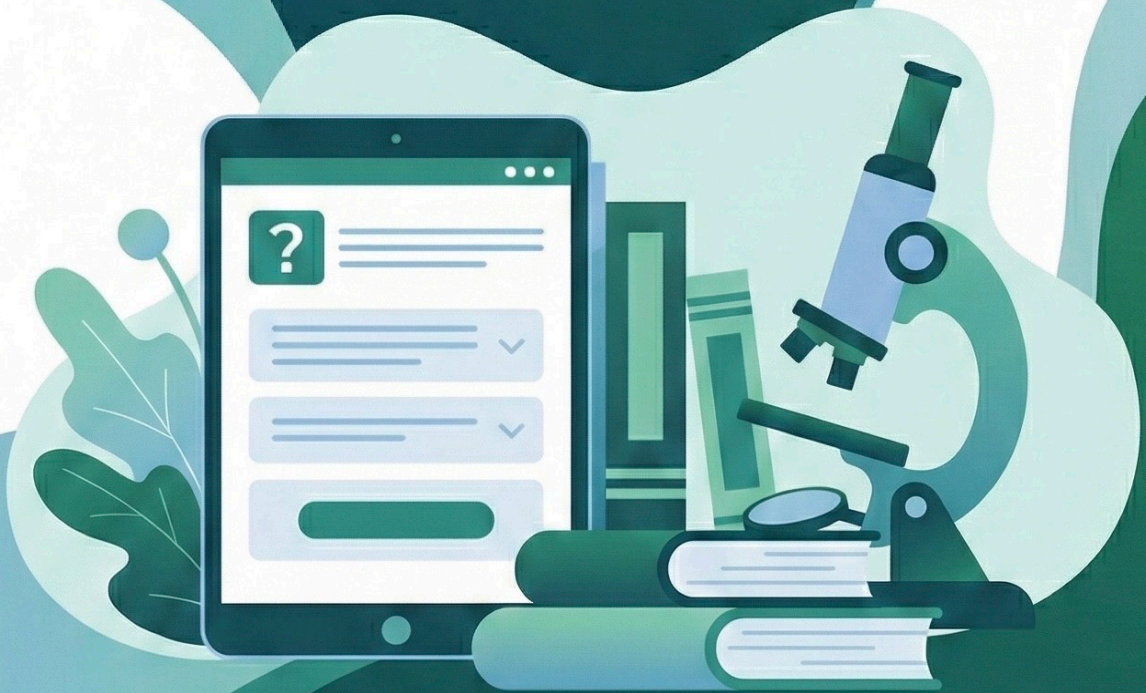




SMS-Macaré

GABARITO | 2026 | RJ | 100 Questões



Gabarito: SMS-Macaré

2026 | RJ

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O clopidogrel é um medicamento antiagregante plaquetário que atua bloqueando de forma irreversível os receptores P2Y₁₂ de adenosina difosfato (ADP) nas plaquetas. Por se tratar de uma ligação irreversível, o efeito do fármaco persiste por toda a vida útil da plaqueta, que dura em média de 7 a 10 dias. Em procedimentos cirúrgicos eletivos, como a herniorrafia inguino-escrotal, o objetivo da suspensão é permitir a produção de novas plaquetas funcionais para garantir uma hemostasia segura.

Alternativa (c): Está correta. As principais diretrizes nacionais e internacionais recomendam a suspensão do clopidogrel entre 5 a 7 dias antes de procedimentos cirúrgicos eletivos. Esse intervalo é suficiente para que cerca de 50% a 70% da população plaquetária seja renovada, o que é considerado adequado para prevenir sangramentos excessivos e formação de hematomas no pós-operatório.

Alternativa (a): Está incorreta. O período de 2 a 3 dias é insuficiente para a recuperação da função plaquetária necessária para uma cirurgia desse porte, mantendo o paciente em risco de sangramento.

Alternativa (b): Está incorreta. O prazo de 14 dias é excessivo. Suspender a antiagregação por um período tão longo aumenta desnecessariamente o risco de eventos tromboembólicos e cardiovasculares, sem oferecer ganho adicional na segurança cirúrgica em relação ao prazo de 7 dias.

Alternativa (d): Está incorreta. Como o clopidogrel inibe a plaqueta de forma permanente, a suspensão apenas na véspera não tem efeito prático na recuperação da agregação plaquetária para o momento da operação.

Alternativa (e): Está incorreta. A herniorrafia inguino-escrotal, embora seja um procedimento comum, envolve uma área com potencial para sangramento e formação de grandes hematomas no saco escrotal. Diferente de pequenos procedimentos dermatológicos ou odontológicos, nela recomenda-se a interrupção do antiagregante plaquetário para evitar complicações hemorrágicas.

Questão 2

Análise detalhada das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O câncer de ânus é uma doença relativamente rara, correspondendo a apenas 1% a 2% de todos os tumores colorretais e uma fração ainda menor de todo o trato gastrointestinal. O câncer colorretal (cólon e reto) é significativamente mais comum.

Alternativa B: Incorreta. O melanoma anal é um tumor raro e extremamente agressivo. Ele é classicamente considerado radorresistente. O tratamento principal é cirúrgico (excisão local ampla ou amputação abdominoperineal do reto), embora o prognóstico seja geralmente ruim independentemente da técnica utilizada.

Alternativa C: Incorreta. O carcinoma espinocelular (CEC), ou escamoso, é o tipo mais frequente, responsável por cerca de 80% a 85% dos casos. O segundo tipo mais comum é o adenocarcinoma (que pode ser originário das glândulas anais ou de uma extensão de um tumor retal). O linfoma anal é raro, ocorrendo mais frequentemente em pacientes imunossuprimidos, como aqueles com HIV.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa refere-se ao Protocolo de Nigro, estabelecido na década de 1970. O esquema combina radioterapia com quimioterapia baseada em 5-fluorouracil (5-FU) e mitomicina C. Esse tratamento tornou-se o padrão-ouro para o carcinoma de canal anal por apresentar excelentes taxas de controle local e permitir a preservação do esfíncter anal, deixando a cirurgia radical (amputação do reto) apenas para casos de falha terapêutica ou recidiva.

Alternativa E: Incorreta. A alternativa inverte os conceitos. O câncer de canal anal é tratado preferencialmente com quimiorradioterapia (preservação de órgão). Já o câncer de margem anal, por se assemelhar clinicamente ao câncer de pele não-melanoma, pode ser tratado apenas com excisão cirúrgica local com margens livres, desde que a lesão seja pequena, bem diferenciada e não envolva o aparelho esfíncteriano. A quimiorradioterapia na margem anal é reservada para tumores maiores ou que invadem o esfíncter.

Questão 3

Alternativa (a) INCORRETA: Diferentemente da cirurgia oncológica (para câncer de cólon), na diverticulite, a ressecção é para uma doença benigna. Portanto, não há necessidade de linfadenectomia extensa. A preservação da artéria mesentérica inferior e a dissecação rente ao mesocólon são recomendadas para evitar lesões dos nervos autonômicos e garantir a vascularização do remanescente colônico e retal.

Alternativa (b) CORRETA: O tratamento de diverticulite purulenta (Hinchey III) com lavagem laparoscópica foi amplamente estudado em ensaios clínicos (como os estudos LOLA e SCANDIV). Embora seja menos invasivo que a ressecção, os resultados demonstraram que a lavagem está associada a uma taxa significativamente maior de reintervenções cirúrgicas de urgência e falha no controle do foco infeccioso em comparação com a sigmoidectomia.

Alternativa (c) INCORRETA: Na cirurgia eletiva para doença diverticular, se a neoplasia foi excluída por exames pré-operatórios (como colonoscopia), a ligadura da artéria mesentérica inferior deve ser feita distalmente, preservando a artéria cólica esquerda. Não há indicação de ligadura proximal (high tie) em patologias benignas, visando à preservação nervosa e ao aporte sanguíneo.

Alternativa (d) INCORRETA: Em casos de Hinchey IV (peritonite fecal), a conduta clássica ainda é a cirurgia de Hartmann. Embora estudos recentes mostrem que a ressecção com anastomose primária (com ou sem estomia de proteção) pode ser segura em pacientes muito selecionados e estáveis, afirmar que a ileostomia de proteção deve ser "sempre" realizada torna a alternativa incorreta, pois a conduta depende da estabilidade do paciente e do julgamento do cirurgião, além de que a anastomose primária em peritonite fecal ainda é um tema de debate e não a regra absoluta.

Alternativa (e) INCORRETA: A diverticulite Hinchey I (flegmão ou pequeno abscesso pericólico) é de manejo eminentemente clínico. O tratamento de escolha consiste em antibioticoterapia, dieta líquida ou jejum e observação. A cirurgia é reservada apenas para casos de falha do tratamento conservador ou complicações específicas.

Questão 4

Análise do quadro clínico:

O caso descreve um trauma colônico penetrante (arma de fogo) em um paciente hemodinamicamente estável, atendido precocemente (apenas uma hora após o incidente). A lesão no cólon sigmoide é considerada complexa ou extensa, pois acomete mais de 50% da circunferência da alça.

Histórica e tradicionalmente, as lesões de cólon eram tratadas com colostomia. Contudo, a evidência cirúrgica moderna e as diretrizes da AAST (American Association for the Surgery of Trauma) demonstram que, em pacientes estáveis e sem contaminação peritoneal maciça, o reparo primário é seguro e preferível.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A rafia (sutura) simples é contraindicada em lesões que envolvem mais de 50% da circunferência do cólon, pois o fechamento primário nesses casos resulta em estenose (estreitamento) importante da luz intestinal. A ileostomia de proteção não é rotina para traumas de cólon sigmoide em pacientes estáveis.
- b) Incorreta. A exteriorização da lesão como colostomia (manobra de Bloom) é uma técnica considerada obsoleta para a maioria dos casos de trauma em pacientes estáveis. Ela aumenta o tempo de internação e exige uma segunda cirurgia para reconstrução, sem oferecer benefícios superiores à anastomose primária neste cenário.
- c) Correta. Diante de uma lesão extensa (mais de 50% da circunferência), a conduta técnica correta é a ressecção do segmento afetado (sigmoidectomia). Como o paciente está hemodinamicamente estável, sem sinais de choque ou grande contaminação fecal, a reconstrução deve ser feita de forma imediata através da anastomose primária (unir as alças no mesmo tempo cirúrgico).
- d) Incorreta. Como mencionado, a rafia é inadequada para lesões extensas pelo risco de estenose. Além disso, o uso de drenos tubulares não previne deiscências de sutura no cólon e não substitui a necessidade de um tratamento definitivo da lesão.
- e) Incorreta. Esta alternativa descreve uma variação do procedimento de Hartmann ou de exclusão, que seria reservada para pacientes instáveis, com peritonite fecal grave ou múltiplas comorbidades. Em um paciente estável atendido em uma hora, essa conduta é excessivamente agressiva e desnecessária.

Questão 5

A classificação de Nyhus é fundamental na cirurgia geral para categorizar as hérnias da região inguinal com base em sua anatomia e no estado da parede posterior. O ponto crucial para resolver esta questão é identificar que se trata de uma "recidiva" (recorrência) de uma cirurgia prévia.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O Tipo I de Nyhus refere-se a hérnias inguinais indiretas nas quais o anel inguinal interno apresenta diâmetro e limites normais. É a forma mais comum em lactentes e crianças.

Alternativa b) Incorreta. O Tipo II refere-se a hérnias inguinais indiretas em que o anel inguinal interno está dilatado, porém a parede posterior do canal inguinal (fáscia transversalis) permanece preservada e intacta.

Alternativa c) Incorreta. O Tipo III A é a classificação para as hérnias inguinais diretas, que ocorrem devido a um defeito adquirido na parede posterior do canal inguinal, especificamente no triângulo de Hesselbach.

Alternativa d) Incorreta. O Tipo III B refere-se a hérnias inguinais indiretas com grande dilatação do anel inguinal interno e destruição importante da parede posterior. Estão incluídas aqui as hérnias por deslizamento, hérnias mistas (em pantufa) e hérniasinguinoscrotais.

Alternativa e) Correta. O Tipo IV da classificação de Nyhus é reservado exclusivamente para as hérnias recidivadas (recorrentes). Independentemente de a hérnia ser direta, indireta ou femoral no momento da recidiva, o simples fato de o paciente já ter sido operado previamente e apresentar um novo defeito no mesmo local a enquadra nesta categoria. O Tipo IV pode ser subdividido em:

- IV A: Recidiva Direta;
- IV B: Recidiva Indireta;
- IV C: Recidiva Femoral;
- IV D: Recidiva Mista.

Como o enunciado cita uma recidiva de hérnia indireta, ela se enquadra perfeitamente no Tipo IV.

Questão 6

As bridas (ou aderências) representam pontes de tecido fibroso que se formam entre superfícies serosas no abdome, sendo uma das complicações tardias mais comuns após laparotomias. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa b (Correta): As aderências são, de fato, a principal causa de obstrução do intestino delgado em países desenvolvidos e na população em geral, superando as hérnias e as neoplasias. Estima-se que cerca de 60% a 75% dos casos de abdome agudo obstrutivo do intestino delgado sejam decorrentes de bridas pós-operatórias.

Alternativa a (Incorreta): A maioria das obstruções intestinais por bridas, especialmente as parciais (suboclusões), responde bem ao tratamento clínico conservador. Cerca de 70% a 80% dos pacientes apresentam resolução do quadro apenas com jejum, hidratação venosa e descompressão por sonda nasogástrica, sem necessidade de cirurgia.

Alternativa c (Incorreta): Embora exista uma variabilidade individual na resposta cicatricial, a formação de bridas não depende exclusivamente da predisposição do paciente. Fatores relacionados à técnica cirúrgica, como manipulação excessiva de

tecidos, isquemia local, presença de sangue ou secreções na cavidade, uso de talco em luvas e o tipo de fio de sutura utilizado, influenciam diretamente o seu surgimento.

Alternativa d (Incorreta): O uso de antibióticos profiláticos não é indicado de rotina para todos os casos de abdome agudo por bridas. A antibioticoterapia é reservada para situações de suspeita de sofrimento de alça (isquemia ou necrose), quando há sinais de translocação bacteriana ou como profilaxia pré-operatória imediata caso a cirurgia seja indicada.

Alternativa e (Incorreta): O tratamento conservador não é mandatório. Ele é a conduta inicial preferencial na ausência de sinais de complicações. No entanto, se o paciente apresentar sinais de peritonite, instabilidade hemodinâmica, estrangulamento de alça ou se não houver melhora clínica em um período de 48 a 72 horas, a intervenção cirúrgica torna-se mandatória e urgente.

Questão 7

Para entender essa questão, é necessário analisar a Resposta Endócrina, Metabólica e Imunológica ao Trauma (REMOPA), que é o conjunto de alterações fisiológicas que o corpo apresenta após uma agressão, como uma gastrectomia total.

Alternativa (a): Incorreta. O aumento de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) é uma das primeiras respostas ao estresse cirúrgico. Elas são liberadas pela medula adrenal e pelo sistema nervoso simpático para manter a estabilidade hemodinâmica e auxiliar na mobilização de substratos energéticos.

Alternativa (b): Incorreta. O balanço nitrogenado negativo é um achado clássico no pós-operatório de grandes cirurgias. Devido ao estado catabólico, o organismo degrada proteína muscular para fornecer aminoácidos para a gliconeogênese e para a produção de proteínas de fase aguda. Como a excreção de nitrogênio pela urina torna-se maior que a ingestão proteica, o balanço fica negativo.

Alternativa (c): Incorreta. A retenção hídrica é comum devido à liberação do Hormônio Antidiurético (ADH) pela neuro-hipófise, que aumenta a reabsorção de água nos rins. Simultaneamente, o sistema renina-angiotensina-aldosterona é ativado, levando ao aumento da aldosterona, que promove a retenção de sódio e a excreção de potássio e hidrogênio.

Alternativa (d): Correta (Gabarito). Esta alternativa está incorreta porque, embora ocorra hiperglicemia no pós-operatório (devido ao aumento de cortisol, glucagon e catecolaminas), o perfil da insulina é diferente. No trauma, ocorre o que chamamos

de resistência periférica à insulina e, na fase inicial (fase de choque ou fase de refluxo), a secreção de insulina pode estar inclusive diminuída pela ação das catecolaminas. Portanto, não se espera um aumento sérico eficaz de insulina que compense a glicemia elevada; o quadro é de uma diabetes transitória do trauma.

Alternativa (e): Incorreta. O pneumoperitônio residual é um achado radiológico comum e esperado logo após cirurgias abdominais, sejam elas abertas ou laparoscópicas. Trata-se do ar que permanece na cavidade peritoneal após o fechamento da parede ou após a desinsuflação do CO₂, sendo reabsorvido espontaneamente pelo organismo em alguns dias.

Questão 8

A síndrome compartimental aguda ocorre devido ao aumento da pressão intersticial dentro de um espaço osteofascial fechado, o que reduz a pressão de perfusão capilar, levando à isquemia de músculos e nervos. O diagnóstico é clínico e baseado nos sinais conhecidos como os 6 Ps: Pain (dor), Paresthesia (parestesia), Pallor (palidez), Pressure (pressão), Paralysis (paralisia) e Pulselessness (ausência de pulso).

Alternativa (a) CORRETA: Esta alternativa descreve perfeitamente a evolução clínica. A dor desproporcional ao achado físico e que piora com o alongamento passivo é o sinal mais precoce e sensível. A parestesia indica que os nervos que atravessam o compartimento estão sofrendo isquemia. É crucial destacar que a ausência de pulsos é um achado tardio, pois a pressão do compartimento raramente supera a pressão sistólica arterial nas fases iniciais; quando o pulso desaparece, o dano tecidual geralmente já é irreversível.

Alternativa (b) INCORRETA: A ausência imediata de pulsos é mais característica de uma oclusão arterial aguda (como uma embolia ou trauma vascular direto) do que da síndrome compartimental. Na síndrome compartimental, o fluxo macrovascular (grandes artérias) costuma ser preservado inicialmente, enquanto a microcirculação é comprometida.

Alternativa (c) INCORRETA: A dor é intensa e de difícil controle, não sendo nunca classificada como leve. Além disso, a mobilidade é severamente prejudicada, e a dor ao movimento passivo é um dos testes diagnósticos mais importantes.

Alternativa (d) INCORRETA: Hiperemia e calor local são sinais típicos de processos infecciosos ou inflamatórios, como celulite, erisipela ou trombose venosa profunda. Na síndrome compartimental, o membro pode tornar-se pálido e frio conforme a perfusão diminui.

Alternativa (e) INCORRETA: A taquicardia é uma resposta sistêmica inespecífica à dor severa ou ao estresse. Embora possa estar presente, ela não caracteriza a síndrome nem auxilia no diagnóstico diferencial localizado do membro afetado.

Questão 9

A questão aborda o conhecimento das nomenclaturas específicas das hérnias da parede abdominal, um tema frequente em provas de cirurgia geral.

A alternativa correta é a (d) Litre.

Abaixo, a explicação detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta. A Hérnia de Richter caracteriza-se pelo pinçamento de apenas uma parte da circunferência da borda antimesentérica da alça intestinal através do anel herniário. O risco principal é a isquemia e necrose de um segmento da parede intestinal sem que haja obstrução do trânsito intestinal completo, o que pode retardar o diagnóstico.

Alternativa (b) Incorreta. A Hérnia de Spiegel, também chamada de hérnia semilunar, ocorre através de um defeito na fáscia de Spiegel (aponeurose do músculo transversos do abdome), entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto abdominal. Geralmente ocorre abaixo da linha umbilical, na altura da linha arqueada de Douglas.

Alternativa (c) Incorreta. A Hérnia de Petit é uma hérnia lombar que protrui através do triângulo lombar inferior. Os limites deste triângulo são a crista ilíaca inferiormente, o músculo latíssimo do dorso posteriormente e o músculo oblíquo externo anteriormente.

Alternativa (d) Correta. A Hérnia de Litre é a denominação dada quando o conteúdo do saco herniário é o divertículo de Meckel. O divertículo de Meckel é um remanescente do ducto onfalomesentérico e pode estar presente em sacos herniários inguinais, femorais ou umbilicais. É importante não confundi-la com a Hérnia de Amyand (apêndice no saco herniário inguinal) ou Hérnia de De Garengeot (apêndice no saco herniário femoral).

Alternativa (e) Incorreta. A Hérnia de Grynfelt é também uma hérnia lombar, mas que ocorre no triângulo lombar superior (ou espaço de Grynfelt-Lesshaft). Este espaço é delimitado pela 12ª costela superiormente, pelo músculo eretor da espinha medialmente e pelo músculo oblíquo interno lateralmente. É considerada o tipo mais

comum de hérnia lombar.

Questão 10

A questão apresenta um quadro clínico clássico de pneumotórax hipertensivo no contexto de um paciente politraumatizado. Os sinais de enfisema subcutâneo e, principalmente, o desvio da traqueia para a esquerda indicam que há um acúmulo de ar sob pressão no hemitórax direito, empurrando as estruturas do mediastino para o lado oposto. O pneumotórax hipertensivo é uma emergência médica que causa choque obstrutivo por diminuir o retorno venoso ao coração, exigindo diagnóstico clínico e intervenção imediata.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O desvio da traqueia ocorre para o lado oposto ao do pneumotórax hipertensivo. Se a traqueia está desviada para a esquerda, a patologia está no lado direito. Drenar o lado esquerdo não resolveria o problema e poderia agravar o estado do paciente.

b) Incorreta. A intubação orotraqueal e o início da ventilação mecânica com pressão positiva podem agravar rapidamente um pneumotórax hipertensivo ainda não drenado, levando à parada cardiorrespiratória por colapso circulatório. A descompressão deve preceder ou ser concomitante à abordagem da via aérea se o pneumotórax for a causa da instabilidade.

c) Correta. Diante da suspeita clínica de pneumotórax hipertensivo (neste caso, à direita, devido ao desvio traqueal para a esquerda), a conduta imediata segundo o protocolo ATLS é a descompressão torácica. Esta pode ser feita inicialmente por punção com agulha (toracocentese de alívio) para transformar o pneumotórax hipertensivo em um pneumotórax simples, seguida obrigatoriamente pela drenagem torácica em selo d'água.

d) Incorreta. O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é estritamente clínico. Não se deve aguardar exames de imagem, como a radiografia de tórax, para iniciar o tratamento, pois o tempo de espera pode ser fatal para o paciente.

e) Incorreta. Embora o oxigênio suplementar e a reposição volêmica façam parte do atendimento inicial ao trauma (ABCDE), essas medidas isoladas não corrigem a causa-base da instabilidade hemodinâmica, que é a compressão mecânica do coração e grandes vasos pelo ar aprisionado. A descompressão é a prioridade absoluta.

Questão 11

A alternativa (c) está correta porque define precisamente o propósito fundamental da antibioticoprofilaxia cirúrgica. O objetivo primordial é garantir que níveis terapêuticos de antibiótico estejam presentes nos tecidos no momento da incisão e durante todo o ato operatório, reduzindo a carga bacteriana e prevenindo a colonização que levaria à Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC).

A alternativa (a) está incorreta. Como regra geral, o antibiótico deve ser administrado nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica. Esse tempo é ideal para que a droga atinja o pico de concentração tecidual no momento em que a pele é cortada. Exceções ocorrem com a vancomicina e as fluoroquinolonas, que exigem infusão mais lenta e podem ser iniciadas até 120 minutos antes.

A alternativa (b) está incorreta. A repetição da dose não segue um intervalo fixo de 12 horas para todos os casos. A redose intraoperatória depende da meia-vida da droga utilizada e do tempo de duração da cirurgia. Por exemplo, a cefazolina deve ser repetida a cada 3 ou 4 horas se o procedimento ainda estiver em curso.

A alternativa (d) está incorreta. Em cirurgias prolongadas que excedam duas meias-vidas do antibiótico escolhido, a repetição da dose é obrigatória para manter a concentração sérica e tecidual acima da concentração inibitória mínima. Além disso, perdas sanguíneas volumosas (superiores a 1.500 mL em adultos) também exigem redose.

A alternativa (e) está incorreta. A profilaxia é formalmente indicada em cirurgias potencialmente contaminadas e cirurgias contaminadas. Em cirurgias limpas, ela é indicada em situações específicas, como no uso de próteses e implantes, ou em cirurgias de grande porte com graves consequências em caso de infecção (ex.: neurocirurgia e cirurgia cardíaca). Vale lembrar que em cirurgias já infectadas, o uso do antibiótico deixa de ser profilático e passa a ser terapêutico.

Questão 12

O trauma de reto extraperitoneal apresenta desafios anatômicos e cirúrgicos específicos devido à sua localização profunda na pelve, abaixo da reflexão peritoneal. Em casos de lesões extensas ou complexas, como as causadas por empalamento, o manejo focado na prevenção de sepse pélvica é prioritário.

Alternativa (a) Correta: A colostomia de derivação (geralmente em alça no cólon sigmoide) é a conduta padrão e mais segura para lesões extraperitoneais extensas do reto. O objetivo principal é o desvio do trânsito fecal para impedir a contaminação contínua do espaço perirretal e pélvico, permitindo a cicatrização da lesão e

reduzindo drasticamente o risco de complicações infecciosas graves, como a fascíte necrosante.

Alternativa (b) Incorreta: A exploração via anal com sutura (rafia) primária é tecnicamente difícil em lesões extensas ou localizadas em porções mais altas do reto extraperitoneal. Realizar apenas a rafia sem a proteção de uma colostomia, em um ambiente potencialmente contaminado e com tecidos traumatizados, associa-se a um alto índice de deiscência e infecção.

Alternativa (c) Incorreta: A lavagem distal do reto e a drenagem pré-sacral fizeram parte do manejo clássico (tríade ou téttrade do trauma retal) por décadas. No entanto, estudos modernos mostram que a lavagem distal não reduz as taxas de infecção e pode até disseminar contaminantes. A drenagem pré-sacral também é controversa e não substitui a necessidade de derivação fecal em lesões extensas.

Alternativa (d) Incorreta: O acesso abdominal para realizar a rafia primária do reto extraperitoneal exige uma dissecação pélvica profunda e difícil, o que pode aumentar o sangramento e o tempo cirúrgico em um cenário de urgência. Mesmo que a rafia seja tentada por via abdominal, a gravidade da lesão descrita (extensa e por empalamento) ainda exigiria uma colostomia de proteção.

Alternativa (e) Incorreta: A retossigoidectomia com anastomose primária é uma conduta excessivamente agressiva e contraindicada no atendimento inicial de um trauma retal extenso e contaminado. O risco de deiscência da anastomose em tecidos inflamados e potencialmente infectados é proibitivo, sendo preferível a derivação simples.

Questão 13

Explicação do Gabarito:

O íleo paralítico pós-operatório é uma interrupção temporária e não mecânica da motilidade intestinal após uma cirurgia. Quando esse quadro se prolonga, torna-se um desafio clínico que aumenta o tempo de internação e os custos hospitalares. Atualmente, o manejo é baseado em protocolos de recuperação otimizada, como o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), que priorizam medidas fisiológicas e multimodais em vez de intervenções farmacológicas isoladas.

