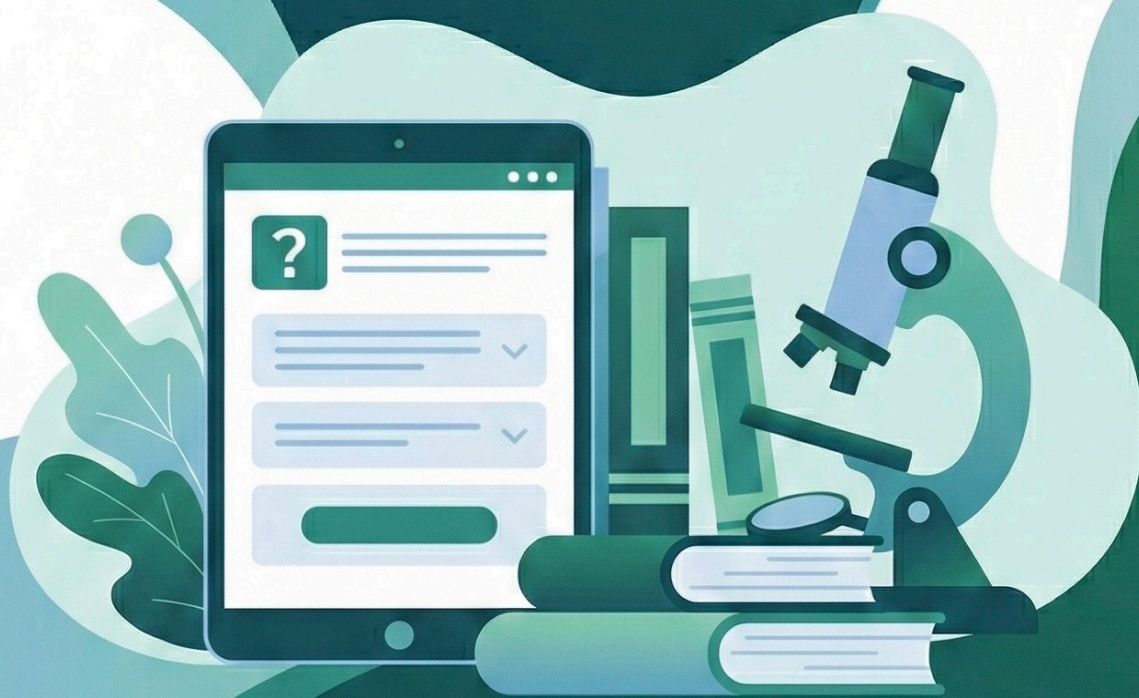




ICC prova II

GABARITO | 2026 | CE | 50 Questões



Gabarito: ICC prova II

2026 | CE

- | | |
|--------|--------|
| 1 - A | 40 - C |
| 2 - A | 41 - B |
| 3 - B | 42 - C |
| 4 - B | 43 - C |
| 5 - D | 44 - A |
| 6 - A | 45 - C |
| 7 - B | 46 - D |
| 8 - D | 47 - A |
| 9 - A | 48 - C |
| 10 - A | 49 - B |
| 11 - D | 50 - B |
| 12 - D | |
| 13 - D | |
| 14 - A | |
| 15 - D | |
| 16 - D | |
| 17 - D | |
| 18 - B | |
| 19 - D | |
| 20 - B | |
| 21 - D | |
| 22 - D | |
| 23 - A | |
| 24 - A | |
| 25 - D | |
| 26 - B | |
| 27 - B | |
| 28 - D | |
| 29 - D | |
| 30 - A | |
| 31 - A | |
| 32 - A | |
| 33 - A | |
| 34 - D | |
| 35 - A | |
| 36 - C | |
| 37 - D | |
| 38 - A | |
| 39 - A | |

Comentários e Explicações

Questão 1

Esta questão aborda a História da Saúde Pública no Brasil, especificamente as ações tomadas durante o período joanino (após a chegada da família real em 1808).

Alternativa a: Correta. Em 1811, Dom João VI criou a Junta Vacínica da Corte, no Rio de Janeiro. A iniciativa tinha como objetivo institucionalizar e expandir a vacinação contra a varíola (método de Jenner) na colônia. O regente tinha um interesse pessoal e familiar na causa, visto que a doença havia vitimado seus irmãos e seu filho primogênito. A Junta foi um marco inicial nas políticas de imunização no país.

