmica real imediata; portanto, a decisão de transfundir deve ser clínica e baseada na resposta à reposição volêmica inicial.

Alternativa d) Incorreta. O balão de Bakri é uma medida de segunda linha, utilizada quando as manobras mecânicas iniciais e os uterotônicos falham. O sulfato de magnésio não tem indicação no manejo da HPP; ele é utilizado para profilaxia de eclâmpsia ou neuroproteção fetal.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa descreve o protocolo de "Hora de Ouro" da hemorragia pós-parto. A identificação da causa (os 4 "Ts": Tônus, Trauma, Tecido e Trombina) é essencial. O manejo inicial deve ser simultâneo: massagem uterina para estimular a contração; monitorização e acesso venoso calibroso para reposição volêmica com cristaloides aquecidos (prevenindo a tríade da morte: acidose, hipotermia e coagulopatia); e administração de ocitocina (primeira linha) associada ao ácido tranexâmico, que deve ser aplicado preferencialmente nas primeiras 3 horas do início do sangramento para reduzir a mortalidade.

Questão 29

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: A humanização não é um tipo de parto (vaginal ou cesárea), mas sim um modelo de assistência que preza pelo respeito aos direitos da mulher e pela aplicação de condutas baseadas em evidências científicas. Mesmo em uma cesariana, o cuidado pode e deve ser humanizado, garantindo o direito ao acompanhante, o contato pele a pele imediato com o recém-nascido e a explicação detalhada dos procedimentos.

Alternativa (b) INCORRETA: O protagonismo da mulher é um dos pilares centrais da humanização. Isso implica autonomia e a tomada de decisão compartilhada entre a paciente e a equipe de saúde. A equipe não deve agir como uma autoridade que autoriza ou desautoriza, mas como um suporte técnico que informa e respeita a vontade da gestante, intervindo apenas quando houver necessidade clínica real.

Alternativa (c) CORRETA: As diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde recomendam que a mulher seja incentivada a adotar posições de sua preferência durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito (posições verticalizadas, de lado, de quatro apoios, etc.). A posição de litotomia (deitada de costas com as pernas suspensas) não deve ser a regra, mas sim uma opção, sendo o desejo da mulher soberano desde que a situação clínica permita a segurança do binômio mãe-filho.

Alternativa (d) INCORRETA: O parto humanizado não proíbe o uso de medicamentos. Embora priorize métodos não farmacológicos de alívio da dor (como massagens, banhos quentes e uso da bola suíça), a analgesia farmacológica (como a peridural) é um direito da mulher e deve ser disponibilizada caso ela a solicite e haja indicação. Humanizar não é sinônimo de sofrimento obrigatório.

Alternativa (e) INCORRETA: O parto humanizado pode e deve ocorrer em qualquer cenário de assistência, seja ele domiciliar, em centros de parto normal ou em hospitais de alta complexidade. Além disso, a humanização é aplicável tanto em gestações de baixo risco quanto nas de alto risco, adaptando-se às necessidades de segurança de cada caso sem perder a essência do respeito à mulher.

GABARITO: A alternativa correta é a letra (c).

Questão 30

O quadro clínico descrito é clássico de mastite puerperal, uma das complicações infecciosas mais comuns do puerpério, ocorrendo geralmente entre a segunda e a quinta semana após o parto, embora possa ocorrer precocemente, como no caso (5 dias).

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta sinais flogísticos localizados (dor, calor, rubor e endurecimento em um quadrante específico) associados a sinais sistêmicos (febre de 38,5 °C e calafrios). O fato de não haver flutuação ao exame físico afasta, no momento, a presença de um abscesso mamário organizado.

Análise das alternativas:

a) Correta. O diagnóstico é de mastite puerperal. A conduta terapêutica baseia-se em dois pilares fundamentais: o esvaziamento adequado da mama (manutenção do aleitamento materno ou ordenha) e a antibioticoterapia sistêmica. O aleitamento não deve ser interrompido, pois a estase láctea é o principal fator predisponente para a progressão do quadro para um abscesso. Os antibióticos de escolha costumam ser os que cobrem *Staphylococcus aureus* (como cefalexina ou dicloxacilina) por via oral.

b) Incorreta. O abscesso mamário é uma complicação da mastite e se caracteriza pela presença de uma coleção purulenta, que se manifesta clinicamente pela flutuação ao exame da área inflamada. Como o enunciado afirma "sem flutuação", o diagnóstico de abscesso é menos provável. Além disso, o tratamento inicial da mastite não complicada é ambulatorial, com medicação oral.

c) Incorreta. O ducto lactífero obstruído causa dor e nódulo localizado, mas geralmente não vem acompanhado de febre alta e calafrios (sintomas sistêmicos). Além disso, o "repouso mamário" (interrupção da sucção/esvaziamento) é contraindicado, pois aumenta o risco de mastite e abscesso.

d) Incorreta. Na mastite puerperal, a manutenção da amamentação é essencial para o tratamento. O esvaziamento da mama reduz a carga bacteriana e o processo inflamatório. A suspensão só seria considerada em casos muito específicos, como a presença de secreção purulenta drenando pelo mamilo e, mesmo assim, a ordenha deveria ser mantida.

e) Incorreta. O ingurgitamento mamário ("leite empedrado") é geralmente um quadro bilateral, com mamas pesadas e dolorosas, mas sem o eritema localizado e a febre alta com calafrios típicos da mastite. Embora o esvaziamento faça parte do tratamento da mastite, o quadro da paciente já evoluiu para um processo infeccioso

que exige antibioticoterapia.

Questão 31

Esta questão aborda o diagnóstico diferencial das doenças trofoblásticas gestacionais, focando nos achados clínicos, laboratoriais e, principalmente, anatomopatológicos.

Análise do quadro clínico e laboratorial:

A paciente apresenta sinais clássicos de uma gestação molar: sangramento vaginal, útero com volume superior ao esperado para a idade gestacional (12 semanas), vômitos intensos (hiperemese devido aos altos níveis de hCG) e beta-hCG muito elevado (278.000 UI/L). A presença de cistos tecaluteínicos bilaterais é uma consequência comum da estimulação ovariana excessiva pelos níveis altíssimos de hCG, sendo achados típicos da mola completa.

Análise do exame anatomopatológico:

O laudo descreve três pontos fundamentais:

1. Hidropisia vilosa difusa: Todas as vilosidades coriônicas estão edemaciadas.
2. Hiperplasia trofoblástica difusa: Há proliferação excessiva das camadas do trofoblasto em toda a amostra.
3. Ausência de tecido fetal: Não foram encontrados componentes embrionários ou fetais.

Essa tríade anatomopatológica (alterações difusas + ausência de feto) é patognomônica da mola hidatiforme completa.

Explicação das alternativas:

a) Mola invasora: Incorreta. A mola invasora é um diagnóstico clínico ou histopatológico definido pela invasão do miométrio por vilosidades hidrópicas. O enunciado foca na descrição das vilosidades e na ausência de feto após o procedimento de esvaziamento, o que caracteriza a mola completa antes de qualquer evidência de invasão tecidual profunda ou persistência pós-esvaziamento.

b) Aborto hidrópico: Incorreta. No aborto hidrópico, ocorre um edema das vilosidades após a morte embrionária, porém não existe a hiperplasia trofoblástica característica das molas. Além disso, os níveis de beta-hCG no aborto costumam ser baixos ou estar em queda, ao contrário do valor extremamente alto visto neste caso.

c) Mola hidatiforme parcial: Incorreta. Na mola parcial, a hidropisia e a hiperplasia trofoblástica são focais (atingem apenas parte das vilosidades) e, obrigatoriamente,

existe a presença de tecido fetal ou embrionário (ou pelo menos sinais de sua existência, como hemácias fetais). O beta-hCG na mola parcial raramente atinge níveis tão elevados quanto na completa.

d) Mola hidatiforme completa: Correta. É o diagnóstico que se encaixa perfeitamente na descrição. Apresenta-se com beta-hCG muito elevado, cistos tecaluteínicos, útero aumentado para a idade gestacional e, no exame anatomopatológico, revela o padrão difuso de hidropisia e hiperplasia sem qualquer sinal de tecido fetal.

e) Coriocarcinoma gestacional: Incorreta. O coriocarcinoma é uma neoplasia maligna pura do trofoblasto. Histologicamente, ele se caracteriza por ninhos de citotrofoblasto e sinciciotrofoblasto com muita atipia, hemorragia e necrose, mas com uma característica fundamental: a ausência total de vilosidades coriônicas. Como o laudo descreveu hidropisia vilosa (presença de vilosidades), o diagnóstico de coriocarcinoma é excluído.

Questão 32

A endometrite é a principal causa de infecção puerperal, tendo como principais fatores de risco a cesariana, o tempo prolongado de ruptura de membranas e o trabalho de parto prolongado (distocia), todos presentes no caso clínico. O quadro é caracterizado classicamente pela tríade de febre, dor uterina e lóquios fétidos.

Alternativa A: Incorreta. Embora apresente febre e dor abdominal, a loquiação escassa não é um marcador típico da infecção. Na maioria dos casos de endometrite, os lóquios são abundantes e apresentam odor desagradável e aspecto purulento.

Alternativa B: Incorreta. Para a definição e o diagnóstico de infecção puerperal, a presença de febre é o sinal cardinal. Esta alternativa foca apenas na dor e na involução uterina, omitindo a alteração térmica necessária para caracterizar o processo infeccioso.

Alternativa C: Incorreta. A temperatura de 37,9 graus Celsius é considerada apenas um estado subfebril. Os critérios clínicos para febre puerperal geralmente consideram temperaturas a partir de 38 graus Celsius. Além disso, calafrios e tremores são inespecíficos e podem ocorrer até no pós-parto fisiológico (calafrios do pós-parto imediato).

Alternativa D: Incorreta. O erro principal está em descrever os lóquios como inodoros (sem cheiro). A infecção uterina puerperal é tipicamente polimicrobiana, envolvendo bactérias anaeróbias que produzem gases com odor fétido característico.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa descreve com precisão o quadro de endometrite. A febre elevada (38,9 graus Celsius) e a taquicardia são sinais de resposta inflamatória sistêmica à infecção. O exame físico do útero revela os achados clássicos: dor à palpação e mobilização, consistência amolecida (útero pastoso) e fundo uterino acima do nível esperado para 24 horas de pós-parto (hipoinvoluído).

Questão 33

Análise do caso clínico:

A paciente de 51 anos apresenta sintomas clássicos de transição menopausal/pós-menopausa (fogachos intensos, insônia e irritabilidade). Ela possui o útero íntegro e já utiliza um sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG 52 mg) há 4 anos. O DIU-LNG é um método excelente para fornecer a proteção endometrial necessária na Terapia de Reposição Hormonal (TRH), pois age localmente, prevenindo a hiperplasia e o câncer de endométrio.

Como a paciente tem útero, a TRH obrigatoriamente deve conter um estrogênio (para tratar os sintomas vasomotores) e um progestagênio (para proteção endometrial). Como ela já possui a proteção progestagênica através do DIU, basta adicionar o estrogênio.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Ao remover o DIU-LNG e iniciar apenas estradiol oral, a paciente ficaria com o útero desprotegido. O uso de estrogênio isolado em mulheres com útero aumenta significativamente o risco de hiperplasia e adenocarcinoma de endométrio.

Alternativa b) Incorreta. A testosterona não é o tratamento de primeira linha para sintomas vasomotores (fogachos). Sua indicação principal na pós-menopausa é para o Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo, após a otimização da terapia estrogênica.

Alternativa c) Incorreta. O acetato de noretisterona é um progestagênio. A paciente já possui progestagênio via DIU e seus sintomas decorrem da deficiência de estrogênio. Adicionar mais progestagênio não tratará os sintomas vasomotores.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta mais adequada e fisiológica. Mantém-se o DIU-LNG para garantir a proteção do endométrio e adiciona-se o estradiol por via transdérmica (gel). A via transdérmica é preferível por evitar o efeito de primeira passagem hepática, não aumentar o risco de tromboembolismo venoso e ser mais segura em termos cardiovasculares, especialmente em pacientes iniciando a terapia

em torno dos 50 anos.

Alternativa e) Incorreta. Não há necessidade de remover um DIU-LNG que ainda está no prazo de validade (pode ser usado por até 5 anos ou mais para proteção endometrial na TRH). Além disso, a paciente tem 51 anos e está há um ano sem menstruar (DUM aos 50 anos), o que indica pós-menopausa. O regime cíclico (que provoca sangramento de privação) não é a primeira escolha para mulheres na pós-menopausa, preferindo-se o regime contínuo para evitar sangramentos.

Questão 34

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH). Os principais achados são a urgência miccional (desejo súbito e imperioso de urinar, difícil de adiar), a incontinência urinária de urgência (perda involuntária de urina acompanhada ou precedida por urgência) e a nictúria (acordar duas ou mais vezes à noite para urinar). O fato de os sintomas terem se iniciado após a menopausa é comum, já que o hipoestrogenismo causa atrofia genital (confirmada no exame físico pela vagina lisa e pálida), o que reduz o limiar de sensibilidade vesical e contribui para os sintomas de urgência. A urocultura negativa é fundamental para excluir infecção do trato urinário, que é o principal diagnóstico diferencial.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O divertículo uretral geralmente se manifesta pela tríade de disúria, dispareunia e gotejamento pós-miccional. Ao exame físico, muitas vezes é possível palpar uma massa na parede vaginal anterior, o que não foi relatado no caso.

b) Incorreta. A incontinência urinária mista ocorre quando há associação de sintomas de incontinência de esforço (perda ao tossir, espirrar ou carregar peso) com sintomas de urgência. O relato da paciente foca exclusivamente nos sintomas de urgência e nictúria, sem queixas relacionadas ao esforço físico.

c) Correta. A Síndrome da Bexiga Hiperativa é um diagnóstico clínico definido pela International Continence Society (ICS) como a presença de urgência miccional, geralmente acompanhada de frequência aumentada e nictúria, com ou sem incontinência urinária de urgência, na ausência de infecção urinária ou outras doenças metabólicas ou locais óbvias. O caso descreve exatamente esse conjunto de sintomas.

d) Incorreta. A incontinência urinária contínua caracteriza-se pela perda constante de

urina, sem relação com esforço ou urgência. Está frequentemente associada a fístulas geniturinárias (comuns após cirurgias ginecológicas, que a paciente nega) ou ureter ectópico.

e) Incorreta. Na incontinência urinária de esforço, a perda ocorre devido ao aumento da pressão intra-abdominal (tosse, riso, exercício) e falha nos mecanismos de suporte uretral. A paciente não apresenta essas queixas e o toque vaginal mostrou força contrátil do assoalho pélvico normal.

Questão 35

A questão aborda um dos pilares fundamentais da Bioética: o Princípio da Autonomia. No contexto da prática médica, o consentimento informado é a ferramenta que assegura o respeito a esse princípio, permitindo que o paciente tome decisões sobre sua saúde de acordo com seus próprios valores e normas, desde que esteja devidamente informado e livre de pressões ou coerções.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O otimismo refere-se a uma disposição emocional ou expectativa positiva quanto aos resultados futuros. Não possui relação com a capacidade técnica, ética ou jurídica de um indivíduo tomar decisões independentes e fundamentadas sobre sua própria vida ou tratamentos médicos.

Alternativa b: Incorreta. Uma pessoa mediadora é aquela que atua como intermediária em conflitos ou facilita a comunicação entre diferentes partes. O enunciado, por outro lado, foca na capacidade interna do sujeito de autogoverno e na ausência de influência externa controladora, o que não se confunde com o ato de mediar.

Alternativa c: Correta. A frase define a essência da Autonomia. Etimologicamente, autonomia deriva do grego *autos* (próprio) e *nomos* (lei/norma), significando aquele que dá a sua própria lei. Na Bioética, ser autônomo significa ter a capacidade de autogoverno, agindo conforme escolhas e convicções próprias, sem ser dominado por influências externas ou limitações que impeçam uma escolha deliberada. Para que o consentimento informado seja válido, é indispensável que o paciente seja um agente autônomo.

Alternativa d: Incorreta. O termo performático está ligado à performance, ao desempenho ou à execução de uma ação de forma expressiva. Não é um critério ético utilizado para definir a capacidade de compreensão, julgamento e escolha do paciente no processo de tomada de decisão em saúde.

Alternativa e: Incorreta. Embora a autonomia proteja o direito do indivíduo, o individualismo é uma postura sociológica ou comportamental voltada para o interesse próprio em detrimento do coletivo. A autonomia médica é um conceito ético de liberdade de escolha e respeito à dignidade humana, não devendo ser confundida com o traço de personalidade individualista ou egoísta.

Questão 36

Análise do Caso Clínico:

Paciente de 40 anos apresenta um carcinoma mamário invasor do subtipo triplo-negativo (receptores de estrogênio, progesterona e HER-2 negativos), estágio clínico T2N0M0 (tumor de 3 cm). Este subtipo é caracterizado por alta agressividade biológica e maior probabilidade de estar associado a síndromes de câncer hereditário.

Alternativa a) Incorreta. Atualmente, para tumores triplo-negativos maiores que 2 cm (estágio T2 em diante), a tendência é iniciar o tratamento com quimioterapia neoadjuvante (antes da cirurgia). Essa estratégia permite observar a sensibilidade do tumor ao tratamento e decidir condutas adjuvantes baseadas na presença ou não de doença residual na peça cirúrgica (como o uso de capecitabina se não houver resposta patológica completa).

Alternativa b) Correta. Os critérios atuais para testagem genética (pesquisa de mutações germinativas nos genes BRCA1, BRCA2 e outros genes de alta penetrância) incluem todas as pacientes diagnosticadas com câncer de mama triplo-negativo que tenham 60 anos ou menos, independentemente da história familiar. Como a paciente tem 40 anos, a solicitação do teste está formalmente indicada para auxiliar no planejamento cirúrgico (risco de câncer contralateral), seguimento e rastreamento de familiares.

Alternativa c) Incorreta. O subtipo triplo-negativo não é uma contraindicação para a reconstrução mamária imediata. A escolha do tempo da reconstrução (imediate versus tardia) depende principalmente da necessidade de radioterapia pós-operatória e de fatores técnicos cirúrgicos, e não apenas do risco de recidiva do subtipo molecular.

Alternativa d) Incorreta. A mastectomia não é obrigatoriamente o tratamento inicial. Como o tumor é T2 (3 cm), a quimioterapia neoadjuvante é a abordagem preferencial inicial para avaliar a resposta terapêutica. Além disso, a indicação de preservação do complexo aréolo-papilar exige critérios específicos de distância tumoral e ausência de infiltração, não sendo a recomendação padrão imediata sem considerar a

neoadjuvância.

Alternativa e) Incorreta. A radioterapia é mandatória após cirurgia conservadora (quadrantectomia). No entanto, após uma mastectomia, a radioterapia adjuvante é indicada geralmente para tumores maiores que 5 cm (T3/T4) ou quando há comprometimento linfonodal (N+). No caso de um tumor T2N0 (3 cm e sem linfonodos) submetido a mastectomia, a radioterapia não é obrigatoriamente indicada apenas por ser triplo-negativo.

Questão 37

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

Estamos diante de uma paciente de 60 anos, na pós-menopausa há 10 anos, que apresenta sangramento vaginal (sangramento pós-menopausa). No exame de ultrassonografia transvaginal, foi evidenciado um endométrio de 8 mm. Em mulheres na pós-menopausa que apresentam sangramento uterino anormal, o ponto de corte para a espessura endometrial é, geralmente, de 4 a 5 mm. Como esta paciente apresenta um endométrio de 8 mm associado a fatores de risco (obesidade e idade), a conduta obrigatória é a investigação histopatológica para afastar a possibilidade de hiperplasia endometrial ou câncer de endométrio.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A histerectomia vaginal é um procedimento cirúrgico definitivo. Não se indica cirurgia de grande porte sem antes possuir um diagnóstico histopatológico que justifique o procedimento, exceto em casos muito específicos de falha na coleta ou suspeita persistente.

Alternativa b) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a histerectomia laparoscópica é um tratamento cirúrgico. O passo atual é o diagnóstico (investigação), e não o tratamento definitivo imediato.

Alternativa c) Incorreta. Repetir o ultrassom em 3 meses é uma conduta expectante inadequada. Diante de um sangramento na pós-menopausa com endométrio espessado (8 mm), há necessidade imediata de biópsia para excluir malignidade. O atraso no diagnóstico pode comprometer o prognóstico da paciente.

Alternativa d) Incorreta. Segue a mesma lógica da alternativa C. Aguardar 6 meses para repetir o exame em uma paciente sintomática com achado ultrassonográfico alterado é uma conduta perigosa e contrária aos protocolos médicos.

