

HPP

GABARITO | 2026 | PR | 100 Questões



Gabarito: HPP

2026 | PR

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do caso: O paciente apresenta um quadro clínico e eletrocardiográfico clássico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) em parede anterior, com 90 minutos de evolução. O ponto crucial da questão é decidir a estratégia de reperfusão baseada na logística e no tempo de transporte.

Alternativa A: Incorreta. As diretrizes nacionais e internacionais estabelecem que a angioplastia primária (estratégia invasiva) é preferível, desde que possa ser realizada em até 120 minutos após o diagnóstico. Como o hospital de referência fica a 2 horas (120 minutos) de distância apenas de deslocamento, o tempo total até a abertura do vaso certamente excederá esse limite. Nesse cenário, a transferência imediata sem a realização de trombólise no local de origem atrasa perigosamente a reperfusão.

Alternativa B: Correta. Quando o tempo previsto para a realização da angioplastia primária é superior a 120 minutos, a conduta de escolha é a estratégia fármaco-invasiva, iniciando-se a trombólise química no hospital sem hemodinâmica (idealmente nos primeiros 30 minutos). Para o sucesso da terapia e prevenção de reoclusão, o fibrinolítico deve ser obrigatoriamente administrado em conjunto com a dupla antiagregação plaquetária (AAS + Clopidogrel) e anticoagulação plena (geralmente com Enoxaparina).

Alternativa C: Incorreta. Embora o fibrinolítico seja o agente responsável pela lise do trombo agudo, ele não substitui a necessidade das outras terapias antitrombóticas. O uso de AAS, Clopidogrel e anticoagulantes é fundamental para evitar a propagação do trombo e a reoclusão coronariana precoce. O risco de sangramento é inerente ao tratamento, mas o benefício na redução de mortalidade é amplamente superior na ausência de contraindicações.

Alternativa D: Incorreta. O diagnóstico de IAMCSST é firmado com a clínica de dor torácica e as alterações no ECG. Aguardar o resultado de biomarcadores (troponina) para definir a conduta é um erro grave, pois retarda a reperfusão e aumenta a perda de miocárdio viável. No infarto com supra de ST, não se espera troponina para tratar.

Questão 2

Análise do caso clínico: O paciente de 52 anos apresenta um perfil de alto risco cardiovascular devido à presença de síndrome metabólica, obesidade e hipertensão arterial estágio 2 (confirmada por duas medidas de 160/95 mmHg). Segundo as Diretrizes Brasileiras de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose, pacientes com múltiplos fatores de risco ou hipertensão estágio 2 associada a outros agravantes são classificados como de alto risco.

Meta terapêutica: Para pacientes de alto risco cardiovascular, a meta de LDL-c preconizada é inferior a 70 mg/dL. O paciente apresenta LDL basal de 172 mg/dL. Para atingir a meta de 70 mg/dL, é necessária uma redução de aproximadamente 60% nos níveis de LDL-c.

Alternativa a) Incorreta. Os fibratos são indicados como primeira escolha apenas em casos de hipertrigliceridemia isolada grave (triglicerídeos acima de 500 mg/dL), visando à prevenção de pancreatite. Para a redução do risco cardiovascular focado no LDL, as estatinas são a droga de escolha, mesmo com triglicerídeos levemente elevados (260 mg/dL).

Alternativa b) Incorreta. A sinvastatina 20 mg é uma estatina de moderada potência. Medicamentos desse grupo reduzem o LDL-c, em média, entre 30% e 49%. Como o paciente necessita de uma redução superior a 50% para sair de 172 mg/dL e chegar à meta de 70 mg/dL, a sinvastatina nessa dosagem seria insuficiente para o controle adequado.

Alternativa c) Correta. Estatinas de alta potência, como a atorvastatina (40 a 80 mg) ou a rosuvastatina (20 a 40 mg), são capazes de reduzir os níveis de LDL-c em 50% ou mais. Esta é a conduta indicada para pacientes de alto risco cardiovascular que necessitam de reduções substanciais do colesterol para atingir as metas terapêuticas.

Alternativa d) Incorreta. Mudanças no estilo de vida, como dieta hipolipídica e atividade física, devem ser sempre recomendadas. No entanto, em pacientes de alto risco cardiovascular com níveis de LDL consideravelmente acima da meta, a intervenção farmacológica com estatinas deve ser iniciada de imediato, em conjunto com as medidas não farmacológicas. Não é correto aguardar 6 meses para tratar um paciente com esse perfil de risco.

Questão 3

Para resolver essa questão, devemos analisar dois pontos principais: a classificação da hipertensão arterial e a estratificação de risco cardiovascular do paciente, baseando-se nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Análise do Caso Clínico:

1. Classificação da Pressão Arterial: O paciente apresenta níveis pressóricos de 160/95 mmHg e 158/92 mmHg. De acordo com as diretrizes, valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 160-179 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 100-109 mmHg classificam o paciente como hipertenso estágio 2. Como o maior valor (160 mmHg) atinge o critério de estágio 2, essa é a classificação adotada.

2. Estratificação de Risco: O paciente possui diversos fatores de risco e comorbidades: é obeso, tem diagnóstico de síndrome metabólica e dislipidemia (LDL elevado e HDL baixo). Diante de hipertensão estágio 2 associada a múltiplos fatores de risco, o paciente é classificado como de alto risco cardiovascular.

3. Conduta Terapêutica: Para pacientes com hipertensão estágio 2 ou estágio 1 de alto risco cardiovascular, a recomendação inicial das diretrizes é a terapia combinada (uso de dois fármacos de classes diferentes em doses baixas ou plenas). As combinações preferenciais envolvem um Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou um Bloqueador dos Receptores de Angiotensina (BRA), associados a um Bloqueador dos Canais de Cálcio (BCC) ou a um Diurético Tiazídico.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Correta: Esta opção propõe a terapia combinada com Enalapril (IECA) e Anlodipino (BCC). Essa é a conduta padrão para um hipertenso estágio 2 com alto risco cardiovascular, visando ao alcance mais rápido da meta pressórica e à proteção de órgãos-alvo. O Enalapril também é benéfico no contexto da síndrome metabólica.

Alternativa (b) Incorreta: A monoterapia com diurético tiazídico é indicada apenas para hipertensos estágio 1 com risco cardiovascular baixo ou moderado, ou para idosos muito idosos/frágeis. No estágio 2, a monoterapia raramente é suficiente para atingir as metas.

Alternativa (c) Incorreta: As medidas não farmacológicas (estilo de vida) devem ser indicadas para todos os pacientes, mas no estágio 2 de alto risco, elas nunca devem ser a única conduta. O tratamento medicamentoso deve ser iniciado imediatamente após a confirmação do diagnóstico.

Alternativa (d) Incorreta: A Losartana é um excelente medicamento (classe dos BRA), porém a alternativa sugere monoterapia. Como discutido, o paciente em questão tem indicação formal de iniciar o tratamento com a combinação de duas drogas para o controle pressórico adequado.

Questão 4

Análise do Caso Clínico e Eletrocardiograma:

O traçado eletrocardiográfico apresenta uma taquicardia de complexo QRS estreito (inferior a 120 ms ou 3 quadradinhos), com ritmo regular e ausência de ondas P visíveis precedendo o QRS. Esse padrão é compatível com uma Taquicardia Supraventricular (TSV), sendo a Taquicardia por Reentrada Nodal a causa mais provável em um paciente jovem sem comorbidades. O quadro clínico descreve estabilidade hemodinâmica, evidenciada pela pressão arterial de 125/80 mmHg e boa saturação de oxigênio.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Correta. De acordo com as diretrizes de suporte avançado de vida cardiovascular (ACLS), o primeiro passo no manejo da taquicardia supraventricular estável consiste na realização de manobras vagais. A manobra de Valsalva (especialmente a técnica modificada) ou a massagem do seio carotídeo podem aumentar o tônus parassimpático e interromper o circuito de reentrada no nó atrioventricular, revertendo a arritmia de forma não invasiva.

Alternativa b) Incorreta. A amiodarona não é o fármaco de primeira escolha para taquicardias supraventriculares de complexo estreito. Ela é geralmente reservada para taquicardias de complexo largo (como a taquicardia ventricular) ou situações específicas de arritmias atriais em pacientes com disfunção ventricular, após falha de outras terapias.

Alternativa c) Incorreta. A adenosina é, de fato, a droga de primeira escolha para o tratamento farmacológico da TSV. No entanto, ela deve ser administrada apenas se as manobras vagais iniciais não forem bem-sucedidas. Como a questão solicita a conduta "inicial" em um paciente estável, a manobra vagal precede o uso de qualquer medicamento.

Alternativa d) Incorreta. A cardioversão elétrica sincronizada é o tratamento de escolha para pacientes com taquiarritmias que apresentam sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão, alteração do estado mental, sinais de choque, dor torácica isquêmica ou insuficiência cardíaca aguda). Como o paciente está estável

(normotenso), a conduta deve ser conservadora e escalonada, iniciando pelas manobras vagais.

Questão 5

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta uma exacerbação grave de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), caracterizada por dispneia, sibilância e uso de musculatura acessória. O ponto crítico para a escolha do dispositivo de oxigenioterapia em pacientes com DPOC é o risco de hipercapnia (retenção de CO₂) induzida pelo oxigênio. Nesses pacientes, o drive respiratório pode ser dependente da hipoxemia, e a oferta excessiva ou descontrolada de oxigênio pode levar à depressão respiratória e acidose. O objetivo da oxigenioterapia na DPOC é manter uma saturação periférica entre 88% e 92%.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A Máscara de Venturi é o dispositivo de escolha para pacientes com DPOC em vigência de insuficiência respiratória aguda. Ela utiliza o princípio de Bernoulli para fornecer uma Fração Inspirada de Oxigênio (FiO₂) exata e constante, independentemente do padrão respiratório do paciente. Isso permite um controle rigoroso da oferta de oxigênio, evitando a hiperóxia e o conseqüente risco de narcose por CO₂, garantindo que o alvo de saturação (88-92%) seja atingido com segurança.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Cateter nasal convencional de baixo fluxo: Embora seja confortável, é um dispositivo de performance variável. A FiO₂ real que o paciente recebe depende do seu volume-minuto e frequência respiratória. Em um paciente com desconforto respiratório e uso de musculatura acessória, o fluxo inspiratório é alto e instável, tornando impossível garantir uma oferta precisa de oxigênio.

b) Cateter nasal de alto fluxo (CNAF): É uma tecnologia avançada que fornece oxigênio aquecido e umidificado com fluxos de até 60 L/min. Apesar de ter papel crescente na insuficiência respiratória, não é a primeira escolha clássica para o manejo inicial da DPOC em provas de residência, sendo geralmente reservado para casos que não respondem à terapia convencional ou que necessitam de uma pequena pressão positiva.

c) Máscara de não reinalação com reservatório: É um dispositivo de alto fluxo que entrega concentrações elevadas de oxigênio (acima de 80-90%). No paciente com

DPOC, esse dispositivo é perigoso, pois a oferta excessiva de oxigênio pode suprimir o drive respiratório hipóxico, piorar o desequilíbrio ventilação-perfusão e levar à acidose respiratória grave e coma hipercápnico. É contraindicada como primeira abordagem neste cenário, a menos que haja hipoxemia refratária grave ou parada iminente.

CONCLUSÃO

Diante de um paciente com DPOC exacerbada, a prioridade é a oferta controlada e precisa de oxigênio para evitar a retenção de CO₂. A Máscara de Venturi é o único dispositivo entre as opções que garante uma FiO₂ fixa e titulada, sendo, portanto, a conduta mais adequada.

Questão 6

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta diversos fatores de risco que indicam a necessidade de profilaxia para Tromboembolismo Venoso (TEV). Seguindo modelos de estratificação de risco, como o Escore de Pádua, ele pontua por ter idade superior a 70 anos, doença infecciosa aguda (pneumonia), obesidade (IMC 33) e por estar restrito ao leito. Em pacientes clínicos hospitalizados com alto risco de eventos tromboembólicos e sem contraindicações hemorrágicas, a profilaxia farmacológica com heparinas é a conduta padrão.

ALTERNATIVAS

a) Rivaroxabana 15mg via oral ao dia.

Incorreta. Os anticoagulantes orais diretos (DOACs), como a rivaroxabana, possuem indicação bem estabelecida para profilaxia em pós-operatórios de cirurgias ortopédicas de grande porte (quadril e joelho). No entanto, para o paciente clínico agudamente enfermo internado, as heparinas continuam sendo a primeira escolha recomendada pelas principais diretrizes. Além disso, a dose de 15 mg não é a dose padrão utilizada para profilaxia de rotina nesse contexto.

b) Enoxaparina 1 mg/kg subcutânea a cada 12 horas.

Incorreta. Esta dosagem caracteriza uma anticoagulação plena ou terapêutica. Ela é indicada para o tratamento de um TEV já diagnosticado (trombose venosa profunda ou embolia pulmonar) ou para quadros de síndrome coronariana aguda. Para fins de prevenção (profilaxia), utilizam-se doses significativamente menores para minimizar o risco de sangramento.

c) Enoxaparina 40 mg subcutânea uma vez ao dia.

Correta. Esta é a medida farmacológica mais adequada. A enoxaparina é uma Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) e a dose de 40 mg ao dia é o regime de escolha para profilaxia de TEV em pacientes clínicos com risco elevado, apresentando um perfil de segurança e eficácia superior ou equivalente à heparina não fracionada, com a conveniência de apenas uma aplicação diária.

d) Ácido acetilsalicílico 100 mg via oral ao dia.

Incorreta. O ácido acetilsalicílico (AAS) age como antiagregante plaquetário. Embora tenha papel fundamental na prevenção de doenças arteriais, ele é considerado muito inferior às heparinas na prevenção de fenômenos tromboembólicos venosos em pacientes clínicos internados. Portanto, não deve ser utilizado como estratégia isolada de profilaxia de TEV neste cenário.

Questão 7

Essa questão aborda o manejo inicial da pancreatite aguda, um tema frequente em provas de residência. O paciente apresenta o quadro clínico clássico (dor em faixa e náuseas) e laboratorial (amilase e lipase elevadas) que confirmam o diagnóstico.

A alternativa (a) está incorreta porque o uso de antibióticos de forma profilática não é recomendado na pancreatite aguda, independentemente da gravidade inicial. A antibioticoterapia deve ser reservada apenas para casos com evidência de infecção (como necrose pancreática infectada confirmada ou suspeita após a segunda semana), ou para focos extrapancreáticos (pneumonia, infecção urinária).

A alternativa (b) está correta e reflete as diretrizes atuais (como as da Associação Internacional de Pancreatologia e do Colégio Americano de Gastroenterologia). A hidratação venosa precoce e vigorosa é o pilar do tratamento para manter a perfusão microvascular do pâncreas e prevenir a necrose. O Ringer Lactato é a solução de escolha, pois estudos sugerem que ele reduz a resposta inflamatória sistêmica em comparação com o Soro Fisiológico 0,9%. Além disso, a analgesia é fundamental, e a introdução da dieta deve ser feita de forma precoce, assim que tolerada pelo paciente, para preservar a barreira intestinal e reduzir o risco de translocação bacteriana e complicações infecciosas.

A alternativa (c) está incorreta. O conceito antigo de repouso pancreático absoluto por longos períodos (jejum prolongado) caiu em desuso. Manter o paciente em jejum por 7 dias aumenta o risco de complicações, atrofia da mucosa intestinal e infecções. Se o paciente não tolerar a dieta oral, a preferência é pela nutrição enteral em vez de manter o jejum prolongado ou iniciar nutrição parenteral.

A alternativa (d) está incorreta. A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) não é um exame de rotina para pancreatite aguda. Ela está indicada apenas em casos de pancreatite de origem biliar associada a colangite ou obstrução biliar persistente (icterícia progressiva). No caso descrito, o paciente é etilista crônico, o que sugere etiologia alcoólica, e não há sinais de colangite que justifiquem o procedimento imediato.

Questão 8

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta hipercalcemia (cálcio = 12,5 mg/dL) com PTH suprimido (9 pg/mL), o que caracteriza uma hipercalcemia PTH-independente. O dado fundamental é a elevação da 1,25(OH)₂ vitamina D (calcitriol) associada a uma investigação de doença pulmonar, com níveis normais de 25(OH) vitamina D (calcidiol). Esse cenário é clássico de doenças granulomatosas, como a sarcoidose.

Alternativa (a): CORRETA. Em patologias granulomatosas, os macrófagos que compõem os granulomas possuem a enzima 1-alfa-hidroxilase. Diferentemente da enzima presente nos rins, a 1-alfa-hidroxilase dos macrófagos não é regulada pelo PTH ou pelos níveis de cálcio, agindo de forma autônoma. Isso leva a uma conversão excessiva e descontrolada de 25(OH) vitamina D em 1,25(OH)₂ vitamina D (forma ativa), que, por sua vez, aumenta a absorção intestinal de cálcio, causando a hipercalcemia.

Alternativa (b): INCORRETA. Na intoxicação por vitamina D (geralmente por ingestão excessiva de suplementos), o achado laboratorial característico é a elevação acentuada da 25(OH) vitamina D, frequentemente acima de 100 ou 150 ng/mL. No caso descrito, o nível de 25(OH) vitamina D está normal (35 ng/mL).

Alternativa (c): INCORRETA. O PTH do paciente está suprimido (9 pg/mL), o que descarta o hiperparatireoidismo primário ou qualquer hipersecreção de PTH. Nas doenças granulomatosas, a hipercalcemia ocorre apesar da supressão das paratireoides.

Alternativa (d): INCORRETA. O peptídeo relacionado ao PTH (PTHrP) é o principal mecanismo da hipercalcemia humoral da malignidade (comum em carcinomas de células escamosas). Embora o PTHrP cause supressão do PTH, ele geralmente não eleva os níveis de 1,25(OH)₂ vitamina D; pelo contrário, o calcitriol costuma estar baixo ou normal nesses casos. A elevação nítida do calcitriol no exame direciona o diagnóstico para a atividade inflamatória macrofágica.

Questão 9

As novas diretrizes da Lancet Diabetes e Endocrinology Commission (2025) propõem uma mudança fundamental no diagnóstico da obesidade: a transição de uma definição baseada estritamente no Índice de Massa Corporal (IMC) para uma definição baseada no impacto na saúde. A obesidade clínica passa a ser caracterizada pelo excesso de adiposidade que efetivamente compromete a saúde, gera complicações metabólicas ou causa limitações funcionais e psicológicas.

Alternativa (a) está incorreta. Embora o paciente apresente um IMC de 34 kg/m^2 , ele é descrito como assintomático e sem alterações laboratoriais ou funcionais. De acordo com a nova proposta, o IMC elevado por si só, sem evidência de prejuízo orgânico ou disfunção do tecido adiposo, não é suficiente para o diagnóstico de obesidade clínica, priorizando-se a identificação de danos reais à saúde.

Alternativa (b) está correta. Este caso exemplifica a aplicação prática dos novos critérios. Mesmo com um IMC de 29 kg/m^2 (tradicionalmente classificado como sobrepeso), a paciente apresenta circunferência abdominal aumentada (indicando adiposidade visceral) e, principalmente, um prejuízo funcional relacionado ao excesso de peso (dor articular crônica com limitação de atividades). Para a nova diretriz, o diagnóstico de obesidade deve ser estabelecido quando há prejuízo à saúde decorrente da gordura corporal, mesmo em indivíduos com IMC abaixo de 30 kg/m^2 .

Alternativa (c) está incorreta. O IMC é uma medida imprecisa para atletas devido à elevada massa muscular. O IMC de 32 kg/m^2 neste paciente reflete hipertrofia e não necessariamente excesso de tecido adiposo patológico. A hipertensão controlada isolada, em um contexto de alta performance física, não sustenta o diagnóstico de obesidade clínica pelos novos critérios focados na adiposidade.

Alternativa (d) está incorreta. Semelhante à alternativa (a), o IMC de 31 kg/m^2 sem qualquer sintoma, alteração de exames ou prejuízo funcional não preenche os requisitos para a classificação de obesidade clínica. A comissão busca evitar a patologização baseada apenas em números, exigindo a presença de impacto clínico negativo para definir a doença.

Questão 10

O paciente apresenta obesidade grau II (IMC de 36 kg/m^2) e comorbidades associadas (esteatose hepática e dor articular crônica), além de falha documentada no tratamento não farmacológico (mudanças no estilo de vida) por 6 meses. Nesses casos, a introdução de farmacoterapia está formalmente indicada.

Alternativa A: Incorreta. A sibutramina é um fármaco inibidor da recaptação de

noradrenalina e serotonina que promove saciedade. Embora seja uma opção terapêutica, não é a primeira escolha neste cenário. Ela apresenta um perfil de efeitos colaterais mais robusto (como aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca) e não possui os benefícios metabólicos específicos na esteatose hepática que outras classes mais modernas oferecem.

Alternativa B: Correta. Os agonistas do receptor de GLP-1 (como a semaglutida e a liraglutida) são atualmente a primeira linha de tratamento farmacológico para obesidade em pacientes com o perfil descrito. Estudos clínicos (como os do programa STEP) demonstram que a semaglutida promove perda ponderal significativamente superior aos demais fármacos orais, além de atuar diretamente na redução da gordura hepática, tratando a esteatose do paciente. O impacto na perda de peso também auxilia na redução da carga mecânica sobre os joelhos.

Alternativa C: Incorreta. A metformina é uma excelente medicação para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 e da resistência insulínica, mas não é considerada uma droga potente para o tratamento da obesidade. A perda de peso associada à metformina é modesta e não atende às necessidades de um paciente com IMC de 36 que precisa de redução ponderal expressiva.

Alternativa D: Incorreta. Os antidepressivos tricíclicos não têm papel no tratamento da obesidade. Na verdade, a maioria dos fármacos desta classe, como a amitriptilina, tem como efeito colateral comum o ganho de peso e o aumento do apetite, o que seria prejudicial ao paciente em questão.

Em resumo, a alternativa B é a correta, pois a semaglutida oferece a maior eficácia em perda de peso entre as opções citadas e traz benefícios adicionais para a esteatose hepática do paciente.

Questão 11

A questão descreve um paciente de 60 anos com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e alto risco cardiovascular, evidenciado pelo infarto agudo do miocárdio prévio e pela presença de proteinúria (marcador de doença renal). Com uma HbA1c de 8,2%, o controle glicêmico está inadequado. Segundo as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA), em pacientes com doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida, a escolha da terapia adjunta à metformina deve priorizar classes com benefício cardiovascular comprovado, especificamente os agonistas do receptor de GLP-1 (GLP-1 RA) ou os inibidores de SGLT2 (SGLT2i).

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A semaglutida é um agonista do receptor

de GLP-1. Esta classe é fortemente recomendada para pacientes com doença cardiovascular estabelecida porque demonstrou, em grandes estudos clínicos, a capacidade de reduzir o risco de eventos cardiovasculares maiores (MACE), como novo infarto, AVC ou morte cardiovascular. Além disso, a semaglutida possui alta potência na redução da HbA1c e auxilia na perda ponderal significativa, além de oferecer benefícios na redução da progressão da proteinúria.

Alternativa b: Incorreta. A glibenclamida é uma sulfonilureia. Apesar de ser eficaz na redução da glicemia e ter baixo custo, ela não oferece proteção cardiovascular ou renal. Pelo contrário, está associada a riscos significativos de hipoglicemia e ganho de peso, sendo uma opção menos favorável para pacientes com perfil de risco cardiovascular elevado quando existem outras alternativas disponíveis.

Alternativa c: Incorreta. A sitagliptina é um inibidor da DPP-4. Embora seja uma droga segura e bem tolerada do ponto de vista cardiovascular (neutralidade demonstrada em estudos como o TECOS), ela não oferece proteção adicional ou redução de eventos maiores como o infarto. Em pacientes que já sofreram um evento cardiovascular, as diretrizes orientam preferir medicamentos que tragam benefício superior à neutralidade.

Alternativa d: Incorreta. A insulina glargina é uma ferramenta potente para o controle glicêmico, especialmente quando a HbA1c está distante da meta. No entanto, em termos de desfechos cardiovasculares, ela é considerada neutra (estudo ORIGIN). Ela não possui o mesmo papel de proteção contra a progressão da nefropatia diabética que os agonistas de GLP-1 ou os inibidores de SGLT2 proporcionam para pacientes com proteinúria.

Questão 12

A questão aborda o tratamento inicial da Trombose Venosa Profunda (TVP) proximal em um paciente estável e com função renal preservada. Atualmente, as principais diretrizes nacionais e internacionais (como o CHEST e a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular) recomendam os Anticoagulantes Orais Diretos (DOACs) como primeira escolha para o tratamento de pacientes sem contraindicações ou câncer, devido à maior conveniência, dispensabilidade de monitorização laboratorial do RNI e menor risco de sangramento intracraniano.

Alternativa (a): CORRETA. A Rivaroxabana é um inibidor direto do fator Xa que permite o tratamento em regime de monoterapia, ou seja, sem a necessidade de uma "ponte" inicial com heparina injetável. O esquema posológico aprovado para o tratamento da fase aguda da TVP e EP (Embolia Pulmonar) é exatamente o descrito: 15 mg via oral a cada 12 horas por 21 dias (fase de ataque), seguido de 20 mg uma

vez ao dia (fase de manutenção).