Alternativa b: Incorreta. Embora tenham existido órgãos de fiscalização sanitária (como a Fisicatura-Mor), a nomenclatura "Instituto de Saúde Pública" remete a modelos de administração sanitária muito mais modernos e centralizados, que não correspondiam à estrutura administrativa de 1811.

Alternativa c: Incorreta. A Academia Imperial de Medicina tem suas origens na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que foi fundada apenas em 1829, durante o Primeiro Reinado (governo de Dom Pedro I), e não em 1811.

Alternativa d: Incorreta. O saneamento estruturado como serviço público nacional é um conceito que se desenvolveu bem mais tarde. As grandes reformas de saneamento e a criação de serviços específicos nessa área ganharam força apenas na virada do século XIX para o XX, destacadamente com as ações de Oswaldo Cruz e as reformas urbanas na República Velha.

Questão 2

CONTEXTO HISTÓRICO

A discussão sobre a transmissão da febre amarela no final do século XIX e início do século XX dividia a comunidade científica. A teoria miasmática acreditava que a doença surgia de gases emanados de matéria orgânica podre. Para refutar essa ideia e comprovar a tese de Carlos Finlay de que o mosquito *Aedes aegypti* era o vetor, Emílio Ribas e Adolfo Lutz realizaram um experimento rigoroso em 1903, no Hospital de Isolamento de São Paulo (hoje Instituto Emílio Ribas). Eles se deixaram picar por mosquitos infectados e, paralelamente, outros voluntários dormiram em camas com roupas sujas de pacientes com febre amarela para provar que a doença não era contagiosa nem causada por miasmas, mas sim transmitida pelo vetor.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Correta. Emílio Ribas, então diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, e Adolfo Lutz, diretor do Instituto Bacteriológico, foram os médicos que se submeteram voluntariamente ao experimento. O sucesso desse teste foi crucial para que as políticas de saúde pública passassem a focar na eliminação dos focos do mosquito, abandonando as práticas ineficazes de desinfecção de roupas e objetos.

Alternativa (b) Incorreta. Embora Oswaldo Cruz tenha sido o grande ícone do saneamento no Brasil e tenha implementado as brigadas "mata-mosquitos" no Rio de Janeiro com base na teoria vetorial, ele não foi um dos médicos que realizou o experimento de autoinoculação ao lado de Lutz em São Paulo.

Alternativa (c) Incorreta. Carlos Chagas é mundialmente reconhecido pela descoberta do ciclo completo da tripanossomíase americana (Doença de Chagas). Vital Brazil é o patrono da toxinologia no Brasil, famoso por desenvolver soros antiofídicos específicos e fundar o Instituto Butantan. Nenhum dos dois participou do experimento específico sobre a transmissão da febre amarela mencionado no enunciado.

Alternativa (d) Incorreta. Emílio Ribas de fato participou do experimento, mas seu parceiro principal nessa ação foi Adolfo Lutz. Vital Brazil, como mencionado anteriormente, focou sua carreira no estudo de venenos de animais peçonhentos e imunobiológicos.

Questão 3

O modelo de Leavell e Clark divide os níveis de prevenção de acordo com a história natural da doença. A Prevenção Primária ocorre antes de o processo patológico se iniciar (período de pré-patogênese) e tem como objetivo remover causas e fatores de risco de um problema de saúde antes que a doença ocorra. Ela é subdividida em dois subníveis: Promoção da Saúde e Proteção Específica.

1. Promoção da Saúde: Consiste em medidas gerais destinadas a melhorar o bem-estar geral e a resistência do hospedeiro, sem foco em uma doença em particular. São exemplos: educação em saúde, boa nutrição, habitação adequada, condições de lazer e saneamento básico.

2. Proteção Específica: São medidas direcionadas a prevenir uma doença ou grupo de doenças específicas. São exemplos: imunizações, quimioprofilaxia, uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e segurança no trabalho.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A imunização é o exemplo mais clássico de Prevenção Primária, porém ela se enquadra no subnível de Proteção Específica, pois visa proteger o indivíduo contra agentes patogênicos determinados (como o vírus da gripe ou a bactéria do tétano).