Alternativa e) Correta. A biópsia de endométrio em consultório, utilizando

instrumentos como a cureta de Novak ou a cânula de Pipelle, é o primeiro passo recomendado para a avaliação histológica do endométrio. É um procedimento de baixo custo, seguro e com boa acurácia para diagnosticar neoplasias endometriais. Caso a biópsia de consultório seja inconclusiva ou o sangramento persista, o próximo passo seria a histeroscopia com biópsia dirigida.

Questão 38

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um carcinoma escamoso de colo uterino com invasão estromal de 2,5 mm de profundidade, sem invasão de espaço linfovascular (LVSI) e com margens livres após a realização de uma conização. De acordo com o estadiamento da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia), este caso é classificado como estágio IA1 (invasão menor ou igual a 3 mm).

Para o estágio IA1, a conduta depende do desejo reprodutivo e da presença de invasão linfovascular:

1. Se não há invasão linfovascular e a paciente deseja preservar a fertilidade: A conização com margens livres é considerada o tratamento definitivo.
2. Se não há invasão linfovascular e a prole já está constituída: O tratamento padrão é a histerectomia total simples.

Como a paciente tem 30 anos e deseja engravidar, a preservação do útero é a conduta indicada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A histerectomia total (extrafascial) é o tratamento de escolha para o estágio IA1 apenas para pacientes que não desejam mais engravidar. Como a paciente é nuligesta e manifestou desejo reprodutivo, essa conduta é contraindicada.

b) Incorreta. A histerectomia radical acompanhada de linfadenectomia pélvica é indicada para estágios mais invasivos, como o IA2 (com invasão linfovascular) ou IB. No estágio IA1 sem invasão linfovascular, o risco de comprometimento de paramétrios ou linfonodos é inferior a 1%, tornando o procedimento radical desnecessário e excessivamente mórbido.

c) Incorreta. A salpingo-ooforectomia não faz parte do tratamento padrão para o câncer de colo de linhagem escamosa em pacientes jovens, pois o risco de metástase ovariana é ínfimo. Além disso, a histerectomia impediria o desejo de gestação da paciente.

d) Incorreta. A pesquisa de linfonodo sentinela ou avaliação linfonodal não é recomendada no estágio IA1 sem invasão de espaço linfovascular, pois a disseminação linfática é extremamente rara nesses casos. Somado a isso, a realização da histerectomia contraria o desejo da paciente de engravidar.

e) Correta. Uma vez que a conização retirou a lesão com margens livres, não há evidência de invasão linfovascular e a profundidade é menor que 3 mm (IA1), o procedimento é considerado curativo e conservador. O seguimento clínico e citopatológico rigoroso permite que a paciente tente engravidar com segurança oncológica.

Questão 39

Análise do caso clínico: O quadro descrito de leucorreia amarelo-esverdeada, profusa, associada a sinais inflamatórios evidentes (ardência, dispareunia e hiperemia das paredes vaginais e da ectocérvice) é altamente sugestivo de tricomoníase. Esta é uma infecção causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, frequentemente considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

Alternativa (a) Incorreta: A colposcopia é um exame complementar utilizado na triagem de lesões precursoras do câncer do colo do útero, geralmente indicada após um resultado de citopatológico (Papanicolau) alterado. Não possui indicação para o diagnóstico inicial de vulvovaginites.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o metronidazol 2 g por via oral em dose única seja o esquema terapêutico padrão para a tricomoníase, as questões de provas de residência costumam exigir que o diagnóstico seja confirmado antes da instituição do tratamento, sempre que houver essa opção técnica. Portanto, o diagnóstico laboratorial precede a prescrição.

Alternativa (c) Incorreta: O fluconazol é um antifúngico indicado para o tratamento da candidíase vulvovaginal. O quadro clínico da candidíase difere do caso apresentado, manifestando-se com prurido intenso e corrimento branco, aderente e com aspecto de "leite coalhado".

Alternativa (d) Incorreta: O metronidazol em gel vaginal é uma opção para o tratamento da vaginose bacteriana. Na tricomoníase, a via oral é obrigatória, pois o parasita pode se alojar em locais onde o creme vaginal não alcança, como as glândulas de Skene e Bartholin, além do trato urinário.

Alternativa (e) Correta: A conduta mais adequada e completa é realizar a confirmação diagnóstica. A bacterioscopia a fresco (exame a fresco) permite a

visualização direta do protozoário flagelado com seu movimento característico, enquanto o Gram auxilia na análise da flora vaginal e da presença de outros patógenos. Confirmar a etiologia garante o uso racional de antibióticos e o manejo correto dos parceiros sexuais.

Questão 40

Para o diagnóstico da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), segundo os Critérios de Roterdã, é necessária a presença de pelo menos dois dos três critérios a seguir:

1. Disfunção ovulatória: geralmente manifestada por irregularidade menstrual, como a oligomenorreia (ciclos com intervalos longos).
2. Hiperandrogenismo: pode ser clínico (acne, hirsutismo, oleosidade excessiva ou alopecia) ou bioquímico (elevação dos níveis de androgênios no sangue).
3. Morfologia de ovários policísticos à ultrassonografia: caracterizada por volume ovariano maior que 10 cm³ ou presença de 12 ou mais folículos medindo entre 2 e 9 mm (em aparelhos modernos, considera-se acima de 20 folículos).

Análise do caso clínico:

- A paciente apresenta ciclos irregulares de 60 dias, o que confirma o critério de disfunção ovulatória.
- A paciente apresenta acne e oleosidade cutânea, o que confirma o critério de hiperandrogenismo clínico. É importante notar que, se o critério clínico está presente, o diagnóstico pode ser feito mesmo com exames laboratoriais (testosterona e SDHEA) normais.
- A ultrassonografia é normal, pois os volumes ovarianos descritos (2,3 cm³ e 3,4 cm³) são significativamente menores que o ponto de corte de 10 cm³.

Como a paciente preenche dois dos três critérios (clínico e menstrual), ela possui o diagnóstico de SOP.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A paciente preenche os critérios diagnósticos de Roterdã. O diagnóstico de SOP pode ser firmado apenas com a clínica e a história menstrual, sem necessidade de alteração ultrassonográfica.
- b) Incorreta. Embora o diagnóstico de SOP esteja correto, o SIU de levonorgestrel não é a melhor opção inicial. Ele auxilia no controle endometrial, mas não trata o hiperandrogenismo (podendo até agravar a acne) e não é a primeira escolha para uma paciente de 17 anos sem atividade sexual que busca tratamento para acne e

irregularidade.

c) Incorreta. O diagnóstico está correto, mas o uso de progestagênios isolados na segunda fase do ciclo apenas protege o endométrio e regulariza a descamação menstrual. Essa conduta não trata o hiperandrogenismo clínico (acne e oleosidade).

d) Correta. A paciente preenche os critérios para SOP. O tratamento de primeira linha envolve mudanças no estilo de vida (MEV), pois a paciente é sedentária e possui IMC de 26 kg/m² (sobrepeso), o que ajuda na resistência insulínica. O uso de anticoncepcionais orais combinados é indicado para regularizar o ciclo e reduzir a síntese de androgênios, tratando a acne e a oleosidade.

e) Incorreta. A afirmação inicial de que a paciente não preenche os critérios está errada. Além disso, a espironolactona é geralmente uma medicação de segunda linha, adicionada após 6 meses de anticoncepcional caso a resposta clínica ao hiperandrogenismo seja insuficiente.

Questão 41

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de dor na borda radial do punho, especificamente sobre o processo estilóide do rádio. O histórico de atividades repetitivas (descascar alimentos e uso excessivo de smartphone/scrolling) é um fator de risco determinante para processos inflamatórios tendíneos. O ponto-chave para o diagnóstico é a descrição da manobra física: a dor que se intensifica ao realizar o desvio ulnar do punho com o polegar fletido e aduzido dentro da mão (conhecida como Manobra de Finkelstein).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A fascíte palmar manifesta-se com dor e, por vezes, espessamento ou nódulos na palma da mão, podendo evoluir para contraturas (como na moléstia de Dupuytren). Não guarda relação com a dor localizada no processo estilóide do rádio nem é desencadeada pela manobra descrita.

b) Correta. A Tenossinovite de Quervain é a inflamação dos tendões do primeiro compartimento extensor do punho (abdutor longo e extensor curto do polegar). É extremamente comum em mulheres de meia-idade e associada a movimentos repetitivos do polegar. A dor no estilóide radial e a positividade na Manobra de Finkelstein (descrita no enunciado) são os critérios diagnósticos fundamentais.

c) Incorreta. A artrite gotosa (gota) é uma artropatia inflamatória aguda que causa dor extrema, calor, rubor e edema importante em uma articulação específica. Embora possa ocorrer na base do polegar, a história de Mildred é de uma dor crônica/subaguda relacionada ao movimento, sem sinais flogísticos sistêmicos ou crises agudas típicas de gota.

d) Incorreta. A Artrite Reumatoide é uma doença autoimune sistêmica que geralmente se apresenta com poliartrite simétrica (afeta as duas mãos), rigidez matinal prolongada (superior a uma hora) e acometimento de múltiplas pequenas articulações (metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais), o que diverge do quadro localizado e unilateral da paciente.

e) Incorreta. A Síndrome do Túnel do Carpo é causada pela compressão do nervo mediano e manifesta-se com parestesia (formigamento) e dor na face palmar dos três primeiros dedos. O enunciado afirma explicitamente que as manobras de Phalen e Tinel (testes de triagem para esta síndrome) foram negativas, o que afasta essa hipótese. Além disso, a artrose de punho apresentaria alterações radiológicas e uma dor mais profunda e difusa, não limitada ao trajeto tendíneo do estiloide radial.

Questão 42

ANÁLISE DO CASO

O Sr. Clodoaldo apresenta um diagnóstico de osteoporose estabelecida. Embora o escore T de sua densitometria óssea (-1,5 na coluna e -0,5 no fêmur) o classifique tecnicamente na faixa de osteopenia, a ocorrência de uma fratura por fragilidade (fratura de L4 após um esforço leve) define clinicamente a osteoporose. Nesses casos, o tratamento medicamentoso está indicado independentemente do resultado da densitometria para reduzir o risco de novos eventos.

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

O ácido zoledrônico é um bisfosfonato potente administrado por via intravenosa uma vez ao ano. Ele é uma excelente escolha para pacientes com fraturas prévias devido à sua alta eficácia e garantia de adesão terapêutica. Estudos de grande impacto (como o estudo HORIZON) demonstraram que o ácido zoledrônico reduz o risco de novas fraturas vertebrais em cerca de 70% e, especificamente em pacientes que já sofreram fraturas, demonstrou uma redução significativa na mortalidade de cerca de 28%. A alternativa também traz uma ressalva correta sobre a osteonecrose de mandíbula, que é um evento raro, mais associado ao uso de doses elevadas em contextos oncológicos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: Embora o alendronato e o risedronato sejam tratamentos de primeira linha e reduzam o risco de fraturas, a afirmação de que reduzem o risco de fraturas não vertebrais em até 70% na população masculina é imprecisa. Os dados de redução de fraturas não vertebrais costumam ser menores (geralmente entre 20% e 40%). Além disso, a alternativa (e) descreve um benefício adicional de mortalidade bem estabelecido na literatura para o ácido zoledrônico.

Alternativa b: O cálcio e a vitamina D (colecalfiferol) são suplementos essenciais e devem ser garantidos em todo tratamento de osteoporose, mas não devem ser usados como terapia única para um paciente que já apresenta fratura por fragilidade. Eles não possuem potência isolada para reduzir fraturas na magnitude necessária para este caso.

Alternativa c: O denosumabe é um tratamento eficaz, mas a alternativa está incorreta ao dizer que ele reduz a ocorrência de fraturas atípicas e osteonecrose de mandíbula. Na verdade, o denosumabe, assim como os bisfosfonatos, possui como risco potencial raro o desenvolvimento dessas mesmas condições. Ele não previne essas complicações ósseas específicas.

Alternativa d: A calcitonina nasal pode ser usada para auxiliar no controle da dor aguda logo após uma fratura vertebral, porém é uma droga de segunda ou terceira linha devido à sua baixa potência na prevenção de novas fraturas. Ela não possui eficácia comprovada na redução de fraturas de quadril (fêmur), ao contrário do que afirma a alternativa.

Questão 43

Para resolver essa questão, precisamos estratificar o risco cardiovascular da paciente e definir a meta de colesterol LDL, baseando-nos nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da American Diabetes Association (ADA).

Erica tem 42 anos e é portadora de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Segundo a estratificação de risco para pacientes diabéticos:

1. Risco Muito Alto: Pacientes com doença aterosclerótica estabelecida ou múltiplos fatores de risco graves. Meta de LDL < 50 mg/dL.
2. Risco Alto: Pacientes com DM e lesão de órgão-alvo ou presença de outros fatores de risco importantes (como HAS associada). Meta de LDL < 70 mg/dL.
3. Risco Intermediário: A maioria dos pacientes diabéticos que não se enquadram nos critérios de alto ou muito alto risco (geralmente pacientes jovens, sem lesão de órgão-alvo e com menor tempo de doença). Meta de LDL < 100 mg/dL.

No caso de Erica, ela é jovem (42 anos), suas comorbidades estão bem controladas há apenas 2 anos e não há menção a lesões de órgãos-alvo (como nefropatia, retinopatia ou neuropatia) ou doença arterial coronariana. Portanto, ela se enquadra na categoria de Risco Intermediário.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A meta de LDL < 70 mg/dL e o uso de estatina de alta intensidade são reservados para pacientes de alto risco. Embora ela tenha HAS, o quadro é bem controlado e recente, não justificando, no momento inicial, a classificação de alto risco de forma mandatária pelas diretrizes principais sem outros agravantes.

Alternativa (b) Correta. Por ser uma paciente diabética na faixa etária acima de 40 anos, ela já tem indicação de iniciar estatina para prevenção primária. Como o risco é classificado como intermediário (sem evidências de complicações macro ou microvasculares), a meta preconizada é o LDL < 100 mg/dL, o que geralmente é alcançado com terapia de moderada intensidade (como atorvastatina 10-20 mg ou rosuvastatina 5-10 mg).

Alternativa (c) Incorreta. A meta de LDL < 50 mg/dL e a associação precoce de ezetimibe com estatina de alta intensidade são indicadas para pacientes de muito alto risco, geralmente em prevenção secundária (quem já infartou ou teve AVC).

Alternativa (d) Incorreta. O uso de fenofibrato é indicado primordialmente para casos de hipertrigliceridemia grave (acima de 500 mg/dL) para prevenir pancreatite, ou em casos específicos onde os triglicerídios permanecem elevados após o controle do LDL. Os níveis de triglicerídios de Erica estão normais (125 mg/dL). Além disso, o aumento isolado do HDL com medicamentos não demonstrou redução de eventos cardiovasculares.

Alternativa (e) Incorreta. O ômega-3 não é a terapia de primeira linha para redução de risco cardiovascular em diabéticos. As estatinas são o padrão-ouro. Embora as estatinas possam ter um efeito mínimo na glicemia, o benefício da proteção cardiovascular supera amplamente esse risco, especialmente em uma paciente já diagnosticada com diabetes.

Questão 44

Para compreender a conduta correta nesta questão, devemos analisar o equilíbrio entre o controle do hipertireoidismo e os riscos teratogênicos das medicações antitireoidianas durante a gestação.

Análise do Caso Clínico:

Helena tem doença de Graves e está no primeiro trimestre de gestação (8 semanas). Seus exames laboratoriais mostram T4 livre e T3 livre dentro da normalidade (eutireoidismo laboratorial), estando a paciente em uso de dose baixa de metimazol (10 mg/dia). Além disso, o TRAb está em níveis normais (0,55 UI/L). O TSH suprimido é esperado, tanto pela doença de Graves prévia quanto pelo efeito fisiológico do hCG no início da gravidez.

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora o propiltiouracil (PTU) seja o fármaco de escolha quando o tratamento é estritamente necessário no primeiro trimestre (devido ao menor risco de malformações graves em comparação ao metimazol), a paciente apresenta exames normais e TRAb negativo em dose baixa de medicação. Nesses casos, a suspensão é preferível à troca, para evitar qualquer exposição fetal desnecessária a drogas antitireoidianas.

Alternativa B: Incorreta. O esquema de "bloqueio e reposição" (antitireoidiano + levotiroxina) é contraindicado na gestação. As drogas antitireoidianas atravessam a placenta com facilidade, enquanto a levotiroxina não. Isso poderia resultar em hipotireoidismo fetal iatrogênico e bócio fetal. Além disso, a troca por PTU não se justifica se a suspensão for possível.

Alternativa C: Incorreta. Não há indicação para aumentar a dose, pois a paciente está clinicamente estável e laboratorialmente em eutireoidismo. Ao contrário do que afirma a alternativa, a doença de Graves tende a melhorar durante a gestação devido ao estado de imunossupressão fisiológica relativa, permitindo frequentemente a redução ou suspensão das drogas.

Alternativa D: Correta. De acordo com as diretrizes da American Thyroid Association (ATA), em gestantes com hipertireoidismo leve, bem controlado com doses baixas de antitireoidianos (metimazol até 5-10 mg/dia ou PTU até 100-200 mg/dia) e com TRAb baixo/negativo, a suspensão da medicação no primeiro trimestre é a conduta recomendada. Isso visa proteger o feto do risco de embriopatia pelo metimazol (como aplasia cútis, atresia de coanas e esofágica) e da toxicidade hepática do PTU. A paciente deverá ser monitorada rigorosamente com exames a cada 1 ou 2 semanas.

Alternativa E: Incorreta. O metimazol deve ser evitado no primeiro trimestre sempre que possível devido ao seu potencial teratogênico. O uso associado à levotiroxina (bloqueio-reposição) é contraindicado na gestação pelos riscos ao feto descritos na alternativa B.

Conclusão:

A estabilidade clínica, os níveis normais de T4 livre e T3 livre e a negatividade do TRAb permitem a suspensão segura da medicação no momento mais crítico da organogênese fetal, sob vigilância estreita.

Questão 45

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A Sra. Rita apresenta diabetes mellitus tipo 2 com excelente controle glicêmico (HbA1c de 6,3 por cento) e faz uso de metformina em dose plena. O manejo da Doença Renal Diabética (DRD) na Atenção Primária envolve o rastreamento anual da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e da albuminúria. O encaminhamento ao nefrologista não deve ser universal, mas sim baseado em critérios de gravidade, progressão rápida ou necessidade de procedimentos específicos.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: A hipertensão arterial é definida como resistente apenas quando a pressão arterial permanece acima da meta mesmo com o uso de 3 ou mais classes de anti-hipertensivos em doses otimizadas, sendo uma delas obrigatoriamente um diurético. O uso de apenas 2 drogas não caracteriza resistência nem é o critério principal para encaminhamento ao nefrologista no contexto do diabetes.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: O transplante de ilhotas pancreáticas é um procedimento complexo e com indicações muito restritas, geralmente voltado para pacientes com Diabetes tipo 1 que apresentam hipoglicemias graves e repetidas, não sendo uma conduta de rotina para pacientes com Diabetes tipo 2 de 65 anos.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: A discussão sobre acessos para diálise (como fístulas arteriovenosas) ocorre em fases muito avançadas da doença renal (Estágio 5 ou Estágio 4 muito próximo da falência renal). O encaminhamento ao especialista deve ocorrer muito antes dessa fase, justamente para evitar ou retardar a necessidade de diálise.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: Os inibidores da SGLT-2 (como empagliflozina e dapagliflozina) são recomendados para pacientes com diabetes e doença renal ou

cardíaca. Eles podem ser prescritos por médicos clínicos, endocrinologistas ou cardiologistas. Não é necessário ser acompanhado por um nefrologista especificamente para ter acesso a essas medicações no sistema público.

ALTERNATIVA E - CORRETA: De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e o consenso internacional KDIGO, o encaminhamento ao nefrologista é formalmente indicado quando o paciente atinge o Estágio 4 da Doença Renal Crônica, definido por uma Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe) menor que 30 mL/min/1,73m². Também é indicado quando há proteinúria severa (acima de 3 g/dia ou relação albumina/creatinina > 300 mg/g de forma persistente), suspeita de doença renal não diabética ou queda acelerada da função renal (maior que 5 mL/min ao ano). Como a paciente ainda possui função renal preservada (estimada pelos níveis de creatinina), ela deve continuar o seguimento na Atenção Primária até que atinja esses critérios.

Questão 46

Esta questão aborda o manejo atualizado do Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico com tempo de início indeterminado, comumente chamado de Wake-up Stroke (AVE ao despertar).

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um déficit neurológico focal agudo e está a 5 horas do seu último momento assintomático conhecido. Como ele acordou com os sintomas, não sabemos o horário exato do início do evento. A tomografia inicial excluiu hemorragia. O ponto crucial é a presença de uma área de penumbra significativa no estudo de perfusão, o que indica a existência de tecido cerebral em risco, mas ainda viável (não infartado).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A anticoagulação oral (como varfarina ou novos anticoagulantes) não deve ser iniciada na fase aguda do AVE isquêmico. Ela aumenta significativamente o risco de transformação hemorrágica e não tem papel na recanalização do vaso obstruído no momento da emergência.