Alternativa (b): INCORRETA. Embora a Apixabana também seja um DOAC que permite monoterapia, a dosagem citada está errada para o início do tratamento. Para TVP aguda, a dose de ataque da Apixabana deve ser de 10 mg via oral a cada 12 horas durante os primeiros 7 dias. Após esse período, a dose de manutenção passa a ser de 5 mg a cada 12 horas.

Alternativa (c): INCORRETA. A dose de Enoxaparina de 40 mg uma vez ao dia é uma dose profilática, indicada para prevenção de tromboembolismo em pacientes hospitalizados. Para o tratamento de uma TVP já estabelecida (dose terapêutica), a posologia correta da Enoxaparina é de 1 mg/kg por via subcutânea a cada 12 horas (ou 1,5 mg/kg uma vez ao dia).

Alternativa (d): INCORRETA. Este é o esquema tradicional de anticoagulação com antagonista da vitamina K (Varfarina) e ponte de heparina. Embora seja um tratamento eficaz, ele não é mais considerado a conduta inicial "mais adequada" ou de primeira escolha para pacientes estáveis com boa função renal. A Varfarina demora de 3 a 5 dias para atingir o efeito pleno, exige exames frequentes de RNI e apresenta mais interações medicamentosas e alimentares do que os novos anticoagulantes orais, como a Rivaroxabana mencionada na alternativa A.

Questão 13

Esta questão aborda as diretrizes de rastreamento oncológico para uma paciente de 52 anos, classificada como risco habitual (assintomática e sem histórico familiar).

Alternativa (a) Incorreta. O rastreamento do câncer colorretal para a população de risco habitual não deve ser iniciado aos 30 anos. De acordo com as principais diretrizes, como as do Ministério da Saúde e do USPSTF, o início deve ocorrer entre os 45 e 50 anos de idade. Além disso, embora a pesquisa de sangue oculto seja um método válido, a idade proposta na alternativa está equivocada.

Alternativa (b) Incorreta. A endoscopia digestiva alta (EDA) não é preconizada como um exame de rastreamento populacional de rotina para pacientes assintomáticos na população geral. Ela é solicitada com base em sintomas clínicos ou em populações de altíssimo risco para câncer gástrico em regiões endêmicas específicas, o que não se aplica ao caso descrito.

Alternativa (c) Incorreta. A ressonância magnética (RM) de mamas não é o exame de escolha para o rastreamento da população geral. O exame padrão-ouro para o rastreamento do câncer de mama é a mamografia. A RM é reservada para mulheres

de alto risco (como portadoras de mutações genéticas, como BRCA1/2, ou com risco calculado muito elevado), geralmente associada à mamografia, e não como método isolado para a população de risco habitual.

Alternativa (d) Correta. A colonoscopia é considerada o padrão-ouro para o rastreamento do câncer colorretal por permitir a visualização direta do cólon e a retirada de lesões precursoras (pólipos). Para indivíduos de risco habitual, as diretrizes recomendam iniciar o rastreamento aos 45 ou 50 anos. Como a paciente tem 52 anos, ela está na faixa etária indicada. Caso o exame de colonoscopia esteja normal, o intervalo de repetição recomendado é a cada 10 anos.

Questão 14

Análise do caso clínico:

A paciente de 25 anos apresenta um quadro clássico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). O diagnóstico é corroborado pela presença de critérios clínicos (alopecia, úlceras orais e artralgias) e laboratoriais (FAN 1:640, anti-DNA nativo positivo e consumo de complemento). O achado fundamental para definir a conduta é a proteinúria de 1,5 g/24h, que indica o acometimento renal (nefrite lúpica), uma manifestação grave da doença que exige tratamento agressivo para evitar a falência renal.

Por que a alternativa (c) está correta:

A presença de proteinúria significativa (acima de 0,5 g/24h), especialmente quando associada a marcadores de atividade imunológica (anti-DNA positivo e hipocomplementemia), aponta para uma nefrite lúpica ativa. O tratamento padrão para indução de remissão em manifestações orgânicas graves, como a nefrite, consiste obrigatoriamente na associação de corticoterapia sistêmica (geralmente em doses elevadas ou pulsoterapia com metilprednisolona) e um agente imunossupressor (como micofenolato de mofetila ou ciclofosfamida).

Análise das alternativas incorretas:

a) Hidroxicloroquina isoladamente como tratamento inicial: Embora a hidroxicloroquina seja indicada para todos os pacientes com LES por reduzir a mortalidade e o número de exacerbações, ela não é suficiente para controlar isoladamente uma manifestação grave como a nefrite lúpica. Ela deve ser usada de forma adjuvante ao tratamento principal.

b) Anti-inflamatórios não esteroidais em monoterapia: Os AINEs servem apenas para

o controle sintomático de dores articulares leves. No LES com envolvimento sistêmico e renal, eles nunca devem ser usados como monoterapia. Além disso, devem ser evitados em pacientes com proteinúria e suspeita de nefrite devido ao risco de nefrotoxicidade e redução da taxa de filtração glomerular.

d) Rituximabe como primeira linha de tratamento: O rituximabe é um anticorpo monoclonal anti-CD20 reservado geralmente para casos de LES refratários ao tratamento convencional com corticoides e imunossupressores de primeira linha (como micofenolato e ciclofosfamida), não sendo a escolha inicial padrão na maioria dos protocolos.

Questão 15

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar as duas principais causas de anemia microcítica que apresentam ferro sérico baixo: a anemia ferropriva e a anemia de doença crônica (ADC).

O paciente apresenta artrite reumatoide, uma doença inflamatória crônica ativa. Em estados inflamatórios, ocorre a liberação de citocinas (como a interleucina-6) que estimulam a produção de hepcidina pelo fígado. A hepcidina bloqueia a ferroportina, impedindo a saída do ferro dos seus estoques (macrófagos e hepatócitos) para o sangue e reduzindo a absorção intestinal de ferro.

Análise dos dados laboratoriais:

1. Ferritina (180 ng/mL): É o parâmetro mais discriminatório. Na anemia ferropriva, a ferritina estaria obrigatoriamente baixa (geralmente menor que 30 ng/mL), refletindo a falta de estoque. Na anemia de doença crônica, a ferritina está normal ou aumentada, pois o ferro está "preso" dentro das células de estoque e a própria ferritina se comporta como um reagente de fase aguda.

2. TIBC (240 µg/dL): A capacidade total de ligação do ferro reflete indiretamente a quantidade de transferrina circulante. Na deficiência de ferro, o corpo aumenta a produção de transferrina para tentar captar qualquer ferro disponível, elevando o TIBC. Na inflamação (ADC), o TIBC está baixo ou no limite inferior da normalidade.

3. VCM (78 fL): A anemia de doença crônica é classicamente normocítica e normocrômica, mas em cerca de 30% a 50% dos casos de longa duração, pode se tornar microcítica, como no caso deste paciente.

Alternativa (a) Correta: O quadro clínico de doença inflamatória crônica (artrite reumatoide) associado a ferro sérico baixo com ferritina normal/alta e TIBC reduzido

é o perfil clássico da anemia de doença crônica.

Alternativa (b) Incorreta: Na anemia ferropriva, além de a história clínica geralmente envolver perdas sanguíneas ou má absorção, os exames mostrariam ferritina baixa (estoques vazios) e TIBC elevado (alta disponibilidade de transporte para pouco ferro).

Alternativa (c) Incorreta: A deficiência de vitamina B12 causa uma anemia megaloblástica, caracterizada por macrocitose (VCM significativamente elevado, geralmente acima de 100-110 fL), o que contradiz o VCM de 78 fL apresentado.

Alternativa (d) Incorreta: Anemias hemolíticas são tipicamente normocíticas ou macrocíticas (pela reticulocitose compensatória). Além disso, apresentariam elevação de bilirrubina indireta e LDH, sem o padrão de sequestro de ferro (TIBC baixo e ferritina normal/alta) característico da inflamação.

Questão 16

EXEGESE DA QUESTÃO

O quadro clínico descreve um paciente com provável choque séptico de foco pulmonar. Ele permanece hipotenso e hiperlactatêmico (lactato 4,5 mmol/L) mesmo após a reposição volêmica inicial de 30 mL/kg. Segundo as diretrizes mais recentes da Surviving Sepsis Campaign e estudos importantes como o ANDROMEDA-SHOCK, a conduta agora deve focar na reavaliação da perfusão tecidual e na determinação da responsividade a fluidos através de métodos dinâmicos.

Alternativa A: CORRETA. Esta alternativa reflete as recomendações atuais. O tempo de enchimento capilar (CRT) mostrou-se, no estudo ANDROMEDA-SHOCK, uma ferramenta clínica eficaz e rápida para guiar a ressuscitação, sendo inclusive superior ou comparável ao clearance de lactato em alguns desfechos. Além disso, o uso de medidas dinâmicas de responsividade a fluidos, como a Manobra de Elevação Passiva das Pernas (PLR), é fortemente recomendado para decidir se o paciente ainda se beneficiará de mais volume ou se o fluido será apenas prejudicial (causando sobrecarga).

Alternativa B: INCORRETA. Embora a monitorização do lactato sérico seja importante para avaliar a resposta ao tratamento (clearance de lactato), basear a decisão de administrar mais 500 mL de cristalóide exclusivamente em um valor laboratorial, sem avaliar a responsividade hemodinâmica, aumenta o risco de balanço hídrico excessivamente positivo, o que está associado a maior mortalidade e tempo de ventilação mecânica.

Alternativa C: INCORRETA. A recomendação de 30 mL/kg é para a ressuscitação inicial (nas primeiras 3 horas). Após essa fase, não se deve administrar fluido de forma "padrão" ou fixa. A menção ao uso de Sonda Nasogástrica (SNG) para aguardar resposta hemodinâmica não possui embasamento técnico para monitorização de choque ou perfusão tecidual.

Alternativa D: INCORRETA. Embora o início precoce de vasopressores (como a noradrenalina) seja indicado quando a PAM permanece baixa após ou durante a expansão inicial, a alternativa está incorreta ao sugerir que se ignore a avaliação dinâmica de fluido-responsividade. A medicina moderna preconiza que, antes de cada nova etapa de infusão de volume, deve-se confirmar se o paciente é "fluido-responsivo" para evitar complicações de hiper-hidratação.

Questão 17

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico apresenta a tríade clássica de Adams-Hakim, que consiste em: 1) Distúrbio da marcha; 2) Declínio cognitivo; e 3) Incontinência urinária. A marcha descrita como em passos curtos e magnéticos (em que o paciente caminha como se os pés estivessem grudados no chão) é o sinal mais precoce e característico. O declínio cognitivo na Hidrocefalia de Pressão Normal (HPN) é tipicamente subcortical, manifestando-se com lentificação do raciocínio e desatenção, exatamente como descrito no enunciado. O achado radiológico de ventriculomegalia desproporcional à atrofia cortical (ou seja, ventrículos muito grandes para pouco alargamento de sulcos) confirma a suspeita, diferenciando-a de uma hidrocefalia ex-vacuo (causada por perda de massa cerebral).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A Demência com Corpos de Lewy caracteriza-se por flutuação cognitiva, alucinações visuais precoces e parkinsonismo espontâneo (rigidez e bradicinesia). Embora o paciente apresente lentificação, ele não possui a tríade rigidez/tremor/bradicinesia típica, e a marcha magnética é muito mais sugestiva de HPN.

Alternativa b) Incorreta. Na Doença de Alzheimer, o sintoma cardinal inicial costuma ser a perda de memória episódica, e não a alteração da marcha. No exame de imagem do Alzheimer, espera-se encontrar uma atrofia cortical e hipocampal que justifica o aumento dos ventrículos (hidrocefalia ex-vacuo), diferente da ventriculomegalia desproporcional citada.

Alternativa c) Incorreta. A Demência Vascular costuma apresentar um declínio em graus, com piora súbita associada a eventos isquêmicos ou hemorrágicos, além de sinais neurológicos focais. A marcha pode ser afetada, mas a imagem tipicamente mostraria múltiplas lesões de substância branca ou infartos lacunares, e não apenas ventriculomegalia isolada.

Alternativa d) Correta. O paciente preenche todos os critérios da Hidrocefalia de Pressão Normal: idade avançada, tríade clínica completa (marcha magnética, incontinência urinária e demência subcortical) e imagem tomográfica com aumento ventricular desproporcional à atrofia global. É o diagnóstico mais provável e uma causa importante de demência potencialmente reversível.

Questão 18

O quadro clínico descrito é clássico de leptospirose, especificamente em sua forma grave, conhecida como síndrome de Weil. Os pontos-chave para o diagnóstico são: febre, mialgia intensa (especialmente em panturrilhas), sufusão conjuntival (olhos vermelhos sem secreção), icterícia rubínica, insuficiência renal aguda (creatinina de 3,2 mg/dL) e manifestações hemorrágicas (hemoptise e plaquetopenia). A presença de hipotensão e taquicardia indica instabilidade hemodinâmica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento ambulatorial com doxiciclina oral é indicado apenas para casos leves de leptospirose. O paciente apresenta sinais de gravidade (hipotensão, disfunção renal e hemoptise), o que contraindica o manejo fora do ambiente hospitalar.

Alternativa b) Correta. O paciente apresenta critérios de gravidade que exigem internação imediata, preferencialmente em unidade de terapia intensiva. O tratamento deve incluir antibioticoterapia endovenosa (como penicilina G cristalina ou ceftriaxona) e suporte clínico rigoroso, incluindo reposição volêmica cuidadosa, monitoramento da função renal (com possibilidade de diálise) e suporte ventilatório se a hemorragia pulmonar progredir.

Alternativa c) Incorreta. Embora arboviroses como dengue e febre amarela sejam diagnósticos diferenciais importantes, a conduta de aguardar sorologia sem iniciar o tratamento é perigosa. A leptospirose é uma doença bacteriana cujo prognóstico melhora significativamente com a antibioticoterapia precoce. Além disso, a sufusão conjuntival e a mialgia de panturrilhas são muito mais características da leptospirose.

Alternativa d) Incorreta. O quadro não sugere uma vasculite primária, mas sim uma doença infecciosa aguda com comprometimento multissistêmico. O uso de corticoides na leptospirose é controverso e, se utilizado, serve apenas como terapia adjuvante em casos específicos de hemorragia alveolar grave, nunca como tratamento isolado ou primeira linha no lugar dos antibióticos.

Questão 19

A capnografia quantitativa de forma de onda e a medida do ETCO₂ (pressão parcial de gás carbônico ao final da expiração) são ferramentas essenciais no manejo da Parada Cardiorrespiratória (PCR). Na PCR, o valor do ETCO₂ correlaciona-se diretamente com o débito cardíaco gerado pelas compressões torácicas, já que o CO₂ produzido nos tecidos precisa ser levado aos pulmões pelo fluxo sanguíneo para ser exalado.

Interpretação das Alternativas:

a) Correta. Segundo as diretrizes do ACLS (Suporte Avançado de Vida Cardiovascular), um valor de ETCO₂ inferior a 10 mmHg após 20 minutos de RCP é um preditor de baixa probabilidade de sucesso, mas, durante a manobra, um valor abaixo de 10 mmHg indica que a qualidade das compressões torácicas está inadequada. O objetivo deve ser otimizar a profundidade e a frequência das compressões, garantir o retorno total do tórax e minimizar interrupções para tentar elevar esse valor acima de 10 a 20 mmHg.

b) Incorreta. Embora a capnografia seja o padrão-ouro para confirmar o posicionamento do tubo orotraqueal (presença de onda e detecção de CO₂), o valor específico de 8 mmHg é criticamente baixo. A questão foca na interpretação do valor numérico no contexto da ressuscitação. Um valor tão baixo, isoladamente, não é o melhor parâmetro para confirmar o tubo se a perfusão for mínima; o foco aqui é a monitorização da qualidade da RCP.

c) Incorreta. O Retorno da Circulação Espontânea (ROSC) é caracterizado por um aumento súbito e sustentado nos valores de ETCO₂, geralmente subindo para níveis próximos da normalidade (acima de 35-40 mmHg), refletindo o retorno do débito cardíaco próprio do paciente.

d) Incorreta. Na PCR, a principal determinante do ETCO₂ é o fluxo sanguíneo pulmonar (débito cardíaco gerado pelas compressões) e não apenas a ventilação. Embora a hiperventilação possa reduzir o ETCO₂ por "lavagem" do gás, em um cenário de PCR com valor de 8 mmHg, a conduta prioritária é a melhora da qualidade das compressões torácicas, e não apenas o ajuste da frequência respiratória. Além

disso, a hiperventilação é prejudicial por aumentar a pressão intratorácica e reduzir o retorno venoso, piorando ainda mais o débito cardíaco.

Questão 20

O quadro clínico apresentado é uma descrição clássica da síndrome opioide, resultante do uso excessivo de morfina. Os sinais cardinais são a tríade: depressão do nível de consciência (Glasgow 6), depressão respiratória (ventilação superficial e hipoxemia) e miose pupilar (pupilas puntiformes).

Alternativa (a): Correta. O tratamento de escolha para a intoxicação por opioides é a naloxona, um antagonista específico que compete pelos receptores mu. A recomendação atual é iniciar com doses baixas e tituladas (como 0,04 mg a 0,4 mg), em vez de doses altas imediatas. O objetivo principal é reverter a depressão respiratória e restaurar a ventilação adequada, evitando-se o despertar súbito, que pode desencadear uma síndrome de abstinência aguda grave e agitação psicomotora.

Alternativa (b): Incorreta. Na prática médica geral, um Glasgow menor ou igual a 8 costuma indicar intubação orotraqueal (IOT) para proteção de via aérea. No entanto, na toxicologia, quando a causa do rebaixamento é rapidamente reversível com um antídoto (como no caso da morfina), a reversão farmacológica deve ser tentada primeiro, desde que o paciente mantenha algum esforço respiratório e possa ser assistido com ventilação manual, se necessário. A IOT fica reservada para casos que não respondem à naloxona ou que apresentam apneia persistente.

Alternativa (c): Incorreta. O flumazenil é o antagonista específico dos benzodiazepínicos. Ele não tem efeito sobre os receptores opioides e, portanto, não reverte a depressão respiratória causada pela morfina.

Alternativa (d): Incorreta. Embora o suporte ventilatório com máscara bolsa-válvula (AMBU) seja uma medida de suporte fundamental para garantir a oxigenação enquanto o antídoto é preparado, a conduta de apenas "aguardar a recuperação espontânea" é inadequada. A morfina possui uma meia-vida longa e a depressão respiratória grave (saturação de 80%) exige intervenção medicamentosa ativa para evitar a parada respiratória e o dano hipóxico.

Questão 21

Alternativa (a) Incorreta: Embora os gastrinomas sejam tumores neuroendócrinos que secretam gastrina e causem úlceras severas (Síndrome de Zollinger-Ellison), a associação sindrômica correta é com a Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 1 (NEM 1), e não com a NEM 2B. A NEM 1 é caracterizada pelo acometimento das paratireoides, do pâncreas (onde se incluem os gastrinomas) e da hipófise.

Alternativa (b) Incorreta: A Síndrome de Zollinger-Ellison é causada por um gastrinoma, que é um tumor secretor de gastrina localizado geralmente no pâncreas ou no duodeno. O feocromocitoma é um tumor produtor de catecolaminas, cujas manifestações clínicas principais são hipertensão arterial, cefaleia e palpitações, não tendo relação direta com a hipersecreção ácida gástrica da síndrome em questão.

Alternativa (c) Incorreta: O erro da alternativa está na afirmação de que todas as complicações devem ser tratadas de forma endoscópica. Enquanto a hemorragia digestiva alta é preferencialmente tratada por endoscopia, a úlcera perfurada com peritonite franca é uma emergência cirúrgica (laparotomia ou laparoscopia). A estenose pilórica, quando refratária ao tratamento clínico ou à dilatação, também pode exigir intervenção cirúrgica.

Alternativa (d) Correta: O *Helicobacter pylori* e o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são, de fato, os dois principais fatores etiológicos da doença ulcerosa péptica. A erradicação da bactéria é obrigatória em todos os pacientes que apresentam úlcera (seja ela gástrica ou duodenal) e teste positivo para *H. pylori*, pois o tratamento reduz significativamente a recorrência ulcerosa e o risco de complicações futuras.

Questão 22

Alternativa A: Esta alternativa está correta. A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) manifesta-se tipicamente através da pirose (sensação de queimação retroesternal) e da regurgitação ácida. Além disso, a doença pode apresentar manifestações extraesofágicas ou atípicas, como tosse crônica, pigarro, laringite posterior, exacerbação de asma brônquica e dor torácica não cardíaca. A disfagia, embora citada aqui como atípica, é frequentemente tratada como um sinal de alerta que merece investigação imediata.

Alternativa B: Esta alternativa está correta. Em pacientes jovens (geralmente abaixo de 40 a 45 anos), com sintomas típicos e sem sinais de alarme, o diagnóstico pode ser presuntivo e o tratamento iniciado empiricamente. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) não é necessária para todos os pacientes, sendo reservada para aqueles com sinais de alarme (perda de peso, anemia, hemorragia digestiva, disfagia, odinofagia),

pacientes com longa duração de sintomas (mais de 5 a 10 anos para rastrear o Esôfago de Barrett) ou que não respondem ao tratamento inicial.

Alternativa C: Esta alternativa está INCORRETA e é o gabarito da questão. Na prática clínica e conforme as principais diretrizes, os Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs), como omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol e esomeprazol, são considerados equivalentes em termos de eficácia clínica para o controle dos sintomas e cicatrização da esofagite, quando utilizados em doses equipotentes. Embora existam pequenas diferenças farmacocinéticas e alguns estudos apontem discreta superioridade estatística do esomeprazol em casos de esofagite grave, não há uma diferença clínica significativa que justifique a afirmação de que uns sejam superiores aos outros de forma absoluta no manejo da DRGE.

Alternativa D: Esta alternativa está correta. O tratamento cirúrgico (funduplicatura) é indicado em situações específicas: pacientes que não desejam manter tratamento medicamentoso prolongado, pacientes com complicações como estenoses, grandes hérnias de hiato (geralmente acima de 5 cm) que causem sintomas mecânicos ou refluxo persistente, e casos de esofagite grave (graus C e D de Los Angeles) que não apresentam boa resposta ou controle com doses otimizadas de IBPs.

Questão 23

Alternativa A: Incorreta. Embora um carcinoma hepatocelular (CHC) de 3 cm esteja dentro dos Critérios de Milão (nódulo único de até 5 cm), a descrição de que o tumor é "ressecável" sugere que o paciente poderia ser tratado com cirurgia de ressecção, preservando o fígado, especialmente se a função hepática permitisse. O transplante é indicado para CHC dentro dos Critérios de Milão, preferencialmente quando a ressecção não é viável devido à gravidade da cirrose.

Alternativa B: Correta. Este é o conceito fundamental da indicação de transplante. Ter cirrose não significa necessidade imediata de transplante. A indicação surge quando a doença se torna descompensada, manifestando-se por complicações da hipertensão portal (ascite, hemorragia digestiva varicosa, encefalopatia) ou por queda da função hepática. O ponto de corte de MELD > 15 é amplamente aceito como o momento em que o benefício do transplante (sobrevida do enxerto) supera o risco de mortalidade em lista de espera.

Alternativa C: Incorreta. O erro reside na afirmação de que não existem critérios de exceção. O sistema brasileiro utiliza, sim, as chamadas "Situações Especiais". Pacientes com condições que aumentam o risco de morte ou perda da janela de transplante, mas que não elevam os níveis de bilirrubina, creatinina ou RNI (como o próprio carcinoma hepatocelular, síndrome hepatopulmonar ou prurido intratável),

recebem uma pontuação fixa ou adicional para garantir prioridade na fila.

Alternativa D: Incorreta. O HIV não é mais considerado contraindicação absoluta ao transplante hepático, desde que o paciente apresente carga viral indetectável e contagem de CD4 estável. A hepatite alcoólica aguda grave, antes uma contraindicação clássica, já é aceita em protocolos de transplante precoce para pacientes selecionados que não respondem à terapia clínica. Além disso, transplantes para metástases de câncer colorretal estão sendo realizados em centros de excelência sob protocolos de pesquisa rigorosos, deixando de ser uma contraindicação absoluta universal.

Questão 24

O quadro clínico descrito é clássico de íleo biliar, uma complicação rara da colelitíase. O processo ocorre quando um cálculo biliar volumoso (geralmente maior que 2 a 2,5 cm, como o da paciente de 2,6 cm) causa uma inflamação crônica que resulta na formação de uma fístula entre a vesícula biliar e uma alça intestinal adjacente, mais comumente o duodeno (fístula colecistoduodenal). O cálculo migra para o lúmen intestinal e progride até encontrar um ponto de estreitamento onde fica impactado, causando a obstrução.