Alternativa b) Correta. O saneamento básico é uma medida de Promoção da Saúde dentro da Prevenção Primária. Ele atua de forma ampla, melhorando a qualidade de vida e o ambiente de forma geral, o que reduz a vulnerabilidade da população a diversas doenças simultaneamente, não se restringindo ao combate de um único agente específico.

Alternativa c) Incorreta. A proteção contra acidentes (como o uso de cintos de segurança, capacetes ou telas em janelas) é considerada Proteção Específica, pois são barreiras ou comportamentos desenhados para evitar um agravo específico (o trauma por acidente).

Alternativa d) Incorreta. O aconselhamento genético também é classificado como Proteção Específica. Ele é realizado para identificar e prevenir a ocorrência de doenças genéticas específicas em descendentes, sendo uma intervenção direcionada a riscos biológicos particulares.

Questão 4

A expectativa de vida ao nascer é um indicador sintético fundamental em saúde pública e demografia, pois reflete as condições gerais de vida, saneamento, nutrição e a eficácia do sistema de saúde de uma nação. Ela representa a média de anos que um grupo de recém-nascidos viveria se as taxas de mortalidade específicas por idade observadas no ano de seu nascimento permanecessem constantes.

Alternativa a) Incorreta. Embora os Estados Unidos sejam a maior economia do mundo e possuam tecnologia médica de ponta, o país não lidera o ranking de expectativa de vida. Nos últimos anos, os EUA têm enfrentado uma estagnação e até declínios pontuais nesse indicador devido a fatores como a crise de sobredosagem por opioides, altos índices de obesidade, violência por armas de fogo e desigualdades persistentes no acesso aos cuidados de saúde.

Alternativa b) Correta. O Japão é reconhecido mundialmente por possuir uma das maiores expectativas de vida ao nascer do planeta. Esse fenômeno é multifatorial, envolvendo um sistema de saúde universal eficiente com foco em medicina preventiva e controle de doenças crônicas (como a hipertensão), uma dieta tradicional equilibrada e de baixa densidade calórica, além de fatores socioculturais que incentivam o envelhecimento ativo e a manutenção de laços comunitários.

Alternativa c) Incorreta. A Finlândia, assim como outros países nórdicos, apresenta indicadores de bem-estar social exemplares e uma alta expectativa de vida. No entanto, quando comparada diretamente ao Japão em séries estatísticas globais (como as da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial), a longevidade média da população japonesa ainda se mantém superior.

Alternativa d) Incorreta. A África do Sul apresenta a menor expectativa de vida entre as alternativas citadas. O país enfrenta desafios epidemiológicos severos, incluindo a alta prevalência de doenças infecciosas, com destaque para a epidemia de HIV/AIDS e tuberculose, além de altas taxas de mortalidade por causas externas e doenças relacionadas à desigualdade socioeconômica.

Portanto, entre as opções apresentadas, o Japão é o país que exibe a maior expectativa de vida ao nascer atualmente.

Questão 5

A filariose linfática, comumente chamada de elefantíase no Brasil, é uma doença parasitária causada pelo nematódeo *Wuchereria bancrofti*. A transmissão ocorre por meio da picada de mosquitos infectados com larvas do parasita. Abaixo, analisamos cada alternativa com base nos vetores das principais doenças tropicais:

Alternativa a) Incorreta. Os anofelíneos (mosquitos do gênero *Anopheles*) são os vetores biológicos da malária, transmitindo os protozoários do gênero *Plasmodium*. Embora, em algumas regiões do mundo, certas espécies de *Anopheles* possam transmitir a filariose, no contexto epidemiológico e acadêmico padrão das provas, eles são associados estritamente à malária.

Alternativa b) Incorreta. Os triatomíneos são insetos hemípteros conhecidos popularmente como barbeiros. Eles são os vetores do *Trypanosoma cruzi*, o agente causador da Doença de Chagas. A transmissão não ocorre pela picada, mas pelas fezes contaminadas do inseto.

Alternativa c) Incorreta. Os flebótomos, conhecidos como mosquito-palha, birigui ou cangalhinha, pertencem à subfamília Phlebotominae. Eles são os vetores das leishmanioses (tanto a cutânea/tegumentar quanto a visceral).