Alternativa (b) Incorreta: Adotar apenas o suporte clínico seria uma conduta excessivamente conservadora e negligenciaria a chance de recuperação funcional do paciente. Com a tecnologia de imagem atual e a comprovação de penumbra isquêmica, existem terapias de reperfusão indicadas.

Alternativa (c) Incorreta: A craniectomia descompressiva é uma medida de exceção

para casos de AVE isquêmico extenso (geralmente de artéria carótida interna ou cerebral média) que evoluem com edema cerebral grave e efeito de massa (AVE maligno), o que costuma ocorrer após 24 a 48 horas do início dos sintomas. Não é uma conduta da fase inicial de 5 horas.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a janela clássica para trombólise venosa com alteplase seja de até 4,5 horas do início dos sintomas, os protocolos modernos baseados em imagem avançada estenderam essa possibilidade. Dizer que "sempre está contraindicado" após 4,5 horas está desatualizado frente às evidências atuais.

Alternativa (e) Correta: Esta é a conduta mais adequada. O estudo WAKE-UP demonstrou que, em pacientes que acordam com sintomas ou têm tempo de início desconhecido, o uso da Ressonância Magnética (RM) pode guiar a terapia. O mismatch (desacordo) entre as sequências DWI (que mostra isquemia precocemente) e FLAIR (que demora algumas horas para positivar) sugere que o insulto tem menos de 4,5 horas de evolução, permitindo a trombólise com segurança. Além disso, o estudo EXTEND e o uso de softwares de perfusão (citado no enunciado) também validam a reperfusão em janelas estendidas quando há tecido viável (penumbra) a ser salvo.

Questão 47

O paciente em questão apresenta Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), com fração de ejeção de 28%, classificado funcionalmente como NYHA III (sintomas aos pequenos esforços) e com histórico de internação recente. Ele já utiliza três dos pilares clássicos do tratamento: betabloqueador (carvedilol), IECA (enalapril) e antagonista do receptor mineralocorticoide (espironolactona). No entanto, o tratamento atual não está otimizado conforme as diretrizes mais recentes (Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca 2021 e atualizações internacionais).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A espironolactona é um medicamento fundamental que reduz a mortalidade na ICFER e não deve ser suspensa, especialmente com a função renal estável (creatinina 1,3 mg/dl). A ivabradina poderia ser considerada se o paciente mantivesse frequência cardíaca acima de 70 bpm em ritmo sinusal após dose máxima de betabloqueador, mas ela não substitui os pilares básicos e tem evidência inferior ao benefício dos iSGLT2 e ARNI.

Alternativa b: Incorreta. O uso de inotrópicos em regime ambulatorial ou crônico é reservado apenas para pacientes em estágio terminal (IC avançada, estágio D) como terapia de suporte, ponte para transplante ou cuidados paliativos. O uso crônico de

inotrópicos aumenta o risco de arritmias e a mortalidade, não sendo a conduta para um paciente que ainda possui opções de otimização medicamentosa.

Alternativa c: Incorreta. O carvedilol, o bisoprolol e o succinato de metoprolol são os três betabloqueadores com evidência de redução de mortalidade na ICfEr. Não há superioridade comprovada de um sobre o outro que justifique a troca do carvedilol pelo bisoprolol como medida para reduzir hospitalizações e mortes neste contexto.

Alternativa d: Correta. De acordo com as evidências atuais (estudos DAPA-HF e EMPEROR-Reduced), os inibidores do SGLT2 (como a empagliflozina) devem ser iniciados em todos os pacientes sintomáticos com ICfEr para reduzir o risco de morte cardiovascular e hospitalização, independentemente da presença de diabetes. Além disso, a troca do IECA (enalapril) pelo sacubitril/valsartana (ARNI) é recomendada para pacientes que permanecem sintomáticos apesar do tratamento triplo otimizado, conforme demonstrado no estudo PARADIGM-HF, por reduzir a mortalidade e as internações de forma mais eficaz que o enalapril.

Alternativa e: Incorreta. A combinação de hidralazina com nitrato (Monocordil) é indicada principalmente para pacientes negros que permanecem sintomáticos apesar do tratamento pleno, ou para pacientes que possuem contraindicação formal ao uso de IECA/BRA/ARNI (como insuficiência renal avançada ou hipercalemia). Não há indicação de retirar a espironolactona para iniciar esses vasodilatadores neste paciente.

Questão 48

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta uma taquiarritmia (frequência cardíaca de 160 bpm) associada a sinais claros de instabilidade clínica. De acordo com os protocolos de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS), os sinais de instabilidade em vigência de taquicardia são: hipotensão, alteração súbita do nível de consciência, sinais de choque, dor torácica isquêmica ou insuficiência cardíaca aguda.

No caso descrito, o paciente apresenta dispneia intensa, saturação de 88% e estertores crepitantes até o terço médio pulmonar, o que caracteriza um quadro de Edema Agudo de Pulmão (insuficiência cardíaca aguda). Portanto, trata-se de uma taquiarritmia instável.

INTERPRETAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA

A ausência de onda P combinada com um ritmo irregular é o achado clássico da

Fibrilação Atrial (FA). Como a frequência cardíaca está elevada, temos uma Fibrilação Atrial com alta resposta ventricular.

CONDUTA

Para qualquer taquiarritmia instável, a conduta imediata é a Cardioversão Elétrica Sincronizada. No caso específico da Fibrilação Atrial, as diretrizes recomendam iniciar com cargas mais altas. Se o desfibrilador for monofásico, a carga recomendada é de 200 Joules. Se fosse bifásico, a carga inicial seria de 120 a 200 Joules.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A carga de 50J no desfibrilador monofásico é considerada baixa para a Fibrilação Atrial. Cargas menores (50J a 100J) podem ser utilizadas inicialmente em arritmias como o Flutter Atrial ou Taquicardia Supraventricular, mas a FA exige maior energia para a reversão.

b) CORRETA. Conforme as diretrizes do ACLS, a Fibrilação Atrial instável deve ser tratada com cardioversão elétrica sincronizada imediata. Em aparelhos monofásicos, a dose inicial padrão é de 200J.

c) INCORRETA. Manobra vagal e adenosina são condutas indicadas para taquicardias de complexo QRS estreito e ritmo REGULAR (como a taquicardia por reentrada nodal). O ritmo do paciente é irregular, e a instabilidade clínica contraindica a perda de tempo com medidas farmacológicas ou manobras físicas antes da eletricidade.

d) INCORRETA. Embora a investigação de causas secundárias (como sepse, desidratação ou anemia) seja importante em pacientes estáveis com taquicardia sinusal, o paciente em questão está instável e apresenta um ritmo de Fibrilação Atrial. A prioridade absoluta é a estabilização hemodinâmica através da cardioversão.

e) INCORRETA. A amiodarona é um antiarrítmico que poderia ser utilizado para controle de ritmo em pacientes ESTÁVEIS ou como suporte após tentativas de cardioversão elétrica. Diante de sinais de edema agudo de pulmão (instabilidade), a terapia elétrica precede qualquer tentativa de reversão química. Além disso, a infusão de amiodarona demora a fazer efeito, e o paciente necessita de intervenção imediata.

Questão 49

Esta questão aborda uma mudança de paradigma recente na cardiologia: a distinção entre o modelo clássico de IAM com supra (IAMCSST) versus sem supra (IAMSSST) e o novo conceito de OMI (Occlusion Myocardial Infarction — Infarto por Oclusão Miocárdica). O enunciado ressalta que muitos pacientes têm uma artéria totalmente fechada, mas não preenchem os critérios milimétricos de supra de ST no eletrocardiograma (ECG).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A trombólise química (uso de fibrinolíticos como o rt-PA) está indicada apenas em casos de IAM com supra de ST (dentro da janela de tempo e na ausência de contraindicações) quando a angioplastia primária não puder ser realizada em tempo hábil. Realizar trombólise em um ECG sem supra aumenta o risco de sangramento sem o benefício comprovado de reperfusão nesse cenário.

b) Incorreta. Embora a estratégia invasiva (cateterismo) seja o destino final de muitos pacientes com síndrome coronariana aguda, a indicação de ser "imediate" (nas primeiras 2 horas) está reservada para pacientes com instabilidade hemodinâmica, choque cardiogênico, arritmias malignas ou dor refratária ao tratamento clínico. Nem todo paciente sem supra de ST precisa de cateterismo imediato antes de uma avaliação inicial.

c) Incorreta. A angiotomografia de coronárias é uma excelente ferramenta para o pronto-socorro, mas seu principal papel é o de "excluir" doença coronariana em pacientes de baixo ou intermediário risco com marcadores negativos e ECG normal. Em uma paciente com dor torácica típica, a prioridade é a estratificação de risco e o manejo da síndrome aguda, não a realização de exames de imagem anatômica de forma primária.

d) Incorreta. O uso de drogas inotrópicas (como dobutamina) é indicado para quadros de insuficiência cardíaca descompensada com baixo débito ou choque cardiogênico. Não é uma conduta de rotina para pacientes com dor torácica estáveis, e o uso inadvertido pode, inclusive, aumentar o consumo de oxigênio pelo miocárdio e piorar a isquemia.

e) Correta. Esta é a conduta padrão e mais segura. Diante de um ECG que não mostra o supra de ST clássico, mas com clínica suspeita, o médico deve: 1) estratificar o risco (usando escores como GRACE ou TIMI); 2) realizar ECGs seriados (pois o supra pode aparecer minutos depois); 3) coletar biomarcadores (troponina); e 4) procurar ativamente por equivalentes de oclusão coronariana (padrões de OMI). Esses padrões incluem as ondas T de De Winter, síndrome de Wellens, supra de aVR

com infradesnívelamento difuso e o supra isolado de parede posterior (V7-V9).

Conclusão: A alternativa (e) reflete a boa prática clínica de vigilância e estratificação, reconhecendo as limitações de um único eletrocardiograma inicial.

Questão 50

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I: Correta. Na população idosa, as causas de Febre de Origem Obscura (FOO) diferem ligeiramente dos adultos jovens. As doenças inflamatórias de tecidos conjuntivos ganham destaque, sendo a Arterite de Células Temporais (frequentemente associada à Polimialgia Reumática) uma das causas mais comuns. As neoplasias também são diagnósticos fundamentais nessa faixa etária, com o câncer colorretal sendo uma causa clássica de febre de origem indeterminada. Embora a Doença de Still seja mais frequente em adultos jovens, ela também faz parte do diagnóstico diferencial de febres prolongadas de etiologia inflamatória.

Afirmativa II: Correta. A endocardite com cultura negativa representa um desafio clínico importante. Ela pode ocorrer devido ao uso prévio de antimicrobianos ou pela infecção por organismos fastidiosos (de crescimento difícil). O grupo HACEK (composto pelos gêneros *Haemophilus*, *Aggregatibacter*, *Cardiobacterium*, *Eikenella* e *Kingella*) e as bactérias nutricionalmente variantes (como *Granulicatella* e *Abiotrophia*) são exemplos clássicos de patógenos que podem não ser detectados em métodos de cultura automatizados convencionais, exigindo meios específicos ou tempo de incubação prolongado.

Afirmativa III: Incorreta. Existem erros fundamentais na definição apresentada. Segundo os critérios clássicos de Petersdorf e Beeson, revisados por Durack e Street, a FOO clássica é definida por: 1) Temperatura maior ou igual a 38,3 graus Celsius (e não 37,8) em várias ocasiões; 2) Duração da febre por mais de 3 semanas (e não 1 semana); 3) Incerteza diagnóstica após uma semana de investigação intensiva (ou três dias de investigação hospitalar ou três consultas ambulatoriais). Além disso, a FOO é dividida em quatro categorias: Clássica, Nosocomial, Neutropênica (imunocomprometida) e associada ao HIV. O item III mistura conceitos de FOO clássica com subgrupos de imunossuprimidos e utiliza parâmetros de temperatura e tempo incorretos para a definição padrão.

Conclusão:

Como as afirmativas I e II estão corretas e a afirmativa III apresenta erros técnicos de definição, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 51

Análise detalhada das proposições sobre Câncer de Pele Não Melanoma (CPNM):

Proposição I: Verdadeira. A epidemiologia do CPNM é bem estabelecida na literatura. O Carcinoma Basocelular (CBC) é o tipo mais frequente, correspondendo a aproximadamente 75% a 80% dos casos. O Carcinoma de Células Escamosas (CCE), também chamado de espinocelular, é o segundo mais comum, representando cerca de 20% dos diagnósticos.

Proposição II: Verdadeira. A radiação ultravioleta é o principal fator etiológico, o que explica a maior incidência em áreas fotoexpostas como cabeça e pescoço. No caso do CCE, fatores como o tabagismo potencializam o risco em mucosas (lábio e cavidade oral). Além disso, a localização anatômica é um fator prognóstico importante: CCEs localizados no lábio e na orelha possuem maior potencial de metástase e recidiva local, conferindo um prognóstico mais reservado quando comparados a lesões em áreas de pele glabra do tronco ou extremidades.

Proposição III: Verdadeira. O CBC tem origem histológica em células basais da epiderme ou de estruturas anexiais (como o folículo piloso). Essas células são consideradas pluripotentes e, ao sofrerem transformação neoplásica, perdem a capacidade de maturação e queratinização ordenada que caracteriza o queratinócito normal. É por essa razão que o CBC raramente apresenta a produção de queratina (pérolas córneas) que vemos no CCE.

Proposição IV: Verdadeira. O subtipo clínico-histológico nódulo-ulcerativo é, de fato, a apresentação mais comum do CBC. Clinicamente, manifesta-se como uma lesão elevada, de brilho céreo ou perolado, que pode apresentar ulceração central. À dermatoscopia, a presença de telangiectasias arboriformes (em galhos de árvore) é um achado clássico e altamente sugestivo dessa patologia.

Conclusão: Como todas as afirmações estão corretas, a alternativa que preenche a sequência é a letra (e) VVVV.

Questão 52

ESTRUTURAÇÃO DA RESPOSTA:

Alternativa A (CORRETA): Na Trombocitose Essencial (TE), quando a contagem de plaquetas atinge níveis muito elevados (geralmente acima de 1 a 1,5 milhão/mm³), pode ocorrer a Síndrome de von Willebrand Adquirida. Isso acontece porque o excesso de plaquetas consome (por adsorção e proteólise) os multímeros de alto peso molecular do fator de von Willebrand, que são os mais eficazes na hemostasia

primária. Portanto, paradoxalmente, pacientes com contagens plaquetárias extremas apresentam maior risco de sangramento do que de trombose.

Alternativa B (INCORRETA): A Policitemia Vera (PV) é caracterizada por uma panmielose. Embora a eritrocitose seja o achado principal, a presença de leucocitose, trombocitose e esplenomegalia é extremamente comum (ocorrendo em mais de 50% dos casos) e faz parte do fenótipo da doença, não devendo afastar o diagnóstico.

Alternativa C (INCORRETA): Das três patologias citadas, a Mielofibrose Primária (MFP) é a que apresenta o curso clínico mais agressivo e a menor sobrevida. É na MFP que os sintomas constitucionais (febre, sudorese noturna, perda de peso) e a esplenomegalia volumosa são mais proeminentes e frequentes, e não na Policitemia Vera.

Alternativa D (INCORRETA): A Trombocitose Essencial é a neoplasia mieloproliferativa crônica com menor taxa de transformação para leucemia mieloide aguda (geralmente inferior a 5%). O tratamento baseia-se na estratificação de risco cardiovascular; pacientes de baixo risco podem ser manejados apenas com observação ou aspirina, enquanto pacientes de alto risco usam citorredutores como a hidroxiureia. O transplante de medula óssea não é uma indicação rotineira para TE devido ao seu comportamento habitualmente indolente.

Alternativa E (INCORRETA): A Mielofibrose Primária possui uma fase inicial chamada de "pré-fibrótica", na qual pode haver inclusive trombocitose e leucocitose, mimetizando a TE. A pancitopenia é um achado característico da fase fibrótica avançada (fase de falência medular), e não do estágio inicial da doença. Além disso, a mielofibrose cursa com eritropoese ineficaz, mas a hematopoese extramedular (no baço e fígado) tenta compensar essa perda.

Questão 53

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) é uma emergência oncológica ou vascular decorrente da obstrução do fluxo sanguíneo através da veia cava superior para o átrio direito.

Alternativa a: Incorreta. O achado mais comum e significativo na radiografia de tórax de pacientes com SVCS é o alargamento do mediastino, presente em grande parte dos casos (cerca de 64%). O derrame pleural pode ocorrer em aproximadamente 25% dos pacientes, frequentemente à direita devido à drenagem linfática, mas não é o sinal mais característico nem o mais frequente.

Alternativa b: Correta. Clinicamente, a SVCS manifesta-se com edema de face,

pescoço e membros superiores, pletora facial e dilatação de veias colaterais. Embora a obstrução possa ser progressiva, o corpo humano tenta compensar o bloqueio através do desenvolvimento de rotas venosas alternativas (circulação colateral pelas veias ázigos, mamas internas e paravertebrais). Esse desenvolvimento de colaterais pode levar a uma estabilização ou até melhora parcial dos sintomas, apesar da persistência da obstrução central.

Alternativa c: Incorreta. O exame padrão-ouro (padrão de referência) para o diagnóstico e planejamento terapêutico da SVCS é a tomografia computadorizada (TC) de tórax com contraste venoso. A TC é preferível por ser rápida, amplamente disponível e permitir a avaliação detalhada tanto da luz vascular quanto das massas mediastinais adjacentes. A ressonância magnética fica reservada para casos de contra-indicação ao contraste iodado ou quando a TC não for conclusiva.

Alternativa d: Incorreta. A SVCS pode causar varizes esofágicas, mas estas são chamadas de varizes descendentes (downhill varices), localizadas preferencialmente no terço superior do esôfago. Elas ocorrem pelo desvio do fluxo sanguíneo da veia cava superior para o sistema porta ou veia cava inferior. Isso não tem relação com a síndrome hepatorenal ou hipertensão portal clássica (que gera varizes ascendentes no terço inferior do esôfago).

Alternativa e: Incorreta. Embora as causas benignas (como trombose por cateteres venosos centrais de longa permanência e eletrodos de marcapasso) estejam aumentando em incidência, as neoplasias malignas continuam sendo a principal causa de SVCS, correspondendo a cerca de 60% a 90% dos casos. O câncer de pulmão (especialmente o de pequenas células) e os linfomas são as etiologias mais comuns. A doença de Behçet é uma causa rara de SVCS por vasculite e trombose.

Questão 54

ALTERNATIVA A (CORRETA): As alterações hematológicas, como granulocitose, eosinofilia e trombocitose, são manifestações paraneoplásicas comuns em diversos tipos de tumores sólidos (como pulmão, trato gastrointestinal e rins). Elas ocorrem devido à produção tumoral de citocinas inflamatórias e fatores de crescimento, como as interleucinas e os fatores estimuladores de colônias (G-CSF e GM-CSF). Uma vez que outras causas (infecções, uso de medicamentos, parasitoses) sejam excluídas, essas alterações são consideradas secundárias ao câncer e regridem com o tratamento da neoplasia de base, não exigindo terapias específicas para reduzir as contagens celulares.

ALTERNATIVA B: Incorreta. A hipercalcemia humoral da malignidade é causada principalmente pela secreção tumoral da Proteína Relacionada ao Paratormônio

(PTHrP). Diferentemente do que afirma a alternativa, o PTH (paratormônio verdadeiro) estará suprimido (níveis baixos) nessas condições, pois o excesso de cálcio no sangue exerce um feedback negativo sobre as glândulas paratireoides. Além disso, a nefrolitíase (pedras nos rins) é muito mais comum no hiperparatireoidismo primário do que na hipercalcemia paraneoplásica, que costuma ter uma instalação mais aguda.

ALTERNATIVA C: Incorreta. A produção de gonadotrofina coriônica humana (hCG) pode ocorrer de forma ectópica em tumores não germinativos, como carcinoma de células pequenas do pulmão, tumores de bexiga ou hepatocarcinomas. O tratamento deve ser direcionado exclusivamente ao tumor primário. A ideia de ablação completa de órgãos germinativos em pacientes com produção ectópica de hCG não possui fundamento clínico ou oncológico.

ALTERNATIVA D: Incorreta. A Síndrome da Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIADH) provoca retenção excessiva de água livre pelos rins devido ao excesso de vasopressina. Isso resulta em uma hiponatremia dilucional, ou seja, os níveis de sódio sérico ficam baixos (geralmente abaixo de 135 mEq/L). O valor citado de 150 mEq/L configura hipernatremia, o que é o oposto do que ocorre na SIADH.