A tomografia computadorizada revelou a Tríade de Rigler, que consiste em: 1) sinais de obstrução do delgado; 2) aerobilia (ar nas vias biliares, indicando a comunicação anômala entre o intestino e a árvore biliar); 3) cálculo biliar ectópico (fora da vesícula).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O ângulo hepático do cólon é uma localização rara para a impactação. Para que isso ocorra, seria necessária uma fístula colecistocólica, o que é menos comum que a colecistoduodenal, e o calibre do cólon geralmente permite a passagem do cálculo, a menos que haja uma estenose prévia.

b) Correta. O íleo terminal, especificamente próximo à válvula ileocecal, é o local mais frequente de obstrução no íleo biliar (ocorre em cerca de 60 a 70% dos casos). Isso se deve ao fato de ser a porção mais estreita do intestino delgado e possuir peristalse menos vigorosa, facilitando a impactação de cálculos grandes.

c) Incorreta. O jejuno proximal possui um lúmen consideravelmente mais largo que o íleo terminal. Embora o cálculo passe por essa região, raramente fica impactado nela, a menos que existam bridas ou outras deformidades anatômicas.

d) Incorreta. A impactação do cálculo na segunda porção duodenal ou no bulbo duodenal configura uma variante específica do íleo biliar chamada Síndrome de Bouveret. Nesses casos, o quadro é de obstrução gástrica alta (vômitos precoces e dor epigástrica), e não de obstrução intestinal baixa com distensão abdominal generalizada e parada de eliminação de gases e fezes por 3 dias, como relatado. Além disso, o íleo terminal permanece estatisticamente como o local de obstrução mais provável na patologia em questão.

Questão 25

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de dor em hipocôndrio direito, febre, sinal de Murphy positivo e leucocitose, o que define o diagnóstico de colecistite aguda. Entretanto, a presença de icterícia (bilirrubina direta elevada) e alteração de enzimas canaliculares (Gama GT alta) sugere que o processo obstrutivo não está restrito apenas à vesícula biliar, mas compromete também a via biliar principal.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Para ser classificada como colangite aguda grave (Grau III de acordo com os critérios de Tokyo), a paciente deveria apresentar disfunção orgânica (hipotensão, alteração de consciência, disfunção respiratória, renal, hepática ou hematológica), o que não ocorre, já que ela está hemodinamicamente estável. Além disso, o ultrassom mostra sinais claros de colecistite, e a drenagem biliar externa não é a conduta de primeira linha sem antes avaliar a anatomia da obstrução.

Alternativa b) Incorreta. A cólica biliar caracteriza-se por dor autolimitada, sem febre e sem leucocitose. O achado de paredes da vesícula espessadas, cálculo impactado, febre e sinal de Murphy positivo confirma o diagnóstico de colecistite aguda, que exige internação hospitalar, antibioticoterapia e colecistectomia, preferencialmente precoce.

Alternativa c) Correta. O quadro clínico e ultrassonográfico confirma colecistite aguda (Murphy positivo, parede espessada, leucocitose e febre). A icterícia associada é explicada por duas possibilidades principais: 1) Coledocolitíase associada (presença de cálculo na via biliar principal); ou 2) Síndrome de Mirizzi, que ocorre quando um cálculo grande impactado no infundíbulo da vesícula ou no ducto cístico causa compressão extrínseca do ducto hepático comum, gerando a icterícia obstrutiva mesmo sem o cálculo estar dentro do colédoco. O achado de cálculo de 1,5 cm impactado no infundíbulo corrobora a suspeita de Mirizzi.

Alternativa d) Incorreta. Embora neoplasias de vias biliares (como o tumor de Klatskin) causem icterícia obstrutiva, o quadro da paciente é tipicamente agudo, inflamatório e infeccioso (dor aguda, febre, Murphy positivo e cálculos na vesícula), o que direciona o diagnóstico para patologia litiásica (pedras na vesícula) e não para malignidade. O CA 19-9 e a tomografia seriam passos posteriores caso houvesse suspeita de cronicidade ou massas visíveis.

Questão 26

Alternativa A: Correta. De acordo com as diretrizes mais recentes (como as da American Cancer Society e as adotadas por diversas sociedades brasileiras), a idade de início do rastreamento para a população de risco habitual foi reduzida de 50 para 45 anos. A recomendação é manter o rastreio sistemático até os 75 anos. Entre 76 e 85 anos, a decisão deve ser individualizada com base na expectativa de vida e no histórico de exames anteriores.

Alternativa B: Incorreta (Gabarito). O erro da alternativa está em afirmar que o câncer colorretal se desenvolve a partir de pólipos inflamatórios. Pólipos inflamatórios, também chamados de pseudopólipos, são achados comuns em pacientes com doenças inflamatórias intestinais e não possuem potencial de malignização. O câncer colorretal surge majoritariamente da via adenoma-carcinoma (pólipos adenomatosos) ou da via serrilhada.

Alternativa C: Correta. Pacientes que não se enquadram no risco habitual devem iniciar o rastreio precocemente. História familiar de primeiro grau, síndromes hereditárias como a Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) ou a Síndrome de Lynch, diagnóstico de doença inflamatória intestinal (especialmente após 8 a 10 anos de doença) e histórico de radioterapia prévia em região abdominal ou pélvica são indicações clássicas para antecipar os exames.

Alternativa D: Correta. A colonoscopia continua sendo o padrão-ouro por sua alta sensibilidade e especificidade, além do caráter terapêutico (polipectomia) e diagnóstico (biópsias). A definição de neoplasia sincrônica está tecnicamente correta: são dois ou mais tumores identificados ao mesmo tempo ou em um intervalo de até 6 meses, desde que não sejam extensões do mesmo tumor ou metástases, mas sim primários distintos. Se o segundo tumor for identificado após 6 meses, é classificado como metacrônico.

Questão 27

Esta questão aborda a Resolução CFM 2.429/2025, que atualiza as normas para o tratamento cirúrgico da obesidade e doenças metabólicas no Brasil. Vamos analisar cada item individualmente:

Primeiro item (Verdadeiro): As contraindicações listadas são fundamentais para a segurança do paciente e o sucesso do tratamento. A obesidade clinicamente controlável significa que o paciente ainda responde bem ao tratamento conservador (dieta, exercícios e medicamentos), não justificando o risco cirúrgico. A gravidez contraindica o procedimento devido aos riscos nutricionais ao feto e às alterações fisiológicas da gestante. Já o abuso de drogas ilícitas mal controlado compromete a adesão ao acompanhamento pós-operatório rigoroso e aumenta o risco de complicações psicossociais e clínicas.

Segundo item (Verdadeiro): O Bypass gástrico em Y de Roux e a gastrectomia vertical (sleeve) permanecem como as técnicas padrão-ouro na cirurgia bariátrica moderna. Ambas possuem amplo respaldo na literatura científica, apresentando perfis de segurança bem estabelecidos, resultados duradouros na perda de peso e alta eficácia na remissão de comorbidades como o diabetes tipo 2 e a hipertensão.

Terceiro item (Verdadeiro): Esta é uma atualização importante da nova resolução. A cirurgia de Scopinaro (derivação biliopancreática clássica) caiu em desuso devido ao elevado risco de desnutrição proteico-calórica e deficiências vitamínicas graves. A banda gástrica ajustável, embora muito utilizada no passado, apresentou um alto índice de complicações tardias (como deslizamento e erosão da banda) e falha na manutenção do peso a longo prazo, levando o CFM a retirar sua recomendação/autorização para novos procedimentos.

Quarto item (Verdadeiro): O balão intragástrico é uma ferramenta endoscópica reconhecida. Ele atua como um tratamento temporário para pacientes que possuem contraindicações temporárias à cirurgia ou, mais comumente, como uma "ponte" para a cirurgia em casos de obesidade extrema (superobesos). O objetivo no pré-operatório é reduzir o volume do fígado e o peso total, diminuindo o risco anestésico e as dificuldades técnicas durante o ato cirúrgico definitivo.

Dessa forma, todos os itens são verdadeiros, o que torna a sequência correta VVVV, correspondendo à alternativa (d).

Questão 28

A alternativa A está incorreta e é o gabarito da questão. De acordo com as normas vigentes do Conselho Federal de Medicina (CFM), pacientes com idade entre 16 e 18 anos não estão restritos apenas a casos de IMC acima de 40 com risco de vida. Na verdade, essa faixa etária segue critérios semelhantes aos dos adultos: a cirurgia é indicada para IMC maior que 40 kg/m² (independentemente de comorbidades) ou IMC entre 35 e 40 kg/m² com comorbidades, desde que haja avaliação do crescimento epifisário e acompanhamento por equipe multidisciplinar, incluindo pediatra ou hebiatra. O termo somente se e a exigência de risco de vida tornam a alternativa falsa.

A alternativa B está correta. Esta é uma das indicações clássicas para a cirurgia bariátrica. Pacientes com obesidade classe 2 (IMC entre 35 e 40 kg/m²) são elegíveis quando possuem ao menos uma comorbidade relacionada ao excesso de peso que tenha apresentado falha no tratamento clínico convencional.

A alternativa C está correta. Este cenário descreve a cirurgia metabólica. O CFM autoriza a intervenção em pacientes com obesidade classe 1 (IMC entre 30 e 35 kg/m²) que possuem Diabetes Mellitus tipo 2 de difícil controle clínico, geralmente com idade superior a 30 anos e diagnóstico da doença há menos de 10 anos.

A alternativa D está correta. Embora o diabetes seja a indicação mais frequente para a cirurgia em pacientes com IMC entre 30 e 35 kg/m², as atualizações normativas e o entendimento técnico permitem a consideração do procedimento em casos de obesidade classe 1 associada a outras comorbidades graves e refratárias ao tratamento clínico, como a apneia obstrutiva do sono grave, visando à melhora clínica e à redução de riscos cardiovasculares.

Questão 29

A compreensão dos fatores de risco para os tumores de cabeça e pescoço é fundamental, pois a maioria desses cânceres é passível de prevenção. O carcinoma espinocelular (ou escamocelular) representa mais de 90% dos casos nessa região. Abaixo, analisamos a relação de cada alternativa com a patogênese da doença:

Alternativa (a) Tabagismo: Incorreta. O uso de tabaco (cigarro, charuto, cachimbo ou fumo mascado) é o principal fator de risco isolado para o câncer de cabeça e pescoço. A combustão do tabaco libera milhares de substâncias químicas, muitas delas carcinógenos potentes que causam danos diretos ao DNA das células da mucosa do trato aerodigestivo superior.

Alternativa (b) Etilismo: Incorreta. O consumo crônico de álcool é um fator de risco

independente e significativo. O álcool atua como um irritante da mucosa e seu metabólito, o acetaldeído, é sabidamente carcinogênico. Além disso, o álcool funciona como um solvente que facilita a penetração de outros carcinógenos (como os do tabaco) nas células, criando um efeito sinérgico que aumenta exponencialmente o risco quando ambos os hábitos estão presentes.

Alternativa (c) Papilomavírus Humano (HPV): Incorreta. A infecção pelo HPV, especialmente o subtipo 16, é um fator de risco estabelecido e crescente, particularmente para tumores localizados na orofaringe (amígdalas e base da língua). Diferente dos tumores causados por tabaco e álcool, o câncer relacionado ao HPV frequentemente acomete pacientes mais jovens e tem um comportamento biológico e prognóstico distintos.

Alternativa (d) Herpesvírus tipo II: Correta. O herpesvírus humano tipo 2 (HSV-2) é o principal agente do herpes genital, sendo transmitido predominantemente por via sexual e afetando a região anogenital. Não existe evidência científica que associe o HSV-2 ao desenvolvimento de carcinoma escamocelular de cabeça e pescoço. É importante não confundir com o vírus Epstein-Barr (EBV), que também pertence à família Herpesviridae, mas está especificamente associado ao carcinoma de nasofaringe.

Conclusão: Como a questão solicita o fator que NÃO está associado ao câncer de cabeça e pescoço, a resposta correta é a letra (d).

Questão 30

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente idosa (68 anos) com fatores de risco cardiovascular importantes (hipertensão e tabagismo) e uma história prévia sugestiva de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (claudicação crônica). O quadro atual é de uma Isquemia Aguda de Membro Inferior, caracterizada por dor intensa de início súbito (há 6 horas), cianose (sinal de sofrimento tecidual) e ausência de pulsos (poplíteos e distais). Em pacientes com história prévia de claudicação, a causa mais comum de oclusão arterial aguda é a trombose de uma placa aterosclerótica preexistente.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Trombose venosa profunda aguda: Incorreta. A TVP manifesta-se tipicamente com edema (inchaço), dor à palpação muscular e empastamento da panturrilha. Diferente do quadro arterial, na TVP os pulsos distais costumam estar preservados. A cianose e a ausência de pulsos descritas são sinais clássicos de interrupção do fluxo arterial,

não venoso.

b) Trombose arterial aguda: Correta. O quadro clínico é soberano para o diagnóstico de oclusão arterial aguda. A história de claudicação crônica indica que a paciente já possuía uma estenose arterial por aterosclerose, sobre a qual ocorreu a formação de um trombo agudo, interrompendo totalmente o fluxo sanguíneo. A tríade de dor intensa, cianose e ausência de pulsos poplíteos e distais confirma a obstrução arterial no nível ou acima da artéria poplíteia.

c) Tromboflebite superficial aguda: Incorreta. A tromboflebite superficial caracteriza-se por um processo inflamatório em uma veia superficial, apresentando-se como um "cordão" venoso endurecido, hiperemiado (vermelho), quente e doloroso ao toque. Não causa ausência de pulsos nem isquemia grave do membro.

d) Pré-diabético: Incorreta. O pré-diabetes é uma condição metabólica definida por níveis de glicemia intermediários entre o normal e o diabetes tipo 2. Embora o diabetes seja um fator de risco para doenças vasculares, "pré-diabético" não é um diagnóstico para um evento agudo de dor e ausência de pulsos em membro inferior.

Questão 31

() Falso. O tratamento inicial da fissura anal, especialmente na fase aguda, é conservador, baseado em dieta rica em fibras, alta ingestão hídrica, banhos de assento com água morna e uso de pomadas (nitratos ou bloqueadores de canais de cálcio). A cirurgia, geralmente a esfínterectomia interna lateral, é indicada apenas para casos crônicos que não respondem ao manejo clínico.

() Verdadeiro. Essas são as três causas mais comuns de dor anal aguda na prática médica. O abscesso causa dor pulsátil e contínua; a trombose hemorroidária gera dor súbita e presença de nódulo sensível; e a fissura anal provoca dor lancinante durante e após a evacuação.

() Verdadeiro. A teoria criptoglandular é a fisiopatologia mais aceita. Ela propõe que o abscesso se origina da obstrução e subsequente infecção das glândulas anais, que se localizam nas criptas de Morgagni, ao nível da linha pectínea.

() Falso. O tratamento definitivo de um abscesso perianal é a drenagem cirúrgica imediata ("Ubi pus, ibi evacua"). O uso de antibióticos é complementar e reservado para casos específicos, como pacientes diabéticos, imunossuprimidos, com celulite extensa ou sinais de sepse. O antibiótico sozinho não cura o abscesso e a drenagem não deve ser postergada.

() Falso. O sangramento hemorroidário é caracteristicamente de cor vermelho-vivo (sangue fresco), ocorrendo geralmente ao final da evacuação, podendo pingar no vaso ou sujar o papel higiênico (hematoquezia ou rectorragia). A melena (fezes escuras e fétidas) indica sangramento digestivo alto (acima do ângulo de Treitz).

() Verdadeiro. O condiloma acuminado é causado pelo Papilomavírus Humano (HPV). É uma infecção sexualmente transmissível (IST) que se manifesta como lesões verrucosas na região perianal e no canal anal.

Conclusão da sequência: F - V - V - F - F - V.

Alternativa correta: Letra (a).

Questão 32

O quadro clínico descrito é clássico e compõe a tríade típica da intussuscepção intestinal, também conhecida como invaginação intestinal. Abaixo, analiso as alternativas para justificar o diagnóstico:

Alternativa (a) Incorreta: A doença de Hirschsprung (megacólon congênito) manifesta-se geralmente no período neonatal com atraso na eliminação de mecônio, constipação crônica e distensão abdominal. Embora possa complicar com enterocolite (causando diarreia sanguinolenta), não apresenta o padrão de dor em cólica intermitente nem a massa palpável característica descrita no caso.

Alternativa (b) Incorreta: O divertículo de Meckel é a causa mais comum de sangramento gastrointestinal baixo indolor em crianças. Quando inflama (diverticulite), mimetiza uma apendicite aguda. Embora o divertículo possa servir como ponto de partida para uma intussuscepção, a descrição completa de dor intermitente, massa palpável e fezes em "geleia de morango" direciona o diagnóstico para a intussuscepção em si.

Alternativa (c) Incorreta: A apendicite aguda é rara em crianças de 2 anos. O quadro costuma evoluir com dor abdominal contínua que migra para a fossa ilíaca direita, febre e anorexia. Não costuma apresentar eliminação de muco e sangue (fezes em "geleia de morango"), nem crises de choro intermitentes separadas por períodos de letargia ou normalidade.

Alternativa (d) Correta: A intussuscepção intestinal é a causa mais comum de obstrução intestinal entre os 3 meses e os 6 anos de idade. O caso apresenta todos os elementos clássicos: 1) dor abdominal paroxística e intermitente (choro intenso); 2) vômitos; 3) fezes com muco e sangue (aspecto de "geleia de morango",

decorrente da isquemia intestinal e produção de muco); e 4) massa palpável em formato de salsicha, geralmente no quadrante superior direito ou flanco direito. O início súbito (4 horas) reforça a natureza aguda da condição, na qual um segmento proximal do intestino se telescopa para dentro de um segmento distal.

Portanto, o diagnóstico mais provável é intussuscepção intestinal.

Questão 33

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta uma hérnia irreduzível associada a sinais de obstrução intestinal (náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes). Durante a cirurgia, a identificação de que a alça intestinal não apresentava sofrimento vascular (isquemia ou necrose) define a hérnia como ENCARCERADA. O termo estrangulada é reservado para casos onde há comprometimento do suprimento sanguíneo.

Quanto à anatomia e classificação de Nyhus:

1. O alargamento do anel inguinal interno indica um componente indireto.
2. A destruição da parede posterior (fáscia transversalis) indica um componente direto.
3. A presença de ambos os componentes caracteriza a hérnia como MISTA (também chamada de hérnia em pantalona).

Classificação de Nyhus resumida:

- Tipo I: Hérnia indireta com anel inguinal interno normal e parede posterior íntegra.
- Tipo II: Hérnia indireta com anel inguinal interno dilatado e parede posterior íntegra.
- Tipo III: Defeitos na parede posterior.
- III A: Hérnia direta.
- III B: Hérnia indireta com alargamento do anel e destruição da parede posterior (inclui hérnias mistas, inguinoescrotais e por deslizamento).
- III C: Hérnia femoral.
- Tipo IV: Hérnias recidivantes.

Portanto, o diagnóstico é hérnia mista encarcerada, classificada como Nyhus IIIB.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. A hérnia não é estrangulada, pois o enunciado especifica a ausência de sofrimento vascular. Além disso, Nyhus II exige que a parede posterior esteja íntegra, o que contradiz o achado cirúrgico de destruição da mesma.

Alternativa b) CORRETA. A hérnia é encarcerada porque causou obstrução sem isquemia. É classificada como mista pelo comprometimento simultâneo do anel interno e da parede posterior. O estágio Nyhus IIIB é o correto para hérnias com defeito na parede posterior associado a componente indireto ou misto.

Alternativa c) INCORRETA. Embora a hérnia seja de fato encarcerada, a classificação Nyhus IIIA é utilizada exclusivamente para hérnias DIRETAS puras. O caso em questão apresenta componente indireto (anel alargado e herniação inguinoescrotal).

Alternativa d) INCORRETA. A alternativa erra em dois pontos: classifica como estrangulada (inexistente no caso) e utiliza Nyhus II, que não admite a destruição da parede posterior descrita na cirurgia.

Questão 34

Esta questão aborda as mudanças de paradigmas no cuidado perioperatório, consolidadas por protocolos como o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) e, no Brasil, o projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória). Esses protocolos substituem condutas baseadas em tradição por práticas baseadas em evidências científicas.

Análise das assertivas:

(V) A realimentação precoce após operações envolvendo ressecções e anastomoses intestinais deve ser estimulada: Verdadeiro. Estudos demonstram que o jejum pós-operatório prolongado é desnecessário e prejudicial. A dieta precoce (em até 24 horas) reduz o tempo de internação, as taxas de infecção e não aumenta o risco de deiscência de anastomoses, mesmo em cirurgias colorretais.

(F) O jejum total pré-operatório deve ser mantido por, no mínimo, 10 horas antes do procedimento: Falso. O jejum prolongado aumenta a resistência insulínica e o estresse metabólico. As diretrizes modernas recomendam jejum de 8 horas para sólidos (refeição completa), 6 horas para refeições leves e permitem a ingestão de líquidos claros com carboidratos (como maltodextrina) até 2 horas antes da indução anestésica, o que melhora o bem-estar do paciente e a resposta orgânica ao trauma.

(F) O uso de sondas nasogástricas, vesicais e drenos no leito cirúrgico é uma medida importante e seu uso deve ser estimulado: Falso. O uso rotineiro de sonda nasogástrica (SNG) e drenos está associado à maior incidência de complicações respiratórias, febre e atraso no retorno da função intestinal. A SNG e os drenos devem ser utilizados de forma seletiva e retirados o mais precocemente possível. A cateterização vesical também deve ser evitada ou retirada rapidamente para

prevenir infecção urinária.

(F) O preparo de cólon para cirurgias eletivas colorretais deve ser feito rotineiramente: Falso. Evidências atuais mostram que o preparo mecânico do cólon não reduz as taxas de deiscência de anastomose ou infecção de sítio cirúrgico em cirurgias eletivas. Além disso, pode causar desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos no paciente idoso ou debilitado. Atualmente, o preparo é considerado opcional ou reservado para casos específicos (como a necessidade de palpação de pequenos tumores).

(F) O repouso no leito é importante para a recuperação pós-operatória: Falso. A imobilização prolongada no leito é um dos principais fatores de risco para tromboembolismo venoso (TEV), pneumonia e perda de massa muscular (sarcopenia). A mobilização ultraprecoce (ainda no dia da cirurgia) é fundamental para reduzir complicações e estimular o retorno precoce do trânsito intestinal.

Conclusão:

A sequência correta é V - F - F - F - F, o que corresponde à alternativa (c).

Questão 35

Alternativa (a): CORRETA. A displasia é caracterizada por um crescimento desordenado do epitélio, apresentando pleomorfismo celular (variação de tamanho e forma), perda da uniformidade e da orientação arquitetural. Quando essas alterações citológicas e arquiteturais atingem toda a espessura do epitélio, mas permanecem limitadas pela membrana basal, sem invadir o estroma subjacente, o termo técnico utilizado é carcinoma in situ.

Alternativa (b): INCORRETA. O erro da alternativa reside na afirmação de que as neoplasias são sempre consideradas malignas. Por definição, neoplasias são massas anormais de tecido com crescimento autônomo e excessivo; porém, elas podem ser classificadas como benignas (quando permanecem localizadas e não invadem tecidos adjacentes) ou malignas (câncer, com capacidade de invasão e metástase).

Alternativa (c): INCORRETA. Os conceitos de diagnóstico estão invertidos. A PAAF (punção aspirativa por agulha fina) e o preventivo (Papanicolaou) obtêm células isoladas ou pequenos grupos de células, o que possibilita o diagnóstico citológico. As biópsias incisionais e excisionais, por fornecerem um fragmento de tecido com sua estrutura preservada, permitem a análise da arquitetura tecidual, possibilitando o diagnóstico histológico.

Alternativa (d): INCORRETA. A metaplasia é uma alteração adaptativa reversível, e

não irreversível. Nela, um tipo celular adulto (epitelial ou mesenquimal) é substituído por outro tipo celular adulto da mesma linhagem que seja mais resistente à agressão sofrida. No esôfago de Barrett, o epitélio escamoso estratificado (normal do esôfago) é substituído pelo epitélio colunar intestinal devido à agressão crônica do refluxo ácido, mas o processo pode regredir se a agressão for cessada.

Questão 36

A questão descreve um quadro clínico clássico de trauma torácico penetrante com evolução para choque obstrutivo. O ponto fundamental para o diagnóstico é a presença da Tríade de Beck, que é composta por: 1. Hipotensão arterial; 2. Distensão das veias jugulares (turgência jugular); 3. Abafamento das bulhas cardíacas.

O mecanismo do trauma (ferimento por arma branca no terceiro espaço intercostal esquerdo, linha axilar anterior) situa a lesão em uma área de risco para estruturas cardíacas e pericárdicas. No tamponamento cardíaco, o acúmulo de sangue no espaço pericárdico restringe o enchimento diastólico dos ventrículos, reduzindo o débito cardíaco e gerando a congestão venosa observada nas jugulares.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A rotura traumática da aorta é mais comum em traumas contusos de alta energia com mecanismo de desaceleração brusca (como acidentes automobilísticos). O quadro clínico costuma apresentar dor retroesternal intensa e sinais de instabilidade hemodinâmica, mas não cursa tipicamente com a Tríade de Beck. O diagnóstico é sugerido por achados radiológicos como o alargamento do mediastino.

b) Correta. O paciente apresenta um ferimento penetrante em topografia precordial associado aos três sinais clássicos descritos por Beck (hipotensão, turgência jugular e bulhas abafadas). No contexto do trauma, essa é a principal suspeita diagnóstica, configurando uma emergência que requer descompressão imediata.

c) Incorreta. O pneumotórax aberto é caracterizado por uma ferida na parede torácica que permite a comunicação direta entre o meio externo e o espaço pleural. Embora o paciente possa apresentar desconforto respiratório, os sinais cardinais seriam o som de aspiração pela ferida, timpanismo à percussão e ausência de murmúrio vesicular no lado afetado, não justificando o abafamento de bulhas.

d) Incorreta. O baço está localizado no quadrante superior esquerdo do abdome (hipocôndrio esquerdo). Um ferimento no terceiro espaço intercostal está situado muito acima da loja esplênica. Além disso, uma lesão de baço causaria choque

hipovolêmico por hemorragia intra-abdominal, o que resultaria em veias jugulares colabadas (vazias) devido à perda de volume, e não distendidas.