Alternativa d) Correta. Os culicíneos representam o grupo que inclui o gênero *Culex*. No Brasil, o principal vetor da filariose linfática é o *Culex quinquefasciatus* (o pernilongo comum ou muriçoca). Este mosquito, de hábitos noturnos e domésticos, ingere as microfilárias presentes no sangue de uma pessoa infectada e,

após um período de desenvolvimento do parasita em seu organismo, transmite as larvas infectantes a outro indivíduo durante o repasto sanguíneo. Por ser o grupo taxonômico que engloba o gênero *Culex*, a alternativa culicíneos é a resposta correta.

Questão 6

Esta questão exige o conhecimento sobre uma doença infecciosa emergente e sua etiologia específica. O enunciado descreve as características clássicas da melioidose, permitindo a correta identificação do patógeno e do perfil epidemiológico.

Alternativa A (Correta): A melioidose é causada pelo bacilo gram-negativo *Burkholderia pseudomallei*. Esta bactéria habita o solo e a água superficial em regiões tropicais. A transmissão ocorre por inoculação percutânea (contato com solo e água contaminados), ingestão ou inalação. No Brasil, o estado do Ceará é uma área conhecida por casos esporádicos e surtos. Devido à sua alta virulência, facilidade de disseminação laboratorial e potencial de gravidade (sepse), é classificada como um agente de bioterrorismo em potencial.

Alternativa B (Incorreta): A doença de Lyme é causada por espiroquetas do complexo *Borrelia burgdorferi*. A transmissão não ocorre por contato direto com solo ou água, mas sim pela picada de carrapatos do gênero *Ixodes*. É uma condição comum no Hemisfério Norte (EUA e Europa), apresentando manifestações como o eritema crônico migratório, artrite e alterações neurológicas.

Alternativa C (Incorreta): A doença de Fabry não é uma doença infecciosa. Trata-se de uma doença genética rara, de herança ligada ao cromossomo X, caracterizada pela deficiência da enzima alfa-galactosidase A. Isso leva ao acúmulo de glicosíngolipídeos nos tecidos, resultando em dor em extremidades, lesões de pele (angioceratomas), insuficiência renal e problemas cardíacos.

Alternativa D (Incorreta): A síndrome de Alport também é uma condição genética e não infecciosa. Ela é causada por mutações nos genes que codificam as cadeias do colágeno tipo IV, componente essencial das membranas basais. Clinicamente, manifesta-se por hematúria progressiva, perda auditiva sensorineural e alterações oculares, evoluindo frequentemente para doença renal crônica terminal.

Questão 7

A alternativa correta é a (b) vaginose bacteriana.

Explicação detalhada:

A descrição apresentada no enunciado é clássica para a vaginose bacteriana (VB). Esta condição não é considerada uma infecção no sentido estrito, mas sim uma disbiose, ou seja, um desequilíbrio da microbiota vaginal. Nela, ocorre uma redução drástica da população de lactobacilos (produtores de peróxido de hidrogênio que mantêm o pH ácido) e um supercrescimento de bactérias anaeróbias, como *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* sp. e *Atopobium vaginae*.

A característica do odor fétido (semelhante a peixe podre) deve-se à produção de aminas voláteis (putrescina, cadaverina e trimetilamina) pelas bactérias anaeróbias. Essas aminas são liberadas quando o pH vaginal se torna mais alcalino, o que explica por que o odor se acentua após o coito (devido ao sêmen, que é alcalino) ou após a menstruação (devido ao sangue). Do ponto de vista clínico, a VB é o principal fator de risco evitável para o parto prematuro e está fortemente associada à ruptura prematura de membranas, além de facilitar a porta de entrada para ISTs como HIV e HPV.

Análise das alternativas incorretas:

a) Candidíase vulvovaginal: É uma infecção fúngica (geralmente por *Candida albicans*) que se manifesta tipicamente com prurido intenso e corrimento branco, aderente e em grumos (aspecto de leite coalhado). Diferente da vaginose, o pH na candidíase costuma estar ácido (menor que 4,5) e não há odor fétido característico.

c) Atrofia vaginal: Ocorre principalmente em mulheres no climatério ou pós-menopausa devido à deficiência de estrogênio. Leva ao afinamento do epitélio vaginal, secura, dispareunia (dor na relação) e pode causar sangramentos genitais, mas não é primariamente uma disbiose associada a odor fétido por alcalinidade ou complicações obstétricas agudas da mesma forma que a VB.

d) Tricomoniase: É uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Embora apresente corrimento com odor fétido e pH elevado, clinicamente se caracteriza por um corrimento amarelo-esverdeado, bolhoso, acompanhado de inflamação importante da mucosa vaginal e do colo uterino (aspecto de colo em framboesa ou morango), o que a diferencia da vaginose, que é uma condição não inflamatória. Além disso, o enunciado enfatiza o "desequilíbrio da microbiota", termo que define melhor a vaginose do que uma infecção por protozoário.