ALTERNATIVA E: Incorreta. Embora o câncer seja um estado pró-trombótico importante, a quimioprofilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) não é indicada para todos os pacientes diagnosticados. A recomendação padrão é realizar a profilaxia durante a internação hospitalar ou em pacientes ambulatoriais de altíssimo risco, avaliados por escores específicos (como o escore de Khorana). O uso universal e indiscriminado de anticoagulantes profiláticos fora do hospital aumentaria o risco de sangramentos sem benefício comprovado para todos os pacientes.

Questão 55

Analise detalhada das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Pacientes em quimioterapia intensiva apresentam um estado de imunossupressão profunda, o que impede uma resposta imune adequada para controlar até mesmo formas atenuadas de patógenos. A administração de vacinas de vírus vivos ou bactérias vivas (como febre amarela, tríplice viral ou BCG) nesses pacientes carrega o risco de replicação descontrolada do micro-organismo, levando a infecção disseminada e grave. Portanto, essas vacinas são contraindicadas durante o tratamento quimioterápico ativo e períodos de imunossupressão grave.

Alternativa (b) INCORRETA: A vancomicina não deve ser utilizada de forma rotineira no esquema empírico inicial da neutropenia febril. O seu uso está indicado apenas

em situações específicas, como: instabilidade hemodinâmica ou sinais de choque séptico, suspeita clínica de infecção grave relacionada ao cateter, infecção de pele ou tecidos moles, pneumonia clinicamente documentada ou se o paciente for sabidamente colonizado por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Se iniciada empiricamente, sua manutenção deve ser reavaliada após 48 a 72 horas com base nos resultados de culturas.

Alternativa (c) INCORRETA: O tratamento ambulatorial com antibióticos via oral não é contraindicado. Pacientes com neutropenia febril classificados como de baixo risco, geralmente utilizando o escore MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer) com pontuação igual ou maior que 21, podem ser tratados com segurança fora do ambiente hospitalar. O esquema oral comum envolve a combinação de Ciprofloxacino com Amoxicilina/Clavulanato, desde que o paciente apresente estabilidade clínica e tenha condições de retorno imediato, se necessário.

Alternativa (d) INCORRETA: O tratamento empírico para neutropenia de longa duração deve focar obrigatoriamente na cobertura de *Pseudomonas aeruginosa*. Cefalosporinas de terceira geração (como a Ceftriaxona) não cobrem *Pseudomonas* e, portanto, não são recomendadas como monoterapia inicial. Os esquemas recomendados são a monoterapia com Cefepime, Piperacilina/Tazobactam ou Carbapenêmicos (Meropenem ou Imipenem). Macrolídeos e Sulfametoxazol/Trimetoprima não fazem parte do protocolo inicial padrão para neutropenia febril.

Alternativa (e) INCORRETA: A remoção cirúrgica (retirada) do cateter não é contraindicada e, em muitos casos, é o tratamento definitivo necessário para o controle da infecção. A remoção está indicada em infecções causadas por *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, fungos (como *Candida*), micobactérias, ou quando há infecção do túnel subcutâneo, do orifício de saída com sinais de gravidade, ou ainda em casos de persistência da febre e culturas positivas após 72 horas de tratamento venoso adequado. A ideia de que a manipulação do cateter é contraindicada por risco de disseminação séptica é incorreta na prática clínica.

Questão 56

Análise do caso: O quadro clínico descrito é clássico de Trombocitopenia Induzida por Heparina (TIH) tipo II. Os pontos-chave para esse diagnóstico são o tempo de início (entre o 5º e o 10º dia após o início da heparina), a queda significativa na contagem de plaquetas (geralmente superior a 50%) e a ocorrência paradoxal de um novo evento trombótico (trombose no membro contralateral) em um paciente com plaquetopenia. A TIH é uma condição imunomediada altamente protrombótica.

Alternativa a: Incorreta. A esplenectomia é uma opção terapêutica para casos refratários de Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI), não se aplicando à TIH. Além disso, a transfusão de plaquetas é geralmente contraindicada na TIH, pois as plaquetas transfundidas podem servir de substrato para a formação de novos trombos, agravando o quadro.

Alternativa b: Incorreta. O diagnóstico de Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) exige a presença de anemia hemolítica microangiopática com presença de esquizócitos no sangue periférico. Como o eritrograma do paciente está normal, essa hipótese é descartada. A plasmaférese é o tratamento de escolha para PTT, mas não para TIH.

Alternativa c: Incorreta. A Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI) é um diagnóstico de exclusão que raramente se apresenta com trombose. O contexto de uso de heparina e a complicação trombótica tornam a TIH o diagnóstico mais provável. O tratamento com prednisona é voltado para causas autoimunes primárias, não para reações adversas a medicamentos como a TIH.

Alternativa d: Incorreta. A investigação de medula óssea através de aspirado ou biópsia é indicada quando há suspeita de doenças hematológicas primárias, como leucemias ou mielodisplasia, que costumam cursar com alterações nas outras linhagens (leucócitos ou hemácias). O quadro súbito e relacionado ao uso do fármaco direciona a investigação para causas periféricas de destruição plaquetária.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa define corretamente a fisiopatologia do caso. A TIH é uma complicação grave do uso de heparina, na qual ocorre a formação de anticorpos contra o complexo fator plaquetário 4 (PF4) e heparina. Isso resulta na ativação plaquetária sistêmica, causando trombose e consumo de plaquetas. A conduta imediata e mais importante é a interrupção total de qualquer forma de heparina. Observação técnica: Embora a alternativa mencione a varfarina, na prática clínica ela deve ser iniciada apenas após a recuperação dos níveis plaquetários para evitar necrose cutânea; porém, dentre as opções apresentadas, esta é a que identifica corretamente a patologia e a necessidade de suspensão do agente causador.

Questão 57

Análise do quadro clínico e espirométrico: O paciente apresenta sintomas clássicos de asma brônquica, como tosse e dispneia com piora noturna e ao exercício físico. A espirometria revela um distúrbio ventilatório obstrutivo grave no pré-broncodilatador (VEF1 de 35%), que apresenta uma reversibilidade marcante após o uso da medicação (VEF1 de 75%). Esse aumento absoluto de 40% no VEF1 confirma o diagnóstico de asma, superando em muito os critérios de variação mínima de 12% e 200 ml exigidos para positividade da prova broncodilatadora.

Alternativa (a) Incorreta: O uso excessivo de beta-2-agonistas de curta ação (SABA), como o salbutamol ou fenoterol, está comprovadamente associado ao aumento do risco de exacerbações graves e à mortalidade. As diretrizes modernas (GINA) desencorajam o uso de SABA isolado, preconizando o uso de corticoide inalatório mesmo no resgate.

Alternativa (b) Correta: Na investigação de doenças que cursam com obstrução ao fluxo aéreo, é essencial considerar diagnósticos diferenciais. Em jovens, a fibrose cística e a bronquiolite obliterante (frequentemente pós-infecciosa) são importantes. Embora a DPOC seja uma doença de pacientes mais velhos e tabagistas, ela compõe o grupo principal de diagnósticos diferenciais de obstrução crônica ao fluxo aéreo.

Alternativa (c) Incorreta: Os LABAs (beta-2-agonistas de longa ação) possuem, em geral, duração de 12 a 24 horas, mas são formalmente contraindicados como monoterapia no tratamento da asma. O seu uso sem a associação de um corticoide inalatório aumenta significativamente o risco de morte súbita e crises fatais.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o uso de betabloqueadores e anti-inflamatórios não esteroidais (como AAS) possa exacerbar a asma, o foco no diagnóstico em jovens e adultos jovens é a diferenciação clínica e funcional, e não apenas o descarte de causas medicamentosas secundárias. Além disso, os IECAs costumam causar tosse seca por acúmulo de bradicinina, mas raramente causam obstrução brônquica verdadeira com resposta ao broncodilatador.

Alternativa (e) Incorreta: A fisiopatologia clássica da asma envolve uma inflamação crônica das vias aéreas que é predominantemente eosinofílica e mediada por linfócitos T auxiliares do tipo 2 (Th2), além de mastócitos e outras células. Dizer que a natureza é comumente linfocítica (de forma genérica) está incorreto no contexto da descrição típica da asma atópica.

Sobre a imagem associada: O gráfico mostra uma curva fluxo-volume. Na parte superior (alça expiratória), observa-se que, em casos de obstrução como o deste paciente, a curva tende a ficar côncava (comprimida para baixo), indicando a

limitação ao fluxo aéreo durante a expiração forçada. Os pontos CPT (Capacidade Pulmonar Total) e VR (Volume Residual) marcam os limites de volume de ar que os pulmões podem comportar. Na asma, pode haver aumento do VR por aprisionamento aéreo.

Questão 58

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta o perfil clássico da Síndrome de Hipoventilação por Obesidade (SHO), também historicamente conhecida como Síndrome de Pickwick. Os marcos diagnósticos presentes são: obesidade grau III (IMC de 47,4 kg/m²), sinais de hipoventilação (saturação de O₂ de 89% em repouso e cefaleia matinal, que sugere retenção de CO₂ noturna) e sintomas de apneia obstrutiva do sono (roncos e pausas respiratórias).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Em um indivíduo sadio ao nível do mar, a pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO₂) fisiológica varia entre 35 e 45 mmHg. Valores entre 27 e 33 mmHg indicam hipocapnia (alcalose respiratória), geralmente causada por hiperventilação, e não representam o estado de normalidade.

Alternativa b) Incorreta. Na Síndrome de Hipoventilação por Obesidade, ocorre exatamente o oposto: a carga mecânica imposta à parede torácica pelo excesso de tecido adiposo é muito maior do que a capacidade de geração de força dos músculos ventilatórios. Esse desequilíbrio, somado a uma menor responsividade do centro respiratório ao acúmulo de CO₂, resulta na troca gasosa anormal.

Alternativa c) Incorreta. A ventilação não invasiva com pressão positiva (VNIPP) é, de fato, o tratamento de escolha para a SHO e apneias obstrutivas. No entanto, ela também é utilizada com sucesso em diversos casos de hipoventilação de origem central (como na hipoventilação alveolar central primária ou após insultos neurológicos), embora os parâmetros e modos ventilatórios possam variar.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve os critérios fundamentais para a suspeita diagnóstica da Síndrome de Hipoventilação por Obesidade. A definição clássica exige um IMC igual ou maior que 30 kg/m² associado à hipercapnia diurna (PaCO₂ > 45 mmHg) documentada por gasometria arterial, na ausência de outras causas que justifiquem a hipoventilação (como DPOC grave ou doenças neuromusculares). No caso clínico, a baixa saturação (89%) e a cefaleia matinal são fortes indícios dessa hipoventilação crônica.

Alternativa e) Incorreta. Embora doenças do parênquima, da parede torácica e neuromusculares realmente afetem a ventilação, o *cor pulmonale* não é uma categoria causal, mas sim uma consequência tardia da hipertensão pulmonar crônica resultante da própria hipoventilação e hipoxemia. Além disso, as categorias principais que afetam o drive respiratório ou a mecânica pulmonar costumam incluir distúrbios do controle central da respiração, e não o *cor pulmonale* em si.

Questão 59

A paciente apresenta um quadro de insuficiência respiratória aguda hipoxêmica, com relação PaO₂/FiO₂ de 110 (caracterizando SARA moderada a grave pelos critérios de Berlim), infiltrado pulmonar bilateral na radiografia e ausência de sinais de sobrecarga hídrica ou falha cardíaca. O gatilho foi a transfusão de hemácias, sugerindo TRALI (Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão), que se manifesta clinicamente como uma SARA.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na SARA, a ventilação mecânica deve ser obrigatoriamente protetora. Isso significa utilizar baixo volume corrente (6 mL/kg de peso predito) e limitar as pressões de distensão (pressão de platô e driving pressure). O uso de alto volume corrente causa volutrauma e aumenta significativamente a mortalidade.

b) Correta. Esta alternativa apresenta uma afirmação epidemiológica correta sobre a SARA. Embora o caso específico da paciente seja provocado por uma transfusão (TRALI), de forma global, a sepse (incluindo o foco pulmonar/pneumonia) é o principal fator de risco e causa mais de 80% dos casos da síndrome em unidades de terapia intensiva.

c) Incorreta. Em pacientes com SARA grave (relação PaO₂/FiO₂ menor que 150), a posição prona é uma intervenção com evidência robusta de redução de mortalidade, conforme demonstrado pelo estudo PROSEVA. Ela melhora a relação ventilação/perfusão e reduz a lesão induzida pelo ventilador.

d) Incorreta. O manejo hídrico na SARA deve seguir uma estratégia conservadora (restritiva). O estudo FACTT demonstrou que manter um balanço hídrico mais seco melhora a função pulmonar e reduz o tempo de ventilação mecânica, sem causar prejuízo à função renal ou aumentar a mortalidade.

e) Incorreta. A alternativa confunde dois conceitos. O edema pulmonar causado pelo "aumento do volume circulante" após transfusão é a TACO (Sobrecarga Circulatória Associada à Transfusão), que é um edema hidrostático. A SARA (incluindo a TRALI) é

um edema inflamatório por lesão da membrana alvéolo-capilar (aumento de permeabilidade). Além disso, a transfusão é classificada como uma causa de lesão pulmonar indireta.

Análise da imagem: A radiografia de tórax exhibe opacidades alvéolo-intersticiais bilaterais difusas (pulmão branco), com presença de brônquios aerados e sem evidências claras de aumento da silhueta cardíaca ou derrame pleural volumoso, o que é típico do edema pulmonar não cardiogênico da SARA.

Questão 60

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clássico de Neutropenia Febril, definida pela presença de febre em um paciente com contagem de neutrófilos inferior a $500/\text{mm}^3$ (no caso, $200/\text{mm}^3$), ocorrendo cerca de 10 dias após quimioterapia (período de nadir). A presença de hipotensão (85/40 mmHg), taquicardia (125 bpm) e alteração do nível de consciência caracteriza um quadro de Choque Séptico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: A classificação clássica dos estados de choque baseia-se na fisiopatologia e divide-os em quatro grupos: Distributivo, Cardiogênico, Hipovolêmico e Obstrutivo. O choque hemorrágico citado na alternativa é, na verdade, um subtipo do choque hipovolêmico, e não uma categoria principal à parte.

Alternativa (b) INCORRETA: Se a paciente mantém hipotensão e necessidade de vasopressores mesmo após a ressuscitação volêmica adequada (30 mL/kg), o diagnóstico é de Choque Séptico. O choque hipovolêmico puro costuma responder à reposição de fluidos. No choque séptico (um tipo de choque distributivo), a vasodilatação excessiva e a disfunção endotelial impedem que apenas o volume resolva a hipotensão.

Alternativa (c) CORRETA: Esta alternativa descreve a fisiologia do transporte de oxigênio (DO_2). A oferta de oxigênio aos tecidos depende do Débito Cardíaco e do Conteúdo Arterial de Oxigênio (CaO_2). Como o Débito Cardíaco é o produto da Frequência Cardíaca (FC) pelo Volume Sistólico (VS), a fórmula $\text{DO}_2 = (\text{FC} \times \text{VS}) \times \text{CaO}_2$ está correta. No choque, para compensar a queda no volume sistólico ou na pressão arterial, o organismo aumenta a frequência cardíaca (taquicardia compensatória) para tentar manter a oferta de oxigênio aos órgãos vitais.

Alternativa (d) INCORRETA: No manejo do choque séptico, o vasopressor de primeira

escolha é a noradrenalina. A dopamina não é mais recomendada como primeira linha por estar associada a um maior risco de arritmias e maior mortalidade em alguns subgrupos de pacientes quando comparada à noradrenalina.

Alternativa (e) INCORRETA: O erro reside no tempo para administração da antibioticoterapia. Em pacientes com choque séptico ou instabilidade hemodinâmica, a recomendação das diretrizes internacionais (como o Surviving Sepsis Campaign) é que o antibiótico de amplo espectro seja iniciado imediatamente, preferencialmente dentro da primeira hora (Golden Hour) da identificação, e não em até 2 horas. O atraso na primeira dose de antibiótico está diretamente relacionado ao aumento da mortalidade.

Questão 61

Para analisar a questão, devemos primeiro estabelecer o diagnóstico clínico do paciente com base nos critérios de Insuficiência Renal Aguda (IRA), utilizando as diretrizes KDIGO (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*).

O diagnóstico de IRA é definido por qualquer um dos seguintes critérios:

1. Aumento da creatinina sérica maior ou igual a 0,3 mg/dL em 48 horas.
2. Aumento da creatinina sérica para 1,5 vez ou mais em relação ao valor basal (ocorrido nos últimos 7 dias).
3. Débito urinário menor que 0,5 mL/kg/h por um período de 6 horas.

No caso apresentado:

1. O paciente teve um aumento de creatinina de 1,4 mg/dL para 2,0 mg/dL (um aumento de 0,6 mg/dL) em um intervalo de 48 horas.
2. O débito urinário esperado para um paciente de 100 kg em 6 horas seria de, no mínimo, 300 mL ($100 \text{ kg} \times 0,5 \text{ mL/kg/h} \times 6 \text{ h}$). Como o paciente urinou apenas 200 mL, ele apresenta oligúria.

Portanto, o paciente preenche critérios laboratoriais e clínicos para o diagnóstico de Insuficiência Renal Aguda Estágio 1.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora cirurgias de grande porte possam causar estresse metabólico, uma elevação aguda da creatinina associada à oligúria não é um evento "esperado" ou "normal" que dispense investigação. A IRA no pós-operatório aumenta a morbimortalidade e exige atenção médica imediata.

Alternativa b) Incorreta. O erro desta alternativa está na afirmação

"independentemente da etiologia". Na IRA, a prova de volume (hidratação) só é indicada se a causa for pré-renal por hipovolemia. Se a causa for obstrutiva (pós-renal), como um coágulo obstruindo a sonda vesical após uma prostatectomia, ou renal intrínseca, a infusão inadvertida de volume pode causar sobrecarga hídrica e edema pulmonar.

Alternativa c) Correta. Identificada a IRA, a conduta inicial padrão consiste em buscar a causa incitadora (que pode ser hipovolemia, efeito colateral de medicamentos, obstrução de via urinária ou fatores hemodinâmicos) e avaliar a presença de complicações imediatas, como alterações hidroeletrólíticas (especialmente hipercalemia) e distúrbios ácido-básicos.

Alternativa d) Incorreta. A terapia de substituição renal (diálise) é reservada para casos graves com indicações precisas, conhecidas pelo mnemônico AEIOU: Acidose refratária, Eletrólitos (hipercalcemia grave), Intoxicação por drogas dialisáveis, *Overload* (sobrecarga hídrica/edema agudo de pulmão) e Uremia franca (pericardite ou encefalopatia). O paciente está no estágio inicial da disfunção e não apresenta, no enunciado, essas complicações.

Alternativa e) Incorreta. Mudanças na função renal não são consideradas normais no pós-operatório. Além disso, o termo "tratamento paliativo" é aplicado incorretamente aqui, pois a IRA pós-operatória é uma condição aguda potencialmente reversível que exige tratamento curativo ou de suporte focado na recuperação da função renal.

Questão 62

A tromboelastografia (TEG) é uma ferramenta de monitorização à beira do leito que avalia de forma dinâmica todas as fases da coagulação, desde a formação inicial de fibrina até a lise do coágulo. Para resolver a questão, devemos correlacionar cada parâmetro do exame com o componente da coagulação que ele representa:

1. Tempo R (Tempo de Reação): Representa o tempo necessário para o início da formação de fibrina. Depende diretamente dos fatores de coagulação plasmáticos. Na imagem fornecida, observa-se que a linha de base permanece reta por um longo período (cerca de 20 minutos) antes de o coágulo começar a se formar, o que caracteriza visualmente o Tempo R prolongado.
2. Tempo K e Ângulo alfa: Avaliam a cinética de formação do coágulo e sua velocidade de fortalecimento, dependendo fundamentalmente do fibrinogênio.
3. Amplitude Máxima (MA): Representa a força máxima do coágulo e depende em cerca de 80% da função e número de plaquetas.

4. LY30: Avalia a porcentagem de lise do coágulo 30 minutos após a amplitude máxima ser atingida. Valores abaixo de 3% a 7,5% (dependendo da referência) são considerados normais.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está correta. O prolongamento isolado do tempo R indica uma deficiência ou inibição dos fatores de coagulação da via intrínseca, extrínseca ou comum. No contexto de transplante hepático e sangramento difuso, a conduta apropriada é a reposição de fatores através do Plasma Fresco Congelado (PFC) ou concentrado de complexo protrombínico.

Alternativa b: Está incorreta. A Amplitude Máxima (MA) está normal segundo o enunciado, o que demonstra que a interação entre plaquetas e fibrinogênio está preservada para garantir a estabilidade do coágulo. Não há indicação de transfusão de plaquetas baseada neste perfil de TEG.