Alternativa (a): Correta. Esta conduta possui o maior nível de evidência científica. A retirada precoce da sonda nasogástrica evita a distensão gástrica por aerofagia e melhora o conforto do paciente, enquanto a deambulação ou mobilização precoce estimula a motilidade intestinal por mecanismos reflexos e reduz a resistência ao

fluxo intestinal, sendo pilares na prevenção e tratamento do íleo prolongado.

Alternativa (b): Incorreta. A neostigmina é um inibidor da acetilcolinesterase com indicações muito específicas, sendo o tratamento de escolha para a Síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução colônica aguda). Seu uso rotineiro no íleo paralítico pós-operatório não é recomendado devido ao risco de efeitos colaterais graves, como bradicardia, broncoespasmo e sialorreia.

Alternativa (c): Incorreta. A metoclopramida é um antagonista dopaminérgico com efeito procinético focado principalmente no esvaziamento gástrico. Diversas meta-análises demonstraram que ela não tem eficácia comprovada em reduzir a duração do íleo paralítico global ou o tempo para a primeira evacuação no pós-operatório.

Alternativa (d): Incorreta. Manter o paciente em jejum absoluto por 5 dias é uma conduta ultrapassada. As evidências mostram que a nutrição enteral precoce (oral ou por sonda) é benéfica, pois estimula a secreção de hormônios gastrointestinais e mantém a barreira mucosa, ajudando na resolução do íleo. O jejum prolongado, na verdade, retarda a recuperação funcional do intestino.

Alternativa (e): Incorreta. O equilíbrio eletrolítico é essencial para a função muscular intestinal. No entanto, os eletrólitos mais frequentemente associados ao íleo paralítico são o potássio (hipocalemia) e o magnésio (hipomagnesemia). A reposição isolada de cálcio, sem uma deficiência específica documentada, não é uma conduta com evidência de benefício para reverter o íleo pós-operatório.

Questão 14

A fórmula de Parkland é o protocolo tradicional para a ressuscitação volêmica nas primeiras 24 horas após uma queimadura grave (segundo e terceiro grau). Ela é fundamental para prevenir o choque hipovolêmico no grande queimado.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A fórmula de Parkland utiliza preferencialmente o Ringer Lactato, e não o soro fisiológico (cloreto de sódio 0,9%). O uso de grandes volumes de soro fisiológico pode levar à acidose metabólica hiperclorêmica. Além disso, a primeira metade do volume calculado deve ser infundida nas primeiras 8 horas contadas a partir do momento do trauma, e não nas primeiras 24 horas.

Alternativa b: Incorreta. Embora o guia ATLS em sua 10ª edição tenha passado a recomendar o início da ressuscitação com 2 mL/kg/SCQ para queimaduras térmicas

em adultos (visando evitar a hiper-hidratação ou fluid creep), a questão solicita especificamente a definição da Fórmula de Parkland clássica, que utiliza o coeficiente de 4 mL.

Alternativa c: Incorreta. O débito urinário é o melhor parâmetro para monitorar a perfusão tecidual e ajustar a velocidade da infusão. A meta de diurese-alvo para adultos é de 0,5 mL/kg/h. O valor de 0,3 mL/kg/h é considerado baixo para este cenário clínico.

Alternativa d: Incorreta. O volume padrão da fórmula de Parkland é de 4 mL. O tempo descrito para a infusão da primeira metade (24h) também está incorreto, pois o protocolo exige uma reposição mais agressiva no início (primeiras 8 horas).

Alternativa e: Correta. A fórmula de Parkland define que o volume de Ringer Lactato a ser administrado nas primeiras 24 horas é de $4 \text{ mL} \times \text{Peso (kg)} \times \% \text{ de Superfície Corporal Queimada (SCQ)}$. Desse total calculado, 50% (metade) deve ser infundido nas primeiras 8 horas após o momento do acidente e os outros 50% devem ser infundidos nas 16 horas subsequentes. O Ringer Lactato é a solução de escolha por ser mais isotônica e possuir lactato, que atua como tamponante.

Questão 15

Comentário sobre a questão de Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA):

Alternativa A: INCORRETA. O diâmetro de 4 cm é insuficiente para indicação cirúrgica eletiva na ausência de sintomas ou expansão rápida. Em homens, a indicação geralmente ocorre a partir de 5,5 cm e, em mulheres, a partir de 5,0 cm. Aneurismas de 4 cm devem ser acompanhados periodicamente com exames de imagem.

Alternativa B: CORRETA. Os aneurismas fusiformes (dilatação circunferencial e simétrica) são os mais comuns, porém os aneurismas saculares (dilatação excêntrica em apenas uma parte da parede) possuem maior tensão de parede e instabilidade, conferindo um risco de ruptura proporcionalmente maior, mesmo em diâmetros menores.

Alternativa C: INCORRETA. O fato de o paciente possuir rim único não contraindica a correção endovascular (EVAR). É necessária cautela redobrada com o uso de contraste iodado para evitar nefropatia, podendo-se utilizar protocolos de proteção renal ou contrastes alternativos (como CO₂), mas a técnica em si não é proibida.

Alternativa D: INCORRETA. O "endoleak" tipo IV decorre da porosidade da prótese e costuma se resolver espontaneamente em poucos dias após o procedimento, sendo

cada vez mais raro com as próteses modernas. O tipo mais comum de endoleak é o tipo II (fluxo retrógrado por artérias colaterais, como lombares ou mesentérica inferior).

Alternativa E: INCORRETA. A ultrassonografia é o exame de escolha para o rastreio (screening) e para o acompanhamento do diâmetro em aneurismas pequenos. No entanto, para o planejamento cirúrgico (seja aberto ou endovascular), o exame padrão-ouro é a angiotomografia (angio-TC), pois permite avaliar com precisão a anatomia do colo proximal, o envolvimento de ramos viscerais e o estado das artérias ilíacas.

Questão 16

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O objetivo da hemostasia cirúrgica é interromper o fluxo sanguíneo de vasos rompidos ou seccionados, minimizando o trauma tecidual e prevenindo complicações como hematomas e infecções.

Alternativa a) Incorreta. A ligadura em massa envolve o pinçamento e a amarração de uma grande quantidade de tecido junto com o vaso sanguíneo. Essa prática é desaconselhada como rotina, pois provoca maior necrose tecidual e aumenta o risco de infecção no sítio cirúrgico, além de ser menos segura que a ligadura individual.

Alternativa b) Incorreta. A compressão direta por tempo prolongado (como 15 minutos) é ineficiente durante o ato operatório para vasos identificáveis. Ela é geralmente utilizada de forma temporária ou em casos de sangramento capilar difuso (em "lençol"), nos quais não se consegue identificar um vaso específico para ligadura ou cauterização.

Alternativa c) Incorreta. Embora o eletrocautério monopolar seja amplamente utilizado na prática cirúrgica por sua rapidez, ele promove maior dispersão térmica lateral. Isso significa que o calor se espalha para os tecidos vizinhos, causando mais dano tecidual do que o uso do bipolar ou da ligadura individual.

Alternativa d) Correta. A ligadura individual é considerada a técnica mais precisa, pois isola apenas o vaso, evitando o estrangulamento de tecidos adjacentes. Já o uso do bisturi elétrico bipolar é preferível ao monopolar para pequenos vasos, porque a corrente elétrica circula apenas entre as duas pontas da pinça. Isso limita o dano térmico estritamente ao vaso pinçado, conferindo maior segurança e precisão ao procedimento.

Alternativa e) Incorreta. O pinçamento seguido de ressecção é uma manobra cirúrgica para remoção de tecidos, mas não constitui o método final de hemostasia. Após a ressecção do segmento, as extremidades vasculares remanescentes ainda precisarão ser devidamente seladas por ligadura ou cauterização.

Questão 17

Para responder corretamente a essa questão, devemos lembrar da tabela de Classificação de Choque Hemorrágico do ATLS (10ª edição), que estratifica a gravidade da perda volêmica em quatro classes (I a IV). Essa classificação utiliza parâmetros clínicos e fisiológicos para estimar a gravidade do quadro e guiar a reposição volêmica.

A seguir, a análise de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta/Gabarito): A avaliação pupilar faz parte do exame neurológico detalhado e da avaliação do "D" (Déficit neurológico) do exame primário. Embora o estado mental (nível de consciência, ansiedade ou confusão) seja um parâmetro da tabela de choque do ATLS, o exame das pupilas especificamente não é utilizado para classificar os estágios do choque hemorrágico.

Alternativa B (Correta): O pulso (frequência cardíaca) é um dos primeiros sinais a se alterar. No choque Classe I, a frequência costuma estar normal; na Classe II, surge a taquicardia (>100 bpm); e nos graus III e IV, a taquicardia torna-se mais severa (>120 ou >140 bpm).

Alternativa C (Correta): A frequência respiratória aumenta progressivamente conforme o choque se agrava, como uma tentativa de compensar a acidose metabólica decorrente da má perfusão tecidual.

Alternativa D (Correta): A estimativa da perda de sangue em porcentagem é a base teórica da classificação. Classe I (até 15%), Classe II (15-30%), Classe III (30-40%) e Classe IV (acima de 40%).

Alternativa E (Correta): O débito urinário (medido em mL/h) é um excelente marcador de perfusão orgânica. Ele diminui à medida que o volume circulante cai, sendo discretamente reduzido na Classe II e significativamente baixo ou ausente nas Classes III e IV.

Resumo dos parâmetros oficiais do ATLS para choque hemorrágico: Perda de sangue (estimada), frequência cardíaca (pulso), pressão arterial, pressão de pulso, frequência respiratória, débito urinário, estado mental (consciência) e a necessidade

inicial de reposição de fluidos/sangue. Como a avaliação pupilar não consta nesta lista, a alternativa A é a resposta da questão.

Questão 18

O carcinoma papilífero é o tumor maligno mais comum da tireoide, representando cerca de 80% a 90% de todos os casos de câncer nesta glândula. Ele apresenta um excelente prognóstico na maioria das vezes e está frequentemente associado à exposição prévia à radiação ionizante.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Papilífero: Correta. Como mencionado, é o tipo histológico mais prevalente entre as neoplasias malignas da tireoide. Caracteriza-se por um crescimento lento, disseminação preferencialmente linfática e excelente taxa de sobrevida.

Alternativa (b) Adenoma tóxico: Incorreta. O adenoma tóxico (conhecido na clínica como doença de Plummer) é uma condição benigna. Trata-se de um nódulo hiperfuncionante que produz hormônios tireoidianos em excesso, levando ao hipertireoidismo, e não possui natureza maligna.

Alternativa (c) Medular: Incorreta. O carcinoma medular de tireoide (CMT) origina-se das células parafoliculares ou células C, responsáveis pela secreção de calcitonina. Representa apenas cerca de 5% dos casos de câncer de tireoide e pode estar associado a síndromes hereditárias, como a Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2 (NEM 2).

Alternativa (d) Anaplásico: Incorreta. O carcinoma anaplásico é o tipo mais raro (menos de 2% dos casos) e extremamente agressivo. É um tumor indiferenciado que acomete geralmente pacientes idosos e possui um dos piores prognósticos na oncologia.

Alternativa (e) Folicular: Incorreta. O carcinoma folicular é o segundo tipo de câncer de tireoide mais comum, correspondendo a aproximadamente 10% a 15% dos casos. Diferentemente do papilífero, sua disseminação ocorre preferencialmente por via hematogênica. Vale lembrar que o diagnóstico de malignidade no padrão folicular exige a demonstração de invasão capsular ou vascular no exame histopatológico.

Questão 19

A acalásia é um distúrbio motor primário do esôfago caracterizado pela falha no relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) e pela ausência de movimentos peristálticos no corpo do esôfago. Esses fatores levam ao acúmulo de alimento no órgão, gerando o quadro clínico típico.

Alternativa (a) Incorreta: A odinofagia é definida como dor à deglutição. Embora possa ocorrer em diversos distúrbios esofágicos, ela é muito mais característica de esofagites infecciosas (como por Cândida, Herpes ou Citomegalovírus) ou esofagite medicamentosa (por pílulas). Na acalásia, o sintoma predominante é a dificuldade de passagem (disfagia), não necessariamente a dor ao engolir.

Alternativa (b) Correta: Os sintomas mais comuns da acalásia são a disfagia paradoxal (para sólidos e líquidos) e a regurgitação. Como o esfíncter esofágico inferior não abre adequadamente, o alimento fica retido no esôfago. Essa regurgitação é de material "não digerido", porque o alimento não chegou a entrar em contato com o ácido clorídrico do estômago. Este é um dos pilares do diagnóstico clínico da doença, juntamente com a perda de peso.

Alternativa (c) Incorreta: A hematêmese (vômito com sangue) é um sinal de sangramento digestivo alto. Suas causas mais comuns são úlceras gástricas ou duodenais, varizes esofágicas e a síndrome de Mallory-Weiss. Não é um sintoma clássico ou frequente da acalásia, podendo ocorrer apenas em complicações raras, como o desenvolvimento de neoplasia esofágica decorrente da estase crônica.

Alternativa (d) Incorreta: A dor torácica pode, sim, estar presente na acalásia, especialmente em fases iniciais ou na variante conhecida como acalásia vigorosa. No entanto, ela não é o sintoma "mais frequente". Além disso, o termo "súbita" costuma ser associado a emergências médicas como o infarto agudo do miocárdio, embolia pulmonar ou a síndrome de Boerhaave (ruptura esofágica).

Alternativa (e) Incorreta: A pirose (azia) é o sintoma cardeal da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Na acalásia, alguns pacientes podem relatar uma sensação semelhante à pirose, mas isso geralmente ocorre devido à fermentação do alimento parado no esôfago (produzindo ácido lático) e não pelo refluxo do conteúdo gástrico, já que o esfíncter inferior está hipertônico e fechado. Portanto, não é o sintoma clássico da patologia.

Questão 20

Alternativa A: Incorreta. O carcinoma de pequenas células (oat cell) caracteriza-se por um comportamento biológico muito agressivo e disseminação linfonodal ou hematogênica precoce. Por ser uma doença considerada sistêmica ao diagnóstico na grande maioria dos casos, o tratamento baseia-se em quimioterapia e radioterapia. A cirurgia é reservada apenas para casos raríssimos de nódulos solitários verdadeiramente localizados (T1-2N0).

Alternativa B: Correta. Para pacientes com carcinoma de pulmão de não-pequenas-células (CPNPC) em estágios iniciais e com reserva funcional adequada, a lobectomia anatômica acompanhada de linfadenectomia mediastinal é o padrão-ouro. Essa conduta estabelece o melhor controle oncológico, com menores taxas de recorrência local e melhores índices de sobrevida quando comparada a ressecções menores (sublobares).

Alternativa C: Incorreta. O carcinoma escamoso (ou epidermoide) e o carcinoma de pequenas células são os subtipos histológicos mais fortemente associados ao tabagismo. O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum em pacientes que nunca fumaram, embora também seja o mais frequente em fumantes na estatística global atual.

Alternativa D: Incorreta. O estadiamento do câncer de pulmão é multimodal. Além da tomografia de tórax e abdome superior, utilizam-se frequentemente o PET-CT (para avaliação de metástases e linfonodos), a ressonância magnética de crânio (rastreamento de metástases no sistema nervoso central) e métodos invasivos para confirmação linfonodal, como o EBUS (ultrassom endobrônquico) ou a mediastinoscopia.

Alternativa E: Incorreta. A segmentectomia é uma ressecção sublobar indicada principalmente para pacientes que não possuem função pulmonar suficiente para tolerar uma lobectomia ou para casos muito específicos de tumores periféricos menores que 2 centímetros. Ela não é preferível à lobectomia como regra geral, pois esta última oferece uma margem de segurança oncológica superior na maioria dos cenários clínicos.

Questão 21

Para responder a esta questão, é necessário conhecer a classificação KDIGO para a Doença Renal Crônica (DRC), que utiliza tanto a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) quanto a albuminúria para definir o estadiamento e o risco de progressão.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O risco de progressão da doença renal e a mortalidade cardiovascular estão diretamente ligados ao binômio TFG e albuminúria. Esta relação é demonstrada no mapa de calor do KDIGO, onde o risco aumenta progressivamente conforme a TFG diminui e a excreção de albumina na urina aumenta.

Alternativa B (Incorreta/Gabarito): O erro reside nos valores de referência para o estágio G3. De acordo com as diretrizes internacionais, o estágio G3 é subdividido em: G3a (TFG entre 45 e 59 ml/min/1,73m²) e G3b (TFG entre 30 e 44 ml/min/1,73m²). A alternativa afirma erroneamente que o G3b iria até 25 ml/min/1,73m², sendo que valores abaixo de 30 já configuram o estágio G4 (que compreende a faixa de 15 a 29 ml/min/1,73m²).

Alternativa C (Correta): Para pacientes no estágio G5 (TFG menor que 15 ml/min/1,73m², também chamado de DRC terminal ou falência renal), o transplante renal é o tratamento de escolha. Ele oferece melhores índices de sobrevida e qualidade de vida superior quando comparado às modalidades de diálise, desde que o paciente não apresente contraindicações ao procedimento.

Alternativa D (Correta): A principal causa de morte em pacientes submetidos à hemodiálise é a doença cardiovascular (como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e arritmias), superando inclusive as mortes por causas infecciosas. O manejo da hipertensão é fundamental nesse grupo para reduzir o risco desses eventos.

Alternativa E (Correta): O estadiamento da DRC é bidimensional. Mesmo que um paciente possua função renal normal (G1: TFG maior ou igual a 90) ou levemente reduzida (G2: TFG entre 60 e 89), a presença de dano renal estrutural manifestado por albuminúria severamente aumentada (A3: maior que 300 mg/g) indica um prognóstico reservado e alto risco de evolução para perda total da função renal.

Questão 22

Alternativa a: Esta afirmação está correta. A indicação de transfusão de hemácias deve ser individualizada. O médico deve considerar não apenas o valor laboratorial da hemoglobina, mas também a presença de sintomas clínicos (como dispneia, taquicardia ou angina), a estabilidade hemodinâmica, a velocidade da perda sanguínea e as comorbidades do paciente, como doença arterial coronariana.

Alternativa b: Esta afirmação está correta. As diretrizes atuais de hemoterapia recomendam uma estratégia de transfusão restritiva para a maioria dos pacientes hospitalizados e estáveis. O gatilho de 7 g/dL é amplamente aceito para pacientes críticos em UTI e pacientes cirúrgicos estáveis, enquanto o gatilho de 8 g/dL costuma

ser utilizado para pacientes com doenças cardiovasculares prévias ou submetidos a cirurgias ortopédicas/cardíacas.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. A dose terapêutica padrão de plasma fresco congelado é de 10 a 20 ml por quilograma de peso. Essa dosagem é necessária para elevar os níveis dos fatores de coagulação em cerca de 20 a 30 por cento, o que geralmente é suficiente para restabelecer a hemostasia na maioria das coagulopatias.

Alternativa d: Esta afirmação está incorreta e é o gabarito da questão. A transfusão de plaquetas pode ser terapêutica (quando há sangramento ativo e contagem baixa) ou profilática. A profilaxia é rotineira em pacientes hematológicos com contagem inferior a $10.000/\text{mm}^3$ para evitar sangramentos espontâneos graves, ou antes de procedimentos invasivos, onde o alvo varia entre $50.000/\text{mm}^3$ e $100.000/\text{mm}^3$, dependendo do risco do procedimento.

Alternativa e: Esta afirmação está correta. As reações transfusionais agudas são aquelas que ocorrem durante ou em até 24 horas após a transfusão. Elas podem ser leves, como uma reação alérgica leve (urticária) ou reação febril não hemolítica, ou extremamente graves e fatais, como a reação hemolítica aguda, a lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI) e a sobrecarga circulatória (TACO).

Questão 23

Alternativa A: Está correta. A definição clássica de neutropenia na prática clínica é a contagem absoluta de neutrófilos abaixo de 500 células/microL. Também se considera neutropenia o valor entre 500 e 1000 células/microL quando há uma tendência de queda rápida (nadir da quimioterapia) com previsão de atingir níveis menores que 500 nas 48 horas seguintes.

Alternativa B: Está correta. O principal objetivo da terapia empírica inicial é cobrir germes gram-negativos precocemente, com foco especial na *Pseudomonas aeruginosa*, que apresenta alta mortalidade nesses pacientes. A monoterapia com Cefepime (cefalosporina de 4ª geração) é um dos esquemas de escolha preconizados pelas diretrizes, assim como a Piperacilina-Tazobactam ou Carbapenêmicos (Meropenem ou Imipenem).

Alternativa C: Está incorreta e é o gabarito da questão. A terapia antifúngica empírica não deve ser iniciada de rotina para todos os pacientes no manejo inicial. A introdução de antifúngicos (como Anfotericina B ou Caspofungina) é recomendada apenas para pacientes de alto risco que permanecem febris após 4 a 7 dias de antibioticoterapia de amplo espectro sem foco definido, ou quando há sinais clínicos

e radiológicos sugestivos de infecção fúngica.

Alternativa D: Está correta. O manejo do tempo de tratamento depende da documentação da infecção. Se um foco específico é isolado (ex: pneumonia, infecção do trato urinário ou bacteremia por germe específico), o tempo de tratamento segue o padrão para aquela patologia. Nos casos de febre de origem indeterminada, as diretrizes sugerem manter o antibiótico até que a medula óssea mostre sinais de recuperação (contagem de neutrófilos $> 500/\text{microL}$) e o paciente esteja afebril por pelo menos 48 a 72 horas.

Alternativa E: Está correta. Nem todo paciente com neutropenia febril precisa de internação e antibiótico venoso. Através de critérios clínicos e escores de risco (como o escore MASCC), pacientes classificados como baixo risco (estabilidade hemodinâmica, sem comorbidades graves, neutropenia de curta duração esperada) podem ser tratados com antibioticoterapia oral, comumente a combinação de Ciprofloxacino e Amoxicilina/Clavulanato, muitas vezes em regime domiciliar com acompanhamento rigoroso.

Questão 24

Análise do quadro clínico:

A paciente é uma idosa de 60 anos com hiponatremia grave (sódio de 119 mEq/L) e sintomática (cefaleia, náuseas e letargia). O uso de diuréticos tiazídicos, como a hidroclorotiazida, é uma das causas mais comuns de hiponatremia em idosos, pois esses medicamentos interferem na diluição urinária no túbulo distal sem afetar o mecanismo de concentração medular, favorecendo a retenção de água livre. O manejo deve focar na interrupção do fator causal e na correção segura dos níveis de sódio para evitar a síndrome de desmielinização osmótica (mielinólise pontina).

Explicação das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a suspensão do diurético e a restrição hídrica sejam partes do tratamento da hiponatremia, essas medidas isoladas são indicadas para casos leves ou assintomáticos. Com sódio abaixo de 120 mEq/L e presença de sintomas neurológicos (letargia e cefaleia), há necessidade de intervenção ativa com solução hipertônica para prevenir o agravamento do edema cerebral.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa apresenta a conduta mais segura e adequada. A suspensão do tiazídico é o primeiro passo para interromper a perda de sódio e a retenção de água. A reposição com solução salina a 3% é indicada pela gravidade e pelos sintomas. A meta de elevação de 4 a 6 mEq/L nas primeiras 24 horas é

prudente e minimiza o risco de lesão cerebral por correção excessivamente rápida. O monitoramento frequente (a cada 4 horas) é essencial para ajustar a velocidade da infusão e garantir que as metas de segurança não sejam ultrapassadas.

Alternativa C: Incorreta. Corrigir o sódio até atingir níveis de normalidade (135 mEq/L) de forma contínua ou rápida é perigoso. O objetivo da terapia de urgência é elevar o sódio apenas o suficiente para cessar o risco de complicações agudas (geralmente um aumento de 5 a 6 mEq/L ou até atingir cerca de 125-130 mEq/L). Após a melhora dos sintomas e a saída da zona de risco, a correção deve prosseguir de forma muito lenta ou espontânea.

Alternativa D: Incorreta. A solução de NaCl a 20% é extremamente concentrada e não deve ser administrada em bolus de 150 mL; a solução utilizada para protocolos de bolus em emergências é a salina a 3%. Além disso, o tratamento com bolus é reservado para sintomas neurológicos gravíssimos, como crises convulsivas, coma ou sinais de herniação cerebral, o que não é o caso da paciente, que apresenta letargia e cefaleia.

Alternativa E: Incorreta. A solução salina a 0,9% (isotônica) não é o tratamento de escolha para hiponatremias graves e sintomáticas. Em casos onde há secreção inapropriada de ADH (ou efeito similar causado por tiazídicos), a administração de soro fisiológico pode inclusive piorar a hiponatremia, pois o corpo retém a água livre e excreta o sódio na urina concentrada. O uso de solução hipertônica (3%) é necessário para garantir o balanço positivo de sódio em relação à água.

Questão 25

Para classificar a gravidade de uma exacerbação de asma, utilizamos parâmetros clínicos e funcionais. No caso apresentado, o paciente apresenta fala em frases (não apenas palavras isoladas), prefere a posição sentada, utiliza musculatura acessória, possui frequência respiratória de 27 irpm e frequência cardíaca de 115 bpm. Além disso, a saturação de oxigênio é de 92% e o Pico de Fluxo Expiratório (PFE) é maior que 50% do predito.

De acordo com as diretrizes do GINA (Global Initiative for Asthma) e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, esses achados classificam a crise como MODERADA. Na crise leve, geralmente não há uso de musculatura acessória, a frequência cardíaca é menor que 100 bpm e a saturação costuma estar normal. Na crise grave, o paciente fala apenas palavras, a frequência respiratória é maior que 30 irpm, a frequência cardíaca é maior que 120 bpm e o PFE é menor ou igual a 50%.

O manejo da crise moderada no ambiente de emergência baseia-se em:

1. Beta-2 agonista de curta ação (SABA): Base do tratamento para broncodilatação rápida.
2. Brometo de ipratrópio: Quando associado ao SABA nas crises moderadas e graves, reduz as taxas de internação hospitalar.
3. Oxigenioterapia: O alvo de saturação deve ser mantido entre 93% e 95% para garantir a oxigenação tecidual sem os riscos de hiperóxia.
4. Corticoterapia sistêmica: Essencial para tratar a inflamação. A via oral é preferencial por ter eficácia equivalente à via intravenosa em crises moderadas, com menor custo e maior facilidade de administração.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A classificação não é leve. O paciente apresenta sinais de esforço respiratório (musculatura acessória) e taquicardia, o que exige uma classificação superior e conduta mais abrangente.

Alternativa b: Incorreta. Embora a conduta sugerida seja adequada para o quadro, a classificação inicial como leve invalida a alternativa.

Alternativa c: Incorreta. Apesar de a classificação como moderada estar correta, a alternativa d é considerada mais completa por incluir o alvo de saturação de oxigênio e a indicação do ipratrópio, conforme os protocolos de manejo hospitalar.

Alternativa d: Correta. Identifica corretamente a gravidade como moderada e descreve os quatro pilares do tratamento na emergência: SABA, ipratrópio, controle rigoroso da oxigenação e corticoide oral.

Alternativa e: Incorreta. O paciente não preenche critérios para crise grave (como FC > 120 bpm, FR > 30 irpm ou saturação < 90%). O uso de magnésio intravenoso e corticoides por via parenteral é reservado para casos graves ou que não respondem ao tratamento inicial na primeira hora.

Questão 26

Para resolver essa questão, devemos aplicar o Escore de Wells para Trombose Venosa Profunda (TVP) e seguir o algoritmo diagnóstico recomendado pelas diretrizes atuais.