Questão 8

A raiva humana é uma das doenças infecciosas mais letais conhecidas pela medicina, com taxa de mortalidade de quase 100%. Historicamente, a sobrevivência só era possível através da profilaxia pós-exposição (vacina e soro) antes do surgimento dos sintomas. O caso citado na questão refere-se a Jeanna Giese, uma adolescente que, em 2004, tornou-se a primeira pessoa no mundo a sobreviver à raiva clínica sem ter recebido imunização prévia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O nome Denver é associado na medicina a outros contextos, como o Teste de Screening de Desenvolvimento de Denver (usado na pediatria) ou aos Critérios de Denver para trauma vascular cervical, não tendo relação com o tratamento da raiva.

Alternativa b) Incorreta. Embora Atlanta seja a sede do CDC (Centers for Disease Control and Prevention), órgão que coordena as diretrizes de vigilância da raiva nos Estados Unidos, o protocolo terapêutico desenvolvido para o caso de 2004 não leva o nome desta cidade.

Alternativa c) Incorreta. Não existe na literatura médica internacional um protocolo denominado Houston voltado para a cura da raiva humana.

Alternativa d) Correta. O Protocolo de Milwaukee foi idealizado pelo Dr. Rodney Willoughby Jr. no Children's Hospital of Wisconsin, em Milwaukee. A base do tratamento consistiu na indução de um coma terapêutico profundo (utilizando drogas como cetamina e midazolam) e no uso de antivirais (como a ribavirina e amantadina). A premissa era "desligar" o cérebro para protegê-lo dos danos causados pelo vírus, permitindo que o sistema imunológico do próprio paciente tivesse tempo para produzir anticorpos e eliminar a infecção. No Brasil, uma versão modificada deste tratamento é conhecida como Protocolo de Recife. Cabe ressaltar que, apesar do marco histórico, a eficácia do protocolo é alvo de debates, já que a taxa de sucesso em tentativas posteriores ao redor do mundo permanece muito baixa.

Questão 9

A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento técnico-político iniciado na década de 1970, que buscava profundas mudanças na gestão e no conceito de saúde no Brasil. O movimento culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988.

Alternativa (a): Correta. A democratização da saúde é a base fundamental da Reforma Sanitária. Ela se traduz no entendimento de que a saúde é um direito de cidadania e não um privilégio de quem contribui para a previdência social. Além disso, envolve a democratização da gestão, garantindo que a população participe das decisões e fiscalização do sistema através de conselhos e conferências de saúde.

Alternativa (b): Incorreta. A Reforma Sanitária criticava o modelo vigente na época (INAMPS), que era focado na compra de serviços do setor privado. O movimento defendia o fortalecimento do setor público e a redução da dependência estatal em relação às empresas privadas de saúde, visando um sistema majoritariamente estatal e gratuito.

Alternativa (c): Incorreta. O conceito estabelecido pela Reforma e posteriormente pelo SUS é exatamente o oposto: o setor privado é que pode participar do sistema de forma complementar, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, sempre que as unidades públicas não forem suficientes para atender à demanda da população.

Alternativa (d): Incorreta. A Reforma Sanitária lutava contra a centralização. Um dos princípios fundamentais herdados do movimento é a descentralização, com ênfase na municipalização. O objetivo era transferir responsabilidades e poder decisório para os municípios, aproximando a gestão das necessidades locais e facilitando o controle social.

Questão 10

Texto Original:

Os clorofluorcarbonos (CFCs) são compostos sintéticos que apresentam alta estabilidade na baixa atmosfera, o que permite que eles alcancem a estratosfera, onde a camada de ozônio está localizada. Do ponto de vista médico e ambiental, o entendimento dessa interação é fundamental devido aos impactos na saúde humana.