Alternativa c: Está incorreta. O exame não está normal; o tempo R prolongado, associado ao sangramento difuso (em "baba"), confirma uma coagulopatia de consumo ou deficiência que precisa de correção clínica, além da revisão cirúrgica.

Alternativa d: Está incorreta. O LY30 menor que 1% indica que não há hiperfibrinólise. O uso de antifibrinolíticos como o ácido tranexâmico ou épsilon-aminocaproico é indicado quando o LY30 está aumentado (curva do TEG fechando rapidamente após atingir a MA).

Alternativa e: Está incorreta. O enunciado informa que o tempo K está normal. O crioprecipitado (rico em fibrinogênio) seria a conduta de escolha caso o tempo K estivesse prolongado ou o ângulo alfa estivesse reduzido.

Questão 63

Esta questão aborda um tema fundamental na prática clínica e cirúrgica: os gatilhos (*triggers*) para a transfusão de concentrado de hemácias. A conduta atual é pautada na estratégia restritiva, fundamentada em grandes estudos clínicos (como o TRICC e o FOCUS).

Análise do caso clínico:

O paciente é idoso e possui comorbidades cardiovasculares (hipertensão e diabetes), o que exige atenção. No entanto, ele encontra-se hemodinamicamente estável (PA 118/76 mmHg, FC 78 bpm), lúcido e sem sintomas de hipóxia tecidual ou isquemia

miocárdica (sem dor torácica ou dispneia). Sua hemoglobina (Hb) atual é de 7,3 g/dL.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Correta. De acordo com as diretrizes da maioria das sociedades médicas (como a AABB e a ASA), para pacientes hospitalizados e hemodinamicamente estáveis, o gatilho para transfusão deve ser um valor de hemoglobina inferior a 7,0 g/dL. Como o paciente apresenta Hb de 7,3 g/dL e está assintomático, a conduta inicial é a observação clínica e a monitorização laboratorial, sem necessidade imediata de transfusão.

Alternativa b) Incorreta. Embora a presença de sinais de isquemia miocárdica ou instabilidade hemodinâmica seja uma indicação clara de transfusão imediata, não é a única. Se o valor da hemoglobina cair abaixo de 7,0 g/dL, a transfusão está indicada mesmo na ausência desses sintomas, visando garantir o transporte adequado de oxigênio.

Alternativa c) Incorreta. O valor de corte de 8,0 g/dL para transfusão costuma ser reservado para pacientes que apresentam sintomas de anemia ou que possuem doença cardiovascular preexistente sintomática (como angina instável) ou em pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas em contextos específicos. Para o paciente estável em questão, o limite de 7,0 g/dL é o mais seguro para evitar riscos associados à transfusão (sobrecarga volêmica, reações transfusionais, etc.).

Alternativa d) Incorreta. A conduta moderna preconiza a transfusão de "uma unidade por vez" (*single-unit transfusion*), seguida de reavaliação clínica e laboratorial. Transfundir 2 unidades de rotina aumenta desnecessariamente o risco de complicações, como a sobrecarga circulatória associada à transfusão (TACO). Além disso, como o paciente está acima do gatilho de 7,0 g/dL, nenhuma unidade está indicada no momento.

Alternativa e) Incorreta. Não existe o conceito de "transfusão profilática" baseado apenas na idade ou na presença de comorbidades estáveis. A decisão deve ser baseada no valor da hemoglobina e no status clínico atual do paciente. Transfusões desnecessárias em pacientes idosos e hipertensos podem, inclusive, precipitar quadros de insuficiência cardíaca por sobrecarga de volume.

Questão 64

Esta questão aborda o manejo da glicemia no paciente crítico, um tema que sofreu grandes mudanças após a publicação de estudos de impacto na última década. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. A hiperglicemia no ambiente de terapia intensiva está associada a uma pior resposta imunológica, pois prejudica a função dos neutrófilos, a quimiotaxia e a fagocitose. Isso aumenta a suscetibilidade a infecções e contribui para a falência de múltiplos órgãos.

Alternativa b: Incorreta. A hipoglicemia grave é um risco real e frequente, especialmente quando se utilizam protocolos de insulina venosa. Ela é extremamente perigosa no paciente crítico, podendo causar lesões neurológicas permanentes, arritmias cardíacas e aumento da mortalidade.

Alternativa c: Incorreta. A chamada hiperglicemia de estresse decorre da liberação de hormônios contrarreguladores (cortisol e catecolaminas) e citocinas pró-inflamatórias. Apesar de ser uma resposta fisiológica à agressão, níveis excessivamente elevados de glicose estão diretamente associados a desfechos clínicos desfavoráveis.

Alternativa d: Correta. Com base nos resultados do estudo NICE-SUGAR, um dos maiores ensaios clínicos sobre o tema, demonstrou-se que o alvo entre 140 e 180 mg/dL é o mais seguro. Esse intervalo consegue reduzir os danos da hiperglicemia sem expor o paciente ao risco elevado de hipoglicemia iatrogênica que o controle mais rigoroso causava. É a recomendação atual das principais sociedades mundiais, como a ADA (American Diabetes Association) e a SCCM (Society of Critical Care Medicine).

Alternativa e: Incorreta. O controle rígido (80-110 mg/dL) foi defendido no passado, mas grandes estudos multicêntricos provaram que essa estratégia aumenta a mortalidade em comparação ao controle moderado, principalmente devido aos episódios frequentes de hipoglicemia grave.

GABARITO: Alternativa (d).

Questão 65

A questão descreve um quadro clínico clássico de suspeita de melanoma cutâneo, fundamentado no mnemônico ABCDE: Assimetria (lesão assimétrica), Bordas irregulares, Cor variada (áreas mais escuras), Diâmetro maior que 6 mm (apresenta 7 mm) e Evolução (aumento progressivo em 8 meses). O aspecto nodular em um dos polos reforça a urgência diagnóstica.

Alternativa (a) incorreta: A biópsia por raspagem (shaving) é formalmente contraindicada na suspeita de melanoma. Esse método costuma realizar um corte superficial que pode seccionar a base da lesão, impedindo a medida correta da espessura de invasão (Índice de Breslow). O Breslow é o principal fator prognóstico e o parâmetro que define as margens da cirurgia definitiva.

Alternativa (b) incorreta: A biópsia incisional (retirada de apenas uma parte da lesão) só deve ser considerada em lesões muito extensas ou em locais anatomicamente sensíveis onde a exérese total inicial causaria grande deformidade. Como a lesão tem apenas 7 mm e está no antebraço, a biópsia excisional é perfeitamente viável e preferível. Além disso, um punch de 2 mm é pequeno demais para garantir uma amostragem adequada em casos de malignidade.

Alternativa (c) incorreta: A observação clínica é inadequada para lesões que já apresentam critérios de malignidade e crescimento documentado. O retardo no diagnóstico do melanoma compromete diretamente a sobrevida do paciente, pois permite a progressão local e a disseminação metastática.

Alternativa (d) incorreta: Não se deve realizar a ressecção com margens oncológicas definitivas (que podem variar de 1 cm a 2 cm de margem lateral) antes de um diagnóstico histopatológico e da medida do Índice de Breslow. Margens amplas realizadas de imediato podem resultar em cirurgias desnecessariamente mutilantes ou em fechamentos complexos (retalhos/enxertos) que podem dificultar a reintervenção ou a identificação do linfonodo sentinela, se este for necessário.

Alternativa (e) correta: A biópsia excisional é o padrão-ouro para o diagnóstico de lesões pigmentadas suspeitas de melanoma. Ela deve ser realizada com margens estreitas (1 a 3 mm de pele sã) e incluir obrigatoriamente a gordura subcutânea. Esse procedimento permite que o patologista analise a arquitetura completa da lesão e determine com precisão a profundidade de invasão, permitindo o planejamento correto do tratamento definitivo subsequente.

Questão 66

CONTEÚDO DA QUESTÃO E ANÁLISE CLÍNICA

O caso apresenta um paciente idoso (68 anos) com falência múltipla de órgãos e sistemas (pulmonar, renal, cardiovascular e, agora, hepática) decorrente de choque séptico após cirurgia de grande porte. A piora progressiva do escore SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), mesmo sob suporte intensivo máximo (ventilação mecânica, drogas vasoativas em altas doses e hemodiálise), indica que o paciente está entrando em uma fase de refratariedade terapêutica e possível terminalidade. O desafio aqui é ético e técnico: reconhecer a futilidade de medidas heroicas e priorizar a dignidade e o conforto do paciente.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: Quando a terapêutica curativa não apresenta mais resultados e a evolução para o óbito parece inevitável apesar do suporte máximo, a conduta adequada é a transição para cuidados paliativos ou a limitação de terapias desproporcionais (ortotanásia). Este processo deve ser baseado na transparência e no compartilhamento de decisões com a família, focando no alívio do sofrimento. O apoio de equipes de cuidados paliativos e, se necessário, do comitê de ética ajuda a garantir que os desejos do paciente e os princípios de beneficência e não maleficência sejam respeitados.

Alternativa (b) INCORRETA: A suspensão de medidas de suporte de forma unilateral e sem comunicação com a família é uma violação grave dos preceitos éticos. O compartilhamento da situação clínica e o acolhimento dos familiares são obrigatórios no processo de decisão sobre limitação de esforço terapêutico. Além disso, a sedação deve ter o objetivo de controle de sintomas (como dor ou dispneia) e não ser utilizada de forma isolada como única medida de "abreviação" sem diálogo.

Alternativa (c) INCORRETA: Manter todas as medidas invasivas em um cenário de clara irreversibilidade e sofrimento caracteriza a distanásia (prolongamento fútil do processo de morte). A prática médica deve evitar a obstinação terapêutica. O Código de Ética Médica respalda a limitação de tratamentos inúteis em casos de doenças terminais e graves, desde que assegurados os cuidados paliativos.

Alternativa (d) INCORRETA: A transferência de um paciente em choque séptico refratário e falência multiorgânica é tecnicamente perigosa e eticamente questionável. Além do alto risco de morte durante o transporte, a transferência para busca de "maior tecnologia", quando não há benefício clínico esperado, apenas posterga o sofrimento e evita a abordagem necessária sobre o fim da vida.

Alternativa (e) INCORRETA: O suporte hepático extracorpóreo (como o sistema MARS) não tem evidência de benefício ou melhora de sobrevida em pacientes com falência hepática no contexto de choque séptico e falência múltipla de órgãos. Iniciar uma medida invasiva e cara sem evidência de benefício configura obstinação terapêutica e desvio de conduta clínica adequada para o quadro de terminalidade.

Questão 67

Análise do Caso Clínico:

O paciente em questão apresenta um quadro de politrauma grave com traumatismo cranioencefálico (Glasgow 8), múltiplas fraturas costais e contusão pulmonar. A equipe assistencial já prevê uma necessidade de ventilação mecânica prolongada (superior a 14 dias). Nesses casos, a discussão gira em torno do momento ideal para a realização da traqueostomia: precoce (geralmente até 7 dias) versus tardia (após 10 a 14 dias).

Alternativa A - Incorreta:

Aguardar a falha de extubação após 14 dias para só então indicar a traqueostomia submete o paciente aos riscos de uma intubação orotraqueal prolongada desnecessariamente, como lesões laríngeas e estenose de traqueia. Em pacientes com previsão clara de ventilação prolongada, a conduta deve ser proativa e não apenas reativa à falha de extubação.

Alternativa B - Incorreta:

A indicação de traqueostomia no paciente crítico não está relacionada à presença de infecção de vias aéreas superiores. As indicações principais são a necessidade de ventilação mecânica prolongada, proteção de via aérea em pacientes com baixo nível de consciência e higiene brônquica facilitada.

Alternativa C - Incorreta:

A traqueostomia percutânea à beira-leito é um procedimento seguro e amplamente validado em Unidades de Terapia Intensiva. Quando realizada por profissionais treinados e em pacientes com anatomia favorável, apresenta taxas de complicações comparáveis ou até menores que a técnica cirúrgica convencional, além de evitar os riscos do transporte de um paciente crítico para o centro cirúrgico.

Alternativa D - Incorreta:

Embora existam debates na literatura, grandes metanálises e estudos clínicos sugerem que a traqueostomia precoce traz benefícios. Dizer que não há nenhum benefício comprovado é incorreto, pois a redução do tempo de sedação e a facilitação do desmame ventilatório são vantagens observadas na prática clínica e em diversos estudos.

Alternativa E - Correta (Gabarito):

A tendência atual para pacientes com prognóstico de ventilação mecânica prolongada (como no caso de trauma torácico grave e neurológico) é a realização da traqueostomia precoce (em até 7 dias). As evidências demonstram que essa estratégia reduz os dias de ventilação mecânica, facilita o desmame da sedação (melhorando o conforto e a comunicação) e encurta a permanência na UTI. É importante ressaltar que, apesar desses benefícios logísticos e de conforto, a maioria dos estudos não conseguiu demonstrar uma redução consistente na mortalidade global, o que valida exatamente o texto da alternativa.

Questão 68

Esta questão aborda o manejo do paciente idoso com câncer sob a perspectiva da oncogeriatria. A paciente de 84 anos apresenta sinais claros de fragilidade, como perda de peso involuntária, fadiga, redução da velocidade de marcha (identificada no teste de levantar-se da cadeira) e dependência em atividades instrumentais de vida diária.

Letra a) Incorreta. Embora a massa renal seja volumosa e a idade isoladamente não impeça a cirurgia, ignorar os sinais de fragilidade aumenta significativamente o risco de complicações graves, o tempo de internação prolongado e a perda de autonomia no pós-operatório. A indicação cirúrgica imediata sem avaliação prévia do status funcional é inadequada.

Letra b) Incorreta. O carcinoma renal de células claras é conhecido por ser resistente à quimioterapia citotóxica convencional. O tratamento de escolha para doença localizada é cirúrgico. Terapias sistêmicas (como imunoterapia ou inibidores de tirosina quinase) são indicadas para doença metastática e não são usadas rotineiramente para "preparar" um paciente frágil para cirurgia de tumor renal localizado.

Letra c) Incorreta. Assumir que a paciente não suportará nenhum tratamento apenas pela observação inicial é uma conduta excessivamente conservadora. Alguns componentes da fragilidade podem ser reversíveis ou minimizados com intervenções específicas. A decisão por tratamento puramente paliativo ou clínico deve ser tomada após uma avaliação estruturada.

Letra d) Correta. Diante de um idoso com múltiplos sinais de fragilidade, a conduta mais adequada é realizar a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). A AGA utiliza instrumentos validados para analisar não apenas a doença física, mas também a cognição, o estado nutricional, a mobilidade, o suporte social e a polifarmácia. Isso

permite a "pré-habilitação" (otimização do paciente antes da cirurgia) e auxilia na decisão compartilhada sobre os riscos e benefícios do procedimento cirúrgico.

Letra e) Incorreta. A avaliação cardiológica faz parte do risco cirúrgico de rotina, mas, em pacientes muito idosos com sinais de declínio funcional, o status de fragilidade é um preditor de complicações pós-operatórias (como delirium e incapacidade funcional) muito mais robusto e relevante do que apenas a avaliação da reserva cardiovascular.

Questão 69

O manejo dos pólipos da vesícula biliar é fundamentado principalmente no risco de transformação maligna (adenocarcinoma). A conduta é definida com base no tamanho da lesão, na presença de sintomas e em fatores de risco associados. No caso apresentado, temos uma paciente de 63 anos, assintomática, com um pólipo de 11 mm.

O ponto de corte internacionalmente aceito para indicação cirúrgica em pacientes assintomáticos, sem outros fatores de risco, é de 10 mm. Pólipos maiores ou iguais a 10 mm apresentam um risco significativamente maior de malignidade, justificando a intervenção.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O ácido ursodesoxicólico é utilizado para tentar a dissolução de cálculos de colesterol radiotransparentes ou no tratamento de certas doenças colestáticas. Não tem indicação ou eficácia no tratamento de pólipos vesiculares.

Alternativa b) Incorreta. O acompanhamento com ultrassonografias seriadas é indicado para pólipos menores que 10 mm em pacientes sem fatores de risco. Para uma lesão de 11 mm, a conduta expectante pode retardar o diagnóstico de um câncer da vesícula em estágio inicial.

Alternativa c) Incorreta. Embora a ressonância magnética ou a ecoendoscopia possam fornecer detalhes adicionais, a ultrassonografia transabdominal já é suficiente para medir a lesão. Uma vez atingido o critério de tamanho (11 mm), a indicação cirúrgica já está estabelecida, não havendo necessidade de postergar o tratamento com outros exames de imagem.

Alternativa d) Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) e outras sociedades de cirurgia, pólipos maiores ou iguais a 10 mm devem ser tratados com colecistectomia, independentemente da

presença de sintomas, devido ao risco de neoplasia. A idade da paciente (63 anos) reforça a conduta, pois a idade acima de 50-60 anos é considerada um fator de risco adicional para malignização.

Alternativa e) Incorreta. O limite de 2 cm mencionado na alternativa está equivocado. Pólipos maiores que 20 mm (2 cm) têm um risco altíssimo de serem malignos e geralmente já se apresentam como doença invasiva. O limite de segurança para indicar a cirurgia preventiva é de 10 mm (1 cm). Observar anualmente uma lesão de 11 mm seria uma conduta negligente perante o risco de câncer.

Questão 70

Esta questão aborda o manejo das Neoplasias Intraductais Mucinosas Papilíferas (NIMP ou IPMN), especificamente focando nos critérios de Fukuoka (Consenso Internacional), que são fundamentais para decidir entre a observação e a intervenção cirúrgica.

Para estratificar o risco de malignidade em cistos pancreáticos, dividimos os achados em dois grupos principais: "Estigmas de alto risco" (high-risk stigmata) e "Características preocupantes" (worrisome features).

No caso apresentado, o paciente possui dois estigmas de alto risco (high-risk stigmata):

1. Dilatação do ducto pancreático principal maior ou igual a 10 mm (o paciente apresenta 12 mm).
2. Presença de nódulo mural realçado maior ou igual a 5 mm (o paciente apresenta 6 mm).

De acordo com as diretrizes, a presença de qualquer estigma de alto risco é indicação direta para avaliação cirúrgica e, na maioria das vezes, ressecção, desde que o paciente tenha condições clínicas para o procedimento.

Análise das alternativas:

a) Correta. A presença de um nódulo mural realçado de 6 mm e um ducto pancreático de 12 mm classifica o cisto como portador de estigmas de alto risco (high-risk stigmata), o que fundamenta a indicação de ressecção cirúrgica.

b) Incorreta. A ecoendoscopia com punção (EUS-FNA) é geralmente indicada para cistos que apresentam apenas "características preocupantes" (como ducto entre 5-9 mm ou cisto maior que 3 cm sem outros sinais) para auxiliar na decisão. Quando já existem estigmas de alto risco claros na ressonância, a cirurgia já está indicada.

c) Incorreta. Achados incidentais em pacientes assintomáticos não devem ser ignorados se apresentarem critérios de risco para malignidade. O tamanho do cisto e a dilatação ductal indicam um risco considerável de adenocarcinoma invasivo ou displasia de alto grau.

d) Incorreta. O seguimento anual é reservado para cistos pequenos, sem nódulos e sem dilatação do ducto principal (baixo risco). As características descritas indicam uma lesão com alto potencial de malignização.

e) Incorreta. A observação de curto prazo (6 meses) não é adequada para um paciente que já apresenta critérios diagnósticos para intervenção cirúrgica imediata, sob o risco de progressão da doença neoplásica.

Questão 71

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de colelitíase sintomática, caracterizado por episódios de cólica biliar (dor no hipocôndrio direito desencadeada por refeições gordurosas). O exame de ultrassonografia confirma a presença de múltiplos cálculos e mostra que a parede da vesícula tem espessura normal (3 mm), o que indica a ausência de um processo inflamatório agudo (colecistite) no momento. Em pacientes sintomáticos, o tratamento definitivo é cirúrgico.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A conduta de observação ou "aguardar complicação" não é indicada para pacientes que já manifestaram sintomas. O risco de novas crises de dor e de evolução para complicações graves, como colecistite aguda, pancreatite biliar ou colangite, justifica a indicação cirúrgica imediata.

Alternativa b: Incorreta. A litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) possui indicações muito limitadas na via biliar, apresentando baixa eficácia e altas taxas de recorrência dos cálculos, uma vez que a vesícula doente permanece no local. Não é considerada um tratamento definitivo.

Alternativa c: Incorreta. A dissolução medicamentosa com ácidos biliares (como o ácido ursodesoxicólico) é um processo muito lento, aplicável apenas a cálculos pequenos de colesterol e apresenta elevada taxa de recidiva após a suspensão da medicação. Não é a conduta de escolha para um paciente jovem e sintomático.