Questão 37

O caso clínico descreve a evolução clássica de um hematoma extradural (ou epidural). O paciente apresenta o chamado intervalo lúcido: uma perda inicial de consciência seguida por um período de agitação e relativa lucidez, culminando em uma rápida deterioração neurológica à medida que o hematoma se expande e exerce efeito de massa.

Análise da imagem de tomografia:

A imagem revela uma coleção hiperdensa (branca) com formato biconvexo ou lenticular na região temporoparietal direita. Essa morfologia é característica do hematoma extradural porque o sangramento (geralmente da artéria meníngea média) ocorre entre o crânio e a dura-máter. Como a dura-máter está fortemente aderida às suturas cranianas, o sangue fica "represado", conferindo esse formato de lente. Nota-se também um desvio importante das estruturas da linha média e compressão ventricular.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Lesão Axonal Difusa (LAD) ocorre por mecanismos de desaceleração e cisalhamento das fibras nervosas. O quadro clínico típico é de coma imediato após o trauma. Na tomografia, a LAD costuma apresentar um exame inicialmente normal ou pequenos pontos hemorrágicos (petéquias) na transição entre a substância branca e cinzenta, corpo caloso ou tronco cerebral, o que difere totalmente da grande massa visualizada.

b) Incorreta. O hematoma subdural agudo apresenta-se na tomografia como uma coleção hiperdensa em formato de crescente (côncavo-convexo). Diferente do extradural, o subdural não é limitado pelas suturas cranianas e tende a se espalhar por toda a convexidade do hemisfério cerebral.

c) Correta. O diagnóstico de hematoma extradural é confirmado tanto pela história clínica (intervalo lúcido) quanto pelo achado tomográfico clássico de uma imagem hiperdensa biconvexa que não atravessa as suturas cranianas.

d) Incorreta. A hemorragia subaracnoidea traumática é caracterizada pela presença de sangue nos sulcos cerebrais e nas cisternas da base. Ela não se apresenta como uma massa sólida biconvexa, mas sim como linhas hiperdensas que acompanham a anatomia da superfície do cérebro.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 38

Para compreender a questão, devemos recordar os critérios de classificação de cirurgias segundo o potencial de contaminação, estabelecidos pelo CDC/NHSN:

1. Limpas: Tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, sem abertura de tratos (digestório, respiratório ou geniturinário) e sem inflamação.
2. Potencialmente Contaminadas: Abertura controlada de tratos colonizados (digestório, respiratório ou geniturinário) sob condições controladas e sem contaminação incomum.
3. Contaminadas: Feridas traumáticas recentes, inflamação aguda não purulenta ou grande extravasamento de conteúdo de vísceras ocas.
4. Infectadas (ou Sujas): Presença de pus, tecidos necróticos, feridas traumáticas antigas ou perfuração de vísceras ocas com infecção prévia.

Análise dos itens:

Item I: Incorreto. A colecistectomia eletiva por colelitíase é classificada como Potencialmente Contaminada. Isso ocorre porque há a abertura de um trato colonizado (vias biliares) de forma controlada, sem inflamação aguda. Ela só seria contaminada se houvesse colecistite aguda ou extravasamento biliar importante.

Item II: Correto. A herniorrafia umbilical eletiva não invade tratos colonizados e é realizada em tecido sem processo inflamatório, caracterizando-se como cirurgia Limpa.

Item III: Correto. A presença de diverticulite com perfuração e abscesso indica que já existe uma infecção clínica e material purulento no local antes da cirurgia, o que classifica o procedimento como Infectado.

Item IV: Correto. A retirada de enxerto de pele na coxa é um procedimento realizado em pele íntegra e sem contato com mucosas colonizadas, sendo, portanto, uma cirurgia Limpa.

Item V: Correto. A histerectomia exige a entrada no trato genital (vagina), que é uma cavidade colonizada por flora bacteriana. Como a entrada é controlada e eletiva, é classificada como Potencialmente Contaminada.

Item VI: Correto. Em quadros de obstrução intestinal, há estase de conteúdo e

aumento expressivo da carga bacteriana nas alças. A manipulação e a abertura de alça (enterectomia) nessas condições de sofrimento tecidual ou grande contaminação fecaloide classificam a cirurgia como Contaminada.

Conclusão:

Os itens II, III, IV, V e VI estão corretos, enquanto o item I está incorreto.

Gabarito: Letra (b).

Questão 39

Esta questão aborda conceitos fundamentais sobre a fisiopatologia e o manejo de queimaduras e lesões elétricas. Para identificar a alternativa incorreta, vamos analisar cada proposição:

Alternativa (a): Correta. A úlcera de Marjolin refere-se à transformação maligna de uma cicatriz crônica ou de uma ferida que não cicatriza, sendo o carcinoma espinocelular (ou escamocelular) o tipo mais comum. É uma complicação tardia clássica de cicatrizes de queimaduras de espessura total que sofreram cicatrização por segunda intenção ou que sofrem trauma crônico.

Alternativa (b): Correta. Queimaduras de terceiro grau (espessura total) tornam a pele rígida e inelástica, formando uma escara. Em queimaduras circunferenciais nos membros, o edema progressivo nos tecidos moles abaixo da escara aumenta a pressão intracompartimental, pois a pele queimada não expande. Isso pode causar isquemia distal (síndrome compartimental). O tratamento consiste na escarotomia (incisão da pele queimada) ou, em casos de lesão muscular profunda associada, na fasciotomia.

Alternativa (c): Correta. O corpo humano atua como um condutor para a eletricidade, e o tecido muscular, devido à sua baixa resistência, é frequentemente atingido em choques de alta tensão. A passagem da corrente gera calor e destruição tecidual maciça (rabdomiólise), liberando grandes quantidades de mioglobina na circulação. A mioglobina é nefrotóxica e pode precipitar nos túbulos renais, levando à Insuficiência Renal Aguda por necrose tubular aguda.

Alternativa (d): Incorreta (Gabarito). Embora a proporção da superfície corporal das crianças seja diferente da dos adultos (crianças têm a cabeça proporcionalmente maior e membros inferiores menores, o que exige o uso de tabelas específicas como a de Lund-Browder), a estimativa da porcentagem da Superfície Corporal Queimada (SCQ) é absolutamente essencial para o cálculo da reposição volêmica. Fórmulas consagradas, como a de Parkland ou a de Galveston (específica para pediatria),

utilizam obrigatoriamente a SCQ como parâmetro fundamental para determinar o volume de fluidos a ser infundido na fase de reanimação. Portanto, dizer que a SCQ não é usada como parâmetro em crianças é um erro conceitual grave.

Questão 40

A classificação da ASA (American Society of Anesthesiologists) é utilizada mundialmente para estratificar o estado físico do paciente e o risco anestésico antes de um procedimento cirúrgico. Ela foca na gravidade das doenças sistêmicas e não apenas na cirurgia em si.

Alternativa a) Incorreta. A classificação ASA I é destinada a pacientes completamente saudáveis, não fumantes, que não fazem uso de medicamentos contínuos e não possuem doenças sistêmicas. Pelo fato de a paciente ser diabética, ela não pode ser classificada como ASA I, mesmo que a doença esteja bem controlada.

Alternativa b) Correta. O status ASA II é definido para pacientes que apresentam uma doença sistêmica leve a moderada, sem limitações funcionais. Isso inclui pacientes com diabetes mellitus ou hipertensão arterial bem controlados por medicamentos, tabagistas sem doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), gestantes, indivíduos com obesidade leve (IMC entre 30 e 40) e consumidores sociais de álcool. A paciente descrita no enunciado tem 40 anos, diabetes controlado e exames normais, o que a enquadra perfeitamente nesta categoria.

Alternativa c) Incorreta. O ASA III é atribuído a pacientes que possuem doenças sistêmicas graves, que resultam em limitação funcional real. Exemplos comuns são o diabetes mal controlado com complicações vasculares, hipertensão mal controlada, DPOC, obesidade mórbida (IMC maior ou igual a 40) ou histórico de infarto do miocárdio ocorrido há mais de três meses. A paciente em questão está clinicamente estável e com exames normais; portanto, não possui a gravidade exigida para o ASA III.

Alternativa d) Incorreta. A classificação ASA IV é reservada para pacientes com doenças sistêmicas graves que representam uma ameaça constante à vida. Estão incluídos aqui pacientes com infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral recente (há menos de três meses), insuficiência cardíaca grave, sepse ou falência renal crônica sem a realização de diálise regular. O quadro clínico da paciente é de estabilidade, sem risco iminente de morte por sua condição de base.

Questão 41

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro apresentado descreve uma criança de 4 anos com sintomas típicos de uma Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS) de etiologia viral, o resfriado comum. Os achados de coriza hialina, tosse seca, congestão nasal e febre baixa, associados ao bom estado geral e ausência de sinais inflamatórios graves no exame físico (sem exsudato ou linfonodomegalias), são característicos dessa patologia. Sobre a recorrência mencionada pela mãe (3 episódios no ano), é importante destacar que crianças nessa faixa etária, especialmente as que frequentam escola ou creche, podem apresentar de 6 a 12 episódios de IVAS por ano, o que é considerado normal dentro do desenvolvimento do sistema imunológico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O uso de antibióticos como a amoxicilina é indicado apenas em casos de complicações bacterianas (como sinusite bacteriana aguda ou otite média aguda) ou em faringites estreptocócicas confirmadas. O quadro clínico é nitidamente viral. Solicitar hemograma para uma criança em bom estado geral com sintomas leves é desnecessário, pois o resultado não alteraria a conduta.

Alternativa b) Incorreta. A faringite estreptocócica é pouco comum em crianças muito pequenas e geralmente se manifesta com febre alta, dor de garganta importante e exsudato purulento, mas classicamente cursa sem sintomas de resfriado (sem tosse e sem coriza). A presença de tosse e coriza aponta fortemente para etiologia viral, tornando a cultura de orofaringe desnecessária.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta padrão para o resfriado comum. O tratamento é sintomático (hidratação, lavagem nasal com soro fisiológico e antitérmicos se necessário). A parte mais importante da consulta é a orientação aos pais, explicando a natureza viral da doença e tranquilizando-os de que a frequência dos episódios relatada é normal para a idade.

Alternativa d) Incorreta. Não há qualquer indicação de imunodeficiência neste caso. Os sinais de alerta para imunodeficiências primárias incluem infecções graves (como duas ou mais pneumonias no último ano), otites de repetição frequentes, dificuldade de ganho de peso ou necessidade de antibióticos venosos. Três resfriados comuns por ano não justificam investigação e muito menos internação hospitalar.

GABARITO: Alternativa (c).

Questão 42

O quadro clínico descrito aponta para um diagnóstico de anemia ferropriva grave secundária a uma parasitose intestinal. O paciente apresenta palidez, fadiga, baixo rendimento escolar e um sopro sistólico funcional (sopro hêmico), que é característico de estados anêmicos graves devido ao estado hiperdinâmico da circulação. O fato de a criança morar em zona rural e brincar no campo sugere contato direto da pele com solo contaminado por larvas.

Alternativa (a) Incorreta: A ascariíase, causada pelo *Ascaris lumbricoides*, pode causar dor abdominal, náuseas e, em infestações maciças, obstrução intestinal (bolo de áscaris). Embora possa competir por nutrientes, não é a causa clássica de anemia ferropriva grave e espoliação sanguínea direta como a observada no caso.

Alternativa (b) Correta: A ancilostomíase (causada pelo *Ancylostoma duodenale* ou *Necator americanus*) é a principal causa helmíntica de anemia ferropriva. Os vermes fixam-se à mucosa do intestino delgado e alimentam-se do sangue do hospedeiro, causando perda crônica de ferro. A infecção ocorre habitualmente pela penetração das larvas filarioides na pele (comumente nos pés, ao brincar descalço no solo). Os sintomas de fadiga, palidez, baixo ganho ponderal e o sopro sistólico por anemia grave formam o quadro clássico do amarelão.

Alternativa (c) Incorreta: A tricuriíase, causada pelo *Trichuris trichiura*, em infecções leves é assintomática. Em cargas parasitárias muito elevadas, pode causar diarreia crônica, colite e prolapso retal. Embora possa contribuir para a anemia em casos extremos, a correlação epidemiológica e clínica com a anemia espoliante severa é muito mais forte na ancilostomíase.

Alternativa (d) Incorreta: A enterobíase (oxiuríase), causada pelo *Enterobius vermicularis*, tem como sintoma patognomônico o prurido anal noturno, que pode levar à irritabilidade e sono agitado. Não costuma causar anemia, dor abdominal importante ou déficit de crescimento.

Questão 43

Esta questão aborda o manejo da doença diarreica aguda na infância, um tema frequente em provas de residência. O foco principal aqui é a classificação do estado de hidratação e a aplicação dos protocolos de tratamento recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde.

Análise do quadro clínico:

A criança apresenta dois sinais de desidratação (olhos levemente fundos e boca seca), porém mantém-se em bom estado geral, ativa, com pulsos normais, tempo de

enchimento capilar adequado e diurese preservada. De acordo com o esquema da estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), a presença de dois ou mais sinais (como olhos fundos e boca seca) classifica o paciente como tendo desidratação (anteriormente chamada de desidratação leve a moderada ou Plano B).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A hidratação venosa (Plano C) é reservada exclusivamente para casos de desidratação grave, em que há sinais de choque (pulso débil ou ausente, tempo de enchimento capilar muito lentificado) ou comprometimento do nível de consciência (letargia ou coma). O paciente em questão está ativo e com sinais vitais estáveis, o que contraindica a via parenteral como primeira escolha.

Alternativa (b) Incorreta: Na imensa maioria dos casos de diarreia aguda na infância, a etiologia é viral e autolimitada. A solicitação de exames laboratoriais (hemograma, eletrólitos ou coprocultura) não é necessária de rotina para pacientes com desidratação leve ou moderada que não apresentam sinais de toxemia ou complicações. O diagnóstico é essencialmente clínico.

Alternativa (c) Correta: O tratamento de escolha para crianças com algum grau de desidratação que aceitam via oral é a Terapia de Reidratação Oral (TRO) com Sais de Reidratação Oral (SRO). Além disso, as diretrizes modernas enfatizam que a alimentação habitual (incluindo o leite materno e sólidos, se já introduzidos) deve ser mantida assim que a criança estiver reidratada ou durante o processo, para prevenir a desnutrição e favorecer a recuperação da mucosa intestinal.

Alternativa (d) Incorreta: A conduta de suspender a alimentação (o antigo "repouso intestinal") é contraindicada. A manutenção da dieta reduz a duração da diarreia, previne a perda de peso e mantém o aporte nutricional necessário. Apenas alimentos com alto teor de açúcares simples (sucos industrializados e refrigerantes) devem ser evitados por seu efeito osmótico, mas a alimentação sólida habitual deve continuar.

Questão 44

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O lactente apresenta uma tríade clássica que sugere Meningite Bacteriana Aguda com provável Meningococemia (causada pela bactéria *Neisseria meningitidis*). Os pontos-chave para o diagnóstico e gravidade são:

1. Sinais de infecção do Sistema Nervoso Central: Febre, vômitos, convulsão, letargia, fontanela tensa (equivalente ao aumento da pressão intracraniana) e rigidez de nuca.

2. Sinais de Sepse/Meningococcemia: Manchas purpúricas (petéquias ou equimoses) disseminadas e taquicardia (pulso rápido), o que indica um quadro de choque séptico em estágio inicial ou compensado.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA

Em situações de emergência infecciosa, a prioridade é a estabilização do paciente e a rapidez no início da terapia. A alternativa (b) é a mais completa por três motivos:

1. Estabilização: Antes de qualquer procedimento, deve-se garantir a via aérea, oxigenação e suporte circulatório (reposição volêmica, se necessário), visto que a criança apresenta sinais de choque e alteração de consciência.
2. Antibioticoterapia empírica: Na suspeita de meningite meningocócica, o antibiótico deve ser administrado o mais rápido possível (idealmente na primeira hora). O atraso aumenta significativamente a mortalidade.
3. Exames: A investigação laboratorial e, se necessário, de imagem (para avaliar complicações ou contraindicações antes de procedimentos invasivos) deve ser iniciada simultaneamente, mas não deve atrasar o tratamento.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa (a): Embora mencione o início do antibiótico, ela foca apenas em exames laboratoriais básicos (hemograma e PCR) e falha ao não mencionar a estabilização clínica da criança, que é um paciente crítico com sinais de choque e hipertensão intracraniana.

Alternativa (c): A punção lombar é fundamental para o diagnóstico, mas é contraindicada como conduta imediata neste caso específico. O paciente possui sinais de hipertensão intracraniana (fontanela tensa) e instabilidade hemodinâmica. Realizar a punção nessas condições sem estabilização prévia ou avaliação de imagem pode causar herniação cerebral. Além disso, jamais se deve atrasar o antibiótico para realizar a punção em um paciente grave.

Alternativa (d): Esta conduta é considerada erro médico grave. Culturas demoram de 24 a 72 horas para apresentar resultados. Na meningite bacteriana, o paciente pode evoluir para óbito em poucas horas se não for tratado imediatamente com antibióticos de amplo espectro de forma empírica.

RESUMO DA CONDUTA

Diante de febre + púrpura + sinais meníngeos, o foco é: Estabilizar (ABC) + Antibiótico imediato + Investigação. Por isso, a letra (b) é a conduta mais adequada.

Questão 45

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta uma criança de 4 anos com um quadro febril agudo associado a manifestações orais intensas. Os pontos-chave para o diagnóstico são: febre alta, lesões ulceradas disseminadas por toda a cavidade oral (não apenas na região posterior), halitose, linfadenopatia cervical e, fundamentalmente, o envolvimento gengival importante (gengiva hiperemiada e edemaciada).

DISCUSSÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A herpangina é causada por enterovírus (geralmente Coxsackie A). Embora também cause febre e úlceras orais, as lesões ficam localizadas tipicamente na região posterior da orofaringe, como palato mole, úvula e pilares amigdalianos. A herpangina não costuma causar gengivite nem acometer a parte anterior da boca e língua de forma tão generalizada quanto o descrito no caso.

Alternativa b) Incorreta. A candidíase oral (sapinho) manifesta-se tipicamente como placas esbranquiçadas aderentes na mucosa, que lembram leite coalhado e que, ao serem removidas, deixam uma base eritematosa. Não é um quadro caracterizado por febre alta e múltiplas úlceras dolorosas com gengivite aguda em pacientes previamente hígidos.

Alternativa c) Incorreta. A estomatite aftosa recorrente (aftas comuns) apresenta-se com úlceras dolorosas, mas geralmente são lesões isoladas ou em pequeno número, sem febre alta, sem halitose intensa e sem o comprometimento gengival generalizado e inflamatório característico da infecção herpética primária.

Alternativa d) Correta. O quadro descrito é clássico de gengivoestomatite herpética primária, causada pelo vírus herpes simplex tipo 1 (HSV-1). É a causa mais comum de estomatite em crianças entre 6 meses e 5 anos. Diferencia-se da herpangina justamente pelo acometimento da porção anterior da boca e pela presença de gengivite intensa (edema e vermelhidão na gengiva). A presença de halitose e linfadenopatia cervical dolorosa reforça o diagnóstico. O tratamento é voltado para o controle da dor e hidratação, mas o uso de aciclovir oral pode ser indicado para reduzir o tempo de febre e a duração das lesões, especialmente se iniciado nas primeiras 72 horas de sintomas.

Questão 46

A questão descreve um lactente de 6 meses com um quadro clássico de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), caracterizado por dificuldade alimentar (cansaço e sudorese às mamadas), ganho ponderal insuficiente, taquicardia, taquipneia e hepatomegalia. O ponto fundamental para a diferenciação diagnóstica reside nos achados do exame físico: a presença de um sopro sistólico e a alteração nos pulsos.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A Estenose Aórtica Congênita é uma lesão obstrutiva do fluxo de saída do ventrículo esquerdo. Em lactentes, quando a estenose é grave (estenose aórtica crítica), o ventrículo esquerdo não consegue bombear sangue adequadamente para a aorta, levando ao baixo débito cardíaco e à congestão pulmonar retrógrada (causando a taquipneia e o cansaço). O sopro característico é sistólico, ejetivo, audível no foco aórtico. O termo desvio de pulsos na questão refere-se à alteração na qualidade dos pulsos periféricos, que tipicamente se apresentam finos e lentos (*parvus et tardus*) devido à obstrução fixa à saída do sangue. Entre as opções apresentadas, a estenose aórtica é a patologia obstrutiva que melhor justifica a combinação de sopro sistólico com alteração na amplitude/qualidade dos pulsos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Defeito do Septo Atrioventricular (DSAV): Esta patologia é muito comum em crianças com Síndrome de Down e envolve uma comunicação entre os átrios e os ventrículos, além de alterações nas valvas atrioventriculares. Embora cause insuficiência cardíaca precocemente devido ao shunt esquerda-direita, o sopro costuma ser holossistólico (por comunicação interventricular ou insuficiência da valva AV comum) e não há, caracteristicamente, uma alteração ou redução nos pulsos periféricos como descrito.

b) Comunicação Interventricular (CIV): É a cardiopatia congênita mais comum. Causa um shunt da esquerda para a direita, levando à ICC por hiperfluxo pulmonar. O sopro típico da CIV é holossistólico (pancárdico), mais audível na borda esternal esquerda inferior. Assim como no DSAV, os pulsos na CIV costumam estar normais, não apresentando a diminuição ou desvio típicos de lesões obstrutivas.

d) Persistência do Canal Arterioso (PCA): Nesta condição, existe uma conexão entre a aorta e a artéria pulmonar. O sopro característico é o sopro contínuo (em maquinaria), audível na região infraclavicular esquerda. Uma marca registrada da PCA são os pulsos amplos e céleres (pulso em martelo d'água), devido ao escape de sangue da aorta para a artéria pulmonar durante a diástole, o que é o oposto do que ocorre em lesões obstrutivas como a estenose aórtica.

RESUMO DIDÁTICO:

Diante de um lactente com sinais de ICC (taquipneia, hepatomegalia, dificuldade de ganhar peso) e sopro sistólico:

1. Pense em Shunts (CIV, DSAV): Pulsos normais.
2. Pense em Obstruções (Estenose Aórtica, Coarctação): Pulsos alterados (diminuídos ou com diferença entre membros).
3. Pense em PCA: Sopro contínuo e pulsos muito fortes.

Como a questão aponta alteração de pulsos e sopro sistólico, a Estenose Aórtica Congênita é a resposta mais adequada.

Questão 47

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma criança com anemia moderada a grave (hemoglobina de 7 g/dL), apresentando características de microcitose e hipocromia. A presença de reticulocitose indica que a medula óssea está tentando compensar a perda ou destruição de hemácias, o que aponta para um componente hemolítico ou de resposta medular ativa. A esplenomegalia e a fadiga reforçam o caráter crônico e a gravidade da patologia. O dado definitivo é a eletroforese de hemoglobina, que mostra aumento de hemoglobina F (fetal) e da fração que corresponde à deficiência das cadeias beta (referida no enunciado como B, associada ao aumento de HbA2 e HbF em casos de talassemia).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A anemia falciforme é uma hemoglobinopatia que cursa com anemia hemolítica e episódios de dor, porém as hemácias costumam ser normocíticas e normocrômicas. O diagnóstico por eletroforese revelaria a presença de hemoglobina S (HbS). Embora possa haver aumento de hemoglobina fetal em alguns pacientes, a microcitose não é o achado clássico, a menos que haja uma co-herança com talassemia.

Alternativa b) Incorreta. A anemia ferropriva é a causa mais comum de anemia microcítica e hipocrômica na infância. No entanto, ela é uma anemia hipoproliferativa, o que significa que os reticulócitos estariam baixos ou normais, e não elevados. Além disso, a eletroforese de hemoglobina na deficiência de ferro é normal ou mostra redução da hemoglobina A2, o oposto do que foi descrito.

Alternativa c) Correta. A talassemia major (ou formas de talassemia beta dependentes de transfusão/intermédias) apresenta exatamente o perfil descrito. O

defeito na síntese das cadeias beta da hemoglobina gera uma anemia microcítica e hipocrômica acentuada. A hemólise crônica e a hematopoese ineficaz levam à esplenomegalia e à reticulocitose. Na eletroforese, a ausência ou redução de cadeias beta faz com que o organismo produza mais hemoglobina fetal (alfa2 gama2) e hemoglobina A2 (alfa2 delta2) para compensar, confirmando o diagnóstico.

Alternativa d) Incorreta. A anemia megaloblástica, causada geralmente por deficiência de vitamina B12 ou folato, caracteriza-se por ser uma anemia macrocítica (VCM elevado) e não microcítica. O exame de sangue periférico mostraria neutrófilos hipersegmentados e a eletroforese de hemoglobina não apresentaria as alterações descritas de HbF e HbA2.