Alternativa a: Está correta. Ao atingirem a estratosfera, as moléculas de CFC são decompostas pela radiação ultravioleta (UV), liberando átomos de cloro. O cloro atua como um catalisador na destruição do ozônio (O₃), transformando-o em oxigênio molecular (O₂). Uma única molécula de cloro pode destruir milhares de moléculas de ozônio, reduzindo a espessura dessa camada protetora. Isso resulta em maior incidência de raios UV-B na superfície terrestre, o que está diretamente ligado ao aumento de casos de câncer de pele (melanoma e carcinomas), catarata e supressão do sistema imunológico.

Alternativa b: Está incorreta. Os CFCs diminuem a densidade da camada de ozônio

através de sua destruição. Quanto menor a densidade dessa camada, menor é a eficácia da proteção contra a radiação ultravioleta.

Alternativa c: Está incorreta. Os CFCs não reforçam a camada e não possuem propriedades filtrantes. O ozônio é que desempenha o papel de filtro natural. Os CFCs são agentes degradantes desse filtro.

Alternativa d: Está incorreta. O uso de CFCs é considerado nocivo e deletério. Devido ao seu impacto negativo comprovado, acordos internacionais como o Protocolo de Montreal foram estabelecidos para banir ou reduzir drasticamente sua produção e uso em todo o mundo.

Questão 11

O paciente em questão apresenta Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), com fração de ejeção de 30% e sintomas persistentes (classe funcional II da NYHA), mesmo após a estabilização clínica e o uso de dois pilares fundamentais: um inibidor da enzima conversora de angiotensina (enalapril) e um betabloqueador (carvedilol).

Segundo as diretrizes atuais (AHA/ACC 2022 e SBC 2021), o tratamento medicamentoso da ICFER que reduz a mortalidade é composto por quatro pilares farmacológicos:

1. Inibidor do sistema renina-angiotensina (IECA, BRA ou, preferencialmente, o INRA — sacubitril/valsartana).
2. Betabloqueador (carvedilol, bisoprolol ou succinato de metoprolol).
3. Antagonista do receptor mineralocorticoide (espironolactona).
4. Inibidores do SGLT2 (dapagliflozina ou empagliflozina).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A substituição do enalapril pelo sacubitril/valsartana (INRA) é recomendada para pacientes que permanecem sintomáticos para reduzir ainda mais a mortalidade e a hospitalização. Embora seja uma conduta correta no manejo crônico, em termos de sequência terapêutica e prioridade em questões de prova para pacientes com fração de ejeção inferior a 35%, a introdução da espironolactona é frequentemente tratada como o passo adicional imediato para completar a terapia tripla clássica antes da transição para os novos fármacos ou em conjunto com eles.

Alternativa B (Incorreta): Os inibidores do SGLT2 (dapagliflozina e empagliflozina) são, de fato, o quarto pilar do tratamento e devem ser iniciados. Contudo, em um cenário de escalonamento terapêutico em que o paciente já usa IECA e

betabloqueador, a espironolactona (alternativa D) possui evidência de redução de mortalidade muito robusta e consolidada há mais tempo para pacientes com esse perfil de fração de ejeção (estudo RALES), sendo tradicionalmente o próximo passo na conduta adicional.

Alternativa C (Incorreta): Tanto o carvedilol quanto o bisoprolol são betabloqueadores de primeira linha com eficácia comprovada na redução de mortalidade na ICFER. A troca de um pelo outro não traz benefício adicional em sobrevivência, sendo indicada apenas em casos de intolerância específica ou necessidade de ajuste de perfil hemodinâmico.

Alternativa D (Correta): A introdução da espironolactona é a conduta adicional mais indicada. De acordo com as diretrizes, para pacientes com ICFER sintomáticos (NYHA II-IV) e fração de ejeção menor ou igual a 35%, a adição de um antagonista do receptor mineralocorticoide é obrigatória (desde que a função renal e os níveis de potássio estejam adequados). Essa droga reduz significativamente a mortalidade global, a morte súbita e a necessidade de internação, completando o que historicamente se conhece como o "tripé" fundamental do tratamento antes da expansão para o quarteto terapêutico atual.

Gabarito: Letra D.