Alternativa d: Incorreta. Embora a dieta pobre em gordura ajude a diminuir a frequência das crises de cólica biliar ao reduzir o estímulo para a contração da vesícula, ela não elimina os cálculos e não trata a patologia de base. Portanto, não é um tratamento definitivo.

Alternativa e: Correta. A colecistectomia videolaparoscópica é o padrão-ouro para o tratamento da colelitíase sintomática. É um procedimento definitivo que remove a fonte dos cálculos, apresenta baixo índice de complicações, menor dor pós-operatória e permite um retorno rápido do paciente às suas atividades habituais.

Questão 72

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente de 24 anos com um quadro clássico de apendicite aguda. Os achados clínicos incluem dor localizada na fossa ilíaca direita com 12 horas de evolução, presença de febre (38 °C) e leucocitose (14.000). O exame de imagem (ultrassonografia) corrobora o diagnóstico ao demonstrar um apêndice com diâmetro de 9 mm (o normal é até 6 mm) e a ausência de compressibilidade, que é um sinal patognomônico de inflamação apendicular.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. A colonoscopia não é um exame indicado para o diagnóstico de apendicite aguda. Além de não permitir a visualização direta da inflamação do apêndice na maioria dos casos, o procedimento é contraindicado em quadros inflamatórios agudos do abdome devido ao alto risco de perfuração intestinal pela insuflação de ar.

Alternativa B: INCORRETA. O tratamento padrão-ouro para apendicite aguda continua sendo a cirurgia. Embora existam protocolos de tratamento conservador apenas com antibióticos em casos muito selecionados (apendicite não complicada), isso deve ser feito em ambiente hospitalar sob rigorosa vigilância. O tratamento ambulatorial (em casa) não é seguro para uma paciente com sinais sistêmicos de infecção, como febre e leucocitose.

Alternativa C: INCORRETA. A laparoscopia diagnóstica é utilizada quando há dúvida sobre a causa da dor abdominal, especialmente em mulheres em idade fértil, onde o diagnóstico diferencial com patologias ginecológicas (como cisto de ovário ou gravidez ectópica) é frequente. No entanto, nesta questão, o diagnóstico já foi confirmado pelo ultrassom e pela clínica, portanto a conduta deve ser diretamente a cirurgia terapêutica.

Alternativa D: CORRETA. Diante de um diagnóstico confirmado de apendicite aguda, a apendicectomia é o tratamento definitivo. A via videolaparoscópica é a escolha ideal, pois oferece menor dor pós-operatória, menor tempo de internação, retorno mais rápido às atividades e menor índice de infecção de ferida operatória em comparação à via aberta, além de permitir a revisão de toda a cavidade abdominal.

Alternativa E: INCORRETA. A tomografia computadorizada é o exame com maior sensibilidade e especificidade para apendicite. Contudo, ela não deve ser solicitada se o diagnóstico já foi estabelecido por outros métodos (clínica + ultrassom positivo). Solicitar uma tomografia neste momento apenas retardaria o tratamento cirúrgico e exporia uma paciente jovem à radiação ionizante desnecessária.

CONCLUSÃO

A questão exige o reconhecimento de um quadro típico de apendicite aguda e a indicação do tratamento cirúrgico imediato. Uma vez que o diagnóstico já está firmado por meios clínicos e ultrassonográficos, a alternativa que propõe a remoção cirúrgica por via minimamente invasiva é a conduta mais correta e atual.

Questão 73

A questão exige o conhecimento da fórmula de Parkland, um dos protocolos mais tradicionais para a reposição volêmica em pacientes com grandes queimaduras nas primeiras 24 horas. A fórmula clássica é definida pelo cálculo: $\text{Volume Total} = 4 \text{ mL} \times \text{Peso (kg)} \times \text{Porcentagem da Superfície Corporal Queimada (\%SCQ)}$.

Alternativa (a) Incorreta: O valor de $2 \text{ mL} \times \text{kg} \times \%SCQ$ é a orientação atual do guia ATLS (10ª edição) para o manejo inicial de queimaduras térmicas em adultos. Embora seja a prática clínica moderna para evitar a sobrecarga hídrica (conhecida como fluid creep), ela não corresponde à definição histórica da fórmula de Parkland.

Alternativa (b) Incorreta: A utilização de $3 \text{ mL} \times \text{kg} \times \%SCQ$ é recomendada pelo ATLS atual para casos específicos, como queimaduras pediátricas (crianças até 14 anos) ou em casos de queimaduras elétricas, que demandam um aporte hídrico maior devido à destruição tecidual profunda.

Alternativa (c) Correta: A fórmula de Parkland original estabelece a constante de 4 mL. De acordo com esse protocolo, metade do volume calculado deve ser administrado nas primeiras 8 horas, contadas a partir do momento em que ocorreu a queimadura (e não do momento da chegada ao hospital), e a outra metade deve ser infundida nas 16 horas seguintes.

Alternativa (d) Incorreta: O valor de 5 mL não é utilizado como constante padrão na fórmula de Parkland original ou nas suas variações mais comuns para queimaduras térmicas em adultos.

Alternativa (e) Incorreta: O valor de 6 mL ultrapassa as recomendações habituais para a ressuscitação volêmica inicial baseada na fórmula de Parkland, não sendo o parâmetro correto para essa questão.

Questão 74

COMENTÁRIO TÉCNICO

A questão foca nos fatores que influenciam o sucesso do reparo de uma hérnia umbilical. O paciente em questão possui obesidade grau II e uma hérnia de 1,5 cm, o que já indica um cenário de maior risco para falha cirúrgica, especialmente se for realizado um reparo primário (apenas com sutura, sem uso de tela).

Alternativa (a): Correta. A obesidade é amplamente reconhecida na literatura cirúrgica como o principal fator de risco independente para a recidiva de hérnias da parede abdominal. Isso ocorre por três motivos principais: 1) Aumento constante da pressão intra-abdominal que força a linha de sutura; 2) Maior incidência de complicações no sítio cirúrgico, como seromas e infecções, que prejudicam a cicatrização; e 3) Alterações no metabolismo do colágeno e má qualidade dos tecidos aponeuróticos. Em pacientes obesos, a taxa de recidiva em reparos primários é significativamente maior do que em pacientes com IMC normal.

Alternativa (b): Incorreta. O tabagismo é um fator de risco importante, pois prejudica a microcirculação e a síntese de colágeno, além de frequentemente causar tosse crônica, que aumenta a pressão abdominal. No entanto, estatisticamente, a obesidade tem um impacto mais direto e prevalente na falha do reparo de hérnias umbilicais do que o tabagismo isolado.

Alternativa (c): Incorreta. O sexo feminino está muito ligado ao aparecimento de hérnias umbilicais devido às gestações, mas o sexo em si não é o principal fator de risco para a recidiva. Alguns estudos, inclusive, apontam taxas de recidiva maiores em homens.

Alternativa (d): Incorreta. A idade avançada pode estar associada a uma cicatrização mais lenta e a tecidos mais frágeis, mas a idade de 58 ou 60 anos não é, isoladamente, o fator de maior peso para a recidiva quando comparada a condições que alteram a mecânica abdominal, como a obesidade.

Alternativa (e): Incorreta. A diálise peritoneal crônica de fato aumenta muito o risco de recidiva devido à pressão hidrostática constante exercida pelo banho de diálise na cavidade abdominal. Entretanto, trata-se de um fator de risco específico para pacientes com insuficiência renal terminal em terapia substitutiva. Na análise global e no contexto do paciente obeso apresentado, a obesidade permanece como o fator de risco principal e mais comum.

Questão 75

A erradicação do *Helicobacter pylori* é o pilar do tratamento da úlcera duodenal associada a essa bactéria, pois a eliminação do microrganismo altera a história natural da doença, acelerando a cicatrização e reduzindo drasticamente as taxas de recidiva e complicações. O tratamento de primeira linha no Brasil e em diversos consensos internacionais baseia-se na terapia tripla.

Alternativa a: Incorreta. O inibidor da bomba de prótons (IBP) isolado é eficaz para promover a cicatrização da úlcera e aliviar os sintomas ao reduzir a acidez gástrica. No entanto, ele não possui capacidade de erradicar a bactéria. Se o *H. pylori* não for eliminado, a chance de a úlcera retornar após a suspensão do IBP é muito alta.

Alternativa b: Incorreta. O uso de antibiótico de forma isolada (monoterapia) nunca é indicado para o *H. pylori*. Isso ocorre porque a eficácia é extremamente baixa e o risco de induzir resistência bacteriana, especialmente à claritromicina, é muito elevado. Além disso, o tempo de 7 dias é considerado insuficiente pelas diretrizes atuais.

Alternativa c: Incorreta. Embora o metronidazol possa ser utilizado em esquemas de erradicação (geralmente quando há alergia à penicilina ou em terapias de resgate), o período de 3 dias é insuficiente. Qualquer esquema de erradicação requer, no mínimo, 7 a 14 dias de tratamento para ser eficaz.

Alternativa d: Incorreta. O subsalicilato de bismuto tem propriedades citoprotetoras e alguma atividade antimicrobiana, mas não tem potência para erradicar a infecção quando usado isoladamente. Ele costuma ser reservado para compor esquemas de terapia quádrupla (com IBP e mais dois ou três antibióticos).

Alternativa e: Correta. Esta alternativa descreve a terapia tripla clássica, composta por um IBP em dose plena (duas vezes ao dia), amoxicilina (1 g duas vezes ao dia) e claritromicina (500 mg duas vezes ao dia). Atualmente, as principais diretrizes, incluindo o Consenso Brasileiro de *H. pylori* e o Consenso de Maastricht, recomendam a duração de 14 dias para este esquema, visando otimizar as taxas de

erradicação diante do aumento global da resistência bacteriana.

Questão 76

O exame FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) é uma ferramenta essencial na avaliação inicial do paciente traumatizado, tanto estável quanto instável. O seu principal objetivo é identificar a presença de líquido livre (sangue) em cavidades serosas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O FAST não é delineado para avaliar o estômago nem o retroperitônio. O ultrassom apresenta limitações importantes para visualizar estruturas retroperitoneais e vísceras ocas devido à presença de gases, sendo a Tomografia de Abdome o padrão-ouro para essas regiões.

Alternativa (b) Incorreta. O exame deve ser sistemático e completo. Avaliar apenas o lado esquerdo (esplenorrenal) e a pelve deixaria de fora o espaço hepatorrenal (onde o líquido se acumula com mais frequência) e o pericárdio, podendo resultar em diagnósticos perdidos de hemoperitônio ou tamponamento cardíaco.

Alternativa (c) Incorreta. Mesmo que a dor seja em hipocôndrio direito, o líquido livre pode migrar por toda a cavidade abdominal (pelas goteiras paracólicas). O protocolo exige a avaliação de todas as janelas padronizadas, independentemente da estabilidade hemodinâmica, para um rastreamento eficaz.

Alternativa (d) Incorreta. Todas as janelas do protocolo FAST são consideradas obrigatórias para que o exame seja validado como completo. A omissão das janelas esplenorrenal e pélvica compromete a sensibilidade do método.

Alternativa (e) Correta. Esta alternativa descreve exatamente as quatro janelas clássicas do protocolo FAST:

1. Janela Pericárdica (subxifoide): para avaliar derrame pericárdico/tamponamento.
2. Espaço Hepatorrenal (Morison): entre o fígado e o rim direito.
3. Espaço Esplenorrenal: entre o baço e o rim esquerdo.
4. Fundo de saco pélvico (Suprapúbica): para avaliar líquido livre na pelve (ao redor da bexiga ou útero).

Portanto, a alternativa (e) reflete o padrão de atendimento preconizado pelo ATLS (Advanced Trauma Life Support).

Questão 77

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro de trauma abdominal contuso (atropelamento) com sinais claros de instabilidade hemodinâmica, caracterizada por hipotensão (PA 80/50 mmHg) e taquicardia (FC 130 bpm). O exame FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) foi positivo para líquido livre na cavidade abdominal. No contexto de trauma, líquido livre no FAST associado à instabilidade hemodinâmica indica hemoperitônio volumoso, o que exige intervenção imediata.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A alta hospitalar é absolutamente contraindicada. A paciente apresenta choque hipovolêmico de provável origem abdominal, condição com alto risco de mortalidade se não tratada cirurgicamente com urgência.

Alternativa (b) Incorreta: A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome com contraste é o padrão-ouro para avaliar lesões de órgãos sólidos no trauma abdominal contuso, porém sua realização exige que o paciente esteja hemodinamicamente estável. Levar um paciente instável para a sala de tomografia é um erro grave, pois pode haver deterioração clínica longe de uma equipe de reanimação ou do centro cirúrgico.

Alternativa (c) Correta: De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a presença de instabilidade hemodinâmica e de um exame que comprove sangramento abdominal (como o FAST positivo) é indicação direta de laparotomia exploradora imediata para controle do sangramento (hemostasia).

Alternativa (d) Incorreta: Embora a expansão volêmica faça parte do protocolo inicial de ressuscitação, a "observação" não é adequada neste caso. A paciente tem um sangramento ativo e volumoso que não cessará apenas com volume; a causa base deve ser tratada cirurgicamente.

Alternativa (e) Incorreta: O Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) é um exame invasivo que, assim como o FAST, serve para identificar sangue na cavidade. Como o FAST já foi realizado e já confirmou a presença de líquido livre, o LPD torna-se desnecessário e apenas retardaria o tratamento definitivo.

Questão 78

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um ferimento por arma branca em região periumbilical com evisceração (exposição de alças do intestino delgado). De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support) e as diretrizes da SBAIT (Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado), a conduta no trauma abdominal penetrante é bem estabelecida.

Existem indicações absolutas de laparotomia imediata em ferimentos por arma branca no abdômen, que são:

1. Instabilidade hemodinâmica (hipotensão ou choque).
2. Sinais de peritonite (dor à descompressão brusca, defesa abdominal).
3. Evisceração.
4. Sangramento digestivo alto ou baixo (indicando lesão de víscera oca).

Mesmo que o paciente esteja hemodinamicamente estável e normotenso, a simples presença da evisceração torna a cirurgia obrigatória.

Alternativa (a) Correta: A laparotomia emergencial (ou exploradora) é a conduta de escolha. A evisceração confirma a violação da aponeurose e do peritônio, associando-se a um índice de quase 80% de lesões intra-abdominais que necessitam de reparo cirúrgico. Além disso, a própria alça exteriorizada precisa ser avaliada quanto à viabilidade e a cavidade deve ser exaustivamente lavada.

Alternativa (b) Incorreta: A Tomografia Computadorizada (TC) é útil em pacientes estáveis onde há dúvida sobre a penetração do ferimento ou em casos selecionados de trauma em flanco ou dorso. Na presença de evisceração, a indicação cirúrgica já está selada, e atrasar o procedimento para realizar exames de imagem apenas aumenta o risco de contaminação e complicações.

Alternativa (c) Incorreta: O jejum e a antibioticoterapia são medidas auxiliares e fazem parte do preparo pré-operatório, mas não constituem a conduta definitiva. O tratamento precisa ser mecânico (cirúrgico) para corrigir a lesão da parede e tratar possíveis lesões internas.

Alternativa (d) Incorreta: A sutura apenas da pele (fechamento por planos superficiais) é um erro grave em trauma penetrante. Isso "esconderia" uma possível lesão de víscera oca, levando o paciente a desenvolver peritonite purulenta ou fecal, sepse e óbito em poucos dias.

Alternativa (e) Incorreta: A alta ambulatorial é absolutamente contraindicada. O paciente sofreu um trauma grave com exposição de órgãos internos, exigindo

internação imediata e intervenção cirúrgica de urgência.

Questão 79

O caso clínico descreve um quadro clássico de hemotórax maciço em um paciente vítima de trauma. De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), o hemotórax maciço é definido quando ocorre a drenagem imediata de 1.500 mL ou mais de sangue logo após a inserção do dreno de tórax, ou quando há uma drenagem contínua de 200 mL/hora por um período de 2 a 4 horas. No caso apresentado, a drenagem inicial foi de 1.800 mL, o que preenche o critério para intervenção cirúrgica imediata.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A videotoracoscopia eletiva não tem espaço no manejo de uma hemorragia aguda de grande volume. Ela pode ser utilizada em casos de hemotórax retido ou em pacientes estáveis para avaliação diagnóstica, mas nunca em caráter eletivo diante de um sangramento ativo e volumoso.

b) Incorreta. Aguardar uma hora para reavaliar um paciente que drenou 1.800 mL de sangue é uma conduta inadequada. O volume drenado já estabelece o diagnóstico de hemotórax maciço, indicando que a fonte do sangramento é de grande calibre (como vasos sistêmicos ou grandes vasos) e dificilmente parará sem intervenção cirúrgica, colocando a vida do paciente em risco imediato por choque hipovolêmico.

c) Incorreta. Embora a autotransusão possa ser uma medida auxiliar importante para a reposição volêmica no trauma torácico, a "conduta expectante" é absolutamente contraindicada. O paciente apresenta uma emergência cirúrgica que exige controle mecânico da fonte de sangramento.

d) Incorreta. Retirar o dreno não interrompe o sangramento interno. Pelo contrário, pode mascarar a gravidade da perda sanguínea e permitir que o sangue se acumule no espaço pleural, causando compressão pulmonar e agravando a insuficiência respiratória, sem tratar a causa da hipotensão (que é a perda de sangue).

e) Correta. A toracotomia de urgência é a conduta indicada para o hemotórax maciço. O objetivo é realizar a exploração cirúrgica imediata para identificar e suturar a fonte do sangramento, que geralmente provém de artérias intercostais, artéria mamária interna ou lesões de grandes vasos, garantindo a estabilização hemodinâmica do paciente.

Questão 80

Diagnóstico: O quadro clínico descreve um pneumotórax aberto, também conhecido como ferida torácica aspirativa. Isso ocorre quando uma abertura na parede torácica é superior a dois terços do diâmetro da traqueia, fazendo com que o ar passe preferencialmente pela ferida em vez de ir para os pulmões durante a inspiração. Isso compromete gravemente a ventilação e a oxigenação do paciente.

Alternativa a: Incorreta. O pneumotórax aberto é uma emergência médica com risco de morte. Analgesia e alta seriam negligência, pois o paciente apresenta insuficiência respiratória aguda e instabilidade da mecânica ventilatória.

Alternativa b: Incorreta. O oxigênio suplementar é uma medida de suporte necessária, mas não resolve o problema mecânico. Sem o fechamento adequado da ferida, o ar continuará entrando no espaço pleural, mantendo o colapso pulmonar.

Alternativa c: Incorreta. Embora feridas traumáticas exijam atenção quanto à infecção, a antibioticoterapia não é a prioridade no atendimento inicial (ABCDE do trauma). Além disso, deixar a ferida sem curativo permite a progressão da insuficiência respiratória.

Alternativa d: Incorreta. Fechar o curativo nos quatro lados é perigoso. Se houver uma lesão no parênquima pulmonar que esteja vazando ar para o espaço pleural, o fechamento hermético impedirá a saída desse ar, transformando um pneumotórax aberto em um pneumotórax hipertensivo, o que pode levar ao choque obstrutivo e à parada cardiorrespiratória rápida.

Alternativa e: Correta. Esta é a conduta padrão de acordo com o protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support). O curativo de três pontas funciona como uma válvula unidirecional: na inspiração, o curativo é sugado contra a ferida, impedindo a entrada de ar; na expiração, a extremidade livre se levanta, permitindo que o ar escape do tórax. O tratamento definitivo requer a inserção de um dreno de tórax em selo d'água (em local distante da ferida) e posterior sutura do ferimento.

Questão 81

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar os três principais modelos de proteção social em saúde: o bismarckiano (Seguro Social), o Beveridgiano (Seguridade Social/Sistemas Universais) e o assistencialista (Residual).

A seguir, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) INCORRETA. A descrição apresentada refere-se ao modelo de SEGURO

SOCIAL (bismarckiano). Na Seguridade Social (modelo beveridgiano), o financiamento é universal e provém do orçamento do Estado, alimentado por impostos gerais pagos por toda a sociedade, e não apenas por contribuições vinculadas ao trabalho formal.

Alternativa b) INCORRETA. Os sistemas bismarckianos são baseados em contribuições obrigatórias de empregados e empregadores (folha de pagamento), e o acesso é restrito aos trabalhadores contribuintes e seus dependentes. O financiamento por impostos gerais para um sistema universal é a característica principal dos sistemas beveridgianos (como o SUS no Brasil ou o NHS no Reino Unido).

Alternativa c) CORRETA. No modelo de Seguro Social (bismarckiano), o foco histórico está na assistência médica curativa para o trabalhador que contribui para as caixas ou fundos de saúde. Por ser um modelo fragmentado e vinculado ao emprego, as ações de saúde coletiva (vigilância, vacinação, saneamento) costumam ficar sob responsabilidade direta do Estado, por meio de órgãos de saúde pública separados da estrutura que gere a assistência médica previdenciária.