Análise do Escore de Wells para este paciente:

1. Neoplasia ativa (em tratamento com quimioterapia e radioterapia): +1 ponto.
2. Paresia em membros inferiores (devido à metástase vertebral): +1 ponto.
3. Edema na panturrilha: +1 ponto.

4. Dor/Sensibilidade à palpação no trajeto venoso (panturrilha): +1 ponto.

Total: 4 pontos.

Interpretação do Escore de Wells (modelo clássico):

- 0 pontos: Probabilidade baixa.
- 1 a 2 pontos: Probabilidade intermediária (moderada).
- 3 ou mais pontos: Probabilidade alta.

No modelo simplificado (DVT Likely/Unlikely), uma pontuação igual ou superior a 2 já classifica a TVP como Provável.

Conduta diagnóstica:

- Em pacientes com probabilidade baixa ou intermediária (ou "TVP improvável"), o primeiro passo é a dosagem do D-dímero. Se vier negativo, a TVP pode ser excluída.
- Em pacientes com probabilidade alta (ou "TVP provável"), a propedêutica de escolha é diretamente a Ultrassonografia com Doppler (USG-TVP). Nesses casos, o D-dímero não deve ser solicitado, pois mesmo um resultado negativo não possui valor preditivo negativo suficiente para descartar a doença com segurança em um cenário de alto risco pré-teste.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O paciente apresenta alta probabilidade (4 pontos no Wells) e, nesse caso, a dosagem de D-dímero é dispensável, devendo-se proceder diretamente ao Doppler.
- b) Incorreta. A probabilidade é alta, não intermediária. A estratégia de realizar D-dímero para decidir sobre o Doppler é reservada para pacientes de baixo risco ou probabilidade improvável.
- c) Incorreta. Embora acerte a probabilidade (alta), erra na propedêutica ao indicar a dosagem de D-dímero para este perfil de paciente.
- d) Correta. O paciente preenche critérios para alta probabilidade clínica (Wells maior ou igual a 3). Em cenários de alta probabilidade, o exame de escolha inicial é o US Doppler venoso dos membros inferiores, sem a necessidade de triagem prévia com D-dímero.
- e) Incorreta. A pontuação do paciente o coloca na categoria de alta probabilidade, não moderada. Além disso, embora seja verdade que a neoplasia pode elevar o D-dímero (reduzindo sua especificidade), a decisão de ir direto para o Doppler em

pacientes de alto risco baseia-se na baixa segurança em excluir o diagnóstico apenas com o biomarcador, independentemente da causa da sua elevação.

Questão 27

Análise do quadro clínico: O paciente apresenta um quadro clássico de Encefalopatia Hepática (EH), caracterizado por alteração do nível de consciência (sonolência), déficit cognitivo (amnésia) e sinais motores extrapiramidais (flapping/asterixe e ataxia). O manejo da EH foca na identificação e tratamento de fatores precipitantes e na redução dos níveis de amônia.

Alternativa a) Correta. A retirada de diuréticos é uma conduta inicial importante. Os diuréticos podem causar desidratação, hemoconcentração e distúrbios eletrolíticos (como hipocalcemia e alcalose metabólica), que aumentam a produção renal de amônia e facilitam sua passagem pela barreira hematoencefálica, agravando a encefalopatia.

Alternativa b) Correta. Infecções são os principais gatilhos para a descompensação da cirrose. A Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) é frequentemente assintomática em termos de dor abdominal, manifestando-se apenas como encefalopatia. Portanto, a realização de paracentese diagnóstica em pacientes com ascite e alteração mental é mandatória.

Alternativa c) Correta. A lactulose é o tratamento de primeira linha. Ela atua acidificando o conteúdo intestinal, o que converte a amônia (NH_3 - absorvível) em amônio (NH_4^+ - não absorvível), além de possuir efeito osmótico laxativo. O objetivo terapêutico é justamente a obtenção de 2 a 4 evacuações pastosas ao dia.

Alternativa d) Incorreta (Gabarito). Esta alternativa contém um erro grave no manejo da encefalopatia hepática: o uso de benzodiazepínicos. Medicamentos sedativos, especialmente os benzodiazepínicos (como o diazepam), são formalmente contraindicados, pois deprimem o sistema nervoso central, podem precipitar ou agravar o coma e mimetizam/pioram o quadro de encefalopatia. Quanto à proteína, embora a restrição proteica não seja mais recomendada rotineiramente (devendo-se manter 1,2 a 1,5 g/kg/dia para evitar sarcopenia), o erro gritante do uso de benzodiazepínicos torna a alternativa a conduta inadequada buscada pela questão.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa resume os pilares do tratamento da EH. Deve-se sempre buscar e tratar ativamente: hemorragia digestiva (o sangue no intestino é fonte de proteína que vira amônia), constipação (aumenta o tempo de absorção de toxinas), distúrbios hidroeletrólíticos e o uso de fármacos depressores do SNC.

Questão 28

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta uma crise hipercalcêmica, definida por níveis de cálcio corrigido acima de 14 mg/dL associados a sintomas neurológicos (confusão mental e letargia) e gastrointestinais. O diagnóstico etiológico provável é hipercalcemia da malignidade, comum em pacientes com metástases ósseas de câncer de mama. O objetivo imediato é a redução dos níveis séricos de cálcio e a estabilização clínica.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Corticoide EV: Incorreta. Os corticosteroides são eficazes no tratamento da hipercalcemia mediada por produção excessiva de vitamina D (como em linfomas ou sarcoidose) ou no mieloma múltiplo. No entanto, seu início de ação é lento, levando de 2 a 5 dias para atingir o efeito máximo, não sendo, portanto, a primeira escolha na emergência.

b) Calcitonina: Incorreta. Embora a calcitonina tenha um início de ação rápido (2 a 4 horas), seu efeito redutor de cálcio é modesto e temporário devido ao fenômeno de taquifilaxia (o corpo deixa de responder ao fármaco após 24-48 horas). Ela pode ser usada como adjuvante em casos graves, mas nunca como medida isolada ou inicial prioritária frente à desidratação.

c) Hidratação vigorosa com solução salina: Correta. Esta é a primeira medida terapêutica a ser instituída. Pacientes com hipercalcemia grave apresentam desidratação importante devido à poliúria (induzida pelo efeito do cálcio nos túbulos renais) e aos vômitos. A infusão de solução salina isotônica (SF 0,9%) restaura o volume intravascular e, mais importante, aumenta a taxa de filtração glomerular e a excreção urinária de cálcio.

d) Bifosfonado: Incorreta. Os bifosfonados (como o ácido zoledrônico ou pamidronato) são fundamentais no tratamento da hipercalcemia da malignidade por inibirem a reabsorção óssea pelos osteoclastos. Contudo, eles demoram de 48 a 72 horas para começar a fazer efeito. Eles devem ser administrados precocemente, mas a hidratação deve preceder ou acompanhar o início de seu uso.

e) Diálise: Incorreta. A hemodiálise com baixo cálcio no dialisato é um tratamento de exceção. É indicada apenas em casos de hipercalcemia extrema (geralmente acima de 18-20 mg/dL), insuficiência renal grave que impossibilite a hidratação vigorosa ou em pacientes que não respondem às medidas clínicas iniciais.

Questão 29

Essa questão aborda as complicações extracardíacas da Endocardite Infecciosa (EI). O ponto fundamental para a resolução é identificar o significado clínico da combinação de febre persistente, dor abdominal e soluços em um paciente já em tratamento para EI.

A Endocardite Infecciosa é uma doença sistêmica na qual fragmentos das vegetações valvares podem se soltar e viajar pela corrente sanguínea, causando embolia arterial em diversos órgãos. O baço é um dos locais mais comuns de embolização sistêmica. Quando ocorre um infarto esplênico por êmbolo séptico, pode haver a formação de um abscesso esplênico.

A presença de soluços (singulto) é o "pulo do gato" da questão. O baço está localizado logo abaixo do diafragma, no hipocôndrio esquerdo. Um processo inflamatório ou um abscesso no polo superior do baço causa irritação do nervo frênico ou do próprio músculo diafragmático, resultando em soluços persistentes. A febre que não cede com o antibiótico reforça a existência de um foco infeccioso que não está sendo debelado apenas com a medicação venosa (um abscesso).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A febre medicamentosa (drug fever) pode ocorrer durante tratamentos prolongados, mas não explicaria a dor abdominal localizada e, muito menos, os soluços.

Alternativa b) Incorreta. Embora antibióticos possam causar irritação gástrica, a gastrite não justifica a manutenção de febre persistente nem o quadro de soluços associado à dor abdominal neste contexto clínico de endocardite.

Alternativa c) Incorreta. O abscesso perivalvar é uma complicação intracardíaca comum, especialmente em valvas aórticas e próteses. Deve-se suspeitar dele quando há febre persistente e surgimento de novos distúrbios de condução no eletrocardiograma (como um bloqueio atrioventricular de primeiro grau), mas não cursa com dor abdominal e soluços.

Alternativa d) Correta. A tríade descrita (febre, dor abdominal e soluços) aponta diretamente para a embolização esplênica com formação de abscesso. O abscesso esplênico mantém a febre e a dor abdominal, enquanto a proximidade anatômica com o diafragma explica o soluço por irritação frênica/diafragmática.

Alternativa e) Incorreta. A resistência bacteriana levaria a uma falha terapêutica global, com piora do estado geral, instabilidade hemodinâmica e novos sopros, mas

não explicaria os sintomas localizados no abdome superior e a irritação diafragmática sugerida pelos soluços.

Questão 30

Análise do caso:

O quadro clínico descrito — mulher jovem, hígida, com sintomas clássicos do trato urinário inferior (disúria e polaciúria) e sem sinais de alarme (febre, dor lombar ou gravidez) — define um caso típico de cistite aguda não complicada. Em situações como esta, a probabilidade diagnóstica apenas pela anamnese é superior a 90%, o que dispensa a necessidade de exames complementares laboratoriais ou de imagem.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Em mulheres com sintomas típicos de cistite e sem fatores de risco para complicações, o diagnóstico é clínico. Solicitar o EAS (Elementos Anormais e Sedimento) apenas para confirmar o que a clínica já indica gera custos desnecessários e atrasa o início da terapia.

Alternativa b) Incorreta. A urinocultura não é indicada rotineiramente na cistite não complicada. Ela é reservada para casos de suspeita de pielonefrite, gestantes, homens, crianças, idosos, sintomas recorrentes ou falha no tratamento inicial. Além disso, retardar o tratamento aguardando o resultado (que leva de 48 a 72 horas) prolonga o sofrimento da paciente.

Alternativa c) Incorreta. A ultrassonografia não faz parte da propedêutica inicial da infecção urinária baixa. Exames de imagem são indicados apenas em casos de infecções de repetição, suspeita de cálculos, obstruções ou quando não há melhora clínica após o tratamento adequado, visando identificar alterações anatômicas.

Alternativa d) Correta. A conduta recomendada pelas principais diretrizes (como as da Febrasgo e da Sociedade Brasileira de Infectologia) para cistite não complicada em mulheres jovens é o tratamento empírico imediato. O uso de antibióticos de curta duração (como a nitrofurantoína por 5 dias ou fosfomicina em dose única) é eficaz, apresenta menos efeitos colaterais e reduz o risco de indução de resistência bacteriana em comparação a ciclos longos.

Alternativa e) Incorreta. A paciente não apresenta bacteriúria assintomática, pois ela é claramente sintomática (apresenta queixas urinárias). A bacteriúria assintomática ocorre quando há crescimento bacteriano na urina sem que a paciente sinta nada, e sua triagem e tratamento só são indicados em gestantes e pacientes que realizarão procedimentos urológicos com risco de sangramento de mucosa.

Questão 31

Para compreender esta questão, devemos realizar a análise sistemática da gasometria arterial e correlacionar com os dados clínicos do paciente.

1. Análise do pH: O pH de 7,2 indica uma acidemia (pH normal entre 7,35 e 7,45).

2. Componente Metabólico: O bicarbonato (HCO_3) de 10 mEq/L está muito baixo (normal entre 22 e 26 mEq/L), o que caracteriza uma acidose metabólica.

3. Componente Respiratório e Compensação: Em uma acidose metabólica, a resposta esperada é a hiperventilação para reduzir a PCO_2 . Utilizando a Fórmula de Winter para calcular a PCO_2 esperada: $(1,5 \times \text{Bicarbonato}) + 8 (\pm 2)$.

Cálculo: $(1,5 \times 10) + 8 = 15 + 8 = 23$.

A PCO_2 esperada deveria estar entre 21 e 25 mmHg. Como a PCO_2 medida no paciente é de 45 mmHg, ela está muito acima do esperado. Isso significa que o paciente não está compensando o distúrbio e possui uma acidose respiratória associada. Portanto, o distúrbio é misto (acidose metabólica + acidose respiratória).

4. Anion Gap e Etiologia: O Anion Gap (AG) é calculado pela fórmula: Sódio - (Cloro + Bicarbonato).

Cálculo: $145 - (105 + 10) = 145 - 115 = 30$.

O AG está elevado (normal até 12). O lactato de 5 mmol/L (elevado) explica parte desse AG. O paciente possui insuficiência renal aguda ou crônica agudizada (creatinina 2 e ureia 100) e faz uso de metformina. A acidose láctica associada à metformina é uma complicação clássica em pacientes com disfunção renal, pois o fármaco deixa de ser excretado adequadamente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O cloro está em 105 mEq/L (normal), e o Anion Gap está elevado (30). A acidose renal pura costuma ser hiperclorêmica com AG normal, mas aqui o AG elevado e o lactato apontam para outra etiologia. Além disso, a alternativa ignora o componente respiratório.

Alternativa b) Correta. O pH define acidemia. O cálculo da PCO_2 esperada confirma que o distúrbio é misto (metabólico + respiratório). O uso de metformina em um paciente com insuficiência renal e lactato elevado fecha o diagnóstico etiológico de acidose láctica por metformina. O componente respiratório pode ser agravado pela DPOC prévia do paciente, que impede a compensação ventilatória adequada.

Alternativa c) Incorreta. Embora o lactato esteja elevado, não há sinais clínicos ou laboratoriais de sepse, como febre ou leucocitose (leucócitos em 9.000). O contexto

da metformina com falência renal é mais específico para o quadro.

Alternativa d) Incorreta. O termo "pura" está errado. Como demonstrado pelo cálculo da Fórmula de Winter, a PCO₂ está fora da faixa de compensação, caracterizando um distúrbio misto, e não uma acidose metabólica pura.

Alternativa e) Incorreta. A ausculta pulmonar do paciente está normal e não há relato de febre ou tosse. Embora haja acidose respiratória (PCO₂ elevada para o contexto), ela faz parte de um distúrbio misto em que a acidose metabólica é severa e predominante.

Questão 32

A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é reconhecida como uma das causas mais prevalentes de hipertensão arterial secundária, caracterizando-se por episódios repetitivos de obstrução das vias aéreas superiores durante o sono, o que leva à hipóxia intermitente e à fragmentação do sono.

Explicação detalhada das alternativas:

Letra a) INCORRETA. A incidência da apneia do sono é significativamente maior em homens do que em mulheres, apresentando uma proporção que varia de 2:1 a 3:1 na população geral. O risco nas mulheres aumenta após a menopausa, mas a predominância masculina permanece um fator epidemiológico clássico.

Letra b) INCORRETA. Em crianças, mesmo naquelas que não são obesas, a causa mais comum de apneia do sono é a hipertrofia adenoamigdaliana (aumento das amígdalas e da adenoide), e não causas neurológicas. O tratamento de escolha nesses casos costuma ser a intervenção cirúrgica (adenotonsilectomia).

Letra c) INCORRETA. A Escala de Sonolência de Epworth é um questionário subjetivo utilizado para triagem e avaliação da gravidade da sonolência diurna. Ela não substitui nem evita a polissonografia. A polissonografia é o exame padrão-ouro indispensável para confirmar o diagnóstico, quantificar o índice de apneia e hipopneia (IAH) e guiar a estratégia terapêutica.

Letra d) CORRETA. O tratamento da AOS é multifatorial. As medidas clínicas iniciais envolvem a higiene do sono e mudanças no estilo de vida, como a perda de peso (fundamental para reduzir o colapso das vias aéreas) e a interrupção do consumo de álcool e sedativos antes de dormir (que relaxam a musculatura da garganta). Intervenções cirúrgicas, como a tonsilectomia, são indicadas em casos de obstrução anatômica mecânica evidente. Em casos moderados a graves, o uso do CPAP

(pressão positiva contínua nas vias aéreas) é o tratamento de escolha.

Letra e) INCORRETA. O uso de indutores do sono ou sedativos é, na verdade, contraindicado para a maioria dos pacientes com apneia do sono sem controle rigoroso, pois essas substâncias diminuem o tônus muscular da faringe e reduzem o reflexo de despertar frente à hipóxia, podendo agravar significativamente os episódios de apneia. A melatonina não possui evidência como tratamento substitutivo ao CPAP.

Questão 33

A hepatite alcoólica aguda (HAA) é uma síndrome clínica caracterizada por inflamação hepática decorrente do consumo abusivo de álcool. O manejo clínico visa reduzir a mortalidade a curto prazo e tratar complicações da insuficiência hepática.

Alternativa A (Incorreta): O escore de Maddrey (função discriminante) é o principal parâmetro para definir a gravidade e a necessidade de tratamento farmacológico. Pacientes com Maddrey maior ou igual a 32 apresentam alto risco de mortalidade em 30 dias e têm indicação formal de corticoterapia (geralmente prednisolona 40 mg/dia), desde que não haja contraindicações como infecção ativa ou hemorragia digestiva. Portanto, esta é uma medida indicada.

Alternativa B (Incorreta): A encefalopatia hepática é uma complicação frequente na HAA. O tratamento baseia-se na redução da produção e absorção de amônia no trato gastrointestinal. O uso de dissacarídeos não absorvíveis (lactulose) é a primeira linha, mas antibióticos como a rifaximina (mais recomendada) ou o metronidazol são opções importantes para modular a microbiota intestinal e controlar os sintomas. Portanto, esta é uma medida indicada.

Alternativa C (Incorreta): Historicamente, o transplante hepático exigia 6 meses de abstinência. No entanto, em casos de hepatite alcoólica grave que não respondem ao tratamento clínico (corticoides), o transplante hepático precoce tem sido indicado em centros selecionados para pacientes com primeiro episódio de descompensação e bom suporte social, apresentando ótimos resultados de sobrevida. Portanto, é considerada uma medida de exceção para casos refratários.

Alternativa D (Incorreta): Pacientes etilistas crônicos frequentemente apresentam desnutrição e deficiência de vitaminas, especialmente a tiamina (B1). A reposição do complexo B, especialmente antes da administração de soluções glicosadas, é fundamental para prevenir a encefalopatia de Wernicke, uma complicação neurológica grave e potencialmente irreversível. Portanto, esta é uma medida profilática e terapêutica indicada.

Alternativa E (Correta/Gabarito): A alternativa está incorreta quanto ao manejo da ascite. A ascite na HAA e na cirrose é tratada prioritariamente com restrição de sódio na dieta e o uso de diuréticos (espironolactona e furosemida). A reposição de albumina humana não é utilizada para diminuir a ascite de forma direta. O uso de albumina está restrito a situações específicas: prevenção de insuficiência renal na peritonite bacteriana espontânea (PBE), tratamento da síndrome hepatorenal e após paracenteses de grande volume (acima de 5 litros). Logo, o uso rotineiro de albumina apenas para tratar a ascite não é a conduta padrão.

Questão 34

A principal hipótese diagnóstica para o caso clínico apresentado é a Síndrome de Behçet. Esta patologia é classificada como uma vasculite de vasos de tamanhos variáveis (pequenos, médios e grandes) e tem como característica marcante o envolvimento tanto do sistema arterial quanto do sistema venoso, o que explica a ocorrência de tromboembolismo pulmonar (TEP) em um paciente jovem.

Alternativa (d) CORRETA: A Síndrome de Behçet é definida clinicamente por um conjunto de manifestações que se encaixam perfeitamente no quadro do paciente. As úlceras orais recorrentes são o achado mais comum e obrigatório em muitos critérios diagnósticos. A foliculite (ou lesões papulopustulosas) e a artrite (geralmente de grandes articulações, como os joelhos) também são frequentes. A uveíte é uma manifestação ocular grave que pode levar à perda visual. Além disso, a Síndrome de Behçet é uma das poucas vasculites que cursam com alta incidência de trombose venosa profunda e embolia pulmonar, além de aneurismas de artéria pulmonar.

Alternativa (a) INCORRETA: A Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo (SAF) é uma causa importante de tromboes (arteriais e venosas) em pacientes jovens. No entanto, a SAF não explica as outras manifestações inflamatórias descritas, como a uveíte, a artrite e, principalmente, as úlceras orais e a foliculite. A SAF é um estado de hipercoagulabilidade e não uma vasculite inflamatória multissistêmica.

Alternativa (b) INCORRETA: A Síndrome de Sjögren caracteriza-se primordialmente pela ceratoconjuntivite sicca (olhos secos) e xerostomia (boca seca) devido ao ataque autoimune às glândulas exócrinas. Embora possa haver artrite, ela não costuma causar uveíte (a inflamação no Sjögren é superficial, na córnea e conjuntiva por ressecamento) e não é uma causa típica de fenômenos tromboembólicos como o TEP.

Alternativa (c) INCORRETA: A Artrite Reumatoide (AR) foca-se principalmente em pequenas articulações de forma simétrica e erosiva. Embora existam manifestações

extra-articulares, as úlceras orais não são características da doença (exceto se causadas por medicamentos como o metotrexato). Além disso, a AR não apresenta uma associação direta e forte com uveíte anterior e eventos tromboembólicos agudos como manifestação inicial.

Alternativa (e) INCORRETA: A Poliarterite Nodosa (PAN) é uma vasculite de vasos de médio calibre que classicamente poupa a circulação pulmonar e não costuma envolver o sistema venoso. Portanto, o TEP é uma manifestação extremamente improvável na PAN. Seus achados típicos incluem livedo reticularis, mononeurite múltipla, orquite e hipertensão renovascular, que não foram citados no caso.

Questão 35

A pancreatite aguda, independentemente da sua etiologia (seja ela biliar, alcoólica ou por hipertrigliceridemia/dislipidemia), possui pilares de tratamento bem estabelecidos na literatura médica atual. Abaixo, analisamos detalhadamente cada uma das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A conduta de manter o paciente em jejum prolongado (dieta zero) por 3 dias está ultrapassada. Atualmente, as diretrizes recomendam o reinício precoce da dieta assim que tolerada pelo paciente (geralmente em 24 horas nos casos leves). Nos casos graves, a nutrição enteral precoce é preferível ao jejum total, pois ajuda a manter a barreira intestinal, reduzindo a translocação bacteriana e o risco de infecção da necrose pancreática.

Alternativa (b) Correta: A hidratação venosa agressiva e precoce é o passo mais importante no tratamento inicial de qualquer pancreatite aguda. O objetivo é manter a perfusão tecidual e a microcirculação pancreática, prevenindo a evolução para necrose e disfunção de órgãos. Deve-se monitorar rigorosamente o débito urinário e os sinais vitais para guiar essa reposição volêmica.

Alternativa (c) Incorreta: O uso de antibióticos profiláticos não é indicado na pancreatite aguda, mesmo na presença de leucocitose ou febre nas primeiras 48-72 horas, que costumam ser reflexos apenas da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). O antibiótico de largo espectro deve ser reservado para casos de infecção comprovada ou suspeita clínica e radiológica de necrose pancreática infectada.

Alternativa (d) Incorreta: Os níveis séricos de amilase e lipase são fundamentais para o diagnóstico, mas não servem para monitorar a gravidade da doença ou decidir o momento da alta hospitalar. Frequentemente, as enzimas normalizam antes da resolução do quadro clínico ou permanecem alteradas mesmo com o paciente assintomático. Os critérios de alta são baseados na melhora da dor abdominal e na

tolerância adequada à dieta via oral.

Alternativa (e) Incorreta: O sinal de Gobiet refere-se à dilatação isolada do cólon transversal visualizada na radiografia de abdome, ocorrendo devido ao processo inflamatório adjacente que gera um íleo parálítico localizado. Assim como o sinal da "alça sentinela", é apenas um achado propedêutico de inflamação abdominal e não configura, de forma alguma, uma indicação de tratamento cirúrgico. A maioria dos casos de pancreatite é tratada de forma conservadora.

Questão 36

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna de plasmócitos que se proliferam na medula óssea, levando à produção de uma proteína monoclonal (Proteína M) e a uma série de disfunções orgânicas resumidas pelo acrônimo CRAB (Cálcio elevado, Renal, Anemia e Bone/Osso).

Análise das alternativas:

a) Anemia normocítica normocrômica: Está correta. É o achado hematológico mais comum no diagnóstico do Mieloma Múltiplo. Ocorre devido à infiltração da medula óssea por plasmócitos neoplásicos (mielofitose), além do efeito de citocinas inflamatórias que inibem a eritropoiese e, em estágios avançados, pela redução da produção de eritropoietina devido à insuficiência renal.

b) Hipercalemia por lesões ósseas: Está correta. A proliferação dos plasmócitos estimula a atividade osteoclástica (reabsorção óssea) e inibe a atividade osteoblástica. A destruição do tecido ósseo libera cálcio na circulação, resultando em hipercalemia, que pode causar sintomas como desidratação, confusão mental e constipação.

c) Insuficiência renal por doença glomerular secundária: Está correta. Embora a causa mais clássica de lesão renal no mieloma seja a "nefropatia por cilindros" (lesão tubular causada por cadeias leves de imunoglobulinas, as proteínas de Bence-Jones), o paciente também pode desenvolver doença glomerular secundária, como a amiloidose AL ou a doença de depósito de cadeias leves, que levam à síndrome nefrótica e à insuficiência renal.

d) Suscetibilidade a processos infecciosos: Está correta. Os pacientes com MM apresentam uma imunodeficiência humoral significativa. Apesar da produção excessiva de uma imunoglobulina monoclonal, há uma redução na produção de anticorpos funcionais (hipogamaglobulinemia policlonal), o que aumenta drasticamente o risco de infecções, especialmente por bactérias encapsuladas (como

Streptococcus pneumoniae).

e) Aumento de fosfatase alcalina: Esta é a alternativa incorreta (Gabarito). Diferentemente de outras metástases ósseas ou doenças como a de Paget, as lesões ósseas no Mieloma Múltiplo são puramente líticas. Como há uma inibição dos osteoblastos (células que formam osso e produzem fosfatase alcalina), os níveis desta enzima costumam estar normais, mesmo na presença de destruição óssea extensa. O aumento da fosfatase alcalina só ocorreria em caso de fraturas em fase de consolidação, mas não é um achado típico da doença em si.

Questão 37

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma paciente no puerpério imediato com diagnóstico de pré-eclâmpsia que apresenta uma tríade clínica clássica: hipertensão arterial, bradicardia e bradipneia (alteração do padrão respiratório). Esse conjunto de sinais é conhecido como Tríade de Cushing.