Questão 12

ESTRUTURA DA QUESTÃO E CONTEXTO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clássico de Infecção Latente por Tuberculose (ILTb). Ela é uma profissional de saúde (exposição ocupacional) que teve contato com um caso de TB bacífera. O teste de PPD (ou Teste Tuberculínico - TT) resultou em 12 mm, o que é considerado positivo (ponto de corte ≥ 5 mm para contatos recentes e profissionais de saúde). Como ela está assintomática e o exame de imagem de tórax é normal, a doença ativa está excluída, restando o diagnóstico de ILTB.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): O uso de isoniazida isolada por 6 a 9 meses foi, durante muito tempo, o tratamento padrão para ILTB no Brasil. Embora ainda seja uma opção válida em cenários específicos, não é mais considerada a conduta "mais adequada" ou preferencial em provas de residência atuais quando comparada a esquemas mais curtos, devido ao longo tempo de tratamento e menor taxa de adesão.

Alternativa B (Incorreta): O acompanhamento clínico isolado não é indicado para contatos com PPD positivo e alto risco de adoecimento, como profissionais de saúde

expostos. O objetivo do tratamento da ILTB é justamente evitar a progressão para a forma ativa da doença, que tem maior morbimortalidade e potencial de transmissão.

Alternativa C (Incorreta): O GeneXpert (Teste Rápido Molecular para Tuberculose) é indicado para o diagnóstico de tuberculose DOENÇA (ativa). Ele é realizado em amostras de escarro ou outros materiais biológicos de pacientes sintomáticos. Como a paciente está assintomática e com raio X normal, não há material para coleta nem indicação para esse exame, pois o diagnóstico de infecção latente é clínico-epidemiológico e imunológico (PPD ou IGRA).

Alternativa D (Correta): O esquema de isoniazida + rifapentina por 12 semanas (conhecido como esquema 3HP) é atualmente o tratamento preferencial para ILTB em pacientes acima de 2 anos, sem comorbidades graves e sem contraindicações específicas (como gravidez). Ele consiste em doses semanais administradas por 3 meses (total de 12 doses). Suas principais vantagens são o menor tempo de tratamento, menor toxicidade hepática e maior taxa de adesão em comparação aos esquemas tradicionais de 6 ou 9 meses de isoniazida. No Brasil, o Ministério da Saúde incorporou e prioriza este esquema para contatos e grupos de risco.

RESUMO DA CONDUTA:

Identificou-se ILTB (PPD \geq 5 mm + raio X normal + assintomático) -> Indicar tratamento -> Escolher esquema preferencial (3HP: isoniazida + rifapentina por 12 semanas).

Questão 13

Para entender essa questão, devemos revisar os princípios gerais de imunização em pacientes que vivem com HIV. O ponto central é a distinção entre vacinas de agentes inativados e vacinas de agentes vivos atenuados.

1. Regra Geral para Pacientes HIV+:

- Vacinas inativadas ou recombinantes: Podem ser administradas em qualquer estágio da doença, independentemente da contagem de linfócitos T CD4+, embora a resposta imune possa ser menor em pacientes com imunossupressão grave.
- Vacinas de agentes vivos atenuados: São, em geral, contraindicadas para pacientes com imunossupressão grave (contagem de CD4 menor do que 200 células/mm³ ou percentual de CD4 menor do que 15%). Quando o CD4 está acima de 200 células/mm³ e a carga viral está controlada, como no caso do paciente (CD4 = 650), muitas dessas vacinas podem ser administradas com cautela se houver indicação clínica.

2. Análise das Alternativas:

a) HPV nonavalente: Incorreta. É uma vacina recombinante (inativada). Segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e manuais internacionais, é recomendada para pacientes que vivem com HIV até os 45 anos de idade, independentemente da contagem de CD4.

b) Varicela atenuada: Incorreta. Trata-se de uma vacina de vírus vivos atenuados. Embora exija cautela em pacientes HIV+, ela é indicada para indivíduos suscetíveis que apresentem CD4 maior do que 200 células/mm³. Como o paciente tem CD4 de 650, ela não seria estritamente contraindicada pelos critérios imunológicos.

c) Hepatite B recombinante: Incorreta. É uma vacina inativada (proteína de superfície recombinante). É obrigatória e prioritária na atualização vacinal de qualquer paciente HIV-positivo para prevenir a coinfeção e complicações hepáticas.

d) Tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola): Alternativa Correta (conforme o gabarito). Assim como a vacina da varicela, a tríplice viral é composta por vírus vivos atenuados. De acordo com as normas técnicas, ela é contraindicada apenas em casos de imunodeficiência grave (CD4 menor do que 200).