Alternativa d) INCORRETA. Nos sistemas beveridgianos, o Estado assume a responsabilidade integral e universal pela saúde de todos os cidadãos, independentemente da renda ou da situação empregatícia. A descrição de "proteger apenas grupos mais pobres" refere-se ao modelo de assistência social (ou residual), comum em países com pouca intervenção estatal na saúde.

Alternativa e) INCORRETA. O modelo de assistência social é considerado o menos equânime e menos eficiente, pois é focalizado apenas na extrema pobreza, deixando grandes parcelas da população desassistidas e sem coordenação de cuidados. São os sistemas universais (Seguridade Social/beveridgianos) que são apontados pela literatura sanitária como mais eficientes e equânimes, apresentando melhores indicadores de saúde coletiva.

Questão 82

Esta questão aborda os conceitos de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a relação entre economia e bem-estar populacional. Para respondê-la corretamente, é necessário compreender que a saúde não depende apenas de assistência médica ou riqueza absoluta, mas principalmente de como a sociedade está organizada.

Alternativa a: Incorreta. A riqueza total de uma nação (PIB) não explica isoladamente a situação de saúde. Países com PIB inferior, mas com melhor distribuição de renda e redes de proteção social robustas, frequentemente apresentam indicadores de saúde superiores aos de países muito ricos, porém extremamente desiguais. A forma como

a riqueza é distribuída impacta mais a saúde coletiva do que o montante total de recursos.

Alternativa b: Incorreta. A distribuição geográfica de recursos financeiros é uma condição necessária para melhorar o acesso, mas está longe de ser suficiente. O tratamento equitativo exige intervenções em outros determinantes, como saneamento, educação, moradia e emprego. Além disso, a simples alocação de verbas não garante que os serviços serão utilizados de forma equânime por grupos vulneráveis se houver barreiras culturais ou organizacionais.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa reflete o chamado efeito da desigualdade relativa. Em sociedades com altos índices de iniquidade, o tecido social é fragilizado, gerando maior estresse psicossocial, violência e falta de coesão. Esses fatores impactam negativamente até mesmo as classes intermediárias. Por outro lado, em sociedades mais igualitárias, o forte apoio social e a qualidade dos serviços públicos universais garantem melhores resultados de saúde mesmo para quem possui uma renda nominal menor.

Alternativa d: Incorreta. Embora a iniquidade de renda realmente cause o desgaste do capital social, a alternativa define capital social de forma errada. Capital social não é a proporção da riqueza distribuída, mas sim o grau de coesão social, confiança mútua, redes de solidariedade e participação cívica entre os indivíduos de uma comunidade.

Alternativa e: Incorreta. Esta alternativa confunde igualdade com equidade. Distribuições igualitárias (dar exatamente a mesma quantia para todos) tendem a perpetuar as desigualdades preexistentes, pois quem precisa de mais continuará desassistido em suas necessidades específicas. Para obter resultados igualitários em saúde (como igualdade de acesso real), a distribuição de recursos deve ser equitativa, ou seja, deve-se oferecer mais recursos para as populações em situação de maior vulnerabilidade.

Questão 83

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda as diferentes concepções de Atenção Primária à Saúde (APS) que evoluíram desde a Conferência de Alma-Ata até as interpretações contemporâneas. Para resolvê-la, é fundamental distinguir entre APS Seletiva, APS como Nível de Atenção e APS Integral/Abrangente.

Alternativa (a) CORRETA: A Declaração de Alma-Ata (1978) definiu a APS não apenas

como um primeiro contato, mas como uma estratégia central para a organização dos sistemas de saúde. Ela preconiza a integralidade (atendimento completo ao indivíduo), a participação social (comunidade envolvida nas decisões) e a articulação intersetorial para promover a saúde e organizar a rede de cuidados, visando à equidade.

Alternativa (b) INCORRETA: O conceito de APS Seletiva não foca na especialização profissional (Medicina de Família), mas sim na oferta de um pacote restrito de intervenções de baixo custo e alto impacto para populações pobres em países em desenvolvimento. É uma visão minimalista que surgiu como contraproposta à abrangência de Alma-Ata, focando em doenças específicas em vez de sistemas universais.

Alternativa (c) INCORRETA: A descrição feita nesta alternativa (ponto de entrada, local de cuidados para a maioria das pessoas na maior parte do tempo) refere-se à APS entendida como nível de atenção ou Atenção Primária (Primary Care), baseada nos atributos de Barbara Starfield. Já a APS Abrangente ou Integral é um conceito mais amplo que envolve a reorientação de todo o sistema de saúde e o enfrentamento dos determinantes sociais, indo além da função de "porta de entrada" assistencial.

Alternativa (d) INCORRETA: A alternativa inverte os conceitos. O monitoramento do crescimento infantil, reidratação oral, amamentação, imunização, complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização feminina formam o conjunto de ações conhecido pela sigla GOBI-FFF. Essas ações são o pilar da APS Seletiva, e não de uma filosofia emancipatória ou do direito universal integral.

Alternativa (e) INCORRETA: Existe uma contradição interna na alternativa. Se a APS é conceituada como "apenas o primeiro dos níveis de atenção" (visão funcional/programática), seus princípios focam na coordenação do fluxo e triagem. Os princípios citados na sequência (enfrentar determinantes sociais, ação intersetorial e participação comunitária) pertencem à concepção de APS Integral/Abrangente de Alma-Ata, que entende a APS como o eixo estruturante de todo o sistema, e não meramente um nível isolado.

Questão 84

Alternativa a) Incorreta. Embora a Lei 8.080/90 mencione os verbos eliminar, diminuir ou prevenir, o objetivo primordial não é apenas a eliminação, que muitas vezes é tecnicamente impossível. O conceito moderno de vigilância sanitária foca no gerenciamento e controle do risco. A afirmação peca ao ser restritiva e focar apenas em efeitos já nocivos, ignorando a prevenção de riscos potenciais.

Alternativa b) Incorreta. A definição legal de vigilância sanitária no Brasil é ampla e transversal. Ela não se limita apenas a grupos específicos de produtos e tecnologias, mas abrange o controle de bens de consumo (da produção ao consumo), a prestação de serviços de interesse direto ou indireto para a saúde e o controle do meio ambiente.

Alternativa c) Correta. No contexto da saúde coletiva, externalidades negativas são danos causados a terceiros por atividades de produção ou consumo (como a contaminação de um rio por uma indústria ou a venda de medicamentos ineficazes). Como o risco sanitário ultrapassa fronteiras, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) exige que estados e municípios atuem de forma coordenada e interdependente, reconhecendo que a falha sanitária em uma localidade gera impactos em outras regiões.

Alternativa d) Incorreta. A alternativa descreve, na verdade, o Princípio da Precaução. Esse princípio sustenta que, diante da possibilidade de danos graves, a falta de certeza científica absoluta não deve ser usada para adiar medidas de proteção. A inspeção sanitária é apenas um dos procedimentos técnicos de fiscalização e verificação de conformidade de normas.

Alternativa e) Incorreta. Os conceitos estão invertidos. A avaliação de risco é o componente de natureza técnico-científica, que busca identificar e caracterizar o perigo. Já o gerenciamento de risco é a etapa político-administrativa, na qual os gestores ponderam os dados científicos com fatores sociais, econômicos e políticos para escolher a melhor intervenção ou regulação.

Questão 85

A alternativa correta é a letra (e).

Esta questão aborda os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), essenciais para o funcionamento da Estratégia Saúde da Família e a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O Acesso, ou Acesso de Primeiro Contato, refere-se à acessibilidade e à utilização do serviço de saúde como porta de entrada preferencial para cada nova necessidade ou problema de saúde. O foco aqui é a facilidade com que o usuário consegue o atendimento inicial, e não necessariamente a integração entre os níveis do sistema.

b) Incorreta. A Integralidade significa que a equipe deve considerar a pessoa como um todo, abordando necessidades preventivas, curativas e de reabilitação. Envolve oferecer todos os serviços de que o paciente necessita, seja na própria unidade básica ou por meio de encaminhamentos, mas o conceito foca na abrangência do cuidado e não na função logística de integração.

c) Incorreta. A Resolubilidade é a capacidade do serviço de saúde de dar uma resposta positiva aos problemas apresentados pela população, resolvendo a demanda de forma eficaz. Embora dependa de uma boa rede, o termo descreve o resultado do atendimento.

d) Incorreta. A Longitudinalidade refere-se à existência de um aporte contínuo de atenção por parte da equipe de saúde ao longo do tempo, independentemente da presença ou ausência de doenças. É a relação de vínculo e acompanhamento histórico entre profissional e paciente.

e) Correta. A Coordenação de Cuidados é o atributo que define a capacidade da Atenção Primária de atuar como o centro de comunicação e o "maestro" do fluxo do paciente pelo sistema. Ela garante que as informações circulem entre os diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e que o cuidado seja contínuo e organizado, evitando a fragmentação da assistência. O enunciado descreve exatamente essa função de integração e cooperação clínica.

Questão 86

Alternativa a: Incorreta. A resposta terapêutica prévia é um dos critérios mais importantes na escolha de um antidepressivo. Se um paciente apresentou boa resposta e tolerabilidade a um fármaco no passado, esse medicamento é justamente a primeira escolha em caso de recidiva, pois aumenta a probabilidade de sucesso no novo tratamento.

Alternativa b: Incorreta. Não existe fármaco totalmente isento de riscos na gestação, mas o tratamento medicamentoso é indicado quando o risco da depressão não tratada (como negligência com o pré-natal, desnutrição e risco de suicídio) supera o risco potencial da medicação. A sertralina e a fluoxetina são exemplos de fármacos frequentemente utilizados nesse período com perfil de segurança bem documentado.

Alternativa c: Incorreta. Terapias não medicamentosas são pilares fundamentais no tratamento da depressão moderada. A psicoterapia (especialmente a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Interpessoal) e a atividade física regular têm eficácia comparável aos medicamentos em muitos casos e, quando combinadas à

farmacoterapia, potencializam as taxas de remissão.

Alternativa d: Correta. Evidências científicas robustas, incluindo meta-análises de grande impacto, mostram que, em quadros de depressão leve, a diferença de eficácia entre antidepressivos e placebo é muito pequena ou estatisticamente insignificante. Por isso, as diretrizes de Atenção Primária recomendam iniciar o manejo de casos leves com medidas de higiene do sono, atividade física, psicoterapia ou "espera vigilante" antes de prescrever fármacos.

Alternativa e: Incorreta. A avaliação do risco de suicídio é uma competência essencial da Atenção Primária. O médico de família deve questionar diretamente o paciente sobre ideação suicida e planos, utilizando instrumentos de apoio e estratificação de risco. A maioria dos casos de risco leve a moderado pode e deve ser acompanhada pela equipe de Saúde da Família em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial.

Questão 87

Alternativa (a) INCORRETA: Embora a faringite estreptocócica possa ser autolimitada em alguns casos, o uso de antibióticos é fortemente recomendado quando há alta probabilidade clínica ou confirmação laboratorial. O objetivo principal do tratamento antibiótico é a prevenção de complicações não supurativas, especialmente a febre reumática, além de reduzir a transmissão para contatos próximos, abreviar o tempo de sintomas e prevenir complicações supurativas locais, como o abscesso periamigdaliano.

Alternativa (b) INCORRETA: A lavagem nasal com solução salina isotônica é uma das intervenções mais recomendadas e eficazes para o alívio sintomático das rinossinusites, pois auxilia na limpeza do muco, redução do edema da mucosa e remoção de mediadores inflamatórios. Além disso, a maioria das rinossinusites agudas tem etiologia viral, o que torna o tratamento medicamentoso com antibióticos desnecessário na maior parte dos casos, devendo ser reservado apenas para quadros com forte suspeita de infecção bacteriana.

Alternativa (c) CORRETA: O Escore de Centor modificado (também conhecido como Critérios de McIsaac) é uma ferramenta clínica validada para estratificar o risco de faringite por *Streptococo* beta-hemolítico do grupo A. Os critérios pontuam a presença de exsudato ou edema nas tonsilas, adenopatia cervical anterior dolorosa, febre referida ou medida acima de 38 graus Celsius, ausência de tosse e a idade do paciente (sendo que pacientes jovens ganham pontos e idosos perdem pontos, refletindo a prevalência da doença nessas faixas etárias).

Alternativa (d) INCORRETA: A tosse subaguda pós-infecciosa ocorre após um quadro

de infecção das vias aéreas superiores e dura entre 3 e 8 semanas. Embora possa ser desconfortável, na ausência de sinais de alerta ou evidência de pneumonia, ela não é considerada uma complicação que exija antibioticoterapia. O tratamento é geralmente sintomático, pois a causa é frequentemente a hiper-reatividade brônquica temporária ou o gotejamento pós-nasal resultantes da infecção prévia.

Alternativa (e) INCORRETA: A tosse seca é um efeito colateral bem conhecido dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), ocorrendo em cerca de 5 a 20 por cento dos pacientes devido ao acúmulo de bradicinina. Se a tosse causar desconforto ou prejuízo à qualidade de vida do paciente, a conduta correta é a descontinuação do medicamento e a substituição por outra classe de anti-hipertensivos que não altere o metabolismo das cininas, como os Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA).

Questão 88

Alternativa a: Incorreta. O estágio de mudança em que o paciente não tem a intenção de parar de fumar nos próximos meses, ou sequer reconhece o tabagismo como um problema, é chamado de pré-contemplação. O estágio de contemplação ocorre quando o fumante reconhece que o hábito é um problema e considera parar, mas ainda apresenta ambivalência e não estabeleceu uma data para isso.

Alternativa b: Correta. O protocolo de uso da bupropiona prevê que o tratamento medicamentoso seja iniciado enquanto o paciente ainda está fumando. A recomendação padrão é que o paciente defina o seu Dia D (dia de interrupção total do tabaco) entre o 8º e o 14º dia após o início do medicamento. Isso é necessário para que a bupropiona atinja o estado de equilíbrio (steady state) no sistema nervoso central, auxiliando no controle da fissura e dos sintomas de abstinência logo no primeiro dia sem cigarros.

Alternativa c: Incorreta. A abordagem cognitivo-comportamental (ACC) é o pilar fundamental do tratamento do tabagismo. Estudos mostram que ela é extremamente efetiva, especialmente quando combinada à farmacoterapia. A ACC auxilia o paciente a identificar gatilhos, lidar com a fissura e desenvolver estratégias para evitar recaídas.

Alternativa d: Incorreta. A prescrição de medicamentos (como terapia de reposição de nicotina, bupropiona ou vareniclina) é formalmente recomendada para pacientes com um escore de Fagerström igual ou maior que 5, o que indica uma dependência de moderada a elevada. Pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia ou que fumam o primeiro cigarro em até 30 minutos após acordar também têm indicação clara de suporte farmacológico.

Alternativa e: Incorreta. A abordagem mínima ou breve (que consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar) deve ser aplicada a todo e qualquer paciente tabagista em todas as consultas médicas, independentemente de ele manifestar desejo de parar de fumar no momento. O objetivo da abordagem mínima é sensibilizar o paciente e movê-lo de um estágio de pré-contemplação para a contemplação ou ação.

Questão 89

Alternativa (a) Incorreta: A bupropiona é, na verdade, um fármaco frequentemente utilizado no tratamento da obesidade, muitas vezes em associação com a naltrexona, por auxiliar no controle da compulsão alimentar. A lamotrigina é geralmente considerada neutra em relação ao peso. Exemplos clássicos de fármacos obesogênicos (que induzem o ganho de peso) incluem alguns antipsicóticos atípicos (especialmente olanzapina e clozapina), corticoides e certas classes de antidiabéticos (como sulfonilureias e glitazonas).

Alternativa (b) Incorreta: Estudos clínicos modernos mostram que a velocidade da perda de peso inicial (rápida ou lenta) não resulta em diferenças significativas na composição corporal final ou no sucesso da manutenção do peso a longo prazo. No entanto, a afirmação está incorreta no contexto da questão porque a perda de gordura e de massa magra depende mais da qualidade da dieta (proteínas) e da atividade física do que estritamente da velocidade do emagrecimento.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa apresenta a definição clássica de fome hedônica. Enquanto a fome homeostática é regulada pelo balanço energético e pela necessidade de nutrientes para manter as funções vitais, a fome hedônica é impulsionada pelo prazer e pelo sistema de recompensa cerebral (dopaminérgico). Ela explica por que consumimos alimentos altamente palatáveis mesmo quando estamos satisfeitos do ponto de vista metabólico.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o IMC tenha pontos de corte distintos para crianças, adultos e idosos, ele falha gravemente em indicar a composição corporal. O IMC é apenas uma relação entre peso e altura e não consegue distinguir massa magra (músculos) de massa gordurosa. Um atleta de fisiculturismo, por exemplo, pode ter um IMC de obesidade devido à alta massa muscular, sem possuir os riscos metabólicos do excesso de gordura.

Alternativa (e) Incorreta: A distribuição da gordura corporal varia imensamente entre indivíduos, mesmo que possuam o mesmo IMC. O depósito de gordura pode ser predominantemente subcutâneo ou visceral (abdominal). A gordura visceral é

metabolicamente ativa e está fortemente associada a doenças cardiovasculares e diabetes, enquanto a gordura subcutânea em outras regiões tem menor impacto metabólico. Portanto, o risco à saúde não é o mesmo apenas por pertencerem à mesma categoria de IMC.

Questão 90

Para a correta emissão da Declaração de Óbito (DO), o médico deve compreender a hierarquia das causas de morte na Parte I do documento. A Causa Básica, solicitada pela questão, é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos mórbidos que levaram diretamente ao óbito.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: A Febre Reumática é a patologia inicial. Foi ela que causou a lesão valvar (estenose mitral), que, por sua vez, resultou na insuficiência cardíaca e, por fim, na morte. Por ser o evento primário que desencadeou toda a sequência fatal, ela é classificada como a causa básica e deve ser anotada na última linha preenchida da Parte I da Declaração de Óbito.

Alternativa (b) INCORRETA: A Estenose Mitral é considerada uma causa intermediária ou consequencial. Ela é uma seqüela/manifestação decorrente da febre reumática. Embora faça parte da cadeia de eventos, não é o evento desencadeante original.

Alternativa (c) INCORRETA: A Hipertensão Arterial, neste caso clínico, é uma condição coexistente. O enunciado vincula explicitamente a evolução do óbito à estenose mitral decorrente da febre reumática. A hipertensão poderia ser incluída na Parte II da Declaração de Óbito (causas contribuintes que não entraram na cadeia direta da morte), mas não configura a causa básica do processo descrito.

Alternativa (d) INCORRETA: Cardiopatia Reumática é um termo que descreve o conjunto de sequelas da febre reumática no coração. Embora o termo esteja relacionado, a Febre Reumática é a doença de base específica mencionada que originou todo o processo patológico, sendo o termo epidemiológico mais preciso para a causa inicial.

Alternativa (e) INCORRETA: A Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada é a causa imediata ou terminal. Ela representa o estado fisiopatológico final que levou o paciente ao óbito, devendo figurar na primeira linha (linha a) da Parte I. A regra de preenchimento determina que a causa básica nunca é a causa imediata, mas sim aquela que a originou.

Questão 91

A pirâmide de Haynes, também conhecida como modelo 6S, é uma ferramenta fundamental na Medicina Baseada em Evidências (MBE). Ela organiza as fontes de informação de forma que o médico encontre a melhor evidência disponível com o menor esforço possível, priorizando recursos que já passaram por síntese e análise crítica. A hierarquia, do topo para a base, é composta por: Sistemas, Sumários, Sinopses de Sínteses, Sínteses, Sinopses de Estudos e Estudos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Os Sistemas (Systems) estão no topo, e não na base da pirâmide. Eles representam o nível ideal, onde as evidências são integradas eletronicamente ao prontuário do paciente para auxiliar a decisão clínica em tempo real.

b) Incorreta. Ensaios clínicos randomizados individuais pertencem ao nível dos Estudos (Studies), que é a base da pirâmide (o nível mais baixo). As Sinopses de Sínteses estão no terceiro nível (de cima para baixo), portanto, acima dos estudos originais.

c) Incorreta. Na pirâmide de Haynes, a busca deve começar pelo nível mais alto possível. As diretrizes baseadas em evidências fazem parte dos Sumários (segundo nível), enquanto as revisões sistemáticas são as Sínteses (quarto nível). Portanto, deve-se buscar primeiro nos Sumários/Diretrizes.

d) Correta. O nível dos Sumários (Summaries) é o segundo nível da pirâmide e é considerado um dos mais altos e eficientes para a prática clínica. Ele engloba livros-texto baseados em evidências (como UpToDate e DynaMed) e guias de prática clínica (diretrizes) que sintetizam múltiplas evidências e são atualizados com frequência.

e) Incorreta. É justamente o contrário. Os recursos nos níveis mais altos (topo da pirâmide) são os que passaram por maior filtragem, pré-avaliação e síntese por especialistas. Os níveis mais baixos, como o de Estudos, contêm evidências brutas que ainda não foram filtradas ou integradas a outras pesquisas.