A Tríade de Cushing é um sinal iminente e grave de hipertensão intracraniana (HIC) e possível herniação cerebral. Em pacientes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, o risco de complicações neurológicas agudas, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico ou o edema cerebral grave (como na síndrome de encefalopatia posterior reversível - PRES), é elevado. Portanto, diante de sinais de alarme neurológico, a prioridade absoluta é a investigação de lesão intracraniana.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Correta. A presença da Tríade de Cushing (hipertensão, bradicardia e bradipneia) indica urgência neurológica. A tomografia de crânio é o exame de escolha inicial para identificar hemorragias ou sinais de edema cerebral, e o acionamento da neurologia/neurocirurgia é fundamental para o manejo da pressão intracraniana.

b) Incorreta. O flumazenil é um antagonista de benzodiazepínicos. Embora a paciente tenha passado por uma cesariana, o quadro de hipertensão associado à bradicardia e bradipneia é específico para hipertensão intracraniana e não sugere sedação residual por drogas anestésicas comuns.

c) Incorreta. A dobutamina é um inotrópico indicado em casos de choque cardiogênico ou insuficiência cardíaca descompensada. A bradicardia aqui não é de origem primariamente cardíaca, mas sim uma resposta autonômica ao aumento da pressão intracraniana (reflexo de Cushing).

d) Incorreta. Embora o sulfato de magnésio seja o tratamento padrão para prevenção de crises convulsivas na pré-eclâmpsia e a hidralazina seja usada para controle hipertensivo, esses fármacos não tratam a causa-base da Tríade de Cushing. Além disso, a intoxicação por magnésio causa bradipneia e hiporreflexia, mas geralmente cursa com hipotensão, e não com a tríade hipertensiva clássica de Cushing.

e) Incorreta. A suplementação de oxigênio é uma medida de suporte, mas a tomografia de tórax não tem indicação clínica no momento, já que os sinais vitais apontam para uma etiologia neurológica central e não para uma patologia pulmonar (como edema agudo de pulmão ou embolia).

Questão 38

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um paciente com tumor cerebral apresentando a tríade clássica de poliúria (aumento do volume urinário), polidipsia (sede excessiva) e hipernatremia (elevação do sódio no sangue). Em provas de residência, quando um paciente com patologia em Sistema Nervoso Central (SNC) apresenta excesso de urina e sódio alto, o diagnóstico de Diabetes Insipidus deve ser a primeira hipótese.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

O Diabetes Insipidus (DI) Central ocorre quando uma lesão no eixo hipotálamo-hipofisário (como um tumor) impede a produção ou a secreção do hormônio antidiurético (ADH). Sem o ADH, o rim perde a capacidade de reabsorver água nos ductos coletores, resultando na excreção de grandes volumes de urina muito diluída. A perda massiva de água livre de solutos concentra o sódio no compartimento extracelular, causando a hipernatremia. A sede excessiva e a enurese são consequências diretas da desidratação e do volume urinário incontrolável.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

A) Secreção Inapropriada do ADH (SIADH): Nesta condição, há um excesso de ADH, o que faz o corpo reter água excessivamente. Isso causa uma hiponatremia dilucional (sódio baixo) e urina concentrada, o que é o oposto do que foi descrito na questão.

B) Polidipsia psicogênica: É um transtorno onde o paciente bebe água compulsivamente. Embora cause poliúria, o excesso de ingestão de água tende a baixar os níveis de sódio no sangue (hiponatremia) ou mantê-los no limite inferior da normalidade, e não causar hipernatremia.

D) Síndrome Perdedora de Sal: É uma condição que pode ocorrer em pacientes com lesões neurológicas, mas caracteriza-se pela perda excessiva de sódio pela urina (natriurese), levando obrigatoriamente à hiponatremia e à hipovolemia.

E) Inibição do Peptídeo Natriurético Cerebral: O peptídeo natriurético (BNP) promove a excreção de sódio. Sua inibição não é um mecanismo fisiopatológico reconhecido para explicar o quadro de poliúria e hipernatremia em tumores cerebrais, sendo uma alternativa sem fundamentação clínica para o caso.

Questão 39

A questão aborda a correlação entre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e complicações vasculares graves, especificamente a formação de aneurismas de origem infecciosa.

ALTERNATIVA A: Incorreta. O linfogranuloma venéreo é causado pela bactéria *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3). Sua manifestação clínica clássica envolve linfadenopatia inguinal dolorosa (bubão) e proctite. Não há tropismo dessa bactéria pela parede arterial; portanto, não está associada à formação de aneurismas.

ALTERNATIVA B: Correta. A sífilis cardiovascular é uma manifestação da sífilis terciária que ocorre anos após a infecção inicial pelo *Treponema pallidum*. O patógeno causa uma endarterite obliterante dos vasa vasorum (os pequenos vasos que nutrem a parede das grandes artérias). Isso resulta em isquemia e destruição das fibras elásticas da túnica média, enfraquecendo a parede arterial e levando à formação de aneurismas, localizados preferencialmente na aorta ascendente. Embora o termo "micótico" seja classicamente usado para infecções por bactérias piogênicas, a questão utiliza a associação de aneurismas de origem infecciosa com ISTs, sendo a sífilis a causa clássica e mais importante.

ALTERNATIVA C: Incorreta. O vírus HIV pode causar vasculopatias e aumentar o risco de aneurismas infecciosos de forma indireta, devido ao estado de imunossupressão que facilita bacteremias por outros agentes (como *Salmonella*). No entanto, o HIV em si não é o agente que provoca a destruição estrutural direta da parede arterial para formar o aneurisma típico descrito em questões de prova sobre ISTs.

ALTERNATIVA D: Incorreta. A infecção por clamídia (sorotipos D a K) causa principalmente quadros de uretrite, cervicite e doença inflamatória pélvica. Diferentemente da sífilis, não possui uma fase sistêmica crônica que resulte em lesão direta e degeneração das camadas das grandes artérias.

ALTERNATIVA E: Incorreta. A candidíase genital é uma infecção fúngica superficial que afeta as mucosas. Não apresenta comportamento invasivo sistêmico ou capacidade de colonizar e destruir a integridade das paredes arteriais.

Questão 40

A abordagem terapêutica das pneumonias hospitalares (nosocomiais) e associadas à ventilação mecânica baseia-se primordialmente na estratificação de risco para patógenos multirresistentes (MDR).

Alternativa (a) Incorreta: Pacientes com fatores de risco para germes multirresistentes (como uso prévio de antibióticos nos últimos 90 dias, choque séptico no momento da pneumonia, SDRA precedente ou tempo de internação prolongado) exigem terapia combinada. Geralmente, utilizam-se dois agentes com ação contra *Pseudomonas aeruginosa* de classes diferentes, mais um agente com cobertura para MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina). A monoterapia com piperacilina/tazobactam é reservada para casos sem esses riscos.

Alternativa (b) Correta: Em pacientes com pneumonia hospitalar de início precoce (geralmente nos primeiros 4 a 5 dias de internação) e que não apresentam fatores de risco para patógenos multirresistentes, o tratamento pode ser feito com antibióticos de espectro mais estreito que cubram germes comunitários e gram-negativos não resistentes. A ceftriaxona é uma opção clássica e adequada para este perfil de paciente, cobrindo *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e MSSA (*S. aureus* sensível à meticilina).

Alternativa (c) Incorreta: A ciprofloxacina é uma quinolona com excelente atividade contra gram-negativos, incluindo a *Pseudomonas aeruginosa*. Ela é frequentemente utilizada como o segundo agente antipseudomônico em esquemas de terapia combinada para pneumonia associada à ventilação mecânica, não havendo recomendação de evitar seu uso, a menos que haja contra indicação específica do paciente ou alta taxa de resistência local.

Alternativa (d) Incorreta: A doença renal crônica não contraindica o uso de vancomicina. No entanto, por ser uma droga nefrotóxica e de excreção renal, ela exige um ajuste rigoroso da dose de acordo com o clearance de creatinina e a monitorização dos níveis séricos (vancocinemia) para garantir a eficácia e evitar o agravamento da lesão renal.

Alternativa (e) Incorreta: O ertapenem é um carbapenêmico que se diferencia do imipenem e do meropenem justamente por não possuir atividade contra

Pseudomonas aeruginosa e *Acinetobacter baumannii*. Portanto, ele jamais deve ser utilizado se houver suspeita de infecção por *Pseudomonas*.

Questão 41

Alternativa a) Correta. A puberdade precoce de origem central (dependente de GnRH) é a forma mais comum de desenvolvimento sexual antecipado. Na grande maioria dos casos, especialmente no sexo feminino (cerca de 80% a 90%), não se encontra uma causa orgânica subjacente, sendo classificada como idiopática. Nos meninos, embora as causas orgânicas sejam mais frequentes do que nas meninas, a etiologia idiopática ainda possui relevância epidemiológica no contexto geral das puberdades precoces.

Alternativa b) Incorreta. O primeiro evento clínico da puberdade normal no sexo feminino é a telarca (surgimento do broto mamário), que geralmente ocorre entre os 8 e 13 anos. No sexo masculino, o primeiro sinal é o aumento do volume testicular (igual ou superior a 4 ml). A pubarca (surgimento de pelos pubianos) costuma ser um evento subsequente, dependente da adrenação.

Alternativa c) Incorreta. A puberdade é considerada tardia quando há ausência dos sinais iniciais de desenvolvimento sexual nos limites cronológicos superiores. Para meninas, define-se pela ausência de telarca aos 13 anos. Para meninos, pela ausência de aumento testicular aos 14 anos. A menarca é um evento tardio da puberdade, ocorrendo em média 2 anos após a telarca. A ausência de menarca isoladamente é classificada como amenorreia primária (se não ocorrer até os 15 anos com caracteres presentes ou até os 13 anos sem caracteres).

Alternativa d) Incorreta. Por convenção clássica, a puberdade é considerada precoce quando os caracteres sexuais secundários surgem antes dos 8 anos de idade nas meninas e antes dos 9 anos de idade nos meninos. O limite de 10 anos mencionado na alternativa está acima dos marcos estabelecidos pela literatura pediátrica e endocrinológica.

Alternativa e) Incorreta. Em uma puberdade cronológica normal, a idade óssea deve estar compatível com a idade cronológica. Um desvio da idade óssea superior a 2 desvios-padrão (ou geralmente um avanço maior que 1 ano em relação à idade cronológica) é um sinal de alerta para exposição hormonal excessiva ou precoce. Esse avanço excessivo pode levar ao fechamento prematuro das epífises ósseas e comprometer a estatura final do indivíduo.

Questão 42

Alternativa (a) Correta: De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA, o método padrão-ouro para o rastreamento populacional do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (Papanicolau), por ser um método de baixo custo, alta especificidade e boa aceitabilidade.

Alternativa (b) Correta: Após o tratamento de lesões precursoras de alto grau (como por meio de cirurgia de alta frequência ou conização), o seguimento preconizado para o controle de cura inicia-se com a realização de um novo exame citopatológico 6 meses após o procedimento.

Alternativa (c) Correta: A recomendação atual é que o rastreio comece aos 25 anos de idade para mulheres que já iniciaram a vida sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual. Se ambos apresentarem resultados normais, os próximos exames passarão a ser realizados a cada 3 anos.

Alternativa (d) Incorreta (Gabarito): O achado de lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) em mulheres com 25 anos ou mais não é indicação de colposcopia imediata. A conduta correta, devido à alta taxa de regressão espontânea dessas lesões, é a repetição da citologia em 6 meses. A colposcopia só será solicitada caso o resultado de LSIL persista ou surja algo mais grave na reavaliação. Em mulheres com menos de 25 anos, a conduta é ainda mais conservadora, com repetição em 3 anos.

Alternativa (e) Correta: O rastreamento pode ser interrompido aos 64 anos de idade em mulheres que tenham pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos. Para mulheres acima de 65 anos que nunca realizaram o exame, devem ser realizados dois exames com intervalo de um a três anos e, se negativos, a dispensa pode ser confirmada.

Questão 43

Explicação da Questão: Sangramento Uterino Anormal (SUA) na Adolescência

Alternativa a) Incorreta. A doença de von Willebrand é, de fato, a coagulopatia hereditária mais comum e uma causa importante de sangramento uterino anormal em adolescentes (chegando a 20% dos casos de sangramento grave na menarca). No entanto, ela é uma causa hematológica (distúrbio de coagulação) e não uma causa anatômica. Além disso, o diagnóstico é realizado por testes laboratoriais específicos de sangue (dosagem do fator de von Willebrand e atividade do cofator de ristocetina) e não por exames de imagem, que servem para identificar causas estruturais como pólipos ou miomas.

Alternativa b) Incorreta. Embora os ciclos anovulatórios sejam a causa mais comum de SUA na adolescência devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, esse período de irregularidade costuma durar muito mais do que apenas 6 meses. A imaturidade do eixo pode persistir por até 2 a 5 anos após a menarca. Portanto, restringir o fenômeno aos primeiros 6 meses torna a afirmação clinicamente incompleta e tecnicamente errada para fins de prova.

Alternativa c) Incorreta. A decisão de internação hospitalar no sangramento uterino agudo e grave não se baseia exclusivamente nos valores de hemoglobina e hematócrito, mas sim na estabilidade hemodinâmica da paciente e na intensidade do sangramento ativo. Embora níveis de hemoglobina acima de 12 g/dL sugiram ausência de anemia grave no momento, uma paciente com sangramento profuso e sinais de choque (hipotensão ortostática, taquicardia) ou que não possui suporte social para o tratamento ambulatorial deve ser internada, independentemente do hematócrito inicial.

Alternativa d) Incorreta. Existem dois erros graves nesta alternativa. Primeiro, a dose do desogestrel utilizado como anticoncepcional é de 75 microgramas (mcg) e não 75 miligramas (mg); uma dose de 75 mg seria extremamente elevada. Segundo, pacientes hemodinamicamente instáveis necessitam de estabilização imediata (expansão volêmica, eventual hemotransfusão) e medidas de controle agudo do sangramento, geralmente com estrogênios em altas doses (venosos ou orais), progestágenos em doses de ataque ou procedimentos cirúrgicos. O desogestrel isolado em dose convencional não é o tratamento de escolha para emergências hemorrágicas.

Alternativa e) Correta. Esta é uma regra fundamental na ginecologia: em qualquer paciente em idade fértil (o que inclui a adolescência pós-menarca) que apresente sangramento uterino anormal, a primeira conduta obrigatória é excluir gravidez. Complicações gestacionais, como abortamento ou gravidez ectópica, podem se manifestar como sangramento irregular e devem ser descartadas prontamente através do exame de beta-hCG, devido ao risco de vida e à necessidade de condutas específicas.

Questão 44

A paciente apresenta um exame de VDRL reagente com titulação de 1/16 e ausência de sinais ou sintomas ao exame físico, o que caracteriza um quadro de sífilis latente. Para definir o tratamento correto, é necessário classificar a sífilis latente em recente (até um ano de evolução) ou tardia (mais de um ano de evolução ou duração desconhecida). Como o último evento clínico relatado foi um parto há 18 meses e não há informações sobre exames recentes, a paciente deve ser manejada como

portadora de sífilis latente de duração desconhecida.

Alternativa a: Correta. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o tratamento para sífilis latente tardia ou de duração ignorada é a penicilina G benzatina 2.400.000 UI, por via intramuscular, dividida em duas aplicações de 1.200.000 UI (uma em cada glúteo), semanalmente, por três semanas consecutivas. A dose total do tratamento é de 7.200.000 UI.

Alternativa b: Incorreta. Embora o diagnóstico de sífilis idealmente combine um teste treponêmico e um não treponêmico, em questões de prova e na prática clínica do SUS, um VDRL com título de 1/16 é considerado diagnóstico e autoriza o início imediato do tratamento para evitar a perda de seguimento da paciente e interromper a cadeia de transmissão. A questão foca na conduta terapêutica diante do achado.

Alternativa c: Incorreta. O esquema de dose única de penicilina G benzatina 2.400.000 UI é indicado exclusivamente para os casos de sífilis primária, secundária ou latente recente (com menos de um ano de infecção comprovada). Como a paciente não tem histórico que comprove infecção recente, esse esquema não é seguro.

Alternativa d: Incorreta. A dose de 1.200.000 UI é insuficiente para o tratamento da sífilis em adultos. A dose padrão por sessão de tratamento deve ser de 2.400.000 UI para garantir níveis séricos terapêuticos.

Alternativa e: Incorreta. Embora o intervalo de três semanas esteja correto para casos de duração desconhecida, a dose de 1.200.000 UI por semana está incorreta, pois a recomendação oficial é de 2.400.000 UI por dose semanal.

Questão 45

A questão aborda o diagnóstico e manejo da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), uma síndrome clínica decorrente da ascensão de micro-organismos do trato genital inferior para o trato genital superior.

Alternativa a) Incorreta. O tratamento da DIP não é sempre hospitalar. A maioria das pacientes (classificadas como Estágio I de Monif, sem sinais de peritonite) pode ser tratada ambulatorialmente. A internação é reservada para casos graves (Estágios II, III e IV), gestantes, pacientes que não toleram medicação por via oral, pacientes com ausência de resposta clínica após 72 horas de tratamento ambulatorial ou quando há suspeita de abscesso tubo-ovariano.

Alternativa b) Correta. Este é o esquema terapêutico ambulatorial preconizado atualmente pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde e pelo CDC. A ceftriaxona garante a cobertura contra **Neisseria gonorrhoeae**, a doxiciclina é eficaz contra **Chlamydia trachomatis**, e o metronidazol é adicionado para ampliar a cobertura contra anaeróbios, o que ajuda a prevenir sequelas tardias como a infertilidade e a dor pélvica crônica.

Alternativa c) Incorreta. Embora a maioria dos casos de DIP seja causada por patógenos sexualmente transmissíveis (gonococo e clamídia), a etiologia é frequentemente polimicrobiana, envolvendo também bactérias da flora vaginal e entérica (anaeróbios, **Gardnerella vaginalis**, **Streptococcus**). O erro da alternativa reside no termo "toda", pois existem casos raros associados a procedimentos médicos ou outras vias de infecção. Além disso, embora o tratamento dos parceiros seja fundamental e recomendado para todos que tiveram contato sexual com a paciente nos últimos 60 dias, a justificativa teórica da alternativa está incorreta por ser absoluta demais.

Alternativa d) Incorreta. O tratamento deve, sim, ser instituído o quanto antes para evitar sequelas, porém a reavaliação clínica não deve demorar 7 dias. O protocolo exige que a paciente seja reavaliada em 48 a 72 horas após o início dos antibióticos. Caso não apresente melhora clínica nesse período, a internação hospitalar para mudança de esquema terapêutico e investigação de complicações torna-se obrigatória.

Alternativa e) Incorreta. A presença do dispositivo intrauterino (DIU) não obriga a sua remoção imediata. As diretrizes atuais recomendam iniciar a antibioticoterapia com o dispositivo no lugar. A remoção só deve ser considerada se a paciente não apresentar melhora clínica após 48 a 72 horas de tratamento adequado. Retirar o DIU prematuramente não acelera a cura e pode aumentar o risco de gravidez indesejada se não houver método de **backup**.

Questão 46

A questão aborda o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil e a legislação vigente.

Alternativa a: Está correta. O atendimento médico às vítimas de violência sexual deve ser baseado no princípio da alteridade e na palavra da vítima. O acesso aos serviços de saúde, incluindo a profilaxia para ISTs, HIV e contracepção de emergência (ou aborto legal, se aplicável), é garantido sem a necessidade de apresentação de Boletim de Ocorrência (BO) ou qualquer outro documento de registro policial ou pericial, conforme determina a Lei 12.845/2013.

Alternativa b: Está correta. O protocolo de profilaxia pós-exposição (PEP) para infecções sexualmente transmissíveis (IST) de etiologia não viral é desenhado para cobrir os patógenos mais prevalentes e clinicamente significativos em casos de violência, o que inclui *Neisseria gonorrhoeae* (gonorreia), *Treponema pallidum* (sífilis), *Chlamydia trachomatis* (clamídia), *Trichomonas vaginalis* (tricomoníase) e *Haemophilus ducreyi* (cancroide).

Alternativa c: Está correta. A conduta para Hepatite B depende do histórico vacinal da vítima e do risco do agressor. Se a vítima não possui esquema vacinal completo, ela deve ser vacinada. A administração da Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB) é indicada quando o agressor é sabidamente HBsAg reagente ou pertence a um grupo de alto risco, devendo ser administrada preferencialmente nas primeiras 24 horas, embora possa ser feita em até 14 dias após a exposição.

Alternativa d: Está correta. O esquema terapêutico descrito reflete as recomendações atuais do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com IST do Ministério da Saúde: Penicilina benzatina (sífilis), Azitromicina (clamídia e cancroide), Ceftriaxona (gonorreia) e Metronidazol (tricomoníase), todos em dose única para garantir a adesão e eficácia imediata.

Alternativa e: Esta é a alternativa INCORRETA e, portanto, o gabarito. O metronidazol não é contraindicado para gestantes no contexto da profilaxia de violência sexual. Segundo os protocolos do Ministério da Saúde, o metronidazol pode ser utilizado em qualquer período da gestação em dose única de 2 g para a profilaxia da tricomoníase. A clindamicina não é a droga de escolha para substituição sistemática nesse protocolo de profilaxia pós-violência. Além disso, a clindamicina não apresenta a mesma eficácia que o metronidazol para o tratamento da tricomoníase.

Questão 47

A análise desta questão exige o conhecimento sobre a natureza histopatológica dos tumores ovarianos e a conduta clínica baseada na benignidade ou na malignidade da lesão.

O ponto fundamental para a resolução é o diagnóstico histopatológico: cistoadenoma seroso. O sufixo "adenoma" indica uma neoplasia benigna de origem epitelial. Embora o tumor apresentasse dimensões consideráveis (20 cm) e projeções papilares internas, o que poderia levantar suspeitas macroscópicas, o resultado microscópico definitivo confirmou ser uma lesão benigna.

Análise das alternativas:

a) Seguimento habitual: Esta é a alternativa correta. Uma vez que o tumor é benigno e a cirurgia de ooforectomia já foi realizada, o tratamento é considerado completo. Não há necessidade de intervenções adicionais invasivas ou terapias complementares. O acompanhamento ginecológico de rotina é suficiente para monitorar a saúde reprodutiva da paciente, que deseja engravidar.

b) Ooforectomia do ovário contralateral: Incorreta. A realização de uma cirurgia radical em um ovário saudável seria um erro grave, especialmente em uma paciente de 30 anos, nuligesta e com desejo de gestação. Não se remove tecido ovariano funcional e saudável diante de um diagnóstico de patologia benigna no ovário oposto.

c) Congelamento de óvulos e ooforectomia do ovário contralateral: Incorreta. O congelamento de óvulos é uma estratégia de preservação da fertilidade indicada antes de tratamentos gonadotóxicos (como quimioterapia) ou cirurgias mutiladoras por câncer. Como o diagnóstico é de cistoadenoma seroso (benigno), não há indicação para a retirada do outro ovário; logo, a preservação da fertilidade não exige medidas de exceção neste momento.

d) Quimioterapia: Incorreta. A quimioterapia é uma modalidade terapêutica reservada para neoplasias malignas (câncer). Cistoadenomas não possuem comportamento invasivo nem capacidade de metástase; portanto, não respondem nem necessitam de tratamento quimioterápico.

e) Ressonância magnética para estadiamento antes de seguir o tratamento: Incorreta. O estadiamento é o processo de determinar a extensão de uma doença maligna no organismo. Como o diagnóstico anatomopatológico confirmou que a lesão é benigna, o conceito de estadiamento não se aplica. O tratamento já foi finalizado com a exérese da lesão.

Questão 48

A distocia de ombros é uma emergência obstétrica caracterizada pela dificuldade na saída dos ombros após a exteriorização da cabeça fetal, geralmente devido à impactação do ombro anterior na sínfise púbica materna. O sinal clínico clássico descrito no enunciado, em que a cabeça retrai contra o períneo, é conhecido como sinal da tartaruga. O manejo deve ser imediato e seguir uma sequência de manobras de menor para maior invasividade.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. A Manobra de Kristeller consiste na aplicação de pressão no fundo uterino durante o período expulsivo. Ela é formalmente contraindicada nos casos de distocia de ombros, pois a pressão de cima para baixo agrava a impactação do ombro fetal contra o osso da bacia (sínfise púbica), aumentando drasticamente o risco de ruptura uterina e de lesões graves no plexo braquial do recém-nascido.

Alternativa b: Correta. A Manobra de McRoberts é considerada a manobra de primeira linha no manejo da distocia de ombros devido à sua simplicidade e alta taxa de sucesso (cerca de 40 a 90%). Ela consiste na hiperflexão das coxas da paciente contra o seu próprio abdome. Esse movimento promove a retificação do sacro e a rotação cefálica da sínfise púbica, facilitando a passagem do ombro anterior. Frequentemente é associada à pressão suprapúbica (manobra de Rubin I ou Mazzanti).

Alternativa c: Incorreta. A Manobra de Taxe é um procedimento utilizado na obstetrícia para tratar a inversão uterina aguda. Consiste na pressão manual exercida sobre o fundo uterino invertido para reposicioná-lo em sua localização anatômica correta dentro da cavidade pélvica. Não possui aplicação na distocia de ombros.

Alternativa d: Incorreta. A Manobra de Bracht é utilizada exclusivamente no parto pélvico (quando o bebê nasce sentado). Ela consiste em elevar o corpo do feto em direção ao abdome materno após o desprendimento das escápulas, auxiliando na saída da cabeça derradeira sem exercer tração excessiva.

Alternativa e: Incorreta. A Manobra de Deventer-Müller também é uma técnica aplicada ao parto pélvico. Ela visa facilitar a extração das espáduas (ombros) e dos braços do feto através de movimentos de rotação e tração para baixo e para cima, não sendo a manobra indicada para distocia de ombros em partos de apresentação cefálica.

Em resumo, diante do diagnóstico de distocia de ombros, a primeira atitude deve ser pedir ajuda, suspender o esforço de puxo materno e iniciar a Manobra de McRoberts.

Questão 49

Análise do Partograma:

Ao observar os dados fornecidos, percebemos que a paciente apresenta uma dilatação cervical estagnada em 7 cm por quatro horas consecutivas (das 7h às 11h). De acordo com a definição técnica, quando a dilatação ocorre a uma velocidade inferior a 1 cm por hora durante a fase ativa do trabalho de parto, estamos diante de uma Fase Ativa Prolongada, também denominada Distócia de Dilatação.