Questão 48

Análise do caso clínico:

O paciente é um menino de 10 anos com queixa de crescimento lento, porém com saúde preservada e exames laboratoriais normais. A altura no percentil 10 e o peso no percentil 30 indicam um crescimento proporcional e dentro da normalidade estatística (que compreende a faixa entre os percentis 3 e 97). O ponto fundamental para o diagnóstico reside na história familiar: os pais também tiveram crescimento lento na infância, mas recuperaram o ritmo na adolescência e atingiram estaturas finais normais. Esse padrão é o que chamamos popularmente de amadurecedores lentos.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A deficiência de hormônio do crescimento (GH) costuma apresentar uma velocidade de crescimento nitidamente abaixo do normal para a idade, o que levaria a criança a cruzar percentis para baixo no gráfico. Além disso, haveria atraso significativo na idade óssea e níveis baixos de IGF-1 e IGFBP-3 nos exames laboratoriais. O caso descreve exames hormonais normais e uma criança saudável e ativa.

Alternativa b) Correta. O Retardo Constitucional do Crescimento e da Puberdade (RCCP) é considerado uma variante da normalidade. É mais frequente em meninos e caracteriza-se por uma desaceleração do crescimento nos primeiros anos de vida, seguida por uma velocidade de crescimento normal, mas em um percentil mais baixo. A principal característica é o histórico familiar de pais que entraram na puberdade tardiamente e tiveram o estirão de crescimento depois dos colegas, mas que atingiram estaturas finais normais. Nota: Embora o RCCP apresente classicamente um atraso na idade óssea, o histórico dos pais e a normalidade dos

exames tornam esta a única resposta plausível.

Alternativa c) Incorreta. A Síndrome de Turner é uma condição genética (geralmente cariótipo 45,X) que afeta exclusivamente indivíduos do sexo feminino. Como o enunciado se refere ao paciente no gênero masculino (o filho), esta alternativa é tecnicamente impossível. Além disso, a síndrome costuma cursar com baixa estatura acentuada e estigmas físicos, como pescoço alado e tórax em escudo.

Alternativa d) Incorreta. Doenças sistêmicas e carências nutricionais, como a anemia ferropriva, podem prejudicar o crescimento. No entanto, essas condições geralmente afetam o ganho de peso antes de comprometer a altura. O enunciado afirma que a criança é saudável, ativa e, crucialmente, que seus resultados laboratoriais estão normais, o que descarta anemias ou outras patologias crônicas.

Questão 49

O diagnóstico principal para este caso é a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), historicamente conhecida como Doença da Membrana Hialina. A condição é causada pela deficiência de surfactante pulmonar, substância essencial para reduzir a tensão superficial nos alvéolos e evitar o seu colapso ao final da expiração.

Análise das alternativas:

a) Aspiração Meconial: Incorreta. Essa patologia atinge quase exclusivamente recém-nascidos a termo ou pós-termo, pois a eliminação de mecônio intra-útero exige maturidade do sistema gastrointestinal, geralmente associada a episódios de asfixia. Radiologicamente, apresenta-se com infiltrados grosseiros, irregulares e áreas de hiperinsuflação, o que difere do padrão homogêneo de vidro fosco descrito.

b) Pneumonia Bacteriana: Incorreta. Embora a pneumonia possa mimetizar a SDR clínica e radiologicamente, ela costuma estar associada a fatores de risco infecciosos, como ruptura prolongada de membranas ou febre materna. No contexto de um prematuro de 28 semanas sem histórico infeccioso citado, a deficiência de surfactante é a hipótese estatisticamente mais provável e condizente com o quadro progressivo.

c) Membrana Hialina (Síndrome do Desconforto Respiratório Neonatal): Correta. A questão apresenta os três pilares diagnósticos clássicos: 1) Prematuridade extrema (28 semanas); 2) Desconforto respiratório de início precoce e progressivo; 3) Radiografia com padrão de vidro fosco (infiltrado reticulogranular fino bilateral) e redução do volume pulmonar. O vidro fosco na imagem representa o colapso alveolar difuso (microatelectasias) intercalado com alvéolos e bronquíolos dilatados.

d) Pneumotórax: Incorreta. O pneumotórax caracteriza-se por uma desestabilização clínica súbita e aguda. Na radiografia, seria visualizada a presença de ar no espaço pleural, com ausência de trama vascular na periferia do pulmão acometido e possível desvio do mediastino para o lado oposto, e não um infiltrado bilateral difuso.

Questão 50

A questão apresenta o quadro clássico de uma infecção fúngica subcutânea associada ao trauma vegetal. Vamos analisar o caso e as alternativas para entender o diagnóstico de esporotricose.

Análise do Caso Clínico:

O histórico de manipulação de plantas e roseiras é o dado epidemiológico mais importante. A esporotricose é causada pelo fungo *Sporothrix schenckii*, que vive no solo e em vegetais. A infecção ocorre por inoculação traumática (como a espetada de um espinho). O quadro clínico de um nódulo que evolui para úlcera, com curso subagudo e presença de linfadenopatia regional, é a descrição típica desta patologia.

Alternativa A (Correta): Esporotricose.

Esta é a principal hipótese diagnóstica. A apresentação clínica inicial é o "cancro de inoculação" (nódulo que ulcera). Em muitos casos, a doença progride com o aparecimento de novos nódulos seguindo o trajeto linfático (forma linfocutânea), mas a forma cutâneo-fixa ou localizada, com linfadenopatia regional, é comum em crianças e condiz com o relato. A associação com roseiras é tão clássica que a doença é frequentemente chamada de "doença do jardineiro".

Alternativa B (Incorreta): Doença da Arranhadura do Gato.

Causada pela bactéria *Bartonella henselae*, essa doença também cursa com linfadenopatia regional e uma lesão papular ou pustular no local da inoculação. No entanto, o histórico epidemiológico típico envolve o contato direto (arranhadura ou mordedura) com felinos, geralmente filhotes, e não o manuseio de plantas ou roseiras.

Alternativa C (Incorreta): Infecção por *Staphylococcus aureus*.

Infecções estafilocócicas, como o impetigo ou a celulite, costumam ter um início agudo e apresentam sinais inflamatórios exuberantes, como calor, rubor e dor intensa. O *S. aureus* pode causar abscessos ou lesões crostosas (melicéricas), mas não costuma se apresentar como um nódulo de evolução lenta (semanas) que se transforma em úlcera de bordas bem definidas após trauma vegetal.

Alternativa D (Incorreta): Candidíase Cutânea.

A candidíase cutânea geralmente ocorre em áreas de dobras (intertrigo), como axilas, virilhas e região das fraldas em crianças, manifestando-se como placas eritematosas com lesões satélites. Não apresenta o padrão de nódulo ulcerado persistente com linfadenopatia regional associado a trauma em jardim.

Conclusão:

Diante de uma lesão ulcerada crônica/subaguda após contato com solo ou plantas, especialmente roseiras, o diagnóstico de esporotricose deve ser a primeira suspeita médica. O tratamento padrão para formas cutâneas geralmente envolve o uso de itraconazol ou iodeto de potássio.

Questão 51

A questão aborda o protocolo de profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) em crianças vítimas de violência sexual. O objetivo da profilaxia é cobrir os patógenos que são transmitidos predominantemente por via sexual e que possuem alta prevalência ou gravidade.

Alternativa A (Correta): Candidíase. A *Candida spp.* é um fungo que faz parte da microbiota vaginal e digestiva normal de muitas pessoas. A candidíase vulvovaginal é considerada uma infecção oportunista, decorrente do desequilíbrio da flora local (por alterações de pH, uso de antibióticos ou imunidade), e não uma IST clássica. Portanto, ela não faz parte dos protocolos de profilaxia pós-exposição, sendo tratada apenas se houver manifestação clínica.

Alternativa B (Incorreta): Tricomoníase. O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário transmitido quase exclusivamente por via sexual. Em casos de abuso sexual, ele é coberto rotineiramente na profilaxia, geralmente com o uso de metronidazol ou tinidazol, conforme o peso e a idade da criança.

Alternativa C (Incorreta): Cervicite por *Chlamydia trachomatis*. A clamídia é uma das bactérias mais comuns em casos de transmissão sexual e pode causar danos significativos ao trato reprodutor a longo prazo. A profilaxia é obrigatória, geralmente realizada com azitromicina em dose única.

Alternativa D (Incorreta): Sífilis. Causada pelo *Treponema pallidum*, a sífilis é uma infecção sistêmica grave com alto risco de transmissão em episódios de violência sexual. A profilaxia é preconizada com o uso de penicilina G benzatina em dose única, visando abortar a infecção ainda na fase de incubação.

Em resumo, o "kit" de profilaxia para ISTs não virais após abuso sexual em pediatria visa cobrir prioritariamente sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase. A candidíase,

por não ser uma IST e ser frequentemente endógena, fica fora desse protocolo preventivo.

Questão 52

Análise do caso clínico:

A criança apresenta um quadro de hematúria glomerular, evidenciada pela presença de hemácias dismórficas e cilindros eritrocitários (ou hemáticos) no exame de urina. O antecedente de infecção de vias aéreas superiores há duas semanas sugere um gatilho infeccioso para uma glomerulopatia.

Alternativa a: Incorreta. A nefrite lúpica é uma complicação do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Embora possa causar hematúria e proteinúria, o LES é uma doença multissistêmica que geralmente apresenta outros sintomas, como febre, artrite, rash cutâneo e alterações hematológicas. Além disso, é menos comum como causa primária de hematúria isolada em uma criança de 8 anos sem outras queixas sistêmicas.

Alternativa b: Incorreta. A síndrome nefrótica define-se por proteinúria maciça (níveis nefróticos), hipoalbuminemia e edema generalizado. O enunciado especifica que a criança apresenta proteinúria leve e não tem edema, o que afasta essa hipótese. O achado de cilindros hemáticos aponta para uma síndrome nefrítica (inflamação do glomérulo), e não nefrótica.

Alternativa c: Correta. A Doença de Berger, ou nefropatia por IgA, é a causa mais frequente de glomerulopatia primária no mundo. Ela se caracteriza por episódios de hematúria (que pode ser macroscópica ou microscópica) frequentemente desencadeados por infecções respiratórias. Embora o intervalo de duas semanas possa confundir com a GNPE, a nefropatia por IgA é o diagnóstico mais provável quando o paciente apresenta hematúria glomerular isolada, em bom estado geral e sem os sinais clássicos de sobrecarga de volume, como hipertensão arterial e edema.

Alternativa d: Incorreta. A glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE) ocorre tipicamente de 1 a 3 semanas após uma faringite estreptocócica. Contudo, na GNPE, o quadro clínico costuma ser mais exuberante, manifestando-se como uma síndrome nefrítica clássica, que inclui obrigatoriamente ou frequentemente edema e hipertensão arterial. A ausência desses sinais e o bom estado geral da criança tornam a Doença de Berger uma alternativa mais adequada para o quadro clínico de hematúria leve e isolada descrito.

Questão 53

O caso clínico apresenta um quadro clássico de eritema infeccioso, uma doença exantemática comum na infância, causada pelo parvovírus B19. A descrição da "face esbofeteada" é o sinal patognomônico que direciona o diagnóstico.

Análise das alternativas:

a) Roséola infecciosa: Incorreta. A roséola, também conhecida como exantema súbito, é causada pelos vírus herpes-humanos 6 e 7. Acomete geralmente lactentes (6 a 15 meses) e se caracteriza por febre alta que desaparece subitamente (em crise), seguida pelo surgimento de um exantema maculopapular rosado que começa no tronco. Não apresenta o sinal da face esbofeteada.

b) Eritema Infeccioso: Correta. É a alternativa que melhor se encaixa na descrição. O quadro evolui tipicamente em três fases: 1) Fase da face esbofeteada (eritema malar bilateral poupando a região perioral); 2) Fase de disseminação (exantema maculopapular em tronco e extremidades que assume aspecto rendilhado ou reticulado à medida que clareia centralmente); 3) Fase de recidiva (o exantema pode reaparecer por semanas devido a estímulos como sol, calor ou exercício físico).

c) Exantema Súbito: Incorreta. Como mencionado na alternativa (a), este é um sinônimo para roséola infecciosa. A principal diferença clínica reside na idade do paciente (geralmente menor de 6 anos) e na cronologia febre-exantema, em que o exantema surge apenas após a queda da febre.

d) Rubéola: Incorreta. Embora a rubéola também apresente um exantema que começa na face e se espalha para o tronco, ela é acompanhada de forma característica por linfonodopatia retroauricular, occipital e cervical posterior. Além disso, o eritema malar não possui o aspecto delimitado de "face esbofeteada" visto no eritema infeccioso.

O diagnóstico mais provável é o eritema infeccioso (letra B), pois a idade escolar do paciente e a descrição específica da lesão facial são marcas registradas da infecção pelo parvovírus B19.

Questão 54

O quadro clínico descrito é clássico de uma síndrome disabsortiva na infância. A combinação de diarreia crônica, distensão abdominal, perda de peso e déficit de crescimento (baixa estatura) aponta para uma interrupção na absorção adequada de nutrientes. A presença de anemia microcítica reforça a existência de uma deficiência nutricional (provavelmente ferropriva) decorrente da lesão na mucosa intestinal. O

ponto decisivo para o diagnóstico é a presença de anticorpos antitransglutaminase tecidual elevados, que possuem alta sensibilidade e especificidade para a Doença Celíaca.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que pode causar dor abdominal, perda de peso e atraso no crescimento. No entanto, ela geralmente apresenta marcadores inflamatórios elevados (como proteína C-reativa ou calprotectina fecal) e não está associada ao anticorpo antitransglutaminase tecidual, que é específico para a sensibilidade ao glúten.

b) Incorreta. A intolerância à lactose é uma deficiência enzimática que causa gases, distensão e diarreia osmótica após a ingestão de leite e derivados. Ela não provoca lesão permanente na mucosa intestinal a ponto de gerar anemia microcítica grave, desnutrição severa ou baixa estatura, e não envolve mecanismos imunológicos detectados pelo anticorpo antitransglutaminase.

c) Correta. A Doença Celíaca é uma enteropatia imunomediada desencadeada pela ingestão de glúten em indivíduos geneticamente predispostos. O caso apresenta a forma clássica da doença: sintomas gastrointestinais de má absorção, repercussões sistêmicas (anemia e déficit de crescimento) e sorologia positiva. O anticorpo antitransglutaminase tecidual da classe IgA é o teste de triagem padrão-ouro devido à sua alta acurácia.

d) Incorreta. A Síndrome do Intestino Irritável é um distúrbio funcional do trato gastrointestinal. Ela se manifesta com dor abdominal e alterações no hábito intestinal, mas não evolui com sinais de alarme como perda de peso, anemia, deficiências nutricionais ou atraso no crescimento. Além disso, exames laboratoriais e sorológicos costumam ser normais nessa condição.

Questão 55

A análise do quadro clínico descrito aponta para um caso clássico de escorbuto, que é a manifestação clínica da deficiência de vitamina C (ácido ascórbico). O diagnóstico é fundamentado na tríade de dieta restritiva, manifestações hemorrágicas e alterações gengivais.

A alternativa (d) está correta, pois a vitamina C é um cofator essencial para as enzimas prolil-hidroxilase e lisil-hidroxilase, responsáveis pela hidroxilação dos resíduos de prolina e lisina no colágeno. Sem essa etapa, as fibras de colágeno tornam-se instáveis, resultando em extrema fragilidade capilar e defeitos no tecido

conjuntivo. Os principais sintomas incluem fadiga, irritabilidade, petéquias perifoliculares (lesões pontuais), equimoses, gengivas esponjosas e sangrantes, além de dor óssea em crianças devido a hemorragias subperiosteais. A história de baixa ingestão de frutas e vegetais corrobora diretamente essa hipótese.

A alternativa (a) está incorreta. A deficiência de vitamina A (hipovitaminose A) manifesta-se primariamente por alterações oculares, como xeroftalmia (olho seco), manchas de Bitot e cegueira noturna, além de hiperqueratose folicular. Não costuma apresentar o quadro hemorrágico e gengival descrito.

A alternativa (b) está incorreta. Embora a deficiência de vitamina K leve a distúrbios de coagulação e hematomas espontâneos por comprometer a síntese dos fatores II, VII, IX e X, ela não causa o inchaço gengival característico nem as lesões perifoliculares. Além disso, a vitamina K é amplamente encontrada em diversos alimentos e produzida pela microbiota intestinal, sendo menos comum em dietas restritivas simples sem distúrbios absortivos associados.

A alternativa (c) está incorreta. A deficiência de vitamina D em crianças causa o raquitismo, caracterizado por deformidades ósseas (como o rosário raquítico e pernas arqueadas), atraso no fechamento das fontanelas e fraqueza muscular, mas não está associada a sangramentos gengivais ou fragilidade capilar cutânea.

Questão 56

Para responder a esta questão, é fundamental conhecer a cronologia da erupção dentária e os termos técnicos utilizados para descrever cada estágio do desenvolvimento bucal na infância.

A dentição decídua (conhecida popularmente como dentes de leite) é composta por 20 dentes. O processo de erupção desses dentes geralmente começa por volta dos 6 meses de vida e se completa entre os 2 anos e meio e 3 anos de idade. No caso clínico, a criança de 2 anos apresenta incisivos e primeiros molares, o que é compatível com o cronograma esperado para quem ainda está completando a primeira dentição.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: A fase de erupção dentária primária refere-se ao período em que os dentes decíduos estão surgindo na cavidade oral. Como a criança possui apenas elementos da primeira dentição e ainda está dentro da faixa etária de finalização desse processo (2 anos), esta é a classificação técnica correta para o estágio observado.

Alternativa (b) Incorreta: A fase de dentição mista ocorre quando há a presença simultânea de dentes decíduos e dentes permanentes na boca. Esse período inicia-se normalmente por volta dos 6 anos de idade, com a erupção dos primeiros molares permanentes ou a troca dos incisivos inferiores, o que não corresponde ao quadro da criança de 2 anos.

Alternativa (c) Incorreta: A fase de dentição permanente é aquela em que todos os dentes decíduos já foram substituídos pelos seus sucessores definitivos. Isso acontece geralmente após os 12 ou 13 anos de idade.

Alternativa (d) Incorreta: Embora "dentes de leite" seja um sinônimo para dentição decídua ou primária, o termo técnico-científico padronizado para descrever essa etapa do desenvolvimento em exames e literatura médica é "erupção dentária primária". A alternativa (a) utiliza a nomenclatura acadêmica correta para a fase de desenvolvimento biológico.

Portanto, a criança encontra-se na fase em que seus primeiros dentes estão se estabelecendo, sem qualquer evidência de elementos permanentes, caracterizando a fase primária.

Questão 57

O diagnóstico de obesidade na infância é realizado através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e sua projeção nos gráficos de crescimento da Organização Mundial da Saúde. Para uma criança de 8 anos, um IMC acima do percentil 95 classifica o quadro como obesidade. A análise das alternativas baseia-se na diferenciação entre causas endócrinas e a causa nutricional (exógena).

Alternativa a) Incorreta. A Síndrome de Cushing é uma causa rara de obesidade na infância decorrente do excesso de glicocorticoides. O principal marcador clínico que a diferencia da obesidade exógena é o comprometimento do crescimento linear. Crianças com Cushing apresentam ganho de peso associado a uma queda significativa na velocidade de crescimento (baixa estatura), além de outros sinais como estrias purpúreas, face em lua cheia e giba dorsal.

Alternativa b) Incorreta. O hipotireoidismo pode levar ao ganho de peso, mas este costuma ser discreto e decorrente principalmente do acúmulo de mixedema (líquido) e não apenas de gordura. Assim como no Cushing, a principal característica do hipotireoidismo não tratado na infância é a desaceleração do crescimento e a baixa estatura, o que não é o foco principal do quadro descrito.

Alternativa c) Incorreta. O Diabetes Mellitus tipo 1 manifesta-se tipicamente com perda de peso involuntária, polidipsia (sede excessiva), poliúria (excesso de urina) e polifagia (fome excessiva). A obesidade é um fator de risco para o Diabetes tipo 2, mas não é a apresentação clínica do tipo 1.

Alternativa d) Correta. A Obesidade Exógena, ou nutricional, é responsável por mais de 95% dos casos de obesidade infantil. Ela é causada pelo desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético, frequentemente associada a fatores genéticos e ambientais (como o histórico familiar de obesidade mencionado no caso). Uma característica clínica fundamental da obesidade exógena é que a criança geralmente mantém um crescimento linear normal ou até levemente acelerado, situando-se em percentis de altura adequados para a idade, o que a distingue das causas endócrinas. O acúmulo de gordura abdominal e a dificuldade em atividades físicas são achados típicos da condição.

Questão 58

A alternativa correta é a (a) Síndrome de Stevens-Johnson.

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma reação de hipersensibilidade cutânea grave, geralmente desencadeada por medicamentos como antibióticos (sulfas, penicilinas), anticonvulsivantes ou anti-inflamatórios. O quadro clínico apresentado é clássico: um período prodromico com febre e mal-estar, seguido pelo envolvimento de mucosas (neste caso, ocular, oral e faríngea, evidenciado pela dor ocular e dificuldade de engolir). A evolução para lesões vesiculares e o descolamento da pele (descamação difusa) após uma semana do início de um novo fármaco é o marcador principal desta patologia. Na SSJ, o descolamento epidérmico atinge até 10% da superfície corporal.

Análise das alternativas incorretas:

b) Psoríase: É uma doença inflamatória crônica e imunomediada, caracterizada por placas eritematodescamativas bem delimitadas, com escamas prateadas, geralmente em áreas de extensão como cotovelos e joelhos. Não apresenta início agudo com descolamento epidérmico ou acometimento grave de mucosas relacionado ao uso de antibióticos.

c) Dermatite Atópica: É uma condição inflamatória crônica e pruriginosa, comumente associada à asma e à rinite alérgica. Caracteriza-se por eczemas em áreas de flexura (como dobras dos braços e pernas) e não causa necrose cutânea, febre alta aguda ou descamação difusa por gatilho medicamentoso.

d) Eritema multiforme: Embora apresente lesões cutâneas e possa envolver mucosas, sua principal causa é infecciosa (especialmente o vírus Herpes simplex) e não medicamentosa. As lesões típicas são "em alvo" (lesões circulares com três zonas de cores diferentes) e o quadro não costuma evoluir com o descolamento epidérmico extenso e sistêmico observado na Síndrome de Stevens-Johnson.

Questão 59

O quadro clínico descrito é clássico para o diagnóstico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA). Trata-se de um lactente jovem (6 meses) que apresenta um pródromo viral (febre baixa e coriza), seguido de sinais de comprometimento das vias aéreas inferiores, caracterizado por obstrução inflamatória dos bronquíolos, manifestando-se com sibilância, taquipneia e sinais de esforço respiratório.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

a) Pneumonia Viral: Embora a pneumonia viral também possa causar taquipneia e desconforto respiratório em lactentes, e muitas vezes ocorra simultaneamente ou como complicação da bronquiolite, o diagnóstico de pneumonia foca mais no comprometimento alveolar. A presença marcante de sibilos difusos e o padrão de primeiro episódio de sibilância após pródromo viral em criança menor de 2 anos direcionam o diagnóstico especificamente para bronquiolite, conforme os consensos clínicos.

b) Asma: O diagnóstico de asma é pouco provável em um lactente de 6 meses em seu primeiro episódio de sibilância. A asma caracteriza-se por uma inflamação crônica com episódios recorrentes de sibilância, geralmente associada à história familiar de atopia ou outras alergias no paciente (como dermatite atópica). Clinicamente, o primeiro episódio de sibilância associado a quadro viral nesta faixa etária é classificado como bronquiolite, e não asma.

c) Bronquiolite Viral Aguda: Esta é a alternativa correta. A BVA é definida clinicamente como o primeiro episódio de sibilância em crianças menores de 24 meses (com pico de incidência entre 2 e 6 meses), precedido por sintomas de infecção de vias aéreas superiores. O principal agente etiológico é o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). O exame físico com sibilos, estertores e sinais de desconforto (uso de musculatura acessória) é a apresentação típica da doença.

d) Laringite: A laringite (ou crupe viral) é uma afecção das vias aéreas superiores. Os sinais clássicos de laringite incluem tosse metálica (tosse de cachorro), estridor inspiratório e rouquidão. O quadro descrito na questão envolve sibilância e estertores, que são ruídos adventícios das vias aéreas inferiores, o que descarta o

diagnóstico de laringite.

Questão 60

A Tétrade de Sabin é o conjunto clássico de sinais clínicos que caracteriza a toxoplasmose congênita, resultante da infecção transplacentária pelo *Toxoplasma gondii*, especialmente quando a infecção materna ocorre nos primeiros trimestres da gestação.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa descreve com precisão os quatro componentes da tétrede.

1. Coriorretinite: É a lesão mais frequente, geralmente bilateral, que pode levar à cegueira.
2. Calcificações intracranianas: Na toxoplasmose, estas calcificações são tipicamente difusas ou generalizadas pelo parênquima cerebral.
3. Hidrocefalia ou microcefalia: Alterações no volume craniano decorrentes de processos inflamatórios e obstrução do fluxo do líquido cefalorraquidiano.
4. Retardo mental (deficiência intelectual): Sequelas neurológicas a longo prazo devido ao comprometimento do sistema nervoso central.

Alternativa (b): INCORRETA. A coriorretinite na toxoplasmose congênita é classicamente bilateral (afeta os dois olhos). Além disso, as calcificações periventriculares são características marcantes da infecção congênita pelo citomegalovírus (CMV), enquanto na toxoplasmose elas são espalhadas (generalizadas).