Questão 92

Análise do caso:

O caso clínico apresenta uma paciente de 60 anos, sem sintomas e com rastreamentos atualizados, que deseja realizar exames de alta tecnologia (painel genético e tomografia de corpo inteiro) sem indicação clínica, motivada por ansiedade e informações não fundamentadas da internet. O cerne da questão é a

aplicação da Prevenção Quaternária no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Definição de Prevenção Quaternária:

É o conjunto de ações que visa a identificar pacientes em risco de supermedicalização, protegendo-os de intervenções médicas desnecessárias e sugerindo alternativas eticamente aceitáveis. O objetivo principal é evitar a iatrogenia (dano causado pela intervenção médica) e o excesso de diagnóstico (overdiagnosis).

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Oferecer um check-up executivo apenas para satisfazer um desejo da paciente ou por sua condição financeira é uma prática que ignora as evidências científicas. Exames realizados em pacientes de baixo risco têm maior probabilidade de gerar resultados falsos-positivos. Isso desencadeia uma cascata de novos exames e procedimentos invasivos que podem causar danos físicos e psicológicos reais.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa sintetiza o conceito de prevenção quaternária. O médico deve reconhecer que a paciente está em risco de sofrer danos pelo excesso de medicina. A conduta ideal envolve o acolhimento da ansiedade, o fortalecimento da relação médico-paciente e a explicação honesta sobre os riscos de exames desnecessários, mantendo o foco em intervenções que comprovadamente promovem a saúde.

Alternativa c: Incorreta. O encaminhamento para múltiplos especialistas fragmenta o cuidado. Na ausência de sintomas ou sinais clínicos, essa conduta aumenta as chances de solicitações de exames conflitantes e excessivos, dificultando a gestão do caso e aumentando o risco de achados incidentais sem relevância clínica (incidentalomas).

Alternativa d: Incorreta. A autonomia do paciente é um princípio fundamental, mas não é absoluta. O médico não é obrigado a realizar procedimentos que não tragam benefício ou que possam ser prejudiciais. Além disso, a afirmação de que exames desnecessários não afetam a ansiedade é clinicamente errada; muitas vezes, um resultado inconclusivo em um exame desnecessário gera ainda mais angústia e medo.

Alternativa e: Incorreta. Embora seja correto dizer que não há evidência para os exames, a alternativa falha ao sugerir que não é possível mudar a opinião de pacientes fixados em doenças. O papel da Medicina de Família é justamente atuar na educação em saúde e na reorientação das crenças do paciente por meio do vínculo e

da comunicação eficaz, em vez de simplesmente rotular o comportamento como imutável e encaminhar para a psiquiatria de forma precoce.

Questão 93

Esta questão aborda os níveis de prevenção em saúde e as competências de comunicação e abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde.

Alternativa a: Incorreta. A prevenção secundária envolve o rastreamento e diagnóstico precoce em indivíduos que apresentam riscos ou exposição, o que não se aplica a um jovem que nunca iniciou a vida sexual. Realizar exames sem indicação clínica fere o princípio da prevenção quaternária, que busca proteger o paciente de intervenções médicas desnecessárias e de potenciais danos (como resultados falsos-positivos e ansiedade).

Alternativa b: Incorreta. O Médico de Família e Comunidade é o profissional capacitado para realizar a educação em saúde e o aconselhamento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Encaminhar o caso a um infectologista seria um uso inadequado dos recursos do sistema de saúde, já que não há uma patologia instalada ou um cenário de alta complexidade.

Alternativa c: Incorreta. A PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) é uma intervenção medicamentosa indicada para pessoas com risco elevado de infecção pelo HIV. Prescrever antirretrovirais para alguém que ainda não iniciou a vida sexual e não possui histórico de exposição é clinicamente inadequado e expõe o paciente a efeitos colaterais sem benefício.

Alternativa d: Incorreta. Embora esteja correta ao afirmar que os exames são desnecessários, a alternativa falha na abordagem relacional. Limitar-se a orientar a abstinência é uma estratégia ineficaz e centrada no juízo de valor, ignorando o papel educativo do médico em preparar o jovem para futuras relações sexuais seguras.

Alternativa e: Correta. Esta é a conduta que melhor integra a prática clínica com a abordagem centrada na pessoa. O médico deve acolher e explorar as preocupações da mãe para entender o contexto familiar, enquanto educa o jovem sobre prevenção primária (uso de preservativos, vacinação contra HPV e Hepatite B). Como não houve exposição sexual (porta de entrada para as ISTs citadas), o rastreamento (prevenção secundária) não é indicado.

Questão 94

Para entender esta questão, é fundamental revisar os conceitos de epidemiologia clínica, especificamente os de acurácia diagnóstica. O Valor Preditivo Positivo (VPP) responde a uma pergunta prática do cotidiano médico: diante de um resultado positivo (seja um exame laboratorial ou um conjunto de sinais e sintomas), qual a probabilidade de o paciente realmente apresentar a patologia?

Diferente da sensibilidade e da especificidade, que são características intrínsecas do teste, os valores preditivos (VPP e VPN) dependem da prevalência da doença na população estudada.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Esta alternativa afirma o oposto do conceito de VPP. Se o VPP é de 90%, então 90% das mulheres com esses sintomas possuem a condição. Dizer que 90% não possuem a condição descreveria um cenário onde o teste falha na vasta maioria das vezes ou teria um VPP de apenas 10%.

Alternativa b: Incorreta. Esta alternativa define a Sensibilidade. A sensibilidade é a probabilidade de encontrar o teste positivo (ou sintomas) dentro do grupo de pessoas que sabidamente já têm a doença. O VPP percorre o caminho inverso: parte do sintoma para o diagnóstico.

Alternativa c: Incorreta. A capacidade de excluir um diagnóstico baseando-se na ausência de sintomas refere-se ao Valor Preditivo Negativo (VPN). O enunciado foca no VPP, que lida com a presença dos sintomas e a confirmação da doença, e não com a sua exclusão pela falta deles.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa traduz com precisão o conceito de VPP. Se a combinação de sintomas de Marlene é considerada o teste e este teste deu positivo, o VPP de 90% indica que a probabilidade pós-teste de ela estar realmente doente é de 90%.

Alternativa e: Incorreta. A especificidade é a probabilidade de o teste ser negativo em quem não tem a doença. Além disso, a afirmação de que o valor confirma a condição independentemente da probabilidade pré-teste está errada, pois o VPP é diretamente influenciado pela prevalência (probabilidade pré-teste) da doença na população.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 95

CONCEITO DE NNT:

O Número Necessário para Tratar (NNT) é uma ferramenta da bioestatística que quantifica o esforço terapêutico necessário para atingir um desfecho específico. Ele representa quantos pacientes precisam ser tratados com a intervenção proposta, em vez da intervenção-controle, para que um evento clínico adicional seja evitado (ou um benefício seja alcançado). O cálculo é o inverso da Redução do Risco Absoluto ($NNT = 1 / RRA$).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) INCORRETA. Esta definição refere-se ao NNH (Number Needed to Harm ou Número Necessário para Prejudicar). Enquanto o NNT mede a eficácia, o NNH mede a segurança, indicando quantos pacientes precisam ser tratados para que ocorra um evento adverso causado pela terapia.

Alternativa b) INCORRETA. O NNT não afirma que os outros 32 pacientes não terão um AVC. Ele indica que, no grupo de 33 pessoas, uma pessoa deixou de ter um AVC especificamente por causa da mudança para o tratamento intensivo. Os outros 32 poderiam não ter o AVC de qualquer forma ou poderiam vir a ter o AVC mesmo com o tratamento (falha terapêutica).

Alternativa c) CORRETA. Esta é a interpretação técnica e exata do NNT. Ela contempla os quatro pilares necessários para a leitura do dado: o número de pacientes (33), a intervenção (tratamento intensivo), o tempo de observação (8,4 anos) e o desfecho evitado (um AVC). Ou seja, o benefício de evitar um evento é observado a cada 33 pacientes que aderem à conduta intensiva pelo período determinado.

Alternativa d) INCORRETA. O NNT é um número absoluto de indivíduos, não uma porcentagem. Se o NNT é 33, a Redução do Risco Absoluto (RRA) é de cerca de 3% (1 dividido por 33). Para que 33% dos pacientes tivessem o AVC evitado, o NNT deveria ser de aproximadamente 3.

Alternativa e) INCORRETA. O NNT não mede "vezes" de eficácia. Comparações de magnitude de efeito (como ser X vezes mais eficaz) são expressas por medidas de risco relativo, como o Risco Relativo (RR) ou a Razão de Chances (Odds Ratio), e não pelo NNT. O NNT é uma medida de benefício absoluto na população estudada.

Questão 96

Esta questão aborda um dos princípios fundamentais da epidemiologia clínica e da medicina baseada em evidências: a relação entre a prevalência de uma doença (probabilidade pré-teste) e o valor preditivo de um teste diagnóstico.

Quando realizamos um teste em uma população, o significado de um resultado positivo depende diretamente da probabilidade de a doença existir antes mesmo da realização do exame. Em doenças raras (baixa prevalência), a maioria dos resultados positivos será, na verdade, falso-positiva, especialmente se a especificidade do teste não for próxima de 100%.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O enunciado não fornece informações sobre a sensibilidade do teste. Além disso, o problema principal em rastrear doenças raras em pacientes assintomáticos com testes de especificidade moderada não é a perda de casos (falso-negativos), mas sim o excesso de alarmes falsos (falso-positivos), que geram ansiedade e exames invasivos desnecessários.

b) Incorreta. Uma probabilidade pré-teste muito baixa aumenta o risco de resultados falso-positivos, e não de falso-negativos. Resultados falso-negativos tornam-se uma preocupação maior quando a probabilidade pré-teste é muito elevada (o paciente tem tanta chance de ter a doença que um teste negativo pode ser um erro do exame).

c) Incorreta. Embora o custo seja um fator relevante na gestão de saúde pública e na economia da saúde, a justificativa técnica e clínica primordial para desencorajar o teste, neste contexto epidemiológico, baseia-se na baixa performance diagnóstica (baixo Valor Preditivo Positivo) e no potencial dano ao paciente decorrente de investigações subsequentes desnecessárias.

d) Correta. Esta é a justificativa técnica exata. A especificidade é a capacidade do teste de ser negativo nos indivíduos saudáveis. Se a especificidade é de 70%, significa que 30% das pessoas saudáveis terão um resultado falso-positivo. Como a doença é muito rara (menos de 1%), a esmagadora maioria da população testada é saudável. Portanto, 30% de um grupo muito grande (os saudáveis) resultará em um número de falso-positivos muito superior ao número de casos reais da doença (verdadeiro-positivos). Isso resulta em um Valor Preditivo Positivo (VPP) baixíssimo.

e) Incorreta. Testes diagnósticos são mais úteis na chamada zona de incerteza, onde a probabilidade pré-teste é intermediária. Se a probabilidade for extremamente elevada, o diagnóstico muitas vezes já está firmado clinicamente e o teste serve

apenas para confirmação ou documentação. O erro da alternativa é dizer que são úteis "apenas" nessas situações e ignorar que, em rastreamento, o problema é a baixa prevalência aliada à especificidade imperfeita.

Questão 97

Essa questão aborda um tema central na metodologia de pesquisa em Atenção Primária e Saúde Coletiva: a escolha da fonte de dados para avaliar condições complexas como a multimorbidade e seu impacto no bem-estar.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Dados de prontuários costumam ser mais precisos para doenças raras ou tecnicamente complexas, pois contam com registros de exames complementares, biópsias e pareceres de especialistas. O paciente muitas vezes não sabe nomear ou classificar corretamente uma patologia rara apenas por autorrelato.

b) Incorreta. O autorrelato é, na verdade, muito sensível a vieses. Pacientes podem esquecer diagnósticos (viés de memória) ou omitir informações por vergonha ou estigma (viés de informante). O prontuário, embora possa ter sub-registro, baseia-se em observações clínicas e diagnósticos formais.

c) Incorreta. Esta alternativa descreve exatamente a vantagem dos prontuários médicos, e não do autorrelato. Os prontuários são melhores para identificar condições já diagnosticadas formalmente e são isentos do viés de memória da paciente.

d) Incorreta. Embora questionários possam ser aplicados em larga escala, a facilidade de coleta de grandes volumes de dados hoje em dia está muito ligada ao uso de bases de dados secundárias (prontuários eletrônicos e sistemas de informação em saúde), que permitem análises populacionais robustas sem a necessidade de entrevistar cada indivíduo.

e) Correta. Esta é a essência da pesquisa sobre qualidade de vida. O prontuário médico foca no diagnóstico e no tratamento (visão biomédica), mas frequentemente falha em captar como as doenças interagem na rotina do paciente. O autorrelato permite que a Dra. Clara entenda a percepção subjetiva da paciente, o grau de sofrimento, a limitação funcional e como a soma de várias doenças afeta o cotidiano daquela mulher climatérica. Para estudar "impacto na qualidade de vida", a voz do paciente é a fonte de dados mais fidedigna, pois reflete a experiência vivida da doença.

Gabarito: Alternativa (e).

Questão 98

Esta questão aborda um cenário clássico da Medicina de Família e Comunidade e da Geriatria: o manejo da multimorbidade em pacientes idosos e frágeis. O desafio central é equilibrar as diretrizes clínicas específicas para cada doença com o bem-estar global da paciente, evitando a iatrogenia e respeitando a autonomia e os valores da pessoa.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Focar exclusivamente em infecções e úlceras de pressão é uma visão fragmentada. Embora sejam problemas importantes, o cuidado integral exige olhar para a paciente como um todo. Além disso, medidas agressivas para "cura" em uma paciente com demência moderada e diversas comorbidades podem ser desproporcionais e gerar mais sofrimento sem ganho real em qualidade de vida.

Alternativa b) Incorreta. Manter todos os medicamentos atuais e focar apenas nos objetivos da casa de repouso ignora o conceito de prevenção quaternária. Em pacientes com esse perfil, muitas vezes é necessário realizar a desprescrição (retirada de medicamentos que não trazem mais benefício ou que causam riscos) para evitar a polifarmácia e efeitos adversos.

Alternativa c) Incorreta. O controle glicêmico rigoroso em idosos frágeis com demência é altamente perigoso, aumentando o risco de hipoglicemias graves, quedas e mortalidade. Seguir diretrizes de doenças isoladas em casos de multimorbidade é um erro comum que leva à sobremedicalização e piora dos desfechos clínicos. O foco deve mudar de desfechos biomédicos para desfechos centrados na pessoa.

Alternativa d) Correta (Gabarito). Esta é a conduta que melhor exemplifica o Método Clínico Centrado na Pessoa e a Prevenção Quaternária. Em idosos com prognóstico reservado e multimorbidade, o plano de cuidados deve ser pactuado por meio da tomada de decisão compartilhada com a família (já que a paciente tem demência). O objetivo principal passa a ser o conforto, a funcionalidade e a qualidade de vida, protegendo a paciente de intervenções excessivas e desnecessárias (sobremedicalização) que causam mais danos do que benefícios.

Alternativa e) Incorreta. Garantir a execução de todas as diretrizes para cada agravo é a receita para o desastre no contexto da multimorbidade. Isso geraria uma carga de tratamento insuportável para a paciente e para os cuidadores, além de aumentar

drasticamente o risco de interações medicamentosas e iatrogenias. O cuidado na multimorbidade exige priorização e individualização, e não a soma cega de protocolos.

Questão 99

Esta questão avalia a capacidade do médico de interpretar escores de risco cardiovascular e aplicar os "fatores agravantes de risco" ou "redutores de risco" na prática clínica, além de definir a conduta diagnóstica inicial para a hipertensão arterial.

Alternativa A: Incorreta. Embora existam estudos observacionais sugerindo que o consumo leve a moderado de álcool possa ter efeito protetor, isso nunca deve ser utilizado para reduzir o risco calculado de um paciente, especialmente um tabagista com níveis pressóricos elevados. Além disso, o consumo relatado (12 latas por semana) já se aproxima do limite de moderado para pesado, podendo contribuir para o aumento da pressão arterial.

Alternativa B: Incorreta. A história familiar de evento cardiovascular prematuro (pai com 54 anos) é, de fato, um fator agravante que aumenta o risco real acima do calculado pela tabela. No entanto, não há urgência na solicitação de novos exames laboratoriais, visto que o paciente já realizou dosagens de colesterol total, HDL e glicemia há apenas um mês. O foco deve ser a confirmação diagnóstica da hipertensão arterial e a intervenção nos hábitos de vida.

Alternativa C: Incorreta. O uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como o diclofenaco, é um fator agravante de risco cardiovascular e pode elevar a pressão arterial. Entretanto, a prescrição imediata de estatina para um risco de 9% (risco intermediário), sem antes tentar mudanças no estilo de vida e confirmar o diagnóstico de hipertensão, não é a prioridade absoluta no dia de hoje, segundo as diretrizes brasileiras. Além disso, o diclofenaco deve ser descontinuado ou substituído, se possível.

Alternativa D: Correta. Fatores socioeconômicos (baixa escolaridade, baixa renda) são reconhecidamente marcadores de maior risco cardiovascular, pois dificultam o acesso a alimentos saudáveis, ao lazer e à adesão ao tratamento. Como o paciente apresentou uma pressão arterial de 146/96 mmHg em uma única consulta (hipertensão estágio 1) e seu risco cardiovascular global é elevado por fatores agravantes, a conduta correta é investigar hábitos alimentares e confirmar o diagnóstico de hipertensão. A Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é uma excelente ferramenta para descartar o "efeito do avental branco" e confirmar o diagnóstico antes de iniciar o tratamento medicamentoso definitivo.

Alternativa E: Incorreta. O sedentarismo é um fator de risco modificável importante, mas não se pode afirmar que o exercício, isoladamente, seja a "maior recomendação" capaz de reduzir a pressão e o colesterol aos níveis desejados sem considerar a cessação do tabagismo e a confirmação diagnóstica da hipertensão. O foco deve ser multiprofissional e abranger todos os fatores de risco.

Questão 100

Esta questão aborda a aplicação clínica dos escores de risco cardiovascular e a interpretação de suas discrepâncias quando aplicados à população brasileira.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. As tabelas da Organização Mundial da Saúde (OMS), especificamente as tabelas OMS/ISH, não foram desenvolvidas a partir de uma coorte de pacientes brasileiros. Elas utilizam modelos matemáticos baseados em dados epidemiológicos globais e são calibradas por sub-regiões (no caso do Brasil, a região "Américas B"). Portanto, não se trata de um acompanhamento científico de uma coorte contemporânea nacional.

b) Incorreta. Embora a confirmação da pressão arterial e a repetição de exames façam parte da boa prática clínica para o diagnóstico de hipertensão ou dislipidemia, a questão foca na divergência entre os escores de risco já calculados. Além disso, recomendações de mudanças no estilo de vida (como cessação do tabagismo e dieta) não devem ser postergadas, independentemente da precisão absoluta do cálculo de risco inicial.

c) Incorreta. O escore de Framingham (versão 2008) utiliza variáveis como idade, sexo, tabagismo, colesterol total, HDL e pressão arterial sistólica. O Índice de Massa Corporal (IMC) e a ingestão etílica não fazem parte do cálculo padrão dessa calculadora específica. Existe uma versão de Framingham baseada em IMC para quando o laboratório não está disponível, mas não é o caso descrito, e o álcool não é uma variável direta em nenhuma das versões clássicas.

d) Correta. Esta é a explicação epidemiológica clássica para a divergência. O estudo original de Framingham iniciou-se na década de 1940 nos EUA, com uma população majoritariamente branca e de classe média. Naquela época, o risco cardiovascular basal era muito mais elevado e o perfil de exposição a fatores de risco era diferente do atual. Quando aplicamos esse modelo em populações de países em desenvolvimento ou em contextos contemporâneos, ele tende a superestimar o risco real do paciente. Por isso, a calibração de escores para a realidade local é

fundamental.

e) Incorreta. As condutas para um risco de 9% (risco baixo a moderado) e 33% (risco muito alto) são significativamente diferentes. Um risco de 33% exige intervenção medicamentosa imediata e agressiva com estatinas e controle pressórico rigoroso. Já um risco de 9% permite uma abordagem inicial mais focada em mudanças de estilo de vida antes de decidir pela farmacoterapia, dependendo das metas terapêuticas. Portanto, a faixa de risco mencionada altera drasticamente a conduta clínica.