Avaliação da Dinâmica Uterina e Descida:

A atividade uterina está diminuindo ao longo do tempo. Às 7h, a paciente tinha 3 contrações em 10 minutos; às 10h e 11h, esse número caiu para 2 contrações. A duração das contrações também reduziu de 40 para 25 segundos. Essa fraqueza contrátil é chamada de hipossistolia. Quanto à descida, o feto avançou de Delee 0 para +1, mas parou ali, o que é esperado se a dilatação não progride.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A distócia de rotação é um diagnóstico do período expulsivo (segundo estágio do parto), que exige dilatação total (10 cm). O fórcepe, inclusive o de Kjelland (usado para rotação), só pode ser aplicado com o colo totalmente dilatado. A paciente está com 7 cm.

b) Incorreta. Não se diagnostica distócia de rotação antes da dilatação total. Além disso, a cesariana não deve ser indicada de imediato sem antes tentar corrigir a falha na dinâmica uterina (motor do parto).

c) Incorreta. A desproporção céfalo-pélvica (DCP) costuma ser diagnosticada quando a progressão para mesmo com contrações excelentes e efetivas. No caso em questão, as contrações estão fracas. Além disso, o histórico da paciente (parto anterior de um bebê de 3,89 kg) indica que a bacia é provavelmente cirúrgica para esse porte fetal.

d) Correta. Os dados caracterizam uma Distócia de Dilatação (parada da progressão da dilatação na fase ativa). Como a causa provável é a hipossistolia (contrações insuficientes), a conduta correta é a correção da dinâmica uterina com ocitocina. A analgesia pode ser associada para melhorar o conforto materno, o que muitas vezes ajuda na coordenação motora do útero.

e) Incorreta. Embora o quadro possa ser classificado como uma distócia funcional (problema na contratilidade), a conduta padrão-ouro inicial não é a cesariana, mas sim a tentativa de correção da dinâmica com métodos clínicos (ocitocina/amniocotomia). A cesariana é reservada para o insucesso dessas medidas.

Questão 50

Esta questão aborda os métodos contraceptivos de longa ação, conhecidos como LARCs (*Long-Acting Reversible Contraceptives*), que incluem os dispositivos intrauterinos (DIU de cobre e DIU de levonorgestrel) e o implante subdérmico de etonogestrel.

Alternativa a) Incorreta. Pelo contrário, os LARCs são frequentemente os métodos de escolha para mulheres com doenças cardiovasculares ou riscos tromboembólicos. O DIU de cobre não possui hormônios, e o DIU hormonal e o implante possuem apenas progestagênio em doses baixas, evitando o uso do estrogênio, que é o principal componente associado ao aumento do risco cardiovascular em contraceptivos.

Alternativa b) Incorreta. O implante de etonogestrel (Implanon) tem duração aprovada em bula de 3 anos de uso. Embora existam estudos discutindo a extensão desse prazo, o período de 7 anos não condiz com a prática clínica ou com as recomendações oficiais para este método.

Alternativa c) Incorreta. O principal mecanismo de ação do implante de etonogestrel é a inibição da ovulação (ação sistêmica no eixo hipotálamo-hipófise). Embora ele também promova o espessamento do muco cervical, essa é uma ação secundária. Vale lembrar que, no caso do DIU hormonal, a ação no muco e no endométrio é, de fato, o mecanismo principal.

Alternativa d) Incorreta. O DIU hormonal (sistema intrauterino — SIU) é composto exclusivamente por um progestagênio, o levonorgestrel. Não existem dispositivos intrauterinos que contenham estrogênio em sua composição.

Alternativa e) Correta. Esta é a característica mais marcante e vantajosa dos LARCs. Por serem métodos que não dependem da memória ou da disciplina da paciente (como tomar uma pílula diariamente ou aplicar uma injeção mensal), a taxa de falha no "uso típico" (vida real) é praticamente a mesma do "uso perfeito" (estudos laboratoriais). Isso os torna mais eficazes na saúde pública do que os métodos de curta duração.

Questão 51

ESTRUTURA DA EXPLICAÇÃO

Alternativa A: Incorreta. Os diâmetros citados (conjugata vera anatômica, conjugata diagonalis e conjugata vera obstétrica) pertencem ao estreito superior da bacia, e não ao estreito médio. O estreito médio tem como principal marco o diâmetro bisespinhento (entre as espinhas ciáticas), que é o menor diâmetro transversal da

pelve.

Alternativa B: Incorreta. Conseguir tocar o promontório durante o exame vaginal (toque obstétrico) permite ao examinador medir a conjugata diagonalis. Embora um promontório muito acessível possa sugerir uma bacia proporcionalmente menor, isso não significa necessariamente que a insinuação seja impossível ou que exista um vício pélvico absoluto. A possibilidade de parto depende da relação entre o tamanho da cabeça fetal e os diâmetros pélvicos reais (como a conjugata obstétrica, calculada subtraindo-se 1,5 cm da diagonalis).

Alternativa C: Correta. A insinuação, também chamada de encaixamento, é definida exatamente pela passagem do maior diâmetro transversal da apresentação fetal pelo plano do estreito superior. Na apresentação cefálica fletida, esse diâmetro é o biparietal. Clinicamente, considera-se que o feto está insinuado quando a parte mais baixa da apresentação atinge o nível das espinhas ciáticas (Plano 0 de DeLee).

Alternativa D: Incorreta. A sutura sagitometópica é a linha de orientação da apresentação de bregma, que é uma deflexão de primeiro grau, e não uma apresentação fletida. Na apresentação cefálica fletida (occipital), a linha de orientação é a sutura sagital e o ponto de referência é a pequena fontanela (λ).

Alternativa E: Incorreta. O uso indiscriminado ou excessivo de ocitocina pode causar taquissistolia (aumento excessivo da frequência das contrações) ou hipertonia uterina, e não bradisistolia (que é a redução da frequência das contrações). É justamente esse excesso de dinâmica uterina (taquissistolia) que pode levar ao sofrimento fetal e ao risco de rotura uterina.

Questão 52

O Perfil Biofísico Fetal (PBF), também conhecido como Índice de Manning, é um método de avaliação da vitalidade fetal que utiliza a ultrassonografia associada à cardiotocografia. Ele avalia cinco parâmetros específicos, sendo que quatro deles refletem o estado agudo de oxigenação do sistema nervoso central e um reflete o estado crônico (volume do líquido amniótico).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Movimentos respiratórios fetais: Incorreta. Este é um dos parâmetros avaliados pelo PBF. Para pontuação normal, deve-se observar pelo menos um episódio de movimentos respiratórios rítmicos com duração mínima de 30 segundos dentro de um período de 30 minutos de observação ultrassonográfica.

Alternativa (b) Cardiotocografia fetal: Incorreta. A cardiotocografia (ou teste não estressante) é o parâmetro que avalia a reatividade da frequência cardíaca fetal em relação aos movimentos. É um componente fundamental do PBF completo, embora exista uma versão simplificada do exame que utiliza apenas o líquido amniótico e a cardiotocografia.

Alternativa (c) Tônus muscular fetal: Incorreta. O tônus é um dos parâmetros agudos do PBF. É avaliado pela presença de pelo menos um episódio de extensão seguida de flexão de um membro ou tronco, ou abertura e fechamento da mão fetal. É geralmente o último parâmetro a desaparecer em casos de hipóxia fetal grave.

Alternativa (d) Percentil do peso fetal: Correta. O peso fetal e seu percentil fazem parte da avaliação da biometria e do crescimento fetal, mas não compõem o Perfil Biofísico Fetal. O PBF foca em marcadores dinâmicos de bem-estar e oxigenação no momento do exame, enquanto o percentil de peso é uma medida de crescimento ao longo do tempo.

Alternativa (e) Volume do líquido amniótico: Incorreta. Este é o único parâmetro do PBF que avalia uma condição crônica. A redução do volume (oligodramnia) pode indicar um desvio do fluxo sanguíneo renal devido à hipóxia persistente, sendo um marcador importante de insuficiência placentária.

Além dos itens citados nas alternativas a, b, c e e, o quinto parâmetro que compõe o PBF são os Movimentos Corporais Fetais (movimentos amplos do tronco ou membros). Cada parâmetro recebe nota 0 (anormal) ou 2 (normal), totalizando uma pontuação máxima de 10.

Questão 53

Análise da Afirmativa I:

O diagnóstico de menopausa é retrospectivo e clínico, definido após a ausência de menstruação por 12 meses consecutivos em mulheres na faixa etária habitual. A paciente do caso apresenta apenas 3 meses de amenorreia. Além disso, embora o FSH esteja elevado, o que é característico da transição menopausal (climatério), a dosagem de estradiol ainda é detectável e o endométrio apresenta espessura de 12 mm, indicando que ainda há produção estrogênica e atividade ovariana. Portanto, as dosagens isoladas não confirmam menopausa neste momento. Afirmativa I está incorreta.

Análise da Afirmativa II:

Os folículos terciários (antrais) são as estruturas ovarianas responsáveis pela produção de estradiol. O valor de estradiol de 44,65 pg/mL, associado ao achado

ultrassonográfico de um endométrio de 12 mm (que cresce sob estímulo estrogênico), comprova que a paciente ainda possui folículos com atividade funcional, apesar de estar em uma fase de declínio da reserva ovariana. Na pós-menopausa, o estradiol costuma situar-se abaixo de 20 pg/mL e o endométrio deve estar atrófico (abaixo de 5 mm). Afirmativa II está correta.

Análise da Afirmativa III:

A paciente apresenta um quadro de Sangramento Uterino Anormal (SUA) agudo e intenso, com repercussão hemodinâmica (lipotímia). O endométrio de 12 mm e homogêneo sugere uma causa de origem anovulatória, comum no climatério, no qual o estrogênio estimula o endométrio sem a oposição da progesterona. O uso de anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC) monofásicos em doses elevadas (como 1 comprimido a cada 8 horas) é uma estratégia clássica de hemostasia hormonal para estabilizar o endométrio e cessar o sangramento agudo de causa não orgânica. Afirmativa III está correta.

Conclusão:

Como apenas as afirmativas II e III são verdadeiras, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 54

A gravidez ectópica ocorre quando a implantação do blastocisto acontece fora da cavidade uterina, sendo a localização tubária a mais frequente. O tratamento medicamentoso com metotrexato é uma alternativa à cirurgia, visando à preservação da trompa, mas exige critérios específicos para garantir a segurança da paciente e o sucesso da terapia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de BHCG é um dos principais preditores de sucesso do tratamento. Embora alguns protocolos aceitem valores maiores em regimes de doses múltiplas, o limite de segurança classicamente adotado é de 5.000 mUI/mL. Com 10.000 mUI/mL, o risco de falha terapêutica e de ruptura tubária durante o acompanhamento é significativamente mais alto.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa apresenta os critérios fundamentais para a indicação do metotrexato. A estabilidade clínica (hemodinâmica) é indispensável para descartar uma ruptura já ocorrida. O BHCG abaixo de 5.000 mUI/mL e a massa anexial menor que 3,5 a 4 cm são os parâmetros que, quando respeitados, conferem taxas de sucesso superiores a 90% no tratamento medicamentoso.

Alternativa c) Incorreta. Uma massa anexial maior do que 4 cm representa uma

distensão importante da trompa, o que aumenta consideravelmente o risco de rompimento espontâneo, sendo uma indicação clássica para intervenção cirúrgica.

Alternativa d) Incorreta. A presença de atividade cardíaca fetal (BCF presentes) indica uma gestação com alta vitalidade, o que reduz drasticamente a eficácia do metotrexato sistêmico. Além disso, níveis de BHCG de 20.000 mUI/mL são proibitivos para o manejo clínico isolado.

Alternativa e) Incorreta. Massas maiores que 5 cm são contraindicações formais ao tratamento clínico devido ao altíssimo risco de hemoperitônio. A paridade da paciente (ser nuligesta ou multípara) não é um critério de inclusão ou exclusão clínica, embora o tratamento conservador seja preferencial em mulheres que desejam gestações futuras.

Critérios ideais para o tratamento com Metotrexato:

1. Paciente hemodinamicamente estável.
2. Nível de BHCG inicial menor que 5.000 mUI/mL.
3. Ausência de atividade cardíaca embrionária ao ultrassom.
4. Massa anexial (saco gestacional ectópico) com diâmetro máximo menor que 3,5 ou 4 cm.
5. Ausência de contraindicações ao uso da droga (como alterações renais ou hepáticas).
6. Garantia de que a paciente poderá comparecer aos retornos para controle laboratorial.

Questão 55

ANÁLISE DO CASO:

O achado ultrassonográfico de um peso fetal estimado no percentil 2 às 32 semanas de gestação é um sinal clássico de desvio do crescimento fetal. Na prática obstétrica, utiliza-se o percentil 10 como ponto de corte para definir o feto Pequeno para a Idade Gestacional (PIG). No entanto, quando o peso encontra-se abaixo do percentil 3 (como é o caso do percentil 2 citado na questão), o risco de morbimortalidade perinatal aumenta significativamente, sendo um critério diagnóstico isolado muito forte para o Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

A) INCORRETA. A gravidez prolongada, também chamada de pós-termo, é aquela que atinge ou ultrapassa as 42 semanas de gestação. A paciente do caso está com apenas 32 semanas, caracterizando uma gestação pré-termo.

B) INCORRETA. A doença hemolítica perinatal (geralmente por incompatibilidade Rh) manifesta-se tipicamente com anemia fetal, aumento da velocidade do pico sistólico na artéria cerebral média, hepatosplenomegalia e, em casos graves, hidropisia fetal (edema generalizado). Não tem como característica primária a redução isolada do percentil de peso para níveis tão baixos sem outros achados.

C) INCORRETA. Uma gestação é considerada de crescimento normal quando o feto apresenta peso estimado entre o percentil 10 e o percentil 90 para a sua idade gestacional. O percentil 2 está significativamente abaixo da curva de normalidade.

D) CORRETA. O Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) ocorre quando o feto não consegue atingir seu potencial genético de crescimento devido a fatores maternos, fetais ou, mais comumente, placentários. O diagnóstico é dado quando o peso fetal estimado está abaixo do percentil 10, associado a alterações no Doppler, ou, de forma diagnóstica direta, quando o peso está abaixo do percentil 3, como evidenciado no enunciado (percentil 2).

E) INCORRETA. O diabetes gestacional está classicamente associado à macrosomia fetal (feto com peso acima do percentil 90 ou acima de 4.000 g), devido ao excesso de glicose materna que atravessa a placenta e gera hiperinsulinismo fetal (hormônio anabólico). Embora casos graves de diabetes com vasculopatia possam causar restrição, a associação padrão da doença em provas de residência é com o excesso de peso.

Questão 56

Análise do caso clínico:

A paciente de 50 anos apresenta um quadro clássico de Sangramento Uterino Anormal (SUA) de causa estrutural. O dado-chave do exame físico é a presença de um nódulo saindo pelo orifício externo do colo do útero com sangramento ativo. Associando isso ao achado da ultrassonografia (mioma FIGO 0, que é o mioma submucoso totalmente intracavitário e pediculado), temos o diagnóstico de "mioma parido".

Por que a alternativa (b) está correta?

A conduta de eleição para o mioma submucoso pediculado que se exterioriza pelo canal cervical (mioma parido) é a miomectomia por via vaginal. O procedimento é considerado de baixa complexidade e consiste na apreensão do nódulo, seguida de torção do seu pedículo ou ressecção direta. É a abordagem mais resolutiva e menos invasiva para o sangramento ativo causado por essa topografia de mioma.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

a) Histerectomia: É uma cirurgia de grande porte e invasiva. Embora seja uma opção definitiva para miomatose em pacientes que não desejam mais gestar, o quadro atual é de uma lesão focal acessível por via vaginal. A miomectomia vaginal deve ser tentada primeiro por apresentar menor morbidade e rápida recuperação.

c) Análogo do GnRH: Esses fármacos são utilizados temporariamente para reduzir o volume de miomas grandes ou para controle de anemia grave antes de uma cirurgia programada. Não são o tratamento definitivo, especialmente em um caso de mioma já exteriorizado e com sangramento ativo.

d) Embolização da artéria uterina: É um procedimento de radiologia intervencionista indicado principalmente para miomas intramurais sintomáticos em pacientes que desejam preservar o útero. É contraindicada em miomas pediculados intracavitários (FIGO 0), pois o nódulo pode sofrer necrose dentro da cavidade, evoluindo para infecção grave (sepsis) ou eliminação dolorosa de restos necróticos.

e) Terapia hormonal com progesterona de segunda fase: Esta terapia é indicada para tratar o sangramento de origem funcional (disfunção ovulatória - o "O" do sistema PALM-COEIN). O caso da paciente é claramente uma causa orgânica/estrutural (Leiomioma - o "L"), que não responde clinicamente à reposição de progesterona.

Questão 57

Para resolver esta questão, é fundamental conhecer os critérios diagnósticos de hiperglicemia na gestação estabelecidos pelo Ministério da Saúde, pela FEBRASGO e pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

Análise do caso clínico:

A paciente está na 8ª semana de gestação (primeiro trimestre) e apresenta uma glicemia de jejum de 152 mg/dL.

Interpretação da Glicemia de Jejum (GJ) no início da gestação:

1. GJ menor que 92 mg/dL: Normal. A paciente deverá realizar o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) entre a 24ª e a 28ª semana.
2. GJ entre 92 mg/dL e 125 mg/dL: Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
3. GJ maior ou igual a 126 mg/dL: Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação (também chamado de Overt Diabetes).

Como o valor encontrado foi 152 mg/dL, ela ultrapassa o ponto de corte de 126

mg/dL. Isso caracteriza um quadro de diabetes que provavelmente já existia antes da gravidez, mas que foi identificado apenas agora, no rastreio inicial do pré-natal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O termo Diabetes Mellitus Gestacional é reservado para casos de hiperglicemia de menor intensidade diagnosticados na gestação (GJ entre 92 e 125 mg/dL) ou alterações no TOTG do segundo trimestre que não atingem os critérios de diabetes evidente.

Alternativa b) Incorreta. Não se deve aguardar até as 24 semanas. O valor de 152 mg/dL já é diagnóstico. O TOTG de 24 a 28 semanas é indicado apenas para pacientes que tiveram glicemia de jejum normal (menor que 92 mg/dL) no primeiro trimestre.

Alternativa c) Incorreta. Pelas diretrizes atuais de rastreamento de diabetes na gestação, um único valor de glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL no início da gravidez já é suficiente para o diagnóstico de Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação, não sendo mandatória a repetição para confirmar a conduta clínica imediata.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa utiliza a nomenclatura técnica correta para gestantes que apresentam critérios de diabetes (como a glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL) logo na primeira avaliação laboratorial do pré-natal.

Alternativa e) Incorreta. Dieta e exercícios físicos são pilares do tratamento, mas não são ferramentas diagnósticas. O diagnóstico é estabelecido pelos níveis glicêmicos encontrados no exame de rotina.

Questão 58

Para que o tratamento da sífilis na gestante seja considerado adequado, visando à prevenção da sífilis congênita, o Ministério da Saúde estabelece critérios rígidos. O não cumprimento de qualquer um desses critérios caracteriza um tratamento inadequado.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O tratamento deve ser finalizado pelo menos 30 dias antes do parto para ser considerado adequado. Como a alternativa cita 60 dias antes, o critério de tempo foi respeitado; logo, o tratamento seria considerado adequado sob esse aspecto.

Alternativa (b) Incorreta. A queda dos títulos nos testes não treponêmicos (como o VDRL) é o comportamento esperado após um tratamento bem-sucedido. É um sinal de resposta terapêutica adequada, e não de falha ou tratamento inadequado.

Alternativa (c) Incorreta. Atualmente, de acordo com as diretrizes mais recentes do Ministério da Saúde (desde 2017), o tratamento do parceiro não é mais um critério para definir se a gestante foi adequadamente tratada para fins de notificação de sífilis congênita. O foco é o tratamento correto da mulher. De qualquer forma, tratar o parceiro é a conduta clínica correta para evitar a reinfeção da gestante.

Alternativa (d) Incorreta. O percentil de crescimento fetal (no caso, percentil 30) é um parâmetro de avaliação do desenvolvimento do feto e não possui relação com os critérios de definição de tratamento adequado para a sífilis.

Alternativa (e) Correta. A penicilina G benzatina é a única droga capaz de atravessar a barreira placentária em concentrações terapêuticas suficientes para tratar o feto. Qualquer outro esquema terapêutico realizado com antibióticos diferentes da penicilina (como ceftriaxona, eritromicina ou azitromicina) é considerado tratamento inadequado para a gestante, independentemente da queda dos títulos de VDRL na mãe, pois não garante o tratamento do feto.

Resumo dos critérios de tratamento adequado na gestação:

1. Administração de penicilina G benzatina.
2. Dose adequada ao estágio clínico da sífilis.
3. Tratamento iniciado e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto.
4. Esquema terapêutico documentado no prontuário ou cartão da gestante.

Questão 59

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta uma gestante a termo (39 semanas) em fase ativa de trabalho de parto (4 cm de dilatação e contrações rítmicas) que apresenta lesões vulvares sugestivas de herpes simples. Um ponto crucial é que a paciente nega episódios anteriores, o que sugere tratar-se de uma primoinfecção herpética.

Na presença de lesões genitais ativas (vesículas ou úlceras) ou sintomas prodrômicos (queimação, dor) no momento do parto, a recomendação padrão é a realização de cesariana. O objetivo é evitar o contato direto do feto com o vírus no canal de parto, reduzindo drasticamente o risco de transmissão vertical e, conseqüentemente, de herpes neonatal, que possui alta taxa de morbimortalidade. O risco de transmissão

na primoinfecção é de aproximadamente 50%, enquanto em casos recorrentes é inferior a 3%.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: Permitir a evolução para o parto vaginal na presença de lesões herpéticas ativas expõe o recém-nascido ao vírus. Como a paciente provavelmente está em sua primeira infecção, a carga viral é alta e ela ainda não produziu anticorpos protetores suficientes para transferir ao feto, tornando o parto vaginal extremamente arriscado.

b) INCORRETA: A conduta médica deve ser preventiva. Não se deve "observar" se o recém-nascido desenvolverá a doença se é possível evitar a exposição através da via de parto adequada (cesariana). O aciclovir venoso é reservado para o tratamento da infecção já instalada ou situações específicas de exposição de alto risco, mas não substitui a indicação de cesárea.

c) CORRETA: A cesariana de urgência é a conduta de escolha para gestantes em trabalho de parto com lesões genitais ativas de herpes. Essa medida reduz o risco de herpes neonatal em mais de 90%. O fato de as membranas estarem íntegras (líquido claro com grumos indica amniorrexe recente ou bolsa íntegra, embora a descrição sugira presença de líquido) reforça ainda mais o benefício da cesárea antes que ocorra uma exposição prolongada.

d) INCORRETA: A penicilina é utilizada na obstetrícia para a profilaxia da transmissão vertical do estreptococo do grupo B (GBS) ou para o tratamento de sífilis. Não possui qualquer ação contra o vírus herpes simplex (HSV).

e) INCORRETA: O diagnóstico do herpes genital é predominantemente clínico. O trabalho de parto em fase ativa (4 cm) não permite aguardar resultados de exames laboratoriais (como cultura viral ou PCR), que podem levar dias. A decisão deve ser imediata baseada na inspeção vulvar para proteger o binômio mãe-filho.

CONCLUSÃO: Diante de lesões herpéticas ativas no trabalho de parto, a via de parto abdominal (cesariana) é mandatória.

Questão 60

O quadro clínico apresentado é clássico de uma complicação grave da pré-eclâmpsia. A paciente apresenta gestação no terceiro trimestre com níveis tensionais muito elevados (180 x 110 mmHg), associados a sintomas de alarme (náuseas e epigastralgia) e alterações laboratoriais específicas.

A tríade laboratorial composta por hemólise (indicada pelo DHL acima de 600 UI), elevação de enzimas hepáticas (TGO e TGP acima de 70 U/L) e plaquetopenia (plaquetas abaixo de 100.000/mm³) define o diagnóstico de Síndrome HELLP. No caso em questão, temos DHL 720, TGO 170, TGP 150 e 85.000 plaquetas, preenchendo todos os critérios.

A conduta diante de uma Síndrome HELLP envolve três pilares imediatos: estabilização hemodinâmica, prevenção de convulsões e interrupção da gestação. O sulfato de magnésio é obrigatório para prevenir a eclâmpsia. A hidralazina venosa (ou labetalol/nifedipina) é indicada para o controle da crise hipertensiva (PA igual ou superior a 160 x 110 mmHg). Após a estabilização materna, o parto deve ser providenciado, sendo a via de escolha baseada nas condições obstétricas, embora em quadros graves e precoces a cesárea seja frequentemente utilizada.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A hepatite B pode elevar as transaminases, mas não justifica a hipertensão grave (180 x 110 mmHg) nem a queda de plaquetas e o aumento de DHL nesse cenário clínico. O diagnóstico de pré-eclâmpsia/HELLP é soberano aqui.

Alternativa b) Incorreta. Níveis de PA de 180 x 110 mmHg e a presença de Síndrome HELLP classificam o quadro obrigatoriamente como pré-eclâmpsia grave. Além disso, o tratamento com AAS e metildopa oral é voltado para o manejo ambulatorial ou preventivo, não para a emergência hipertensiva.

Alternativa c) Incorreta. A eclâmpsia é definida pela ocorrência de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas em uma paciente com pré-eclâmpsia. Como o enunciado não relata convulsões, o diagnóstico é de Síndrome HELLP (que é uma variante da pré-eclâmpsia grave).

Alternativa d) Correta. Identifica corretamente a Síndrome HELLP pelos exames laboratoriais e propõe a conduta adequada: profilaxia de convulsões com sulfato de magnésio, controle da pressão com anti-hipertensivo de ação rápida (hidralazina) e finalização da gestação após estabilizar a paciente.

Alternativa e) Incorreta. Não há histórico prévio de hipertensão relatado para falar

em hipertensão crônica sobreposta. Além disso, o uso de corticoide para maturação pulmonar fetal pode ser considerado até as 34 semanas, mas o foco imediato em um quadro de HELLP com instabilidade ou sintomas graves é a estabilização e o parto, e a metildopa não é o fármaco de escolha para tratar crise hipertensiva aguda.

Questão 61

A idade recomendada para o início da introdução de alimentos complementares é aos 6 meses de vida. Essa diretriz é estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). O objetivo é garantir o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, período em que o leite humano supre integralmente as necessidades nutricionais e hídricas do lactente, e, a partir daí, iniciar a oferta de alimentos saudáveis, mantendo o leite materno até os 2 anos ou mais.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Aos 2 meses, o sistema digestório e a função renal são imaturos para processar alimentos diferentes do leite. A introdução precoce está associada ao aumento da morbimortalidade infantil, ao maior risco de diarreia, doenças respiratórias, alergias e ao prejuízo na absorção de nutrientes do leite materno.

Alternativa b: Incorreta. Embora no passado algumas condutas considerassem os 4 meses para crianças não amamentadas ao seio, a recomendação atual de saúde pública e para fins de provas de residência é a marca dos 6 meses para todos os lactentes. Antecipar a introdução alimentar encurta o período de proteção imunológica conferido pelo leite materno e não traz benefícios nutricionais.

Alternativa c: Correta. Aos 6 meses, o lactente atinge a maturidade fisiológica e neurológica necessária para a alimentação complementar. Nessa idade, o bebê geralmente apresenta sinais de prontidão, como o controle do tronco (conseguir sentar com o mínimo de apoio) e a diminuição do reflexo de protrusão da língua, o que facilita a deglutição de alimentos em consistência pastosa.

Alternativa d: Incorreta. A introdução aos 9 meses é considerada tardia. A partir do sexto mês, as reservas de ferro do bebê começam a declinar e as necessidades de micronutrientes, especialmente ferro e zinco, aumentam. O leite materno isolado deixa de suprir a demanda energética total, o que pode levar a deficiências nutricionais e à anemia ferropriva, além de dificultar a aceitação de novos sabores e texturas.

Alternativa e: Incorreta. Aos 12 meses, a criança já deve estar adaptada à dieta da família. Retardar o início da introdução alimentar até um ano de idade causaria graves prejuízos ao crescimento e desnutrição, além de comprometer o desenvolvimento das funções orofaciais e das habilidades motoras ligadas à alimentação.