Alternativa (c): INCORRETA. Embora a hepatomegalia possa ocorrer em diversas infecções neonatais do grupo TORCH (Toxoplasmose, Outras, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes), ela não faz parte da descrição clássica da Tétrade de Sabin. O estrabismo também pode ser uma consequência da coriorretinite, mas não é um dos quatro pilares da tétrede.

Alternativa (d): INCORRETA. O estrabismo é um achado oftalmológico possível em crianças com toxoplasmose, mas a Tétrade de Sabin refere-se especificamente à coriorretinite, calcificações, alterações de volume craniano e retardo mental. A inclusão do estrabismo descaracteriza a definição clássica.

Em resumo, para provas de residência, é fundamental diferenciar o padrão das calcificações: na toxoplasmose elas são difusas/generalizadas (Sabin), enquanto no citomegalovírus elas são periventriculares. A alternativa (a) é a única que lista

corretamente todos os elementos.

Questão 61

Alternativa a: Está correta. A enxaqueca relacionada ao ciclo menstrual é considerada um subtipo de enxaqueca sem aura. De acordo com os critérios de elegibilidade (MEC), a enxaqueca sem aura em pacientes com menos de 35 anos é classificada como Categoria 2 para o uso de contraceptivos hormonais combinados, o que significa que as vantagens do método geralmente superam os riscos. Portanto, não há contraindicação para o uso do contraceptivo oral combinado nesse cenário específico. A contraindicação absoluta (Categoria 4) é reservada para enxaqueca com aura em qualquer idade ou enxaqueca sem aura em pacientes com 35 anos ou mais.

Alternativa b: Está incorreta. A esclerose múltipla não é uma contraindicação ao uso do injetável trimestral de medroxiprogesterona. Na maioria das situações, a esclerose múltipla é classificada como Categoria 1 para este método. Existe uma observação cautelar apenas se a paciente apresentar imobilidade prolongada, devido ao risco de redução da densidade mineral óssea associada ao injetável, mas isso não configura uma contraindicação para a doença em si.

Alternativa c: Está incorreta. O implante de progestágeno é classificado como Categoria 2 para mulheres em aleitamento materno com menos de 21 dias pós-parto. A classificação Categoria 3 no pós-parto imediato (antes de 21 dias) é atribuída aos contraceptivos combinados (que contêm estrogênio), devido ao risco elevado de tromboembolismo venoso e possível interferência na produção de leite, o que não ocorre com o implante isolado de progestágeno.

Alternativa d: Está incorreta. Para pacientes que realizaram cirurgia bariátrica do tipo malabsortiva (como o bypass gástrico em Y de Roux), os contraceptivos orais (combinados ou de progestágeno isolado) são classificados como Categoria 3. Isso ocorre porque a cirurgia pode comprometer a absorção e a eficácia da medicação oral. Não é uma contraindicação absoluta (Categoria 4), mas sim uma situação onde os riscos ou a falha do método superam os benefícios, sendo preferível o uso de métodos não orais.

Questão 62

Para compreender esta questão, é necessário revisar os Critérios de Elegibilidade Médica para Uso de Contraceptivos (US MEC), atualizados em 2024. Esses critérios classificam as condições clínicas em quatro categorias:

Categoria 1: Não há restrição ao uso do método.

Categoria 2: As vantagens geralmente superam os riscos.

Categoria 3: Os riscos geralmente superam as vantagens.

Categoria 4: Risco de saúde inaceitável (contra-indicação absoluta).

ALTERNATIVA A: Incorreta. A endometriose é classificada como categoria 1 para o uso do DIU de cobre. Embora esse método possa estar associado a um aumento do fluxo menstrual e de cólicas em algumas mulheres, ele não agrava a endometriose e não há restrições médicas para sua inserção ou permanência.

ALTERNATIVA B: Incorreta. A presença de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) é classificada como categoria 1 para o DIU de cobre. Pacientes com rastreio citopatológico alterado ou diagnóstico de NIC podem iniciar ou continuar o uso do método sem riscos adicionais à saúde. A contra-indicação (categoria 4) se aplica apenas ao câncer de colo de útero iniciado enquanto a paciente já não estiver em uso do DIU (para início do método).

ALTERNATIVA C: Correta. Pacientes com vaginites, o que inclui a vaginose bacteriana e a tricomoníase, são classificadas como categoria 2 para a inserção (início) do DIU de cobre e categoria 1 para a continuação. Isso significa que os benefícios de prover a contracepção superam os riscos teóricos de uma doença inflamatória pélvica ascendente, embora o tratamento da infecção deva ser realizado.

ALTERNATIVA D: Incorreta. O transplante de órgãos sólidos não é uma contra-indicação absoluta. Para o DIU de cobre, o transplante é classificado como categoria 2 quando não apresenta complicações. Em casos de transplantes complicados (com rejeição, falência do enxerto ou fibrose), a classificação passa para categoria 3 para o início do método, mas nunca categoria 4. Portanto, não há contra-indicação absoluta generalizada para esse grupo.

Questão 63

Para compreender esta questão, devemos revisar os Critérios de Elegibilidade Médica para Uso de Contraceptivos (MEC), que classificam as condições em categorias de 1 a 4. A Categoria 4 representa um risco de saúde inaceitável, ou seja, uma contra-indicação absoluta.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A doença cardíaca valvar só é classificada como Categoria 4 para o uso de anticoncepcionais combinados se for considerada complicada (por exemplo, associada a hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial ou história de endocardite bacteriana). A doença valvar não complicada é classificada como Categoria 2 (os benefícios superam os riscos).

b) Incorreta. O uso de grande parte dos antirretrovirais é classificado como Categoria 2 para o uso de contraceptivos combinados. Existem interações medicamentosas importantes, especialmente com inibidores da protease potencializados por ritonavir (que podem ser Categoria 3), mas o uso de antirretrovirais de forma genérica não constitui uma contraindicação absoluta.

c) Correta. O câncer de mama atual é uma contraindicação absoluta (Categoria 4) para todos os métodos contraceptivos hormonais, incluindo o SIU de levonorgestrel. Como se trata de um tumor sensível a hormônios, o uso de qualquer progestágeno ou estrogênio é evitado para não estimular o crescimento ou a recorrência das células neoplásicas. Nesses casos, o método de escolha costuma ser o DIU de cobre.

d) Incorreta. Para o injetável trimestral (método de progestágeno isolado), o diabetes mellitus presente há mais de 20 anos ou com complicações vasculares (nefropatia, retinopatia, neuropatia) é classificado como Categoria 3 (os riscos geralmente superam os benefícios). Para ser Categoria 4, a condição precisaria ser avaliada no contexto de métodos combinados, mas não para o progestágeno injetável isolado.

Em resumo, a alternativa (c) é a única que descreve corretamente uma situação de Categoria 4 (contraindicação absoluta) de acordo com os critérios internacionais e do CDC/U.S. MEC.

Questão 64

As novas diretrizes do Ministério da Saúde, aprovadas em 2024/2025, marcam uma transição importante no rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, substituindo a citologia (Papanicolau) isolada pelo teste de biologia molecular para detecção de DNA-HPV como método preferencial.

Alternativa A (Correta): De acordo com o novo protocolo de rastreamento organizado, o teste de DNA-HPV é o exame inicial. Se o resultado for positivo para os genótipos 16 ou 18 (os de maior potencial oncogênico), a paciente apresenta um risco imediato elevado para lesões precursoras de alto grau. Por isso, a recomendação é o encaminhamento direto para a colposcopia, sem necessidade de citologia prévia. Para os outros tipos de HPV de alto risco (não 16/18), a conduta seria realizar uma

citologia de triagem (reflexa).

Alternativa B (Incorreta): A faixa etária para o início do rastreamento permanece aos 25 anos, conforme as recomendações anteriores. O Ministério da Saúde brasileiro não adotou o início aos 21 anos, pois nessa idade a prevalência de infecções transitórias por HPV é muito alta e a incidência de câncer cervical é extremamente baixa, o que levaria a um excesso de procedimentos desnecessários (*overdiagnosis* e *overtreatment*).

Alternativa C (Incorreta): A idade para o encerramento do rastreamento continua sendo aos 64 anos, desde que a paciente tenha exames anteriores negativos (pelo menos dois exames negativos nos últimos 10 anos). O fato de não possuir mais relações sexuais não é o critério isolado para interrupção, e a idade de 70 anos não foi estabelecida como o padrão nas diretrizes brasileiras para o rastreamento organizado.

Alternativa D (Incorreta): O rastreamento do câncer do colo do útero foca exclusivamente em tipos de HPV de alto risco (oncogênicos). Os HPVs de baixo risco (como os tipos 6 e 11, causadores de verrugas genitais) não fazem parte do protocolo de rastreamento de câncer, pois não possuem potencial para evoluir para neoplasia maligna cervical. Além disso, no caso de detecção de HPV oncogênico (que não seja 16 ou 18), a conduta correta é realizar a citologia e, somente se esta vier alterada, proceder à colposcopia.

Questão 65

Esta questão exige conhecimento específico sobre a Linha-Guia de Cuidado do Câncer do Colo do Útero da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (atualização 2025), que possui algumas condutas divergentes das diretrizes nacionais do INCA para otimizar o diagnóstico precoce na rede local.

Alternativa (a) Correta: De acordo com o protocolo específico de Curitiba para 2025, o achado de Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL/LIEBG) em mulheres na faixa etária de rastreamento (a partir de 25 anos) é critério para encaminhamento via telerregulação para a Patologia Cervical/Colposcopia. Diferentemente da diretriz nacional, que sugere repetição em 6 meses, o protocolo municipal busca a confirmação diagnóstica imediata nesses casos.

Alternativa (b) Incorreta: As atipias em células glandulares (AGC) possuem um alto valor preditivo positivo para lesões precursoras de alto grau ou adenocarcinoma. Por esse motivo, a conduta correta é o encaminhamento imediato para colposcopia, preferencialmente com avaliação do canal endocervical, e nunca a repetição do

exame citopatológico em 6 meses.

Alternativa (c) Incorreta: Células atípicas nas quais não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H) ou de origem indefinida exigem investigação imediata. O protocolo determina o encaminhamento para colposcopia, e não a repetição do citopatológico em curto prazo (3 meses), devido ao risco aumentado de lesão histológica subjacente grave.

Alternativa (d) Incorreta: Diante de um resultado citopatológico indicando carcinoma escamoso invasor, o manejo deixa de ser apenas diagnóstico (colposcopia de rastreo) e passa a ser terapêutico e de estadiamento. Nessas situações, a paciente deve ser encaminhada diretamente para serviços de oncologia de referência (CACON ou UNACON) para o início rápido do tratamento oncológico.

Questão 66

Análise das alternativas baseada na Linha de Cuidado do Câncer de Mama 2024 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba:

Alternativa (a) Incorreta: Segundo as diretrizes atuais, tanto do Ministério da Saúde quanto da SMS de Curitiba, o rastreamento mamográfico não exige o exame clínico das mamas (ECM) como pré-requisito obrigatório. Embora o exame clínico faça parte da avaliação mamária, ele não possui evidência de benefício isolado na redução da mortalidade em mulheres assintomáticas quando comparado à mamografia. O foco do rastreamento populacional é a realização da mamografia bienal na faixa etária recomendada.

Alternativa (b) Incorreta: A presença de próteses ou implantes mamários não substitui a mamografia pela ultrassonografia no rastreamento. Mulheres com implantes devem realizar a mamografia normalmente, utilizando técnicas específicas, como a manobra de Eklund, que permite a visualização do parênquima mamário ao afastar a prótese. A ultrassonografia é um exame complementar e não o método principal de rastreamento para esse grupo.

Alternativa (c) Correta: Todo programa de rastreamento envolve um balanço entre benefícios e riscos. A Linha de Cuidado destaca que a mamografia pode gerar resultados falso-positivos (que levam à ansiedade e biópsias desnecessárias) e falso-negativos (que geram falsa segurança e atraso no diagnóstico). Além disso, existe o risco de sobrediagnóstico e sobretratamento (identificação de tumores que não evoluiriam clinicamente).

Alternativa (d) Incorreta: O agendamento de mamografia por teleatendimento ou

outros canais oficiais segue critérios rigorosos de idade e periodicidade baseados em evidências científicas. O rastreamento de rotina é indicado para mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos. Portanto, o serviço não oferece o exame para mulheres de "qualquer idade", uma vez que o rastreamento fora da faixa etária recomendada aumenta significativamente os riscos sem comprovação de benefício na redução da mortalidade.

Questão 67

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome clínica decorrente da ascensão de microrganismos do trato genital inferior para o trato genital superior. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para IST do Ministério da Saúde (2022) define critérios claros para decidir entre o tratamento ambulatorial e o hospitalar.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A dor pélvica e a dor à mobilização de anexos (ou do colo uterino) ao toque bimanual são critérios mínimos para o diagnóstico clínico da DIP. Elas estão presentes na grande maioria dos casos, inclusive nos leves (Estágio I de Monif), que devem ser tratados inicialmente de forma ambulatorial.

Alternativa b) Incorreta. A presença de uma infecção do trato urinário baixo (cistite) associada não é, por si só, um critério de internação. A hospitalização seria considerada apenas se houvesse sinais de gravidade sistêmica, como pielonefrite com instabilidade ou impossibilidade de ingestão oral, o que não é o caso descrito.

Alternativa c) Incorreta. O colo friável e com sangramento ao toque é um achado típico de cervicite (inflamação do colo uterino). Embora a cervicite seja frequentemente a precursora da DIP, esse achado clínico não indica gravidade que justifique o tratamento hospitalar.

Alternativa d) Correta. A ausência de resposta clínica após 72 horas de antibioticoterapia oral ambulatorial é um dos critérios clássicos de internação. Se a paciente não apresenta melhora da dor ou da febre nesse período, o tratamento deve ser migrado para a via parenteral (hospitalar) para melhor controle da infecção e para a realização de exames de imagem (como ultrassonografia ou tomografia) a fim de descartar complicações como abscessos tubo-ovarianos.

Complemento didático — Outros critérios de internação segundo o PCDT 2022:

- Gestantes.
- Presença de abscesso tubo-ovariano.
- Intolerância ou falta de adesão ao tratamento por via oral.

- Estado geral grave (vômitos, febre alta, sinais de irritação peritoneal).
- Emergências cirúrgicas que não podem ser excluídas (ex: apendicite).

Questão 68

Alternativa A (Correta): A regulação do ciclo menstrual depende da pulsatilidade do GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas). Na fase folicular inicial, os pulsos são mais lentos. À medida que se aproxima a ovulação (fase folicular tardia), sob influência do estradiol, ocorre um aumento tanto na frequência quanto na amplitude desses pulsos, o que culmina no pico de LH. Após a ovulação, na fase lútea, a progesterona passa a dominar o cenário hormonal e exerce um feedback negativo no hipotálamo, promovendo o prolongamento do intervalo entre os pulsos (diminuição da frequência).

Alternativa B (Incorreta): Existe uma relação específica entre a frequência de pulsos de GnRH e a liberação das gonadotrofinas pela hipófise. Pulsos de alta frequência favorecem a secreção de LH, enquanto pulsos de baixa frequência favorecem a secreção de FSH. Portanto, o aumento da frequência aumenta o LH e não o diminui.

Alternativa C (Incorreta): Os opioides endógenos, como as endorfinas, exercem um efeito predominantemente inibitório sobre a secreção de GnRH e, conseqüentemente, das gonadotrofinas. Além disso, seus níveis variam conforme o ciclo, atingindo o pico durante a fase lútea (devido à influência da progesterona) e não durante a menstruação, momento em que os hormônios esteroides estão em seus níveis mais baixos.

Alternativa D (Incorreta): Embora a neuro-hipófise seja anatomicamente um prolongamento do hipotálamo, ela é responsável pelo armazenamento e liberação de ocitocina e vasopressina (ADH). A produção e secreção de LH e FSH ocorrem na adeno-hipófise (hipófise anterior), que possui origem embriológica distinta e se comunica com o hipotálamo através do sistema porta-hipofisário.

Questão 69

O tratamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é dividido entre os regimes ambulatorial e hospitalar, baseando-se na gravidade clínica da paciente, como a presença de sinais de peritonite, abscessos tubo-ovarianos, gravidez ou falha no tratamento inicial. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para IST de 2022 do Ministério da Saúde atualizou essas recomendações.

Alternativa a) Incorreta. Este é o esquema preconizado para o tratamento ambulatorial (Ceftriaxona 500 mg IM, dose única; Doxiciclina 100 mg VO, 12/12 h por

14 dias; e Metronidazol 400 mg VO, 12/12 h por 14 dias). No ambiente hospitalar, o protocolo exige que a Ceftriaxona e o Metronidazol sejam administrados por via parenteral.

Alternativa b) Incorreta. Embora a Clindamicina endovenosa possa ser utilizada em um esquema hospitalar alternativo, ela deve ser obrigatoriamente combinada com a Gentamicina (aminoglicosídeo) para cobertura adequada de Gram-negativos. A associação com Ampicilina/Sulbactam não é o esquema padrão recomendado pelo PCDT 2022 para o tratamento da DIP.

Alternativa c) Correta. Conforme o PCDT 2022, o tratamento hospitalar de primeira linha consiste em Ceftriaxona 1 g por via endovenosa (EV) uma vez ao dia, associada a Metronidazol 400 mg EV a cada 12 horas e Doxiciclina 100 mg por via oral (VO) a cada 12 horas. A Doxiciclina é mantida por via oral mesmo no hospital devido à sua alta biodisponibilidade (absorção quase completa pelo trato gastrointestinal), sendo tão eficaz quanto a via parenteral.

Alternativa d) Incorreta. A Gentamicina, quando utilizada, deve ser administrada por via endovenosa no esquema hospitalar alternativo (associada à Clindamicina). Além disso, a Azitromicina não faz parte do protocolo de tratamento hospitalar triplo para DIP, sendo geralmente reservada para o tratamento de infecções isoladas por clamídia ou em esquemas ambulatoriais específicos em dose única, o que não se aplica à gravidade da DIP hospitalar.

Em resumo, a escolha do esquema da alternativa C garante a cobertura necessária contra *Neisseria gonorrhoeae* (Ceftriaxona), *Chlamydia trachomatis* (Doxiciclina) e bactérias anaeróbias (Metronidazol), respeitando as vias de administração preferenciais para a paciente internada.

Questão 70

Para a resolução desta questão, devemos nos basear no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) de 2022, do Ministério da Saúde. O tratamento das verrugas anogenitais (HPV) é dividido entre modalidades aplicadas pelo profissional de saúde e modalidades autoaplicadas (domiciliares).

Alternativa (a) - Correta: A podofilotoxina é o princípio ativo purificado da resina de podofilina. Ela apresenta baixa absorção sistêmica e maior estabilidade, o que confere segurança para que o próprio paciente realize a aplicação em domicílio, seguindo as orientações médicas de ciclos de tratamento. É uma das principais opções de tratamento autoaplicado para verrugas externas.

Alternativa (b) - Incorreta: O Ácido Tricloroacético (ATA) a 80-90% é, de fato, uma das poucas opções que podem ser utilizadas com segurança durante a gestação. No entanto, o ATA é uma substância extremamente cáustica que causa necrose por coagulação. Por esse motivo, sua aplicação deve ser realizada exclusivamente por um profissional de saúde em ambiente de consultório, pois o uso incorreto em domicílio pode causar queimaduras graves e cicatrizes.

Alternativa (c) - Incorreta: A podofilina (resina de podofilina) possui toxicidade sistêmica significativa e efeitos teratogênicos documentados, sendo formalmente contraindicada para gestantes. Além disso, devido à instabilidade da resina e ao risco de irritação severa, ela é considerada uma terapia aplicada apenas pelo profissional de saúde, exigindo inclusive a lavagem da área algumas horas após a aplicação.

Alternativa (d) - Incorreta: O imiquimode a 5% é um imunomodulador indicado para o tratamento domiciliar de verrugas anogenitais externas (região perianal e genital externa). O protocolo do Ministério da Saúde não recomenda seu uso em mucosas internas, como vagina, uretra ou canal anal, devido ao risco de reações inflamatórias intensas e falta de evidências robustas de segurança nessas localizações específicas dentro das diretrizes públicas.

Questão 71

Texto Original:

Esta questão aborda as indicações para a ecocardiografia fetal, um exame especializado voltado para a detecção de malformações cardíacas e distúrbios funcionais no feto. O protocolo "Mãe Curitibana Vale a Vida" (versão 2024/2025) segue diretrizes específicas para a triagem e encaminhamento de gestantes de alto risco.

Alternativa A: Incorreta. Embora as arritmias cardíacas sejam uma indicação clássica para o exame, a gestação gemelar dicoriônica (duas placentas e dois sacos amnióticos) não é, por si só, um fator de risco aumentado para cardiopatia congênita que justifique o exame de rotina. O risco é significativamente maior em gestações gemelares monocoriônicas, devido às comunicações vasculares placentárias e à síndrome de transfusão feto-fetal.

Alternativa B: Incorreta. O hipotireoidismo e a sífilis materna não constam como indicações primárias para a realização de ecocardiografia fetal nos protocolos de rastreamento de cardiopatias. Além disso, uma translucência nugal (TN) entre 1,5 e 3 mm é geralmente considerada dentro dos limites da normalidade (o ponto de corte para alerta costuma ser acima de 2,5 mm ou 3,5 mm, dependendo da diretriz

adotada).

Alternativa C: Correta. De acordo com o protocolo específico mencionado, o alcoolismo materno é um fator teratogênico conhecido associado a defeitos de septação cardíaca. O hipertireoidismo materno e a hipertensão arterial sistêmica (especialmente a crônica ou com complicações) são incluídos como indicações de triagem para o ecocardiograma fetal devido ao risco de repercussões hemodinâmicas fetais, como insuficiência cardíaca fetal, distúrbios de ritmo ou hipertrofia miocárdica.

Alternativa D: Incorreta. No sistema público de saúde brasileiro e nos protocolos de Curitiba, a ecocardiografia fetal não é um exame de rastreamento universal. Ela é indicada apenas para gestantes que apresentam fatores de risco específicos (maternos, familiares ou fetais) ou quando o ultrassom morfológico de rotina detecta alguma alteração na visualização das câmaras cardíacas.

Em resumo, a alternativa (C) reflete o rol de patologias e condições maternas que, segundo o protocolo local, exigem uma avaliação detalhada da morfologia e função cardíaca do feto.

Questão 72

ESTRUTURA DA EXPLICAÇÃO

Alternativa a) Incorreta. O cuidado pré-natal do parceiro deve ser realizado prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (Unidade Básica de Saúde), visando ao acolhimento e à prevenção. O encaminhamento para a urologia (especialidade focal) ocorre apenas em casos de patologias específicas detectadas que exijam cuidados de nível secundário, não sendo uma conduta de rotina para todos os parceiros.

Alternativa b) Incorreta. Embora a avaliação da pressão arterial e do peso/IMC faça parte da avaliação clínica do homem, o protocolo não estabelece a obrigatoriedade dessa verificação em cada consulta para o parceiro, diferentemente do que ocorre com a gestante. O foco no parceiro é o rastreamento de doenças crônicas e infecciosas em momentos oportunos.

Alternativa c) Correta. O Protocolo Mãe Curitibana Vale a Vida prevê que o pré-natal do parceiro é uma oportunidade para o cuidado integral à saúde do homem. Entre os exames laboratoriais de rotina solicitados para o parceiro, inclui-se o perfil lipídico (colesterol total, frações e triglicerídeos) para todos aqueles com idade acima de 20 anos, visando à avaliação do risco cardiovascular.

Alternativa d) Incorreta. O rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis

(ISTs) para o parceiro no protocolo baseia-se prioritariamente na realização de testes rápidos para sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C. O exame de biologia molecular para clamídia não é listado como um exame de rastreio universal obrigatório na rotina laboratorial do parceiro dentro deste protocolo específico.

GABARITO: Alternativa (c).

Questão 73

Alternativa a: Incorreta. De acordo com o Protocolo Mãe Curitibana Vale a Vida 2025, o hipotireoidismo (assim como outras endocrinopatias, como o hipertireoidismo) é classificado como uma condição de Alto Risco. Isso se deve à necessidade de monitoramento frequente dos níveis hormonais e aos riscos potenciais ao desenvolvimento fetal e ao desfecho obstétrico.

Alternativa b: Incorreta. A idade materna é um fator de estratificação importante. Gestantes com menos de 15 anos de idade são classificadas como Risco Intermediário, devido à vulnerabilidade biológica e social. O Baixo Risco é reservado para a faixa etária entre 15 e 35 anos (desde que não haja outras comorbidades).

Alternativa c: Incorreta. Pacientes com citopatológico sugestivo de lesão de alto grau (NIC II ou III) são estratificadas como Risco Intermediário. Elas devem ser encaminhadas para acompanhamento em nível secundário (especialidade de Patologia do Trato Genital Inferior - PTGI), mas a condição em si não classifica a gestação como Alto Risco.

Alternativa d: Correta. O protocolo de Curitiba estratifica a asma de acordo com sua gravidade. Enquanto a asma leve pode ser manejada no Baixo Risco ou Risco Intermediário (dependendo do controle), a asma moderada e a asma grave são critérios definitivos para a classificação de Alto Risco, exigindo acompanhamento especializado para evitar crises e repercussões fetais.