Questão 62

A questão aborda o conhecimento do Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde (PNI) para o período neonatal.

Alternativa A: Incorreta. A vacina DTP (difteria, tétano e coqueluche) não é administrada ao nascimento. No esquema básico atual, ela faz parte da vacina pentavalente (junto com hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b), que é aplicada aos 2, 4 e 6 meses de idade. Reforços isolados com DTP ocorrem aos 15 meses e aos 4 anos.

Alternativa B: Incorreta. A vacina tríplice viral protege contra sarampo, caxumba e rubéola. De acordo com o PNI, a primeira dose deve ser administrada apenas aos 12 meses de idade.

Alternativa C: Correta. Segundo o Programa Nacional de Imunizações e os principais tratados de pediatria (como os da Sociedade Brasileira de Pediatria), as vacinas aplicadas rotineiramente ao nascimento, ainda na maternidade, são a BCG e a hepatite B. A BCG (Bacilo Calmette-Guérin) é administrada em dose única, por via intradérmica, visando à prevenção de formas graves de tuberculose (miliar e meníngea). A vacina contra hepatite B deve ser aplicada preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida para prevenir a transmissão vertical do vírus.

Alternativa D: Incorreta. A vacina influenza não faz parte do esquema de nascimento. Ela é indicada para crianças a partir dos 6 meses de idade, geralmente em esquemas de duas doses iniciais com intervalo de um mês e, posteriormente, em doses anuais durante as campanhas de vacinação.

Alternativa E: Incorreta. A vacina contra a varicela é administrada mais tardiamente. No PNI, a primeira dose é feita aos 15 meses (geralmente na formulação tetraviral: SCR + varicela) e a segunda dose aos 4 anos de idade.

Questão 63

A conduta diante de uma primeira crise convulsiva na infância exige uma avaliação criteriosa do risco de recorrência versus os efeitos colaterais das medicações. No caso descrito, temos uma criança de 2 anos com uma crise tônico-clônica generalizada de curta duração (3 minutos) e exame neurológico perfeitamente normal, sem indícios de infecção.

Alternativa (a) Incorreta: O uso de anticonvulsivantes profiláticos, como o ácido valproico, não é indicado após um único episódio de crise convulsiva generalizada com exame neurológico normal. O diagnóstico de epilepsia geralmente requer dois ou mais episódios não provocados, e o risco de efeitos colaterais da medicação supera os benefícios após um único evento isolado.

Alternativa (b) Incorreta: A tomografia computadorizada de crânio não deve ser realizada de rotina em crianças que apresentam crise convulsiva única, breve, sem sinais focais e com exame neurológico normal. Deve-se evitar a exposição desnecessária à radiação ionizante, reservando os exames de imagem para casos de suspeita de trauma, sinais de hipertensão intracraniana, neurofibromatose ou déficits neurológicos persistentes.

Alternativa (c) Incorreta: Embora o eletroencefalograma (EEG) possa ser solicitado ambulatorialmente para auxiliar na avaliação do risco de recorrência e na classificação de possíveis síndromes, ele não é uma urgência. O erro principal da alternativa é indicar o início do fenobarbital. Essa medicação possui perfil de efeitos colaterais cognitivos e comportamentais significativos em crianças, não se justificando após uma única crise curta e sem fatores de risco maiores.

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta padrão-ouro. A maioria das crianças que apresenta uma primeira crise convulsiva única e breve não terá recorrências. A orientação aos pais sobre como proceder em caso de nova crise (manter a calma, colocar a criança em decúbito lateral, cronometrar a duração e não introduzir objetos na boca) é a intervenção mais adequada. Não há evidência de que o tratamento medicamentoso após a primeira crise altere o prognóstico neurológico de longo prazo.

Alternativa (e) Incorreta: A punção lombar é um procedimento invasivo reservado para casos em que há suspeita clínica de meningite ou encefalite (como febre associada a sinais de irritação meníngea, prostração excessiva ou alteração persistente do nível de consciência). Como o enunciado afirma que não há sinais de infecção do sistema nervoso central e o exame neurológico é normal, a punção lombar está contraindicada.

Questão 64

Texto Original:

A anemia ferropriva é a carência nutricional de maior prevalência na infância, apresentando um pico de incidência entre os 6 e 24 meses de idade. Nesse período, a rapidez do crescimento corporal demanda um aporte elevado de ferro, que muitas vezes não é suprido pela dieta. No segundo ano de vida, o principal fator etiológico está relacionado a erros alimentares.

Alternativa a: Incorreta. Infecções recorrentes ou processos inflamatórios crônicos podem levar à chamada anemia de doença crônica. Nesses casos, ocorre um aumento da hepcidina, que bloqueia a liberação de ferro dos estoques e sua absorção intestinal. Embora possa coexistir com a carência nutricional, não é a causa mais comum de anemia ferropriva nesta faixa etária.

Alternativa b: Incorreta. A deficiência de ácido fólico causa anemia megaloblástica, que se caracteriza por ser uma anemia macrocítica (aumento do volume corpuscular médio - VCM). A anemia ferropriva, por outro lado, é classicamente microcítica e hipocrômica.

Alternativa c: Correta. O consumo excessivo de leite de vaca in natura ou em pó é o principal fator de risco no segundo ano de vida. O leite de vaca é pobre em ferro e o pouco mineral presente possui baixíssima biodisponibilidade (absorção de apenas 10%, contra 50% do leite materno). Além disso, o alto consumo de leite gera saciedade, fazendo com que a criança deixe de ingerir alimentos sólidos ricos em ferro, como carnes e leguminosas. Outro fator importante é que o leite de vaca pode causar micro-hemorragias na mucosa intestinal de crianças pequenas, aumentando a perda oculta de ferro nas fezes.

Alternativa d: Incorreta. A doença celíaca é uma causa importante de má absorção de ferro e deve ser investigada em casos de anemia ferropriva refratária ao tratamento oral ou que não apresenta justificativa dietética evidente. No entanto, sua prevalência na população geral é muito menor do que a anemia causada por erros alimentares.

Alternativa e: Incorreta. A talassemia minor é uma hemoglobinopatia genética que resulta em microcitose e hipocromia, podendo ser confundida com a anemia ferropriva no hemograma. Contudo, na talassemia os estoques de ferro (ferritina e ferro sérico) estão normais ou elevados, e a patologia não se trata de uma deficiência de ferro, mas de um defeito na produção das cadeias de globina.

Questão 65

A asma na infância é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por hiper-responsividade brônquica e limitação variável ao fluxo aéreo. O diagnóstico em pediatria é eminentemente clínico, baseando-se no padrão dos sintomas.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) - CORRETA: Esta é a apresentação clássica da asma. A sibilância episódica, desencadeada por gatilhos como infecções virais, alérgenos ou exercício, é o sinal clínico cardinal. A tosse noturna recorrente é um sintoma muito sugestivo, ocorrendo devido ao ritmo circadiano (queda fisiológica do cortisol e da adrenalina à noite) e ao maior contato com ácaros no ambiente de dormir, o que acentua a inflamação e a broncoconstrição.

Alternativa (b) - INCORRETA: Pneumonias bacterianas de repetição não definem asma. Embora a asma não controlada possa predispor a complicações respiratórias, quadros infecciosos bacterianos recorrentes devem levantar a suspeita de imunodeficiências, fibrose cística, discinesia ciliar primária ou malformações anatômicas.

Alternativa (c) - INCORRETA: A espirometria na asma é caracterizada por um distúrbio ventilatório obstrutivo que apresenta reversibilidade após o uso de broncodilatador. Uma espirometria "sempre normal" não ajuda no diagnóstico; pelo contrário, a demonstração da variação da função pulmonar é o que corrobora a patologia. Vale lembrar que, em crianças pequenas, o diagnóstico é clínico, pois muitas não conseguem realizar a manobra técnica necessária para o exame.

Alternativa (d) - INCORRETA: A tosse característica da asma é tipicamente seca e irritativa. Uma tosse produtiva (com catarro) diária e crônica é um "sinal de alerta" (red flag) que sugere diagnósticos diferenciais como bronquiectasias, fibrose cística ou bronquite bacteriana prolongada.

Alternativa (e) - INCORRETA: O estridor é um ruído inspiratório originado em vias aéreas superiores (laringe ou traqueia), comum em condições como laringomalácia ou crupe viral. A asma manifesta-se com sibilos, que são ruídos predominantemente expiratórios decorrentes do estreitamento das vias aéreas inferiores (brônquios).

Questão 66

A doença diarreica aguda (DDA) é uma das principais causas de mortalidade infantil global, sendo a desidratação a complicação mais letal. O tratamento baseia-se na reposição de perdas fluidas e na manutenção do estado nutricional.

Alternativa a: Incorreta. A maioria das diarreias infantis é de origem viral, não respondendo a antibióticos. O uso de antimicrobianos é restrito a indicações específicas, como disenteria (sangue nas fezes), suspeita de cólera ou pacientes imunocomprometidos. O uso indiscriminado não reduz a mortalidade e pode causar resistência bacteriana.

Alternativa b: Correta. A Solução de Reidratação Oral (SRO) é considerada a intervenção isolada mais eficaz para reduzir a mortalidade por diarreia no mundo. Ela se baseia no mecanismo de cotransporte sódio-glicose na mucosa intestinal, que permanece funcional mesmo durante a maioria dos processos diarreicos, permitindo a absorção de água e eletrólitos. A SRO previne e trata a desidratação, que é a principal causa de óbito nesses quadros.

Alternativa c: Incorreta. Probióticos são microrganismos vivos que podem ser usados como adjuvantes para reduzir a duração da diarreia em cerca de um dia e diminuir a frequência das evacuações. Contudo, seu impacto na mortalidade é mínimo quando comparado à correção do distúrbio hidroeletrólítico pela SRO.

Alternativa d: Incorreta. O jejum é uma conduta contraindicada e ultrapassada. A manutenção da dieta habitual e do aleitamento materno é fundamental para favorecer a regeneração do epitélio intestinal, evitar a desnutrição e reduzir a gravidade do episódio diarreico.

Alternativa e: Incorreta. Antieméticos são medicamentos sintomáticos que não atuam na fisiopatologia da desidratação. Embora a ondansetrona possa ser utilizada em casos específicos para facilitar a reidratação oral em crianças com vômitos persistentes, os antieméticos de forma isolada não reduzem a mortalidade e podem causar efeitos colaterais importantes, como reações extrapiramidais.

Questão 67

A questão aborda a epidemiologia das cardiopatias congênitas, exigindo a diferenciação entre a cardiopatia cianótica mais comum em toda a infância e aquela que se manifesta especificamente no período neonatal (primeiros 28 dias de vida).

Alternativa (a) Incorreta. A Tetralogia de Fallot é considerada a cardiopatia congênita cianótica mais comum de forma geral após o primeiro ano de vida. No entanto, ela

raramente causa cianose clínica importante nos primeiros dias de vida, pois a obstrução da via de saída do ventrículo direito costuma ser progressiva. O bebê "fallotiano" geralmente torna-se cianótico mais tardiamente.

Alternativa (b) Correta. A Transposição das Grandes Artérias (TGA) é a cardiopatia cianótica mais comum a se manifestar no período neonatal. Como a aorta nasce do ventrículo direito e a artéria pulmonar do ventrículo esquerdo, as circulações sistêmica e pulmonar funcionam em paralelo. Isso resulta em cianose grave e precoce, logo após o nascimento, assim que o canal arterial começa a se fechar, tornando-a a principal causa de cianose de origem cardíaca no recém-nascido.

Alternativa (c) Incorreta. A Atresia Tricúspide é uma cardiopatia cianótica em que não há comunicação entre o átrio direito e o ventrículo direito. Embora cause cianose neonatal, sua incidência é significativamente menor do que a da Transposição das Grandes Artérias.

Alternativa (d) Incorreta. A Comunicação Interventricular (CIV) é a cardiopatia congênita mais comum no mundo, porém ela pertence ao grupo das cardiopatias acianóticas (com fluxo da esquerda para a direita). Além disso, os sintomas de uma CIV grande (insuficiência cardíaca) costumam aparecer apenas após a queda da resistência vascular pulmonar, geralmente após a segunda ou terceira semana de vida, e não com cianose.

Alternativa (e) Incorreta. A Anomalia de Ebstein é uma malformação rara da valva tricúspide. Embora casos muito graves possam apresentar cianose neonatal importante devido ao shunt da direita para a esquerda pelo forame oval, sua frequência é muito baixa quando comparada à Transposição das Grandes Artérias.

Questão 68

A fibrose cística é uma doença autossômica recessiva multissistêmica causada por mutações no gene CFTR, resultando em secreções exócrinas espessas e viscosas. A questão foca no reconhecimento das manifestações clínicas iniciais.

Alternativa (a) Incorreta. O baqueteamento digital é uma manifestação de doença pulmonar crônica e hipóxia prolongada. Embora seja um achado muito comum em pacientes com fibrose cística ao longo do tempo, ele não costuma estar presente já nos primeiros meses de vida, surgindo geralmente com a progressão da doença respiratória.

Alternativa (b) Incorreta. Embora a colonização bacteriana (especialmente por *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*) e sintomas respiratórios possam

começar cedo, a ocorrência de pneumonias bacterianas graves antes dos 6 meses não é a manifestação considerada mais característica ou universalmente precoce quando comparada ao íleo meconial.

Alternativa (c) Correta. O íleo meconial é a manifestação clínica mais precoce e característica da fibrose cística, ocorrendo em cerca de 15% a 20% dos recém-nascidos afetados. Ele se caracteriza pela obstrução do íleo terminal por mecônio excessivamente espesso e aderente nas primeiras 24 a 48 horas de vida. Em muitos casos, a presença de íleo meconial é o que levanta a suspeita diagnóstica imediata, antes mesmo do resultado do teste do pezinho.

Alternativa (d) Incorreta. O diabetes relacionado à fibrose cística (DRFC) é uma complicação decorrente da destruição progressiva das ilhotas pancreáticas pela fibrose e gordura. É uma manifestação tardia, sendo rara na infância e tornando-se muito mais prevalente na adolescência e na vida adulta. Não ocorre no primeiro ano de vida.

Alternativa (e) Incorreta. A insuficiência pancreática exócrina é muito comum (afetando cerca de 85% a 90% dos pacientes), mas o termo "sempre" torna a alternativa incorreta. Alguns pacientes apresentam suficiência pancreática ao nascimento e podem desenvolvê-la mais tarde, ou até mesmo nunca apresentar insuficiência dependendo do tipo de mutação (genótipos de função residual). Além disso, o íleo meconial precede a confirmação clínica da insuficiência pancreática por má absorção gordurosa.

Questão 69

O caso clínico descreve uma paciente de 13 anos com um quadro clássico de enxaqueca sem aura, também conhecida como migrânea. Para chegar ao diagnóstico correto, devemos analisar os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS).

Alternativa (a) Incorreta: A cefaleia tensional costuma ser bilateral, com caráter compressivo (em aperto ou pressão) e de intensidade leve a moderada. Diferente do relato, ela não costuma vir acompanhada de náuseas, e a presença simultânea de fotofobia e fonofobia é um critério de exclusão para esse diagnóstico.

Alternativa (b) Correta: O quadro preenche os critérios para migrânea sem aura. Na população pediátrica e adolescente, a dor pode durar de 2 a 72 horas. Os critérios incluem pelo menos duas das seguintes características: localização unilateral (embora em crianças possa ser bilateral), caráter pulsátil, intensidade moderada a grave e piora com atividade física. Além disso, deve apresentar pelo menos um dos

seguintes sintomas associados: náuseas/vômitos ou a combinação de fotofobia e fonofobia. A paciente apresenta localização unilateral, caráter pulsátil, náuseas, fotofobia e fonofobia, fechando o diagnóstico.

Alternativa (c) Incorreta: A enxaqueca com aura exigiria a presença de sintomas neurológicos focais transitórios (como escotomas cintilantes, parestesias ou alterações de fala) que precedem ou acompanham a dor. O enunciado afirma explicitamente que não há sinais neurológicos focais.

Alternativa (d) Incorreta: A cefaleia em salvas é extremamente rara nessa faixa etária. Caracteriza-se por crises de dor excruciante, estritamente unilateral, de curta duração (15 a 180 minutos), associada a sinais autonômicos ipsilaterais à dor, como lacrimejamento, congestão nasal, ptose ou miose.

Alternativa (e) Incorreta: A hipertensão intracraniana benigna (pseudotumor cerebral) apresenta-se geralmente com cefaleia crônica diária ou persistente, muitas vezes associada a zumbido pulsátil, diplopia (por paralisia do VI par) e, fundamentalmente, papiledema no exame de fundo de olho, o que não condiz com a descrição de uma cefaleia episódica com características de enxaqueca.

Questão 70

Alternativa correta: A

A meningite bacteriana em lactentes é uma emergência médica pediátrica que exige intervenção rápida. O atraso no início do tratamento está diretamente associado a um aumento na mortalidade e no risco de sequelas neurológicas permanentes, como surdez, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e convulsões.

Explicação detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a): Correta. Diante da suspeita clínica de meningite, a prioridade absoluta é o início da antibioticoterapia empírica o mais rápido possível. Embora o ideal seja realizar a punção lombar para coleta do líquido cefalorraquidiano (LCR) antes da primeira dose, esse procedimento não deve atrasar o tratamento. Se houver contra-indicação para a punção imediata ou demora na sua realização, o antibiótico deve ser administrado sem hesitação. A conduta é tratar antes mesmo de ter o resultado da análise do líquido.

Alternativa (b): Incorreta. O resultado da cultura do líquido ou do sangue pode levar de 24 a 72 horas para ficar pronto. A meningite bacteriana é uma doença de progressão fulminante; aguardar esse tempo para iniciar o tratamento resultaria,

invariavelmente, no óbito ou em danos cerebrais irreversíveis para o lactente.

Alternativa (c): Incorreta. A tomografia de crânio não é necessária de rotina em todos os lactentes com suspeita de meningite. Ela é reservada para casos específicos, como sinais de localização neurológica, coma profundo ou sinais de hipertensão intracraniana grave. Mesmo quando a tomografia é necessária, ela não deve ser motivo para adiar a administração do antibiótico.

Alternativa (d): Incorreta. O corticoide (geralmente a dexametasona) pode ser utilizado em situações específicas de meningite bacteriana (como na suspeita de *Haemophilus influenzae* tipo b ou *Streptococcus pneumoniae*) para reduzir a inflamação, mas deve ser administrado concomitantemente ou minutos antes da primeira dose do antibiótico. Jamais deve ser administrado de forma isolada, pois não possui ação contra o agente infeccioso.

Alternativa (e): Incorreta. A hidratação venosa é uma medida de suporte importante para manter a estabilidade hemodinâmica e a perfusão cerebral, mas é uma medida adjuvante. Ela não trata a causa do quadro (a infecção bacteriana). O foco terapêutico central deve ser a eliminação do patógeno através de antimicrobianos.

Resumo didático: Na prática médica, a regra para meningite bacteriana é coletar o líquido e iniciar o antibiótico imediatamente a seguir. Se não for possível coletar o líquido rapidamente, inicia-se o antibiótico de qualquer forma. Nunca se espera o resultado dos exames para tratar.

Questão 71

Análise das assertivas:

Assertiva I (Correta): De acordo com as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e manuais de vacinação, as doses aplicadas com até 4 dias de antecedência em relação à idade mínima ou ao intervalo mínimo recomendado podem ser consideradas válidas. Essa "margem de segurança" evita que a criança precise ser revacinada desnecessariamente caso tenha comparecido à unidade de saúde poucos dias antes do prazo exato.

Assertiva II (Incorreta): O uso profilático de analgésicos e antipiréticos (antes ou no momento da vacinação) não é recomendado rotineiramente. Estudos sugerem que o uso de paracetamol ou ibuprofeno antes da vacina pode interferir na resposta imunológica, reduzindo a produção de anticorpos para alguns componentes vacinais. O uso desses medicamentos deve ser reservado apenas para o tratamento de febre ou dor após a aplicação, se necessário.

Assertiva III (Correta): A vacina da febre amarela é composta por vírus vivo atenuado. Existe o risco de transmissão do vírus vacinal pelo leite materno, o que pode causar eventos adversos graves (como encefalite) no lactente pequeno. Assim, se a vacinação da lactante for indispensável, o aleitamento materno deve ser suspenso por 10 dias (preferencialmente) ou, no mínimo, por 7 dias após a vacinação em mulheres com filhos menores de 6 meses.

Assertiva IV (Incorreta): A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o PNI permitem e muitas vezes recomendam a complementação do esquema com vacinas de maior valência. Crianças que iniciaram o esquema com a pneumocócica 10-valente (VPC10) podem receber doses da 13-valente (VPC13), 15-valente (VPC15) ou superior para ampliar a proteção contra sorotipos adicionais, não havendo necessidade de completar todo o esquema original para só então "reiniciar" ou complementar.

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a II é falsa.

A alternativa (b) está correta porque I e III são verdadeiras.

A alternativa (c) está incorreta porque a IV é falsa.

A alternativa (d) está incorreta porque a II é falsa.

A alternativa (e) está incorreta porque a IV é falsa.

Gabarito: Letra (b).

Questão 72

DIAGNÓSTICO

O quadro clínico descrito refere-se a uma criança de 7 anos com a tríade clássica da Síndrome Nefrítica: edema, hematúria (urina rosa) e hipertensão arterial (140x85 mmHg para a idade), acompanhada de oligúria. A presença de lesões crostosas e cicatriciais na pele sugere um quadro prévio de piodermite (impetigo). Diante desse cenário, a principal hipótese diagnóstica é a Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNDA) pós-estreptocócica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. A pulsoterapia com Metilprednisolona é reservada para casos de glomerulonefrite rapidamente progressiva (caracterizada por perda acelerada da função renal) ou doenças autoimunes sistêmicas. A GNDA pós-estreptocócica é tipicamente autolimitada e não requer corticoterapia em altas doses no manejo inicial.

Alternativa b) INCORRETA. A Prednisona em dose de 2 mg/kg/dia é o tratamento de escolha para a Síndrome Nefrótica idiopática (Doença por Lesão Mínima). O paciente apresenta uma Síndrome Nefrítica, na qual o uso de corticoides não traz benefício comprovado no desfecho clínico.

Alternativa c) INCORRETA. Embora a restrição hídrica seja parte do tratamento, o Captopril (inibidor da ECA) não é a droga de primeira escolha nesta fase. A hipertensão na GNDA é dependente de volume (hipervolemia por retenção de sódio e água). Por isso, os diuréticos de alça (como a Furosemida) são preferíveis. Além disso, o uso de IECAs em pacientes oligúricos traz risco de hipercalemia e piora da taxa de filtração glomerular.

Alternativa d) INCORRETA. A antibioticoterapia com Penicilina Benzatina tem como objetivo erradicar a cepa nefritogênica do estreptococo da pele ou orofaringe para evitar a disseminação para outras pessoas. No entanto, o antibiótico não trata a lesão glomerular já estabelecida, não diminui a hipertensão e não altera o curso clínico da doença renal no paciente.

Alternativa e) CORRETA. O tratamento da GNDA pós-estreptocócica é essencialmente de suporte e visa o controle das complicações da sobrecarga hidrossalina (edema e hipertensão). Como o paciente apresenta ganho de peso (2,8 kg acima do habitual), edema e hipertensão, a medida inicial mais eficaz para garantir um melhor desfecho e evitar complicações como o edema agudo de pulmão e a encefalopatia hipertensiva é a restrição de líquidos (calculada para cobrir perdas insensíveis) e a dieta sem sal (assódica).

Gabarito: Alternativa (e).

Questão 73

O caso clínico descreve uma criança de 3 anos com Infecção do Trato Urinário (ITU) associada a febre, mesmo que baixa. Em pediatria, a presença de febre em uma criança com ITU deve ser encarada com cautela, pois frequentemente sinaliza o envolvimento do parênquima renal (pielonefrite). O tratamento medicamentoso deve, portanto, garantir concentrações terapêuticas não apenas na urina, mas também no tecido renal e na corrente sanguínea.

Alternativa a) Cefuroxima: Está incorreta para o comando da questão porque é um antibiótico indicado. A cefuroxima é uma cefalosporina de segunda geração com excelente penetração tecidual e boa cobertura para os principais uropatógenos, como a E. coli, sendo uma opção segura para tratamento oral domiciliar.

Alternativa b) Cefaclor: Está incorreta para o comando da questão porque é um antibiótico indicado. Trata-se de outra cefalosporina de segunda geração amplamente utilizada em pediatria para infecções urinárias, apresentando bons níveis séricos e teciduais.

Alternativa c) Amoxicilina + Clavulanato: Está incorreta para o comando da questão porque é um antibiótico indicado. A adição do clavulanato expande o espectro da amoxicilina contra bactérias produtoras de betalactamase. É uma droga que atinge o parênquima renal e é eficaz no tratamento de ITUs febris.

Alternativa d) Nitrofurantoína: É a alternativa correta (o antibiótico que não deve ser indicado). A nitrofurantoína é considerada um antisséptico urinário. Sua farmacocinética caracteriza-se por uma absorção rápida e excreção urinária imediata, o que gera ótimas concentrações na bexiga, mas níveis teciduais e séricos insignificantes. Por não atingir o parênquima renal, ela é ineficaz para tratar pielonefrites e não previne complicações sistêmicas ou cicatrizes renais em crianças com febre. Seu uso é restrito a cistites (infecções baixas afebris) ou profilaxia.

Alternativa e) Sulfametoxazol + Trimetoprim: Está incorreta para o comando da questão porque, teoricamente, pode ser indicado. Embora existam altos índices de resistência bacteriana a essa droga em diversas regiões, ela é um antibiótico de ação sistêmica que atinge o tecido renal. Caso o padrão de sensibilidade local permita ou a cultura confirme a sensibilidade, ela pode ser utilizada no tratamento da ITU pediátrica.

Questão 74

Análise da questão:

O tema abordado nesta questão envolve ética médica e a emissão de documentos legais (atestados). No atendimento pediátrico, é comum que os responsáveis solicitem documentos para justificar a ausência no trabalho enquanto cuidam da criança doente.

Alternativa a) Incorreta. Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a legislação trabalhista garantam o direito de acompanhamento, o médico só pode emitir um atestado médico em nome de quem ele efetivamente examinou. Emitir um atestado médico em nome da mãe (que não é a paciente) para fins de afastamento laboral não é a conduta técnica correta, pois o médico está atestando a condição de saúde da criança.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta ética e legalmente adequada. O atestado médico é um documento que reflete o estado de saúde do paciente atendido. Portanto, ele deve ser emitido em nome da paciente (a criança), especificando o período de afastamento necessário para o tratamento e a necessidade de supervisão/acompanhamento integral de um responsável, devido à idade e ao quadro clínico. É com este documento que o responsável legal poderá justificar sua falta junto ao empregador, com base no entendimento do direito à assistência ao dependente.

Alternativa c) Incorreta. O médico tem o dever de fornecer a documentação que comprove o atendimento e as necessidades terapêuticas do paciente, o que inclui a indicação de repouso e a necessidade de cuidados por terceiros quando se trata de um menor de idade.