Questão 74

A avaliação nutricional na gestação é um dos pilares do acompanhamento pré-natal, visando reduzir riscos como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e desvios no crescimento fetal. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa com base no Protocolo Mãe Curitibana e nas normas do Ministério da Saúde:

Alternativa A (Incorreta): Embora o gráfico de IMC por idade gestacional (curva de Atalah) seja uma ferramenta fundamental na caderneta da gestante, a alternativa é considerada incompleta ou imprecisa frente à definição metodológica da alternativa

D. O acompanhamento do peso não se resume apenas a plotar pontos no gráfico; ele exige uma interpretação baseada no estado nutricional inicial para saber se o ganho está adequado, insuficiente ou excessivo.

Alternativa B (Incorreta): Esta é uma pegadinha comum. A classificação nutricional da gestante é definida pelo IMC pré-gestacional (ou do início do primeiro trimestre). Uma vez que a paciente é classificada, por exemplo, como "eutrófica" (IMC 24), ela deve seguir a curva de ganho de peso destinada a gestantes eutróficas até o fim da gravidez. Se o IMC subir para 32 (que seria obesidade fora da gravidez), isso significa que ela teve um ganho de peso excessivo dentro da sua categoria original, e não que se deve trocar de gráfico.

Alternativa C (Incorreta): Nunca se recomenda a perda de peso intencional durante a gestação, independentemente do grau de obesidade da paciente. Para gestantes com IMC maior que 40 kg/m² (obesidade grau III), a conduta correta é a manutenção ou um ganho de peso muito restrito e monitorado (geralmente entre 5 e 9 kg no total, dependendo da diretriz específica, mas nunca a perda). A perda de peso na gravidez está associada a riscos de restrição de crescimento fetal e liberação de corpos cetônicos na circulação materna.

Alternativa D (Correta): Para iniciar o acompanhamento do ganho de peso e saber qual meta a gestante deve atingir, o profissional deve obrigatoriamente utilizar o IMC pré-gestacional (referido pela paciente ou anotado em prontuário anterior). Caso a paciente não saiba o peso prévio, utiliza-se o IMC calculado na primeira consulta, desde que esta ocorra até a 13ª semana de gestação. Esse dado inicial é o que permite escolher a faixa de normalidade no gráfico e definir se a paciente deve ganhar mais peso (se começou desnutrida) ou menos peso (se começou com sobrepeso ou obesidade).

Questão 75

Alternativa (a) Incorreta: De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2022), assim como com as orientações da FEBRASGO, a triagem sorológica universal para citomegalovírus (CMV) não é indicada na rotina pré-natal. Isso se deve à falta de terapias preventivas de eficácia comprovada para transmissão vertical em larga escala e às dificuldades de interpretação dos resultados sorológicos, que podem representar reinfecções ou reativações.

Alternativa (b) Incorreta: Atualmente, não existe vacina disponível contra o citomegalovírus para uso em seres humanos. A prevenção da infecção em gestantes suscetíveis baseia-se estritamente em medidas de higiene e comportamento.

Alternativa (c) Incorreta: O vírus é excretado no leite materno e, embora a transmissão pelo leite raramente cause doença grave em recém-nascidos a termo, ela pode representar um risco para recém-nascidos prematuros de muito baixo peso. O foco do manual é a prevenção da infecção materna e fetal, e a afirmação de que "não há restrições" de forma absoluta é imprecisa diante das precauções necessárias em unidades neonatais.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa reflete a principal estratégia de prevenção primária contida no Manual do Ministério da Saúde. Crianças menores de 3 anos são as principais fontes de infecção para gestantes, pois frequentemente excretam o vírus em níveis elevados na saliva e na urina, muitas vezes de forma assintomática. Portanto, a recomendação é que a gestante adote medidas profiláticas, assumindo que crianças nessa faixa etária possam estar eliminando o vírus, evitando compartilhar utensílios, higienizando as mãos após trocar fraldas e evitando contato com secreções orais.

Questão 76

Esta questão exige o conhecimento das diretrizes de encaminhamento e classificação de risco estabelecidas pelo Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2022). O manual lista situa es específicas que demandam avalia o hospitalar imediata devido ao risco de morbimortalidade materna ou fetal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A) INCORRETA. Embora os vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento domiciliar sejam um critério de urgência (risco de desidrata o e distúrbios metabólicos), o valor de corte para anemia grave que justifica encaminhamento hospitalar imediato, segundo o Manual de 2022,   hemoglobina (Hb) abaixo de 7,0 g/dl. O valor de 8,5 g/dl citado na alternativa   considerado anemia moderada, devendo ser investigada e tratada no pré-natal, mas não configura urgência hospitalar isolada.

Alternativa B) CORRETA. Ambas as condi es estão listadas no Quadro de Urgências/Emergências do Manual de 2022. O prurido gestacional   uma urgência pela suspeita de Colestase Intra-hepática da Gesta o, condi o que aumenta significativamente o risco de óbito fetal súbito. A suspeita de pielonefrite   uma urgência pelo risco de evolu o para sepse materna e desencadeamento de trabalho de parto prematuro, exigindo antibioticoterapia venosa inicial e monitoriza o.

Alternativa C) INCORRETA. Os sinais premonitórios de eclâmpsia (como cefaleia intensa, turva o visual e dor epig trica) são emergências gravíssimas. Entretanto,

o critério de idade gestacional para encaminhamento hospitalar direto, conforme o manual, é de 41 semanas ou mais, visando à avaliação da vitalidade fetal e indução do parto, e não 40 semanas.

Alternativa D) INCORRETA. A crise hipertensiva (níveis pressóricos iguais ou superiores a 160/110 mmHg) é uma emergência médica. Contudo, a suspeita que exige avaliação hospitalar urgente é a de Trombose Venosa Profunda (TVP), devido ao risco de tromboembolismo pulmonar. A trombose venosa superficial geralmente tem manejo ambulatorial e menor risco sistêmico imediato quando comparada à TVP.

Questão 77

Alternativa A: Incorreta. De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2022), se a glicemia de jejum realizada no início da gestação (preferencialmente antes de 20 semanas) apresentar valores entre 92 mg/dL e 125 mg/dL, o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG) já está confirmado. Portanto, não há indicação de realizar o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) entre 24 e 28 semanas, pois o diagnóstico já foi estabelecido.

Alternativa B: Incorreta. Caso a glicemia de jejum no primeiro trimestre seja inferior a 92 mg/dL, a gestante não tem o diagnóstico precoce, mas isso não exclui a necessidade de nova avaliação. Ela deve, obrigatoriamente, ser submetida ao TOTG 75 g entre a 24^a e a 28^a semana de gestação, período em que o hormônio lactogênio placentário aumenta a resistência insulínica periférica.

Alternativa C: Incorreta. As metas de controle glicêmico para gestantes com diagnóstico de DMG, conforme o manual do Ministério da Saúde, são: glicemia de jejum menor que 95 mg/dL; glicemia de 1 hora pós-prandial menor que 140 mg/dL; e glicemia de 2 horas pós-prandial menor que 120 mg/dL. O valor de 99 mg/dL citado na alternativa excede a meta recomendada para o jejum.

Alternativa D: Correta. A conduta inicial para o diabetes gestacional baseia-se em medidas não farmacológicas. Recomenda-se a terapia nutricional adequada (ajuste na ingestão de carboidratos e fracionamento das refeições) e a prática de atividade física regular, desde que não haja contraindicação obstétrica. A terapia farmacológica (preferencialmente com insulina) é indicada apenas quando essas medidas não são suficientes para atingir as metas glicêmicas após 1 a 2 semanas de acompanhamento.

Questão 78

Alternativa A: Incorreta. O tratamento inicial de escolha para a anemia ferropriva na gestação, independentemente do nível de hemoglobina (desde que a paciente esteja estável), é a via oral. O ferro parenteral é reservado para casos de intolerância persistente ao ferro oral, falha no tratamento, má absorção ou quando há necessidade de correção rápida no terceiro trimestre (próximo ao parto). Além disso, o uso de ferro parenteral é contraindicado no primeiro trimestre da gestação.

Alternativa B: Incorreta. A etiologia mais frequente da anemia ferropriva na gestação é o aumento da demanda fisiológica de ferro (necessário para a expansão da massa eritrocitária materna e para o desenvolvimento do feto e da placenta) associado a uma ingestão dietética insuficiente ou reservas prévias baixas. Cirurgia bariátrica e parasitoses são causas possíveis, mas não as mais frequentes no contexto gestacional geral.

Alternativa C: Correta. De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2022), a ferritina é o parâmetro mais sensível para o diagnóstico de deficiência de ferro. Valores de ferritina abaixo de 12 a 15 mcg/L são confirmatórios para o esgotamento das reservas de ferro. O ferro sérico abaixo de 60 mcg/dL (embora a questão traga a unidade mg/mL, o valor numérico de referência é o adotado pelo manual) também é um marcador laboratorial utilizado para caracterizar o estado de ferropenia.

Alternativa D: Incorreta. Existe uma confusão entre as doses de profilaxia e tratamento. Para a suplementação profilática (prevenção), o manual recomenda 40 mg de ferro elementar por dia a partir da 20ª semana para gestantes com hemoglobina maior ou igual a 11 g/dL. No entanto, para o tratamento da anemia ferropriva já estabelecida, a dose recomendada é muito superior, variando de 120 a 200 mg de ferro elementar por dia.

Questão 79

Alternativa a) Incorreta. Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2022), o rastreamento sorológico universal para herpes simples (HSV-1 e HSV-2) não é recomendado para gestantes assintomáticas. A sorologia é reservada para casos específicos, como gestantes com parceiros sabidamente infectados ou quando há dúvidas diagnósticas em lesões atípicas.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta preconizada. O aleitamento materno deve ser mantido e incentivado, pois não há transmissão do vírus pelo leite materno. A única contraindicação temporária ocorre se houver lesões herpéticas ativas diretamente nas mamas ou mamilos, devido ao risco de transmissão por contato

direto do recém-nascido com a lesão.

Alternativa c) Incorreta. A indicação de parto cesáreo (via alta) restringe-se à presença de lesões genitais ativas ou pródromos (dor, queimação) no momento do trabalho de parto. Lesões não genitais (como em nádegas ou coxas) podem ser cobertas com curativos oclusivos, permitindo o parto vaginal, desde que não haja lesões no canal de parto ou vulva.

Alternativa d) Incorreta. O aciclovir não é contraindicado no primeiro trimestre. Embora o uso de qualquer medicação deva ser criteriosamente avaliado nesse período, o aciclovir é considerado seguro e deve ser utilizado para o tratamento de episódios iniciais (primoinfecção) ou recorrências graves em qualquer fase da gestação, visando reduzir a carga viral e o tempo de excreção do vírus. Além disso, o manual recomenda a terapia supressiva a partir de 36 semanas em mulheres com histórico de recorrências para evitar a necessidade de cesariana.

Questão 80

Para compreender esta questão, é necessário dominar a estratificação de risco para Hemorragia Pós-Parto (HPP) proposta pelo Ministério da Saúde (Manual de Gestação de Alto Risco, 2022), que visa à prevenção e ao diagnóstico precoce dessa condição.

Alternativa A: Incorreta. Embora a cesariana prévia seja considerada um fator de médio risco, a placenta prévia (ou qualquer outra alteração de inserção placentária, como o acretismo) é classificada como um fator de alto risco para HPP. Como a alternativa agrupa ambas no médio risco, ela está tecnicamente errada.

Alternativa B: Correta. De acordo com o manual do Ministério da Saúde de 2022, a pré-eclâmpsia com critérios de gravidade é, sim, classificada como um fator de alto risco para Hemorragia Pós-Parto. Isso ocorre devido a diversos fatores, incluindo a possibilidade de coagulopatias associadas (como na síndrome HELLP) e o uso de sulfato de magnésio, que pode contribuir para a atonia uterina.

Alternativa C: Incorreta. O manejo ativo do terceiro estágio do parto (período de secundamento) é recomendado para todas as mulheres, independentemente do nível de risco. A principal medida desse manejo é a administração de 10 UI de ocitocina por via intramuscular logo após o nascimento do bebê, o que reduz significativamente a incidência de HPP em todos os grupos.

Alternativa D: Incorreta. Pelo contrário, as políticas de humanização e segurança do paciente estimulam a presença de acompanhantes. O acompanhante bem orientado pode, inclusive, ajudar a equipe assistencial a identificar precocemente sinais de

alerta, como sangramento excessivo ou alteração do nível de consciência da paciente.

Resumo da Estratificação de Risco (MS 2022):

1. Baixo Risco: Gestação única, menos de 4 partos anteriores, sem cirurgias uterinas prévias.
2. Médio Risco: Cesariana prévia, mais de 4 partos (multiparidade), miomas, gestação múltipla ou corioamnionite.
3. Alto Risco: Placenta prévia, suspeita de acretismo, pré-eclâmpsia grave, distúrbios de coagulação conhecidos ou história prévia de HPP grave.

Questão 81

Para compreender as modalidades de prevenção, utilizamos a classificação clássica de Leavell e Clark, somada ao conceito contemporâneo de Prevenção Quaternária introduzido por Marc Jamouille.

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa define a Prevenção Primária. Ela atua no período pré-patogênico, ou seja, antes de a doença se instalar. O objetivo é remover causas e fatores de risco para impedir que o processo patológico se inicie. Exemplos comuns são a vacinação e a promoção de hábitos de vida saudáveis.

Alternativa b) Incorreta. Esta definição refere-se à Prevenção Secundária. Seu foco é a detecção precoce de doenças em indivíduos que já apresentam a patologia, mas ainda em estágio inicial e assintomático (fase subclínica). O rastreamento (screening), como a mamografia ou o preventivo do colo do útero, é a estratégia principal aqui para permitir um tratamento mais eficaz.

Alternativa c) Correta. A Prevenção Quaternária consiste na detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias (sobremedicalização). O objetivo fundamental é proteger o paciente de danos iatrogênicos, evitando o excesso de diagnósticos (overdiagnosis) e o excesso de tratamentos (overtreatment). Baseia-se no princípio ético da Não Maleficência (Primum non nocere).

Alternativa d) Incorreta. Esta descrição corresponde à Prevenção Terciária. Ela é aplicada quando a doença já está clinicamente manifesta e avançada. O foco está em reduzir os impactos negativos da doença, limitar incapacidades, prevenir complicações e promover a reabilitação funcional do paciente. Um exemplo é a fisioterapia após um acidente vascular cerebral (AVC).

Gabarito: Letra (c).

Questão 82

O ecomapa é uma ferramenta visual fundamental na Medicina de Família e Comunidade, utilizada para representar as relações da família com o meio externo e sua rede social. Ele permite identificar tanto os estressores quanto os recursos disponíveis no território, auxiliando na compreensão do suporte social e dos determinantes de saúde.

Alternativa a) Incorreta. O ecomapa não serve apenas para listar problemas, mas para encontrar potenciais e recursos de apoio. A presença de conexões fortes e recíprocas (como com a igreja e o clube) indica que a família possui capital social significativo. O planejamento de saúde visa justamente utilizar esses recursos para superar as dificuldades, e não considerar a intervenção ineficaz ou difícil por antecipação.

Alternativa b) Correta. A principal inferência ao analisar um ecomapa é identificar onde a família encontra suporte e pertencimento. Conexões fortes e recíprocas com instituições comunitárias sugerem uma rede de apoio que pode ser mobilizada para fortalecer a resiliência familiar. Mesmo diante de vulnerabilidades econômicas (desemprego) e atritos com o serviço de saúde, esses vínculos externos são ativos valiosos que o profissional deve integrar ao plano terapêutico para ajudar a família a enfrentar suas adversidades.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa apresenta uma visão reducionista. Embora o desemprego seja um determinante social de saúde relevante e impactante, o profissional de saúde deve atuar de forma integral e multidimensional. Focar todas as intervenções apenas na busca por emprego desconsidera as outras necessidades de saúde da família e negligencia o uso das potencialidades da rede social identificadas no instrumento.

Alternativa d) Incorreta. O estresse com o serviço de saúde é um ponto que exige atenção e melhoria do vínculo, mas não existe uma regra que determine que ele deva ser a prioridade absoluta antes de qualquer outra ação. Em muitos casos, utilizar os recursos que a família já confia e frequenta (como a igreja ou o clube) é o caminho mais eficaz para, gradualmente, fortalecer a família e reconstruir a confiança com a equipe de saúde.

Questão 83

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta de cuidado fundamental na Atenção Primária, especialmente indicada para casos de alta vulnerabilidade, como o deste paciente idoso com múltiplas patologias crônicas, depressão, isolamento social e baixa adesão ao tratamento. O PTS busca ir além da abordagem puramente clínica, integrando aspectos psicossociais e a subjetividade do indivíduo.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Esta abordagem exclui o protagonismo do paciente ao definir metas de forma externa e apenas comunicar a ele suas responsabilidades. O princípio da cogestão do PTS exige que o paciente participe ativamente da elaboração das metas. Além disso, um cronograma estrito de monitoramento pode ser percebido como uma medida impositiva, o que não favorece a construção de vínculo nem a autonomia.

Alternativa (b) Incorreta: Tentar mudar o comportamento do paciente por meio do medo ou de dados estatísticos é uma prática baseada no modelo biomédico tradicional e paternalista, que raramente traz resultados em condições crônicas e complexas. O foco exclusivo na medicação ignora os determinantes sociais e psicológicos (como a depressão e o fato de morar sozinho) que estão impedindo a adesão.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve exatamente as etapas iniciais de um PTS bem estruturado: o diagnóstico situacional e a definição de metas pactuadas. Ao convidar o paciente e sua rede de apoio para a reunião, a equipe valoriza a escuta qualificada e as percepções do sujeito sobre sua própria vida. O plano gradual respeita o ritmo do paciente, e a busca por recursos comunitários e o fortalecimento da rede social atacam diretamente a vulnerabilidade do isolamento, promovendo a autonomia de forma segura.

Alternativa (d) Incorreta: Embora simplificar o regime medicamentoso seja uma estratégia válida, a alternativa propõe uma gestão do cuidado feita "pelo" paciente ou "para" o paciente, mas não "com" o paciente. Delegar a responsabilidade a um familiar sem um processo de pactuação e escuta ignora a singularidade do idoso e retira dele o controle sobre sua própria vida e saúde.

Conclusão: O PTS não é apenas um plano de tratamento, mas um processo dinâmico de pactuação que visa transformar a relação entre equipe e usuário, movendo o foco da doença para a pessoa em seu contexto social. Por isso, a construção compartilhada e gradual apresentada na alternativa (c) é a mais adequada.

Questão 84

A questão aborda a aplicação prática dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecidos na Lei nº 8.080/1990, dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde.

Alternativa a: Incorreta. O princípio da universalidade estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso de qualquer cidadão aos serviços de saúde. Embora a idosa esteja exercendo esse direito ao ser atendida em domicílio, a alternativa não descreve a essência da conduta da equipe, que foi além de apenas permitir o acesso, focando na complexidade do cuidado oferecido.

Alternativa b: Incorreta. A equidade fundamenta-se em tratar desigualmente os desiguais para alcançar a justiça social, ou seja, oferecer mais recursos ou atenção a quem possui maiores necessidades. Apesar de o plano ser personalizado para aquela realidade, o enunciado foca na articulação de diversas esferas de cuidado (físico, técnico e psicológico), o que remete diretamente a outro princípio.

Alternativa c: Incorreta. A resolutividade é a capacidade de um serviço de saúde de resolver o problema de saúde que lhe é apresentado, utilizando os recursos disponíveis. Embora a equipe esteja buscando ser resolutiva ao estruturar o plano de cuidados, a resolutividade é frequentemente vista como um objetivo ou diretriz organizacional, enquanto a questão busca o princípio que fundamenta a visão holística e multidisciplinar da assistência.

Alternativa d: Correta. O princípio da integralidade da assistência é definido pela Lei nº 8.080/1990 como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, nos diversos níveis de complexidade. No cenário descrito, a integralidade se manifesta quando a equipe de saúde enxerga a situação para além da doença crônica: eles tratam o aspecto biológico (curativos), o aspecto educativo (capacitação da filha) e o aspecto biopsicossocial (apoio à cuidadora). Essa abordagem multidimensional, que considera o indivíduo e seu contexto familiar como um todo, é a tradução prática da integralidade.

Questão 85

Análise da Questão:

A questão aborda a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) frente aos desafios da transição demográfica e epidemiológica no Brasil. A tripla carga de doenças refere-se à coexistência de condições crônicas, doenças infecciosas e causas externas (acidentes e violência). O modelo das RAS visa superar a fragmentação do sistema para oferecer um cuidado

contínuo e integral.

Alternativa A (Correta): As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Esse modelo permite responder tanto às demandas agudas quanto às crônicas de forma coordenada, eficiente e eficaz.

Alternativa B (Incorreta): O modelo descrito nesta alternativa é o modelo tradicional fragmentado (hospitalocêntrico e focado na doença), que é reativo e episódico. As RAS propõem justamente o oposto: um modelo proativo, contínuo e focado na gestão de populações e condições crônicas.

Alternativa C (Incorreta): No modelo das RAS, a porta de entrada preferencial, o centro de comunicação e o coordenador do cuidado é a Atenção Primária à Saúde (APS), e não a Atenção Ambulatorial Especializada. A APS tem a função de ordenar a rede e encaminhar o paciente para outros níveis de complexidade conforme a necessidade.

Alternativa D (Incorreta): As RAS rompem com a visão de hierarquia verticalizada onde o hospital está no topo ou no centro do sistema. No modelo de rede, o sistema é considerado poliárquico, onde todos os pontos de atenção são igualmente importantes, sendo a Atenção Primária o ponto focal que organiza e coordena os fluxos, enquanto o hospital é um dos pontos de apoio para cuidados de maior complexidade.

Questão 86

Alternativa (a) - CORRETA: O modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) da Organização Mundial da Saúde explica que a saúde é resultado das condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem e trabalham. No caso apresentado, Maria e Ana possuem determinantes estruturais distintos (renda familiar, nível de escolaridade, posição social). Esses fatores estruturais determinam as condições intermediárias, como a qualidade da alimentação, o acesso ao lazer, a rede de apoio social e a exposição à violência. Mesmo que ambas estejam clinicamente saudáveis aos 30 anos, o acúmulo dessas exposições ao longo da vida (teoria do curso de vida) gera iniquidades que se traduzirão em riscos epidemiológicos e expectativas de vida diferentes no futuro.

Alternativa (b) - INCORRETA: O estado de saúde atual igual (ausência de diagnóstico e IMC adequado) é apenas um recorte transversal e não anula a desigualdade existente. A desigualdade reside nas oportunidades e nos riscos aos quais cada uma

foi exposta. A epidemiologia social demonstra que a exposição prolongada a condições precárias, como as de Ana, produz um desgaste fisiológico silencioso e maior vulnerabilidade a doenças crônicas e infecciosas no futuro.

Alternativa (c) - INCORRETA: O capital social, que engloba as redes de apoio, confiança e coesão social, é um determinante intermediário fundamental. Ele atua como um fator de proteção que auxilia na resiliência, reduz o estresse, facilita o acesso a recursos e informações de saúde. Estudos robustos mostram que indivíduos com maior capital social apresentam melhores desfechos em saúde mental e menor mortalidade global.

Alternativa (d) - INCORRETA: A violência urbana é um determinante social de saúde clássico, não um fator individual. Ela está inserida no contexto do ambiente físico e social onde o indivíduo reside. A exposição crônica à violência gera estresse psicossocial, limita o uso de espaços públicos para lazer e atividade física, além de aumentar o risco de causas externas, impactando diretamente os indicadores de saúde coletiva e a longevidade.

Questão 87

O tema central desta questão é a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), um processo multidisciplinar que analisa as implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas da utilização de uma tecnologia. No Brasil, esse processo é institucionalizado e segue normas específicas para garantir a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alternativa (a) Incorreta: A incorporação de tecnologias no SUS não ocorre prioritariamente por demanda da indústria farmacêutica ou apenas seguindo tendências globais. O processo deve ser pautado no interesse público, nas necessidades epidemiológicas da população brasileira e em evidências científicas robustas. Embora a indústria possa solicitar a análise de um produto, a decisão final cabe ao Estado, baseada em critérios técnicos e sociais.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a análise econômica seja um pilar fundamental, o processo não é guiado exclusivamente por ela nem apenas por custos absolutos. A avaliação é multidimensional, incluindo segurança e eficácia. Além disso, o órgão responsável é a CONITEC, vinculada ao Ministério da Saúde. O Ministério da Fazenda pode participar de discussões orçamentárias macroestruturais, mas a avaliação técnica de ATS é competência da área da saúde.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve com precisão as atribuições da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

(CONITEC), criada pela Lei nº 12.401/2011. Para que uma tecnologia seja incorporada, a CONITEC exige evidências de que o novo produto ou procedimento é, no mínimo, tão seguro e eficaz quanto os já existentes (relevância clínica). Além disso, realiza-se a análise de custo-efetividade (se o benefício justifica o gasto adicional) e o impacto orçamentário (quanto custará ao SUS ao longo dos anos para oferecer essa tecnologia a todos que precisam).

Alternativa (d) Incorreta: Existe um equívoco conceitual em dizer que a Atenção Primária à Saúde (APS) possui baixa densidade tecnológica. A APS utiliza intensamente tecnologias leves (relacionais e de gestão de cuidado) e leves-duras (conhecimentos estruturados). A análise de custo-efetividade é extremamente relevante na APS, pois, como as intervenções são aplicadas em grandes massas populacionais (como vacinas ou rastreamentos), qualquer decisão de incorporação gera um impacto financeiro e clínico massivo no sistema de saúde.

Questão 88

A questão apresenta um cenário de fragilidade na Atenção Primária à Saúde (APS) de um município. Os indicadores mencionados (aumento das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP, baixo controle de hipertensão e diabetes e uso excessivo de pronto-socorro por causas evitáveis) são sinais clássicos de que a APS não está conseguindo cumprir seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Alternativa (a) Incorreta. A implantação de prontos-atendimentos em todos os bairros foca apenas na queixa-conduta e no acesso pontual, o que tende a fragmentar ainda mais o cuidado. Essa medida não resolve o acompanhamento longitudinal de doenças crônicas e não atua na raiz do aumento das ICSAP, além de apresentar um custo operacional elevado sem garantir a melhoria dos desfechos clínicos a longo prazo.

Alternativa (b) Correta. A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) para 100% é a medida mais robusta para fortalecer a APS. A ESF fundamenta-se na territorialização, no vínculo entre equipe e comunidade e na continuidade do cuidado. Ao reorganizar o território com foco na coordenação do cuidado e na vigilância em saúde, as equipes conseguem monitorar proativamente pacientes crônicos, realizar busca ativa e intervir precocemente antes que as condições de saúde se agravem. No contexto do SUS, a ESF é o modelo de maior impacto na redução da morbimortalidade e de internações evitáveis, sendo a estratégia mais custo-efetiva disponível.

Alternativa (c) Incorreta. Ampliar a transferência de pacientes para outros municípios

é uma medida paliativa que não resolve a ineficiência do sistema local. O objetivo da gestão deve ser qualificar a resolução clínica dentro do próprio município por meio da APS, reservando o transporte e os níveis de maior complexidade apenas para casos estritamente necessários.

Alternativa (d) Incorreta. A instituição de check-ups anuais obrigatórios e exames laboratoriais padronizados para toda a população não possui evidência de custo-efetividade e contraria os princípios da Medicina Baseada em Evidências. Essa prática gera excesso de exames desnecessários, aumenta o risco de sobrediagnóstico (overdiagnosis) e sobretratamento (overtreatment), além de desperdiçar recursos financeiros que deveriam ser aplicados em ações de prevenção e controle com eficácia comprovada.

Questão 89

A equidade é um dos três princípios doutrinários do SUS (junto com a universalidade e a integralidade). No entanto, é importante destacar que, embora seja um pilar do sistema, o termo equidade não aparece de forma explícita no texto da Constituição Federal de 1988 nem na Lei nº 8.080/1990, que utiliza o termo igualdade.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta. A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, fundamentada nos princípios da universalidade e integralidade. O termo equidade não foi redigido no texto constitucional de 1988; ele é considerado um princípio doutrinário que emana do conceito de justiça social, mas não é uma diretriz textual da CF/88.

Alternativa b: Está incorreta. A Lei nº 8.142/1990 dispõe especificamente sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Ela não tem como objetivo a definição ou inclusão de novos princípios doutrinários como a equidade.

Alternativa c: Está incorreta. A equidade é um conceito intrínseco ao movimento da Reforma Sanitária e à criação do SUS, não sendo importado de políticas posteriores do Ministério do Desenvolvimento Social (órgão que, inclusive, foi criado muito depois da estruturação do sistema de saúde). A equidade sempre foi a base ideológica para garantir que quem precisa de mais, receba mais.

Alternativa d: Está correta. A Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96) representou um marco na gestão do sistema ao reconhecer a necessidade de mecanismos que promovessem a equidade. Foi a partir dela que se consolidou a

ideia de que a alocação de recursos financeiros não deveria ser puramente per capita ou igualitária, mas sim diferenciada, levando em conta as desigualdades epidemiológicas e socioeconômicas locais para diminuir as disparidades de saúde no Brasil.

Gabarito: Alternativa D.

Questão 90

Alternativa a) Incorreta. A abordagem sindrômica é desenhada justamente para contextos em que o acesso a exames laboratoriais é restrito ou inexistente. Ela não se baseia na exclusão sistemática por meio de exames, mas sim na identificação de um conjunto de sinais e sintomas para iniciar o tratamento imediato, sem depender da confirmação laboratorial da etiologia.

Alternativa b) Correta. Do ponto de vista da epidemiologia clínica, a abordagem sindrômica prioriza a alta sensibilidade. Isso significa que os algoritmos são construídos para captar o maior número possível de indivíduos doentes, mesmo que isso resulte em tratar alguns pacientes que não têm a doença específica (menor especificidade). Em cenários de difícil acesso e alta pressão, essa estratégia permite intervenções precoces, reduzindo complicações e a transmissão de doenças na comunidade, o que é fundamental para a saúde pública.

Alternativa c) Incorreta. O foco da abordagem sindrômica é o manejo clínico e a resolução do problema de saúde com base na síndrome apresentada, e não o diagnóstico etiológico definitivo (fechado pelo agente causador). Além disso, essa abordagem é uma ferramenta clássica e extremamente apropriada para a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente em locais com poucos recursos, e não apenas para o contexto hospitalar.

Alternativa d) Incorreta. Protocolos sindrômicos não visam substituir a interação médico-paciente nem dispensar a anamnese. Na verdade, a aplicação correta desses algoritmos exige uma anamnese e um exame físico direcionados e qualificados para que o profissional consiga classificar o paciente na síndrome correta. O objetivo é padronizar e agilizar a conduta terapêutica, garantindo resolutividade, e não mecanizar o atendimento ou negligenciar a história clínica.

Questão 91

Esta questão aborda as regras de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica do Novo Arcabouço Fiscal (Lei Complementar 200/2023), que substituiu o antigo Teto de Gastos (Emenda Constitucional 95/2016).

Alternativa a: Incorreta. O novo arcabouço fiscal não permite uma expansão ilimitada. Ele estabelece uma regra em que o crescimento das despesas primárias é limitado a 70% do crescimento das receitas do governo. Além disso, existe uma trava que impede o crescimento real (acima da inflação) de ser superior a 2,5% ao ano, mesmo que a arrecadação suba muito. Portanto, ainda há restrições claras ao crescimento das despesas.

Alternativa b: Incorreta. A vinculação constitucional, que obriga a União a investir um percentual mínimo em saúde, não foi revogada. Com o fim do Teto de Gastos de 2016, retomou-se a regra de aplicação mínima de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) para a saúde. O arcabouço fiscal atua como uma regra de controle de gastos globais, mas deve respeitar esse piso constitucional.

Alternativa c: Incorreta. O novo regime fiscal trata da gestão do orçamento federal como um todo e não altera as diretrizes específicas de transferência de recursos da Atenção Primária à Saúde (APS). O financiamento da APS, atualmente regido por normativas que buscam equidade, continua considerando critérios como vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e indicadores de desempenho, e não apenas a contagem populacional simples.

Alternativa d: Correta. Esta é a característica central da nova regra fiscal. Ao estabelecer que as despesas públicas só podem crescer entre 0,6% e 2,5% ao ano acima da inflação, o governo impõe um limite real ao gasto. Na saúde, área em que a demanda cresce rapidamente devido ao envelhecimento da população, ao surgimento de novas doenças e à incorporação de tecnologias caras, esse crescimento limitado pode não ser suficiente para expandir os serviços de Atenção Primária na velocidade necessária para atender toda a população.

Em resumo, embora o novo arcabouço seja mais flexível que o regime anterior, ele ainda mantém o gasto público sob um regime de crescimento controlado, o que gera desafios para o financiamento e a expansão do SUS diante das crescentes demandas sociais.

Questão 92

Esta questão aborda um dos conceitos mais fundamentais da epidemiologia clínica: a relação entre a prevalência de uma doença e os valores preditivos de um teste diagnóstico.

O Valor Preditivo Positivo (VPP) indica a probabilidade de um indivíduo realmente ter a doença após receber um resultado positivo no teste. Ao contrário da sensibilidade e da especificidade, que são propriedades intrínsecas do teste, o VPP é uma medida extrínseca, ou seja, ele varia conforme a prevalência da doença na população testada.

Análise das alternativas:

a) **CORRETA.** Quando a prevalência de uma doença é muito baixa, a grande maioria da população testada é composta por indivíduos sadios. Mesmo que o teste tenha uma boa especificidade (neste caso, 90%), os 10% de falsos positivos gerados sobre uma base populacional muito grande de pessoas sadias acabarão superando, em número absoluto, os verdadeiros positivos (que virão de um grupo muito pequeno de doentes). Como o VPP é calculado dividindo os verdadeiros positivos pelo total de testes positivos (verdadeiros positivos + falsos positivos), o excesso de falsos positivos "esmaga" o valor do VPP, tornando-o baixo.

b) **INCORRETA.** O VPP não depende exclusivamente da sensibilidade e da especificidade. Ele é diretamente influenciado pela prevalência da doença na população. Sensibilidade e especificidade tendem a ser constantes para um mesmo teste, enquanto os valores preditivos (VPP e VPN) mudam conforme o cenário epidemiológico.

c) **INCORRETA.** Em populações com alta prevalência ou incidência, o VPP tende a aumentar, e não a diminuir. Além disso, a especificidade é uma característica técnica do teste (capacidade de identificar corretamente os sadios) e não é alterada pela quantidade de doentes na população, embora a interpretação clínica dos resultados mude.

d) **INCORRETA.** Embora uma sensibilidade elevada ajude a captar mais doentes, ela não garante um VPP alto. Em rastreamentos de doenças raras (baixa prevalência), a especificidade e a prevalência são os fatores que mais impactam o VPP. Se a prevalência for próxima de zero, o VPP será baixo, mesmo que a sensibilidade seja de 100%.

Resumo didático:

- Quanto maior a prevalência, maior o VPP.

- Quanto menor a prevalência, menor o VPP (maior a chance de um resultado positivo ser um "alarme falso").
- Por isso, na APS, ao realizar rastreamento em populações de baixo risco, devemos estar preparados para um alto número de resultados falsos positivos.

Questão 93

A alternativa correta é a letra (c).

Explicação detalhada:

Alternativa a: Incorreta. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada do sistema e o centro comunicador da Rede de Atenção à Saúde. A equipe deve ser capaz de acolher e resolver a demanda espontânea, não devendo restringir sua agenda apenas a grupos prioritários ou transferir sistematicamente a demanda para prontos atendimentos, o que romperia a continuidade do cuidado.

Alternativa b: Incorreta. O acesso aos serviços do SUS é regido pelos princípios da universalidade e da equidade. Exigir comprovante de residência fixa como barreira de acesso é uma prática excludente, especialmente em territórios de alta vulnerabilidade, onde muitas moradias são irregulares ou onde existem pessoas em situação de rua. A adscrição serve para organizar o planejamento, mas não deve impedir o atendimento.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente os pilares da Estratégia Saúde da Família. A territorialização e a adscrição permitem que a equipe identifique os riscos e vulnerabilidades locais. A responsabilidade sanitária envolve o acompanhamento longitudinal (ao longo do tempo) de todos os indivíduos e a integração entre a clínica (individual) e a vigilância em saúde (coletiva), buscando intervir nos determinantes sociais para melhorar os indicadores de saúde da comunidade.

Alternativa d: Incorreta. Embora a equipe de saúde não seja responsável pela execução de obras de infraestrutura, ela não deve limitar sua atuação às consultas dentro da unidade. O conceito ampliado de saúde exige que a equipe identifique os determinantes sociais (como falta de saneamento) e atue de forma intersetorial, articulando-se com outros órgãos públicos e lideranças comunitárias para enfrentar esses problemas que afetam diretamente o processo saúde-doença da população.

Questão 94

Esta questão aborda princípios fundamentais da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e do Método Clínico Centrado na Pessoa, focando especificamente na organização da assistência domiciliar e no apoio ao cuidador.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O planejamento da assistência na Atenção Primária, especialmente em visitas domiciliares para pacientes acamados e complexos, não deve seguir um padrão rígido e burocrático de agenda. A frequência das visitas deve ser baseada na estratificação de risco clínico e na vulnerabilidade social da família, e não em uma data fixa predefinida pela unidade sem considerar as particularidades do caso.

Alternativa b) Correta. Esta resposta demonstra a aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa ao validar a dúvida da cuidadora e envolvê-la no plano de cuidado (decisão compartilhada). Ao discutir os sinais de alerta, a médica capacita a cuidadora (educação em saúde) para identificar precocemente complicações da úlcera por pressão ou descompensações das doenças de base. Além disso, ao considerar a disponibilidade da filha, a médica reconhece a sobrecarga da cuidadora e pactua um acompanhamento que seja viável e seguro para ambas as partes.

Alternativa c) Incorreta. Esta conduta é passiva e transfere toda a responsabilidade da vigilância para uma cuidadora que já relatou estar sobrecarregada e ansiosa. Em casos de idosos acamados com lesões de pele e doenças crônicas, o monitoramento deve ser proativo por parte da equipe de saúde para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado.

Alternativa d) Incorreta. Embora a equipe de enfermagem tenha um papel crucial no tratamento de feridas e na realização de curativos, o acompanhamento médico é indispensável para uma paciente de 85 anos com múltiplas comorbidades (diabetes e hipertensão) e uma fratura de fêmur recente. O médico deve monitorar o controle metabólico, o manejo da dor e a evolução global da paciente, trabalhando de forma interdisciplinar com a enfermagem, e não delegando totalmente o caso.

Em resumo, a alternativa B é a que melhor reflete a prática da Medicina de Família e Comunidade, focando na autonomia da família, na prevenção de agravos e na construção de um vínculo terapêutico sólido.

Questão 95

A resolução desta questão exige o conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei 8.069/1990) e das normas do Ministério da Saúde sobre violência interpessoal. Diante de qualquer suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes, o médico tem obrigações legais e éticas que visam à proteção integral do menor.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) - Correta: Esta é a conduta preconizada. Segundo o Artigo 13 do ECA, os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. Além disso, a violência contra crianças e adolescentes é um agravo de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4/2017 do Ministério da Saúde), devendo ser preenchida a ficha do SINAN para fins de vigilância epidemiológica. Portanto, são duas ações paralelas e complementares: a notificação para fins de dados estatísticos e a comunicação para fins de proteção social e jurídica.

Alternativa (b) - Incorreta: A lei é clara ao afirmar que a simples suspeita já obriga a comunicação ao Conselho Tutelar. Aguardar exames de corpo de delito ou a confirmação absoluta retardaria a proteção da vítima e a colocaria em risco. Além disso, em casos de violência contra menores, o dever legal de notificação se sobrepõe ao sigilo profissional, não sendo necessário o consentimento dos responsáveis, especialmente quando estes são os supostos agressores ou coniventes.

Alternativa (c) - Incorreta: O fluxo de proteção à criança e ao adolescente deve ser ágil. Embora protocolos institucionais existam, a médica tem a responsabilidade individual e legal de comunicar o órgão de proteção (Conselho Tutelar). Aguardar orientações da gestão ou trâmites burocráticos internos fere o princípio da prioridade absoluta e da urgência na proteção do menor em situação de risco.

Alternativa (d) - Incorreta: Confrontar o padrasto e a mãe é uma conduta contraindicada e perigosa. Isso pode aumentar o risco de novas agressões contra a adolescente, provocar a fuga da família ou colocar em risco a própria segurança da equipe de saúde. O papel do médico é acolher a vítima, tratar as lesões, garantir a proteção por meio dos órgãos competentes (Conselho Tutelar, Ministério Público ou delegacias especializadas) e registrar o caso, não atuar como mediador de conflitos domésticos violentos ou investigador.

Questão 96

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é uma ferramenta fundamental na Medicina de Família e Comunidade e na prática médica humanizada, estruturado em quatro componentes principais. A questão foca especificamente no terceiro componente.

Alternativa (a) Incorreta. Esta alternativa descreve a abordagem biomédica tradicional, focada estritamente na "doença" (disease). No MCCP, a coleta de sintomas e exames para definir um diagnóstico faz parte do primeiro componente (Explorar a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a doença), mas não define o projeto comum de manejo.

Alternativa (b) Correta. O terceiro componente, "Elaborar um projeto comum de manejo" (também chamado de "Pactuação" ou "Finding Common Ground"), é o momento em que médico e paciente negociam as prioridades. Para que o plano terapêutico seja eficaz e tenha adesão, ele deve integrar a perspectiva clínica do médico com as expectativas, sentimentos e medos do paciente. Envolve definir o problema, estabelecer metas de tratamento e definir os papéis de cada um nesse processo.

Alternativa (c) Incorreta. A investigação do contexto de vida, rede de apoio, condições de moradia e história pessoal refere-se ao segundo componente do MCCP: "Entender a pessoa como um todo". É a fase de contextualização do indivíduo além da sua condição biológica.

Alternativa (d) Incorreta. Realizar ações de promoção e prevenção na comunidade é função da Atenção Primária à Saúde e da Saúde Coletiva, mas não constitui um componente específico do método clínico aplicado durante a consulta individual, conforme o modelo de Stewart.

Em resumo, o terceiro componente é a etapa de convergência em que o saber técnico do profissional e a experiência de vida do paciente se unem para criar um plano de cuidado compartilhado.

Questão 97

Para resolver esta questão, é fundamental compreender os conceitos de Odds Ratio (Razão de Chances) e Intervalo de Confiança (IC). O Odds Ratio (OR) quantifica a associação entre uma exposição e um desfecho. Quando o OR é maior que 1, indica um fator de risco; quando é menor que 1, indica um fator de proteção. O Intervalo de Confiança de 95% indica que a associação é estatisticamente significativa se o intervalo não incluir o valor 1,0.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O OR de 2,0 para baixa escolaridade significa que essas mulheres têm o dobro (200% ou um aumento de 100%) da chance de não realizar o exame em comparação ao grupo de referência. O OR de 1,2 para renda indica um aumento de 20% na chance ($1,2 - 1,0 = 0,2$ ou 20%). Como ambos os intervalos de confiança (1,5-2,8 e 1,1-1,6) não incluem o valor 1,0, os resultados são estatisticamente significativos.

b) INCORRETA. O OR para ter companheiro fixo foi de 0,7. Quando o OR é menor que 1, ele indica uma redução da chance. Nesse caso, ter um companheiro fixo reduziu a chance de não realizar o exame em 30% ($1,0 - 0,7 = 0,3$), funcionando como um fator de proteção para a realização do rastreamento.

c) INCORRETA. Estudos observacionais, como o caso-controle, demonstram associações estatísticas, mas não podem, por si sós, estabelecer uma relação de "causa direta" ou causalidade definitiva. Além disso, o termo "independente de outros fatores" exigiria a confirmação de que esses foram modelos multivariados ajustados, o que não invalida o erro principal sobre a causalidade.

d) INCORRETA. O OR de 1,2 para renda baixa é estatisticamente significativo porque o seu Intervalo de Confiança de 95% (1,1-1,6) não contém o valor 1,0. Se o intervalo fosse, por exemplo, de 0,9 a 1,5, aí sim a associação seria considerada sem significância estatística. Como o limite inferior é 1,1, a associação existe e é significativa.

Questão 98

CONCEITO INICIAL

Para resolver esta questão, é fundamental diferenciar as propriedades intrínsecas de um teste diagnóstico de suas propriedades extrínsecas.

1. Propriedades Intrínsecas: Sensibilidade e Especificidade. Elas dizem respeito à performance técnica do teste e, teoricamente, não mudam conforme a prevalência da doença na população.
2. Propriedades Extrínsecas: Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN). Estas dependem diretamente da prevalência da doença (probabilidade pré-teste) no grupo onde o teste está sendo aplicado.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A sensibilidade (capacidade de detectar a doença nos doentes) e a especificidade (capacidade de descartar a doença nos saudáveis) são características inerentes ao teste. Elas não variam se você aplica o teste em um hospital ou em um posto de saúde. O que muda nesses cenários é a confiança que temos no resultado positivo ou negativo.

Alternativa b) Correta. Existe uma relação direta entre a prevalência e o Valor Preditivo Positivo. Quando uma doença é muito comum em determinada população (alta prevalência), a chance de um resultado "positivo" ser um verdadeiro positivo é muito alta. Por isso, no estudo hospitalar mencionado no enunciado, o VPP foi alto. Esta é uma regra clássica da epidemiologia clínica.

Alternativa c) Incorreta. O Valor Preditivo Negativo (VPN) depende, sim, da prevalência, mas de forma inversa: quanto menor a prevalência da doença, maior será o VPN. Em locais onde a doença é rara (como nas unidades de pronto-atendimento citadas), um resultado negativo é muito seguro, pois a chance de ser um falso-negativo é mínima. Além disso, o VPN é influenciado principalmente pela sensibilidade do teste, e não apenas pela especificidade.

Alternativa d) Incorreta. A prevalência é um dos fatores determinantes para a escolha e a utilidade clínica de um teste. Um teste com baixo VPP em uma população de baixa prevalência gerará muitos resultados falsos-positivos, o que pode levar a tratamentos ou investigações desnecessárias. Portanto, o contexto clínico e a prevalência são cruciais para decidir quando e em quem testar.

RESUMO

O cenário descrito no enunciado é o exemplo prático da teoria:

- No hospital (alta prevalência), o teste confirma bem a doença (alto VPP).
 - Na unidade básica (baixa prevalência), o teste descarta bem a doença (alto VPN).
- Isso ocorre porque os valores preditivos são dependentes da prevalência, confirmando a alternativa B.

Questão 99

Para resolver esta questão de epidemiologia, devemos identificar as taxas de incidência fornecidas: a incidência acumulada no grupo exposto (I_e) é de 30% e a incidência no grupo não exposto (I_o) é de 15%.

Análise da afirmativa I: O Risco Relativo (RR) é calculado pela divisão da incidência dos expostos pela incidência dos não expostos ($RR = I_e / I_o$). No caso: $30 / 15 = 2,0$.

O valor de 2,0 indica que o grupo exposto tem duas vezes (o dobro) o risco de desenvolver o desfecho em comparação ao grupo não exposto. Portanto, a afirmativa I está correta.

Análise da afirmativa II: A Diferença Absoluta de Risco, também chamada de Risco Atribuível (RA), é calculada pela subtração entre a incidência dos expostos e a dos não expostos ($RA = I_e - I_o$). No caso: $30\% - 15\% = 15\%$. Esse valor representa o excesso de risco que pode ser atribuído diretamente ao fator de exposição (fumaça do tabaco). Em um grupo de 100 crianças expostas, 15 delas desenvolveram a doença por causa dessa exposição específica. Portanto, a afirmativa II está correta.

Análise da afirmativa III: Esta afirmativa está incorreta. O Risco Relativo (RR) é uma medida de razão que expressa a força da associação entre o fator de risco e o desfecho, e não o impacto populacional. O impacto (excesso de casos na população ou no grupo) é medido por indicadores de diferença, como o Risco Atribuível ou o Risco Atribuível Populacional. Além disso, a assertiva sustenta erroneamente que o risco absoluto expressa a razão, quando na verdade o RR é que cumpre esse papel.

Análise da afirmativa IV: Esta afirmativa está incorreta. Ambas as medidas são totalmente dependentes das incidências observadas. O Risco Relativo é o quociente (divisão) entre as incidências, enquanto o Risco Absoluto (Diferença de Riscos) é a subtração entre elas. Sem os dados de incidência nos grupos expostos e não expostos, não é possível calcular nenhuma das duas medidas.

Conclusão: Como apenas as afirmativas I e II estão tecnicamente corretas e condizentes com os dados do enunciado, a alternativa correta é a (a).

Questão 100

Análise do Enunciado:

O estudo descrito apresenta três elementos fundamentais para a sua classificação:

1. Intervenção: O pesquisador não apenas observa, mas interfere na realidade ao administrar um novo medicamento.
2. Randomização: A alocação dos 200 pacientes foi feita de forma aleatória, o que garante que os grupos sejam comparáveis e minimiza vieses de seleção.
3. Temporalidade: Trata-se de um estudo longitudinal e prospectivo, pois os pacientes são acompanhados por 14 dias para observar o desfecho (cura clínica).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Estudo de Caso-controle: Está incorreta. O estudo de caso-controle é

observacional e retrospectivo. Ele parte do desfecho (quem já está doente e quem não está) para buscar, no passado, a exposição a determinados fatores de risco. No caso da questão, os pesquisadores partem da intervenção e seguem para o desfecho.

Alternativa b) Estudo de Coorte prospectiva: Está incorreta. Embora a coorte acompanhe grupos ao longo do tempo (prospectivo), ela é um estudo observacional. Na coorte, o pesquisador observa a exposição que ocorre naturalmente, sem intervir na escolha de quem recebe o tratamento ou realizar randomização. O fato de haver uma intervenção deliberada (novo antibiótico) e sorteio (randomização) descaracteriza a coorte.

Alternativa c) Estudo de Ensaio Clínico Randomizado: Está correta. Este é o padrão-ouro para avaliar a eficácia de novas terapêuticas. Ele se define exatamente pela tríade presente no enunciado: intervenção (medicamento), presença de grupo controle (tratamento convencional) e alocação aleatória (randomização).

Alternativa d) Estudo Transversal Analítico: Está incorreta. O estudo transversal é uma análise pontual, como uma fotografia de um momento específico, onde exposição e desfecho são avaliados simultaneamente. Não há acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo (seguimento), o que invalida esta opção frente ao acompanhamento de 14 dias descrito.