Alternativa d) Incorreta. O Serviço Social pode fornecer uma declaração de comparecimento (que justifica apenas as horas em que a pessoa esteve no hospital). No entanto, a determinação da necessidade de afastamento para cuidados domiciliares e o tempo de recuperação é uma decisão técnica médica, devendo ser documentada por meio de atestado médico.

Alternativa e) Incorreta. Esta alternativa apresenta dois erros graves. Primeiro, o erro de diagnóstico: a paciente tem infecção urinária, não pneumonia. Segundo, o erro ético: não se deve emitir atestado em nome de uma pessoa saudável com o CID de uma doença que ela não possui. Isso pode ser configurado como falsidade ideológica ou erro ético-profissional.

Questão 75

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro inicial da paciente (há 4 meses) é típico de uma Leucemia Aguda. A tríade de anemia (palidez, adinamia), plaquetopenia (petéquias) e a leucometria muito elevada (87.000), associada à faixa etária de 5 anos, aponta fortemente para a Leucemia Linfocítica Aguda (LLA), que é a neoplasia mais comum da infância, apresentando seu pico de incidência entre 2 e 5 anos de idade. A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) é menos frequente nessa faixa etária.

Atualmente, a paciente apresenta um quadro de Neutropenia Febril pós-quimioterapia. A febre (38,5 °C) associada a uma contagem de leucócitos de apenas 450/mm³ (o que implica uma contagem absoluta de neutrófilos inferior a 500/mm³) caracteriza uma emergência médica. O protocolo exige a coleta imediata de culturas e o início da antibioticoterapia sistêmica de amplo espectro na primeira

hora, visando obrigatoriamente a cobertura contra *Pseudomonas aeruginosa*.

POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ CORRETA?

A LLA é o diagnóstico epidemiológico e clínico mais provável para uma criança de 5 anos com pancitopenia periférica e hiperleucocitose. O manejo da neutropenia febril exige antibióticos com cobertura antipseudomonal. A Piperacilina-tazobactam é um dos esquemas de primeira linha recomendados para o tratamento empírico inicial, oferecendo excelente cobertura para germes Gram-negativos (incluindo *Pseudomonas*) e Gram-positivos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

b) Diante da suspeita de neutropenia febril, jamais se deve aguardar resultados de exames para iniciar o antibiótico. O atraso na terapia aumenta drasticamente a mortalidade, devendo a primeira dose ser administrada idealmente em até 60 minutos após a triagem.

c) Embora a LLA esteja correta, a Ceftriaxona não possui cobertura contra *Pseudomonas aeruginosa*, sendo inadequada como monoterapia na neutropenia febril. A Vancomicina não é indicada de rotina no início do tratamento, exceto em casos específicos (instabilidade hemodinâmica, infecção de pele/cateter evidente ou colonização prévia por MRSA).

d) A LMA é menos provável que a LLA em uma criança de 5 anos. Embora o Cefepime seja um antibiótico correto para neutropenia febril (tem ação antipseudomonal), o diagnóstico principal na pediatria aponta para a linhagem linfoide.

e) Novamente, a LMA é menos frequente nesta idade. O Meropenem é um carbapenêmico de espectro muito amplo, geralmente reservado para pacientes com instabilidade hemodinâmica (choque séptico), suspeita de germes produtores de ESBL ou falha à terapia inicial, não sendo a primeira escolha de rotina para um paciente em Bom Estado Geral (BEG).

Questão 76

Para compreender a conduta na Otite Média Aguda (OMA) segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP), devemos considerar três pilares: a idade do paciente, a gravidade dos sintomas e a lateralidade (unilateral ou bilateral). A diretriz prioriza a observação clínica (watchful waiting) em casos leves para evitar o uso desnecessário de antibióticos, reservando o tratamento imediato para situações específicas.

Critérios de Gravidade (Sintomas Graves):

1. Otalgia moderada a grave.

2. Otalgia prolongada (igual ou superior a 48 horas).
3. Febre igual ou superior a 39 graus Celsius.

Análise das assertivas:

Item I - Correto. Trata-se de um paciente de 3 anos (maior que 2 anos) que apresenta sintomas graves: febre de 39 graus Celsius e choro intenso (indicativo de otalgia importante). Segundo a AAP, pacientes de qualquer idade acima de 6 meses com sintomas graves devem receber antibioticoterapia imediata, independentemente de a otite ser unilateral ou bilateral.

Item II - Incorreto. O paciente tem 1 ano e 6 meses (faixa entre 6 meses e 2 anos) com otite unilateral e sintomas leves (febre baixa e início recente). Nesses casos de OMA unilateral não grave nessa faixa etária, a diretriz da AAP permite tanto o tratamento imediato quanto a observação clínica por 48 a 72 horas, desde que o acompanhamento seja garantido. Como o enunciado afirma que o pediatra tem condições de acompanhar a evolução, a conduta preferencial inicial pode ser a observação.

Item III - Correto. Embora o paciente tenha 15 meses e a otite seja unilateral com febre baixa, o quadro clínico já dura 72 horas. A recomendação de observação clínica tem um limite de tempo: se não houver melhora ou se houver piora em 48 a 72 horas, o antibiótico deve ser iniciado. Portanto, ao atingir 72 horas de sintomas sem resolução, o tratamento passa a ser recomendado.

Item IV - Incorreto. Paciente de 5 anos (maior que 2 anos) com otite unilateral e sintomas leves (febre de 38,2 graus Celsius e apenas 1 dia de evolução). Para crianças maiores de 2 anos com quadros não graves (seja unilateral ou bilateral), a recomendação inicial é a observação clínica. O tratamento só seria indicado de imediato se os sintomas fossem graves ou se a criança não melhorasse após o período de observação.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta, pois o item II admite observação.
- b) Incorreta, pois o item II admite observação.
- c) Correta. Os itens I (sintomas graves) e III (falha no tempo de observação/persistência por 72h) são situações em que o tratamento medicamentoso está formalmente indicado.
- d) Incorreta, pois o item IV recomenda observação inicial.
- e) Incorreta, pois as situações II e IV permitem a conduta expectante inicial.

Gabarito: Letra (c).

Questão 77

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta os critérios clássicos para o diagnóstico de Doença de Kawasaki. Trata-se de uma vasculite sistêmica febril aguda que afeta preferencialmente crianças menores de 5 anos. Para o diagnóstico clínico, é necessária a presença de febre persistente por pelo menos 5 dias, associada a pelo menos quatro dos seguintes cinco critérios: 1. Conjuntivite bilateral não purulenta; 2. Alterações na cavidade oral (como faringite, língua em morango ou lábios fissurados); 3. Exantema polimorfo; 4. Alterações em extremidades (edema, eritema ou descamação); 5. Linfonodomegalia cervical (geralmente maior que 1,5 cm). No caso em questão, o paciente tem febre há 6 dias, hiperemia conjuntival, faringite, linfonodomegalia e erupção cutânea macular.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A ausência de resposta terapêutica após 72 horas de amoxicilina e a presença de sintomas como conjuntivite e febre persistente por 6 dias afastam a hipótese de faringite estreptocócica comum. A manutenção da febre alta após o antibiótico é um sinal de alerta para causas não bacterianas ou vasculites.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. O linfoma é uma neoplasia que pode cursar com febre e linfonodomegalia, mas o quadro clínico costuma ser mais insidioso e arrastado. Os achados inflamatórios agudos e multissistêmicos, como o exantema súbito e a conjuntivite, não são compatíveis com este diagnóstico oncológico inicial.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. Esta alternativa é o principal distrator da questão. A mononucleose infecciosa pode causar febre, linfonodomegalia, faringite exsudativa e exantema (especialmente após o uso inadvertido de amoxicilina). Entretanto, a hiperemia conjuntival bilateral é um sinal patognomônico de Kawasaki neste contexto e não costuma ocorrer na mononucleose. Além disso, em provas de residência, a combinação de febre prolongada e exantema após antibiótico em crianças pequenas deve sempre levantar a suspeita de Kawasaki devido à gravidade das complicações.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A difteria caracteriza-se por placas de exsudato acinzentado e aderentes nas amígdalas, além de edema cervical importante (pescoço de touro). É uma doença grave, porém rara em populações com cobertura vacinal adequada, e não explica a conjuntivite e o exantema macular descritos.

ALTERNATIVA E: CORRETA. O paciente preenche os critérios diagnósticos para

Doença de Kawasaki (febre por mais de 5 dias somada a quatro critérios clínicos: conjuntivite, alteração oral, linfonodomegalia e exantema). A conduta correta é a internação para administração de imunoglobulina venosa (IGIV), preferencialmente até o décimo dia de doença, visando reduzir o risco de formação de aneurismas de artérias coronárias. O uso de AAS (ácido acetilsalicílico) também é indicado inicialmente em doses anti-inflamatórias.

Questão 78

O caso clínico apresenta um paciente pediátrico com a tétrede clássica da vasculite por IgA (anteriormente chamada de púrpura de Henoch-Schönlein): púrpura palpável, artralgia/artrite, dor abdominal e potencial acometimento renal. O quadro geralmente é precedido por uma infecção de vias aéreas superiores, como a tonsilite relatada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a dengue possa cursar com exantema e petéquias, estas não são tipicamente palpáveis. Além disso, a dengue manifesta-se com febre alta, mialgia intensa, cefaleia e dor retro-orbitária, o que não condiz com a evolução de 10 dias após uma amigdalite e a presença de artrite franca com dor abdominal em cólica.

b) Incorreta. A glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE) é uma complicação pós-infecciosa que ocorre após faringite ou piodermite, mas sua tríade clássica é composta por edema, hipertensão arterial e hematúria (urina cor de chá ou Coca-Cola). A GNPE não justifica as lesões purpúricas palpáveis nem a dor abdominal aguda.

c) Incorreta. A artrite séptica é uma emergência ortopédica que geralmente se manifesta como uma monoartrite aguda (apenas uma articulação), com dor intensa, calor, rubor e limitação funcional importante, acompanhada de febre alta e sinais de toxemia. Não explica as lesões cutâneas disseminadas nem a dor abdominal.

d) Correta. A vasculite por IgA é a vasculite de pequenos vasos mais comum na infância. O diagnóstico é clínico e baseia-se na presença de púrpura palpável (obrigatoriamente) sem trombocitopenia, associada a pelo menos um dos seguintes critérios: dor abdominal difusa (frequentemente em cólica), artrite ou artralgia (geralmente de grandes articulações como joelhos e tornozelos) e envolvimento renal. O antecedente de infecção respiratória 1 a 3 semanas antes do início dos sintomas é um achado muito frequente.

e) Incorreta. A síndrome hemolítico-urêmica (SHU) caracteriza-se pela tríade de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiência renal aguda. Na

grande maioria dos casos, é precedida por um pródromo de diarreia sanguinolenta (causada pela bactéria *E. coli* produtora de Shiga-toxina) e não por tonsilite. As lesões cutâneas na SHU seriam petéquias não palpáveis ou equimoses devido à plaquetopenia, e não a púrpura palpável de padrão vasculítico.

Questão 79

Para resolver essa questão, devemos aplicar os critérios do PECARN (Pediatric Emergency Care Applied Research Network), que é a principal ferramenta de decisão clínica para traumatismo cranioencefálico (TCE) em pediatria, visando identificar crianças com baixo risco de Lesão Cerebral Traumática Clinicamente Importante (LCTCI) e evitar radiações desnecessárias por tomografia computadorizada (TC).

Análise do caso clínico:

Paciente de 8 meses (grupo de menores de 2 anos).

Mecanismo de trauma: queda de andador em desnível (não é considerado mecanismo grave como queda de altura superior a 0,9 metro).

Sintomas: choro imediato, sem perda de consciência, sem vômitos, sem convulsão.

Exame físico: Escala de Coma de Glasgow (ECG) 15, sem sinais de fratura de base de crânio ou depressão óssea.

Achado específico: hematoma subgaleal em região frontal.

Critérios PECARN para menores de 2 anos:

1. Alto risco (TC indicada): GCS < 15, alteração do estado mental ou fratura palpável de crânio.
2. Risco intermediário (observação ou TC): hematoma de couro cabeludo não frontal (parietal, temporal ou occipital), perda de consciência > 5 segundos, mecanismo de trauma grave ou comportamento anormal segundo os pais.
3. Baixo risco: nenhum dos critérios acima presentes.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O raio X de crânio não é preconizado pelo protocolo PECARN para avaliação de lesão intracraniana, pois possui baixa sensibilidade para prever lesões clinicamente importantes. Além disso, 12 horas de observação seria um período excessivo para um paciente de baixo risco.

Alternativa (b) Incorreta: A TC de crânio não está indicada de imediato. O paciente apresenta GCS 15 e o hematoma é em região frontal. No PECARN, o hematoma subgaleal frontal em crianças menores de 2 anos é considerado um fator de baixo risco, ao contrário dos hematomas nas regiões lateral ou posterior.

Alternativa (c) Correta: O paciente é classificado como baixo risco para LCTCI (menos de 0,02% de chance). Como o trauma ocorreu há apenas 30 minutos, a conduta mais conservadora e segura é a observação clínica por um período curto (geralmente de 2 a 6 horas após o trauma) para garantir que não haverá deterioração neurológica ou surgimento de novos sintomas (como vômitos persistentes), antes de dar alta com orientações.

Alternativa (d) Incorreta: Não há necessidade de avaliação do neurocirurgião, pois o paciente está estável, com exame neurológico normal e sem indicações de intervenção cirúrgica ou exames de imagem alterados.

Alternativa (e) Incorreta: A TC de crânio deve ser evitada em pacientes de baixo risco devido à exposição à radiação ionizante, que em lactentes aumenta o risco futuro de neoplasias (como leucemia e tumores cerebrais). Pelo PECARN, crianças de baixo risco não necessitam de TC.

Resumo: O "pulo do gato" desta questão está em identificar que, para o PECARN em menores de 2 anos, apenas hematomas NÃO FRONTAIS são critérios de risco intermediário. O hematoma frontal isolado em criança com GCS 15 e mecanismo leve permite a observação clínica.

Questão 80

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descrito é um exemplo clássico de anafilaxia. O paciente apresenta início agudo (15 minutos após ingestão de alimento) com envolvimento de pelo menos dois sistemas: cutâneo-mucoso (urticária e edema de lábios) e respiratório (sibilos e sialorreia, que pode indicar obstrução de vias aéreas superiores).

O tratamento da anafilaxia deve ser imediato, pois a condição pode evoluir rapidamente para obstrução total de vias aéreas ou choque anafilático. A diretriz mundial (WAO) e a brasileira estabelecem a adrenalina como a droga de primeira escolha e a única capaz de reverter os sintomas fatais de forma rápida.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A adrenalina (epinefrina) por via intramuscular (IM) é o tratamento de eleição. Ela deve ser aplicada na face anterolateral da coxa (músculo vasto lateral), onde a absorção é mais rápida e segura. A adrenalina possui ação alfa-1 (vasoconstrição, reduzindo o edema), beta-1 (aumenta a contratilidade cardíaca) e beta-2 (broncodilatação e redução da liberação de mediadores inflamatórios), agindo

diretamente na fisiopatologia da anafilaxia.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b) e (e): A metilprednisolona é um corticosteroide. Os corticoides são considerados medicamentos de segunda linha na anafilaxia. Eles possuem início de ação lento (levam de 4 a 6 horas para agir) e são usados principalmente para prevenir a fase tardia ou reações bifásicas. Não devem ser a primeira conduta em um quadro agudo.

Alternativa (c): Os anti-histamínicos são medicamentos de segunda linha. Eles ajudam a controlar os sintomas cutâneos, como o prurido e a urticária, mas não tratam o broncoespasmo (sibilos), o edema de glote ou a hipotensão. O uso isolado de anti-histamínicos atrasa a administração da adrenalina, o que aumenta o risco de óbito.

Alternativa (d): A adrenalina por via subcutânea não é mais recomendada para o tratamento inicial da anafilaxia. Estudos demonstram que a absorção por essa via é mais lenta e errática quando comparada à via intramuscular. Na emergência, a via IM atinge picos plasmáticos de forma muito mais eficiente e rápida.

Questão 81

Essa questão aborda o tema da terminalidade da vida, cuidados paliativos e ortotanásia, fundamentando-se no Código de Ética Médica (CEM) e na Resolução CFM nº 1.805/2006. O objetivo é identificar a alternativa incorreta sobre a conduta médica diante de pacientes em fase terminal.

Alternativa (a): Correta. Esta alternativa descreve o conceito de ortotanásia, que é a suspensão de tratamentos inúteis (distanásia) que apenas prolongariam o processo de morrer em pacientes terminais e incuráveis. O Código de Ética Médica, em seu artigo 41 (parágrafo único), permite expressamente essa conduta, desde que respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal e garantidos os cuidados paliativos.

Alternativa (b): Correta. Mesmo quando a cura não é mais possível, o dever de cuidar permanece. O médico deve assegurar assistência integral, focando no alívio dos sintomas (físicos, psíquicos, sociais e espirituais). O direito à alta hospitalar também é assegurado, permitindo que o paciente receba cuidados em domicílio (home care), se assim for desejado e possível.

Alternativa (c): Incorreta (Gabarito). O erro reside na palavra "somente". O dever de

informação do médico não se extingue se o paciente não estiver lúcido. Caso o doente esteja inconsciente ou sem capacidade de discernimento, o esclarecimento sobre as modalidades terapêuticas e o prognóstico deve ser obrigatoriamente prestado ao seu representante legal. A tomada de decisão compartilhada exige que alguém receba a informação para exercer a autonomia em nome do paciente.

Alternativa (d): Correta. É um direito fundamental do paciente e de sua família solicitar uma segunda opinião médica, especialmente em casos de doenças graves, diagnósticos complexos ou decisões sobre terminalidade. O médico assistente não deve se opor a esse pedido.

Alternativa (e): Correta. Toda e qualquer decisão terapêutica, especialmente aquelas que envolvem limitação de suporte vital ou mudança para cuidados exclusivamente paliativos, deve ser devidamente fundamentada tecnicamente e registrada de forma clara e detalhada no prontuário médico. Isso garante a segurança jurídica do médico e a transparência do atendimento.

Questão 82

Alternativa a) Incorreta. A legislação do SUS, especificamente a Lei 8.142/90, estabelece o princípio da participação da comunidade. Essa participação ocorre de forma ampla por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, envolvendo diversos segmentos da sociedade civil organizada, usuários, trabalhadores e gestores, não sendo restrita a setores religiosos.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa reproduz o texto da Lei 8.080/90 (Art. 4º), que define a composição do SUS. O sistema é formado por ações e serviços públicos de saúde e pode contar com a participação da iniciativa privada de forma complementar (mediante contrato ou convênio). Todos esses serviços devem seguir as diretrizes constitucionais do Art. 198 da Constituição Federal de 1988: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Alternativa c) Incorreta. O princípio da resolutividade determina que o sistema de saúde deve ter capacidade de resolver as demandas da população em todos os níveis de assistência (primário, secundário e terciário). Limitar a resolutividade apenas ao nível primário fere o conceito de integralidade e a hierarquização do sistema.

Alternativa d) Incorreta. O SUS segue a diretriz da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (União, Estados/Distrito Federal e Municípios). A gestão não é centralizada no nível nacional; pelo contrário, busca-se dar maior autonomia e responsabilidade aos municípios (processo de municipalização).

Alternativa e) Incorreta. A universalidade é um princípio doutrinário fundamental do SUS, garantindo que todo cidadão tenha direito ao acesso a todos os serviços de saúde de que necessite. Isso inclui obrigatoriamente a alta complexidade. Não existem restrições de acesso baseadas na complexidade do procedimento ou na condição do paciente.

Questão 83

Esta questão aborda os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentados principalmente na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Vamos analisar cada uma das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Artigo 7º da Lei 8.080/1990 estabelece que a organização dos serviços deve ocorrer de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos. O objetivo é otimizar os recursos públicos e garantir a eficiência da rede, e não manter serviços redundantes.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa traz a definição literal do princípio da Integralidade de assistência, conforme descrito no Artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080/1990. A integralidade pressupõe que o sistema deve estar preparado para atender o indivíduo em todas as suas necessidades, desde a prevenção até o tratamento de alta complexidade, integrando ações individuais e coletivas.

Alternativa c) Incorreta. A utilização da epidemiologia é, de fato, um princípio do SUS, mas serve para o estabelecimento de prioridades, a alocação estratégica de recursos e a orientação programática. O erro da alternativa está em falar em "estabelecimento de privilégios", o que fere o princípio da equidade e da universalidade.

Alternativa d) Incorreta. O SUS é financiado e gerido de forma descentralizada e tripartite. Isso significa que há a conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A prestação de serviços não é responsabilidade única da União.

Alternativa e) Incorreta. A divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário é um direito garantido a todos os cidadãos em todo o território nacional. Não existe na legislação qualquer restrição ou recorte populacional (como o limite de duzentos mil habitantes mencionado) para o cumprimento desta diretriz.

Questão 84

Esta questão aborda o conceito de bloqueio vacinal, uma ferramenta fundamental da Vigilância Epidemiológica para o controle de doenças imunopreveníveis. O objetivo é identificar a alternativa incorreta.

Alternativa A: Correta. O bloqueio vacinal é, de fato, uma medida reativa desencadeada pela Vigilância Epidemiológica diante de um caso suspeito ou confirmado. Sua função primordial é criar um cordão sanitário de pessoas imunizadas ao redor do caso-índice para impedir que o patógeno continue circulando na comunidade.

Alternativa B: Correta. A estratégia exige uma investigação minuciosa do deslocamento do paciente durante o seu período de transmissibilidade. Todos os contatos (familiares, colegas de trabalho, escola, etc.) nos locais por onde o paciente passou devem ser avaliados e, se necessário, vacinados para interromper a cadeia de transmissão.

Alternativa C: Incorreta (Gabarito). Esta alternativa confunde bloqueio vacinal com campanhas de vacinação ou vacinação de rotina. O bloqueio vacinal NÃO é uma campanha indiscriminada. Enquanto as campanhas visam aumentar a cobertura populacional de forma ampla e programada, o bloqueio é uma ação seletiva, focal e emergencial, direcionada especificamente aos contatos de um caso para conter um possível surto. Ele não segue o calendário vacinal de rotina de forma passiva, mas sim protocolos específicos de pós-exposição.

Alternativa D: Correta. No bloqueio vacinal, a conduta depende do histórico vacinal do contato. Se o contato já possuir comprovação de esquema vacinal completo e atualizado para aquela doença, ele pode não precisar de nova dose. A vacinação é direcionada prioritariamente aos suscetíveis ou àqueles com esquema incompleto identificados entre os contatos.

Alternativa E: Correta. A magnitude do bloqueio varia conforme a doença e o cenário epidemiológico. Para doenças de alta transmissibilidade, como o sarampo, a ação pode ser ampliada para uma área geográfica maior (bairro ou cidade), recebendo o nome de varredura ou operação limpeza, visando garantir que ninguém naquelas proximidades permaneça suscetível.

Questão 85

Alternativa (a): Incorreta. Embora a vigilância seja uma responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo, as competências técnicas são distribuídas de forma específica no fluxo do Programa Nacional de Imunizações (PNI). A definição de metodologias para análise de risco e a coordenação nacional dos indicadores são papéis centrais da esfera federal, enquanto os municípios focam na execução local e na busca ativa. A alternativa generaliza a responsabilidade de forma a descaracterizar a hierarquia técnica do fluxo.

Alternativa (b): Incorreta. A Secretaria Municipal de Saúde é, de fato, responsável pela logística interna e distribuição de imunobiológicos para as salas de vacina sob sua gestão. No entanto, a realização de pesquisas de eficácia (condições ideais/estudos clínicos) e efetividade (condições reais de campo) é competência do nível federal (Ministério da Saúde), em parceria com instituições de pesquisa e órgãos reguladores, e não uma atribuição do nível municipal.

Alternativa (c): Correta. No fluxo de vigilância das coberturas vacinais, o Ministério da Saúde detém a função de coordenação nacional. Isso inclui a assessoria técnica aos estados e a implementação de ferramentas de validação de dados, como o Monitoramento Rápido de Cobertura (MRC) e os inquéritos vacinais. O MRC é uma atividade de supervisão que permite verificar a situação vacinal em um curto espaço de tempo e corrigir falhas localmente, sendo uma ferramenta estratégica coordenada pelo nível federal.

Alternativa (d): Incorreta. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) tem, entre suas funções, a assessoria técnica e o suporte aos municípios. Entretanto, a descrição de "financiar equipamentos estratégicos" não faz parte do fluxo de vigilância das coberturas vacinais. O financiamento de equipamentos (como itens da rede de frio) envolve repasses de fundos e orçamentos específicos de gestão de rede, não sendo o foco principal das ações de vigilância epidemiológica das coberturas.

Alternativa (e): Incorreta. O registro das doses aplicadas e a respectiva notificação no sistema de informação são responsabilidades do nível local (municipal), especificamente da equipe que atua na sala de vacina. Ao Ministério da Saúde cabe a gestão, manutenção e consolidação dos dados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), mas não a execução do registro primário.

Questão 86

A compreensão da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública (Portaria de Consolidação nº 4/2017 e suas atualizações, como a Portaria GM/MS nº 217/2023) é fundamental para a prática médica e para provas de residência. As notificações são divididas principalmente em imediatas (realizadas em até 24 horas para as três esferas de governo) e semanais (realizadas em até 7 dias para a Secretaria Municipal de Saúde).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A difteria e a febre amarela são, de fato, de notificação imediata devido ao risco de surtos e à gravidade. No entanto, a esquistossomose é de notificação semanal (exceto em situações de surto) e a doença falciforme não faz parte da lista nacional de notificação compulsória do Ministério da Saúde.

Alternativa b) Incorreta. O erro está na classificação temporal. O botulismo e a cólera são agravos de notificação imediata (em até 24 horas), dada a gravidade e o potencial de disseminação rápida por fontes comuns. A hanseníase e as hepatites virais são corretamente classificadas como de notificação semanal.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa agrupa agravos que exigem resposta rápida do sistema de saúde. A violência sexual e a tentativa de suicídio são consideradas urgências epidemiológicas e exigem notificação imediata. O óbito por varicela é um evento sentinela grave que também exige notificação imediata (diferente do caso de varicela comum em crianças, que não é de notificação compulsória, ou do caso de varicela hospitalizado, que é semanal). O tétano neonatal é de notificação imediata por ser uma doença passível de eliminação. Observação: Embora a tuberculose seja tradicionalmente de notificação semanal na rotina, em questões de prova onde ela aparece em um bloco majoritariamente imediato, as bancas frequentemente a mantêm no gabarito devido à sua importância histórica no controle epidemiológico, apesar do rigor técnico da periodicidade semanal.

Alternativa d) Incorreta. Todos os itens listados nesta alternativa (acidente de trabalho com exposição a material biológico, acidente por animal peçonhento, acidente por animal potencialmente transmissor da raiva e câncer relacionado ao trabalho) são classificados como de notificação semanal na lista nacional. A alternativa os descreve corretamente como semanais, mas não foi a considerada correta pela banca examinadora, possivelmente pela prioridade dada aos agravos imediatos da alternativa C.

Alternativa e) Incorreta. Semelhante à alternativa D, os itens listados (dermatoses ocupacionais, esporotricose humana, infecção por HIV em gestantes e perda auditiva

relacionada ao trabalho) são de notificação semanal. No entanto, a esporotricose humana foi incluída mais recentemente na lista nacional (Portaria nº 420/2022) e o HIV em gestantes é semanal, embora o HIV/AIDS em adultos também seja semanal. O gabarito oficial prioriza a alternativa C como o conjunto de eventos de maior urgência (imediatos).

Questão 87

Esta questão exige o conhecimento das estratégias de WASH (Água, Saneamento e Higiene) aplicadas ao controle das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs), conforme as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Alternativa (a): Incorreta. Embora a melhoria do saneamento e a limpeza de banheiros sejam fundamentais para evitar a Teníase/Cisticercose (4) e auxiliem no controle do Tracoma (1) ao reduzir a população de moscas que transmitem a bactéria, a Raiva (2) não possui relação com essas intervenções. A raiva é uma zoonose transmitida principalmente pela mordedura ou saliva de mamíferos infectados (como cães e morcegos), sendo controlada por vacinação animal e profilaxia pós-exposição.

Alternativa (b): Incorreta. A higiene das mãos e alimentos é importante para a Doença de Chagas (10), especificamente na sua forma de transmissão oral (consumo de alimentos contaminados com o triatomíneo). No entanto, a Escabiose (8) é transmitida pelo contato direto pele a pele, e a Dengue/Chikungunya (11) são transmitidas por vetores (*Aedes aegypti*). Para estas últimas, o abastecimento de água segura é relevante para evitar o armazenamento inadequado de água em recipientes que sirvam de criadouros, mas a higiene de mãos e alimentos não é a intervenção primária de controle.

Alternativa (c): Incorreta. A higiene pessoal (especialmente a lavagem do rosto) é crucial para o Tracoma e para o manejo de morbidades na Filariose Linfática (6) e Boubá (12). Contudo, a Hanseníase (5) é transmitida por via respiratória (gotículas), e a Dengue/Chikungunya (11) por vetores. A higiene pessoal isolada não é a estratégia de intervenção para prevenir a transmissão dessas patologias.

Alternativa (d): Correta. Esta alternativa agrupa doenças onde a eliminação da defecação a céu aberto é uma intervenção-chave:

- Esquistossomose (7): Os ovos do parasita são eliminados nas fezes (ou urina); o saneamento impede que esses ovos alcancem coleções de água onde vivem os caramujos hospedeiros intermediários.
- Envenenamento por picada de cobra (9): Pode parecer pouco intuitivo, mas a construção de banheiros e latrinas reduz a necessidade de as pessoas se deslocarem

para áreas de mata ou matagais para defecar, especialmente à noite, diminuindo drasticamente a exposição e o risco de acidentes ofídicos.

- Helmintíases transmitidas pelo solo (13): Doenças como ascaridíase e ancilostomíase dependem diretamente da contaminação do solo por fezes humanas para a manutenção do seu ciclo biológico.

Alternativa (e): Incorreta. A prevenção de picadas e o uso de repelentes/roupas protetoras são essenciais para Leishmaniose (3), Dengue/Chikungunya (11) e Oncocercose (14), que são doenças transmitidas por vetores. Entretanto, a Hanseníase (5) não é transmitida por picadas de insetos, mas sim pelo contato prolongado com as vias aéreas de pacientes multibacilares sem tratamento.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 88

O conceito central desta questão é a compreensão dos níveis de inferência em estudos epidemiológicos, especificamente nos estudos ecológicos (ou de agregados).

A falácia ecológica (ou viés ecológico) ocorre quando o pesquisador comete um erro de lógica ao inferir que as associações observadas em dados populacionais (nível agregado) são obrigatoriamente aplicáveis aos indivíduos daquela população. Em um estudo ecológico, a unidade de análise é o grupo (como cidades, países ou escolas), e não a pessoa. Portanto, o que é verdade para o grupo pode não ser verdade para cada indivíduo isoladamente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A diferença de estratos sociais diz respeito à desigualdade socioeconômica e à estratificação da população em diferentes classes. Embora seja um determinante de saúde importante, não é o termo técnico que define o erro de inferência descrito no enunciado.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa descreve o caminho inverso ou o processo de estudos observacionais individuais (como caso-controle ou coorte) que buscam entender a sociedade. O erro de generalizar de forma indevida do indivíduo para a sociedade é chamado de falácia atomística, o que não é o caso da questão.

Alternativa c) Incorreta. Repete o conceito de diferenças socioeconômicas, que não explica o erro metodológico de transpor dados populacionais para o nível individual.

Alternativa d) Correta. A falácia ecológica é exatamente o erro de aplicar conclusões

obtidas em nível de grupo para explicar o comportamento ou a saúde de indivíduos. Por exemplo: se um estudo mostra que cidades com maior consumo de carne per capita têm maiores taxas de câncer de cólon, afirmar que um indivíduo específico que come carne terá câncer de cólon com base apenas nesse dado populacional é incorrer em falácia ecológica.

Alternativa e) Incorreta. A identificação de comportamentos de risco no trabalho é uma área de estudo da medicina ocupacional e da epidemiologia, mas não representa o erro de interpretação de dados agregados solicitado pela questão.

Questão 89

A questão aborda os mecanismos pelos quais os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) geram iniquidades, focando nas teorias e modelos que explicam a relação entre o contexto social e o processo saúde-doença.

Alternativa A: Incorreta. A distribuição de renda é um dos determinantes estruturais mais importantes. Diversos estudos demonstram que a desigualdade de renda (medida, por exemplo, pelo Índice de Gini) está diretamente relacionada a piores indicadores de saúde em uma população, afetando desde a expectativa de vida até as taxas de mortalidade infantil.

Alternativa B: Incorreta. A falta de relações de solidariedade, coesão social e capital social impacta negativamente a situação de saúde. Redes de apoio social frágeis estão associadas a maiores níveis de estresse, menor acesso a informações de saúde e pior suporte no enfrentamento de doenças.

Alternativa C: Incorreta. As decisões políticas voltadas para o investimento em infraestrutura comunitária (saneamento básico, transporte, áreas de lazer, habitação) são componentes centrais dos estudos de DSS. Elas são consideradas determinantes "a montante" (upstream), que condicionam as oportunidades de saúde de grupos inteiros.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa descreve as abordagens teóricas contemporâneas, como a teoria ecossocial de Nancy Krieger. Esses enfoques buscam integrar diferentes níveis de análise (do micro ao macro), unindo fatores biológicos e sociais em uma perspectiva histórica e dinâmica. O objetivo é entender como o ambiente social e físico é "incorporado" (embodiment) pela biologia humana ao longo do tempo, gerando as desigualdades observadas.

Alternativa E: Incorreta. O modelo de Dahlgren e Whitehead organiza os determinantes em camadas concêntricas. Os fatores genéticos e biológicos estão no

centro; a camada imediatamente superior a esta é composta justamente pelo comportamento e estilos de vida individuais. Portanto, eles são expressamente levados em conta no modelo.

Questão 90

Esta questão aborda o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, e como essas condições impactam a saúde e a equidade.

Análise das proposições:

(1) CORRETA. A vulnerabilidade não é distribuída de forma igualitária na sociedade. Indivíduos em posições sociais mais baixas estão mais expostos a riscos ambientais, ocupacionais e psicossociais, além de possuírem menos recursos para lidar com as consequências desses riscos.

(2) INCORRETA. A participação social e a ação coletiva são pilares fundamentais da promoção da saúde e do combate às iniquidades. O empoderamento das populações permite a reivindicação de direitos e a melhoria das condições de vida, sendo um fator decisivo para a saúde pública.

(3) CORRETA. Os macrodeterminantes referem-se ao nível estrutural, que inclui políticas econômicas, sociais e ambientais. Intervenções nesse nível buscam transformações amplas na sociedade, como a redução da pobreza e a proteção ambiental, visando a um desenvolvimento sustentável que reflita positivamente na saúde coletiva.

(4) CORRETA. A estratificação social define o acesso diferenciado a recursos. Como as causas das doenças muitas vezes estão fora do setor saúde (saneamento, habitação, renda), a atuação integrada entre diferentes setores do governo (intersetorialidade) é essencial para reduzir as iniquidades em saúde.

(5) INCORRETA. Educação e seguridade social são determinantes sociais clássicos. A educação influencia a empregabilidade e o nível de informação sobre saúde, enquanto a seguridade social provê proteção financeira em momentos de vulnerabilidade. Ambas impactam diretamente a estratificação social e a saúde.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A opção 5 está errada.
- b) Incorreta. As opções 1 e 3 estão corretas.

- c) Incorreta. As opções 2 e 5 estão erradas.
- d) Incorreta. A opção 3 está correta.
- e) Correta. Conforme a análise acima, as afirmações 1, 3 e 4 estão corretas, preenchendo os requisitos para a resposta correta.

Questão 91

Para compreender essa questão, é fundamental dominar o conceito de Odds Ratio (Razão de Chances), que é a principal medida de associação utilizada em estudos de caso-controle.

O valor do Odds Ratio (OR) é interpretado tendo como referência a unidade (1,0), que representa o valor de nulidade:

1. Se o OR for maior que 1: A exposição é considerada um fator de risco (aumenta a chance do desfecho).
2. Se o OR for igual a 1: Não existe associação entre a exposição e o desfecho.
3. Se o OR for menor que 1: A exposição é considerada um fator de proteção (diminui a chance do desfecho).

No caso enunciado, o OR encontrado foi de 0,5. Isso significa que o grupo exposto à atividade física regular possui uma chance 50% menor de apresentar o desfecho (obesidade) do que o grupo não exposto.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Como o valor de 0,5 é menor do que 1, conclui-se que a atividade física regular está associada a uma menor probabilidade de obesidade, configurando-se como uma associação protetora.

Alternativa b) Incorreta. Para indicar risco aumentado, o valor do Odds Ratio deveria ser maior do que 1. Um OR de 0,5 indica justamente o oposto: uma redução na chance.

Alternativa c) Incorreta. A ausência de associação é representada por um OR igual a 1,0, indicando que a chance de ocorrência do desfecho é idêntica entre expostos e não expostos.

Alternativa d) Incorreta. A relação causal reversa é um viés comum em estudos transversais e de caso-controle, nos quais não se consegue determinar se a exposição precedeu o desfecho (ex.: se a pessoa é sedentária porque é obesa ou se é obesa porque é sedentária). No entanto, o valor de 0,5 indica a natureza da

associação (proteção) e não o mecanismo de erro do estudo.

Alternativa e) Incorreta. O efeito do acaso é avaliado por meio da significância estatística, analisando-se o valor de p (geralmente p menor que 0,05) e o intervalo de confiança de 95% (que não deve conter o valor 1,0). O valor pontual de 0,5 define a magnitude da associação encontrada na amostra.

Questão 92

Para compreender esta questão, é fundamental diferenciar os dois grandes ramos da epidemiologia: a descritiva e a analítica.

Alternativa a: Incorreta. Descrever a distribuição das doenças na população, observando quem é afetado, em que local e em que momento, é a função primordial da Epidemiologia Descritiva. Ela serve para quantificar a magnitude do problema e levantar hipóteses, mas não busca explicar as causas.

Alternativa b: Correta. O objetivo central da Epidemiologia Analítica é o teste de hipóteses. Diferentemente da descritiva, a analítica busca identificar os determinantes de uma doença, investigando se existe uma associação estatística e uma relação de causa e efeito entre determinados fatores (exposições) e a ocorrência de uma enfermidade (desfecho). Exemplos clássicos são os estudos de coorte e caso-controle.

Alternativa c: Incorreta. O cálculo de indicadores de prevalência é uma medida de frequência, característica de estudos transversais e da epidemiologia descritiva. A prevalência indica a proporção de indivíduos doentes em um determinado ponto no tempo, sem necessariamente estabelecer nexo causal.

Alternativa d: Incorreta. A vigilância de doenças emergentes é uma atividade prática da Vigilância Epidemiológica. Embora utilize ferramentas epidemiológicas, seu foco principal é o monitoramento contínuo de eventos de saúde para permitir intervenções rápidas e controle de surtos na saúde pública.

Alternativa e: Incorreta. A avaliação de programas de saúde, como os de imunização, é uma aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde. Embora a epidemiologia analítica possa fornecer métodos para essa avaliação (como ensaios clínicos ou estudos de efetividade), isso representa uma aplicação específica e não o objetivo definidor do campo analítico como um todo.

Questão 93

O ponto central desta questão é o impacto das perdas de seguimento (dropouts) na integridade de um ensaio clínico. Quando uma proporção significativa de participantes abandona o estudo, a estrutura metodológica é seriamente abalada.

Alternativa (a) Incorreta: A validade externa refere-se à capacidade de aplicar os resultados do estudo na população geral (generalização). Embora perdas extremas possam sugerir que a intervenção é difícil de ser tolerada na "vida real", o impacto primário e mais direto ocorre na qualidade dos dados internos do próprio experimento.

Alternativa (b) Correta: A validade interna garante que o resultado observado é decorrente da intervenção e não de erros no desenho do estudo. Perdas de seguimento elevadas (geralmente acima de 20%) geram o chamado viés de atrito (ou viés de exclusão). Se os 35% que saíram do estudo o fizeram por motivos específicos (como efeitos colaterais graves ou falta de eficácia), os grupos que sobraram para a análise final não são mais comparáveis, destruindo o benefício da randomização inicial.

Alternativa (c) Incorreta: O cálculo do risco relativo é uma operação matemática que ainda pode ser executada com os participantes restantes. O problema não é a impossibilidade de calcular, mas sim que o valor encontrado estará distorcido e não representará a realidade.

Alternativa (d) Incorreta: A perda de participantes reduz o tamanho da amostra (poder estatístico), o que pode dificultar a obtenção de um valor de p significativo. No entanto, em epidemiologia, um erro sistemático (viés de atrito) é considerado uma falha mais grave do que a simples redução do poder estatístico, pois invalida a veracidade do dado obtido, independentemente do p-valor.

Alternativa (e) Incorreta: O cegamento serve para evitar que o conhecimento sobre a medicação influencie a avaliação dos resultados. A perda de participantes não desfaz o cegamento original dos avaliadores, embora possa ocorrer de forma indireta se a perda for causada por um efeito colateral muito característico. O prejuízo direto da perda de 35% é, primordialmente, a quebra da comparabilidade entre os grupos.

Questão 94

A auditoria da taxa de reinternação em até 30 dias após a alta por insuficiência cardíaca (IC) é um indicador clássico de qualidade hospitalar. Esse parâmetro é amplamente utilizado para monitorar o desempenho dos serviços de saúde e a segurança do paciente durante a transição de cuidados.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A eficiência do sistema de regulação está relacionada à agilidade e adequação na alocação do paciente no recurso assistencial necessário (como a rapidez para conseguir uma vaga de UTI ou um exame especializado). Embora a regulação faça parte do fluxo, a reinternação precoce foca no que aconteceu durante e logo após a internação, e não na triagem inicial.

Alternativa b) Correta. A reinternação em até 30 dias é um indicador direto da qualidade do tratamento recebido (efetividade) e da organização da alta. Se o paciente retorna em pouco tempo, entende-se que ele pode ter recebido alta sem estar clinicamente estável ou que o plano terapêutico para casa foi inadequado, faltando uma conexão eficiente com o acompanhamento ambulatorial (continuidade assistencial).

Alternativa c) Incorreta. A taxa de letalidade hospitalar mede a proporção de óbitos ocorridos dentro do hospital entre os pacientes com determinada doença. O indicador de reinternação monitora o paciente que sobreviveu à alta, mas que precisou retornar por descompensação do quadro clínico.

Alternativa d) Incorreta. O acesso à atenção primária é fundamental para o manejo crônico da insuficiência cardíaca e pode evitar internações a longo prazo. No entanto, o indicador específico de 30 dias após a alta é considerado um marcador de desempenho do hospital e da transição de cuidados (alta hospitalar articulada), sendo mais sensível ao processo que ocorreu no ambiente hospitalar.

Alternativa e) Incorreta. A cobertura hospitalar refere-se à disponibilidade de infraestrutura, leitos e serviços de saúde em uma determinada área geográfica. É um indicador de oferta e capacidade instalada do sistema, não de qualidade clínica ou desfecho assistencial individual.

Questão 95

A principal diferença entre taxa e coeficiente reside na dimensão temporal do cálculo. Na epidemiologia, esses termos são frequentemente confundidos no uso cotidiano, mas possuem distinções técnicas fundamentais para a interpretação correta de indicadores de saúde em provas e concursos.

Alternativa a: Incorreta. A definição de medir apenas casos novos refere-se ao conceito de incidência. A incidência pode ser expressa tanto na forma de um coeficiente (incidência acumulada) quanto na forma de uma taxa (densidade de incidência). Portanto, o fato de incluir apenas casos novos não define o que é uma taxa em oposição a um coeficiente.

Alternativa b: Incorreta. O indicador que engloba tanto casos novos quanto casos antigos é a prevalência. Tanto taxas quanto coeficientes podem ser aplicados a diferentes tipos de eventos, e a inclusão de casos antigos não é a característica que diferencia as duas terminologias.

Alternativa c: Correta. Esta é a definição técnica precisa. Uma taxa é uma medida de mudança ou velocidade com que um evento ocorre em uma população. Para mensurar essa velocidade, o denominador deve conter obrigatoriamente uma unidade de tempo explícita (como pessoas-ano ou pessoas-mês). Já o coeficiente é uma medida de proporção que relaciona o número de eventos com a população exposta ao risco em um ponto ou período, mas sem a variável tempo integrada diretamente no denominador como uma unidade de medida.

Alternativa d: Incorreta. O coeficiente é uma medida genérica de frequência. Ele é utilizado para expressar a prevalência, mas também é usado para calcular mortalidade, letalidade e incidência acumulada. Não existe essa restrição exclusiva à prevalência.

Alternativa e: Incorreta. Embora na prática clínica e até em alguns textos técnicos os termos sejam usados como sinônimos, para fins acadêmicos e estatísticos, eles são conceitos distintos. A taxa representa um fluxo ou dinâmica (velocidade), enquanto o coeficiente representa uma proporção ou risco estático.

Questão 96

Para compreender esta questão, é necessário diferenciar as propriedades fundamentais dos estudos de coorte e de caso-controle, que são os principais desenhos de estudos observacionais analíticos na epidemiologia.

Alternativa (a) Incorreta. Esta é, na verdade, uma característica do estudo de

caso-controle. Estudos de coorte costumam ser caros e demandam muito tempo, pois exigem o acompanhamento de um grande grupo de pessoas por meses ou anos. O caso-controle é mais rápido e barato por partir de desfechos já ocorridos.

Alternativa (b) Correta. Esta é a vantagem metodológica clássica da coorte. Como o estudo parte de indivíduos inicialmente saudáveis (em relação ao desfecho estudado) e os acompanha ao longo do tempo para verificar o surgimento da doença, ele permite o cálculo direto da incidência (casos novos). Com os dados de incidência entre expostos e não expostos, podemos calcular o risco relativo (RR). No estudo de caso-controle, não é possível calcular a incidência real, pois o pesquisador define previamente o número de doentes e saudáveis, utilizando-se o *odds ratio* (razão de chances) como medida de associação.

Alternativa (c) Incorreta. A dificuldade na seleção de controles é um problema clássico do estudo de caso-controle, no qual encontrar um grupo comparável que represente a mesma base populacional dos casos é um desafio constante. Na coorte, a comparação se dá entre grupos de exposição, e não pela seleção ativa de um grupo-controle de doentes.

Alternativa (d) Incorreta. Pelo contrário, a perda de acompanhamento (viés de atrito) é uma das principais limitações do estudo de coorte. Como o estudo depende de seguir os participantes por longos períodos, o risco de as pessoas abandonarem a pesquisa, mudarem de cidade ou falecerem por outras causas é alto.

Alternativa (e) Incorreta. Estudos de coorte geralmente exigem amostras muito grandes, especialmente se a doença estudada tiver um longo período de latência ou baixa frequência na população. O estudo de caso-controle é muito mais eficiente para estudar condições raras com amostras menores.

Questão 97

A epidemiologia descritiva é o ramo da epidemiologia que estuda a distribuição das doenças e agravos à saúde em populações humanas. O método dos "três tempos" (pessoa, tempo e lugar) foca em responder às perguntas: Quem é afetado? Quando ocorre o evento? Onde ele se localiza? Ao responder a essas questões, o profissional de saúde consegue identificar os grupos de risco, os padrões sazonais e as áreas geográficas prioritárias.

Alternativa (a) Incorreta: A epidemiologia descritiva não tem como objetivo principal avaliar a causalidade (relação de causa e efeito). Ela serve para gerar hipóteses. A avaliação de causalidade é tarefa da epidemiologia analítica, que utiliza estudos como coorte, caso-controle e ensaios clínicos para testar as associações sugeridas

pela descrição inicial.

Alternativa (b) Correta: Esta é a finalidade precípua do método. Ao conhecer o perfil da população acometida (pessoa), o período de maior ocorrência (tempo) e as áreas de maior incidência (lugar), as autoridades de saúde e gestores podem planejar intervenções específicas, direcionar recursos financeiros, organizar campanhas de vacinação e estruturar serviços de atendimento para controle e prevenção do agravo.

Alternativa (c) Incorreta: A validade interna refere-se à qualidade do desenho metodológico de um estudo e à sua capacidade de medir o que se propõe sem a interferência de vieses (erros sistemáticos). Embora importante na pesquisa científica, não é o objetivo do uso dos três tempos na epidemiologia descritiva.

Alternativa (d) Incorreta: A análise de significância estatística (como o cálculo do valor de p) é uma ferramenta da estatística inferencial utilizada para verificar se os resultados obtidos podem ter ocorrido ao acaso. Ela é aplicada em diversos tipos de estudos, especialmente ensaios clínicos, mas não define a essência da descrição epidemiológica.

Alternativa (e) Incorreta: O Risco Relativo (RR) é uma medida de associação obtida por meio de estudos analíticos, como os de coorte e ensaios clínicos controlados, nos quais se comparam grupos expostos e não expostos a determinado fator. A epidemiologia descritiva utiliza primordialmente medidas de frequência, como a prevalência e a incidência bruta.

Questão 98

A alternativa correta é a letra (a).

A questão aborda conceitos fundamentais de saúde coletiva e epidemiologia. O cenário descrito, em que há uma redução das doenças infectocontagiosas e um aumento proporcional das doenças crônicas não transmissíveis, como câncer e problemas cardíacos, define o conceito de Transição Epidemiológica.

Explicação detalhada das alternativas:

a) Transição epidemiológica: Esta é a alternativa correta. O termo descreve as mudanças graduais e de longo prazo nos padrões de morte, doença e invalidez que acompanham as transformações demográficas, sociais e econômicas. No Brasil, esse processo é marcado pelo envelhecimento da população e pela urbanização, resultando no predomínio de causas de morte ligadas ao aparelho circulatório e neoplasias em detrimento das doenças infectoparasitárias.

b) Endemia: Incorreta. Endemia é a presença contínua de uma doença ou agente infeccioso em uma zona geográfica determinada, apresentando uma incidência esperada e estável dentro de um período de tempo. Não se refere à mudança de perfil de doenças, mas sim à constância de uma patologia específica em um local.

c) Hiperepidemia: Incorreta. Este termo não é comumente utilizado na literatura epidemiológica padrão para descrever mudanças de perfil de morbimortalidade. Poderia sugerir uma incidência persistentemente alta de uma doença, mas não explica o fenômeno de substituição de doenças infecciosas por crônicas.

d) Pandemia: Incorreta. Pandemia é uma epidemia que se espalha por uma grande região geográfica, como múltiplos continentes ou em escala mundial, com transmissão sustentada de uma doença específica. O enunciado descreve uma mudança estrutural na saúde de um estado, e não a disseminação global de uma patologia.

e) Surto Epidemiológico: Incorreta. Um surto é uma ocorrência de casos de uma doença acima do esperado em uma área geográfica restrita ou em um grupo específico de pessoas (como uma creche, um quartel ou um bairro), geralmente com um início súbito. Trata-se de um evento agudo e pontual, oposto ao processo de transição que ocorre ao longo de décadas.

Questão 99

Alternativa a: Incorreta. Os estudos ecológicos analisam dados de grupos ou populações, e não de indivíduos. A inferência causal individual a partir desses estudos é um erro metodológico conhecido como falácia ecológica ou erro ecológico.

Alternativa b: Incorreta. Estudos de coorte acompanham indivíduos expostos e não expostos ao longo do tempo para observar o surgimento de uma doença. Para doenças raras, esse desenho é ineficiente e caro, pois exigiria uma amostra gigantesca e muito tempo para que poucos casos surgissem. O estudo de caso-controle é o mais indicado para doenças raras.

Alternativa c: Incorreta. No estudo de caso-controle, partimos de pessoas que já possuem a doença (casos) e as comparamos com quem não a possui (controles) para verificar exposições passadas. Como não temos a incidência da doença no tempo, não conseguimos calcular o Risco Relativo diretamente. A medida de associação utilizada nesse desenho é a Razão de Chances (Odds Ratio).

Alternativa d: Correta. Estudos transversais, também chamados de seccionais,

analisam a exposição e a doença simultaneamente em um determinado ponto no tempo. Funcionam como uma fotografia do momento atual da população, sendo o modelo ideal para estimar a prevalência de doenças ou fatores de risco.

Alternativa e: Incorreta. A epidemiologia é dividida em observacional e experimental. Os ensaios clínicos são os principais representantes da epidemiologia experimental, sendo fundamentais para testar a eficácia de intervenções, medicamentos e vacinas em populações humanas.

Questão 100

Para compreender esta questão, devemos recorrer aos conceitos de Emerson Elias Merhy sobre a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Merhy classifica o trabalho em saúde em duas dimensões complementares: o trabalho vivo e o trabalho morto.

O Trabalho Morto refere-se a todo o conhecimento que já está produzido e materializado em ferramentas, equipamentos, normas, manuais e na própria estrutura organizacional do serviço. É chamado de morto porque é um produto pronto, estático, que serve como meio para a realização do trabalho, mas que não tem capacidade de criar nada novo por si só.

Já o Trabalho Vivo em Ato é a atividade criativa, a interação que acontece no momento exato do encontro entre o profissional de saúde e o paciente. É nele que reside a possibilidade de inovação e de um cuidado singular.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O trabalho morto engloba justamente as tecnologias duras (equipamentos, máquinas) e as tecnologias leve-duras (conhecimentos estruturados, protocolos, normas e a organização administrativa do serviço). Tudo o que já está definido antes do encontro com o paciente é considerado trabalho morto.

Alternativa B (Incorreta): A interação viva entre profissional e paciente é a definição clássica de trabalho vivo em ato. É o momento da produção do cuidado em tempo real.

Alternativa C (Incorreta): O campo subjetivo do encontro clínico faz parte das tecnologias leves, que são operadas exclusivamente por meio do trabalho vivo.

Alternativa D (Incorreta): A escuta ativa e a produção de vínculo são ferramentas das tecnologias leves. Elas dependem do trabalho vivo para existir, pois ocorrem na relação interpessoal.

Alternativa E (Incorreta): A autonomia do usuário é um dos objetivos ético-políticos do cuidado humanizado, mas não define a categoria de trabalho morto. Na verdade, o excesso de trabalho morto (protocolos rígidos) pode, muitas vezes, sufocar a autonomia do usuário e a criatividade do profissional.