Observação Acadêmica:

Existe uma aparente contradição nesta questão: se o paciente tem CD4 de 650 células/mm³ e carga viral indetectável, ele não apresenta imunossupressão grave e, tecnicamente, poderia receber a vacina tríplice viral (bem como a da varicela) se houvesse necessidade epidemiológica. No entanto, em provas de residência, o examinador frequentemente utiliza questões sobre HIV para testar o conhecimento de que vacinas de vírus vivos (como a tríplice viral e a da varicela) são as que carregam o risco de replicação viral descontrolada no hospedeiro e são os alvos principais de contraindicação em contextos de HIV. Entre as opções apresentadas, as letras (a) e (c) são inquestionavelmente seguras, enquanto (b) e (d) representam vacinas de vírus vivos. O gabarito aponta a letra (d) como a resposta esperada, focando na natureza atenuada dos componentes da vacina.

Questão 14

O quadro clínico apresentado aponta diretamente para uma Leucemia Mieloide Aguda (LMA). Os principais sinais são a pancitopenia funcional (anemia, plaquetopenia e febre por neutropenia) associada à presença de blastos no sangue periférico. O detalhe fundamental que define a conduta é a presença de bastonetes de Auer no esfregaço, estruturas patognomônicas de linhagem mieloide.

Dentro do grupo das LMAs, a suspeita principal aqui é a Leucemia Promielocítica

Aguda (LPA ou antigo subtipo M3 da classificação FAB). Esta variante é considerada uma emergência médica devido ao alto risco de coagulação intravascular disseminada (CIVD) e hemorragias fatais, frequentemente manifestadas por sangramentos gengivais e petéquias.

Análise das alternativas:

a) Correta. O ácido trans-retinoico (ATRA) é o tratamento de escolha para a Leucemia Promielocítica Aguda. Ele atua promovendo a diferenciação dos promielócitos leucêmicos em células maduras, revertendo rapidamente a coagulopatia. A recomendação atual é iniciar o ATRA imediatamente diante da suspeita clínica e morfológica (presença de bastonetes de Auer e blastos), sem aguardar a confirmação citogenética (translocação t(15;17)), para reduzir a mortalidade precoce por sangramento.

b) Incorreta. Embora o estudo citogenético e molecular seja necessário para o diagnóstico definitivo e a tipagem HLA seja importante para um eventual transplante de medula óssea no futuro, aguardar esses resultados para iniciar o tratamento é perigoso. O paciente pode evoluir com hemorragia do sistema nervoso central ou pulmonar enquanto espera.

c) Incorreta. O uso de corticoides em altas doses é comum no tratamento de Leucemias Linfocíticas Agudas (LLA) ou para controle de hiperleucocitose extrema em outros contextos, mas não é a conduta prioritária na suspeita de LPA. Além disso, o corticoide isolado não trata a causa-base da coagulopatia mieloide.

d) Incorreta. A transfusão de plaquetas e o suporte transfusional são medidas de suporte fundamentais, mas a alternativa erra ao dizer que se deve "adiar qualquer tratamento até a estabilização". Na LPA, a estabilização clínica real só é alcançada com o início do tratamento específico (ATRA), que interrompe o gatilho da coagulopatia. Adiar o tratamento específico aumenta drasticamente o risco de morte.

Questão 15

O cerne desta questão reside no manejo da sepse de foco abdominal em um paciente criticamente enfermo. O diagnóstico é de diverticulite complicada com peritonite franca, evoluindo com choque séptico (necessidade de vasopressor). Nessas condições, a antibioticoterapia deve ser imediata, endovenosa e de amplo espectro, cobrindo os principais patógenos envolvidos: gram-negativos entéricos, anaeróbios e, em casos graves, gram-positivos como o *Enterococcus*.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração com excelente ação contra gram-negativos e alguns gram-positivos, porém não possui cobertura contra bactérias anaeróbias, que são fundamentais na microbiota intestinal e na patogênese da diverticulite. Para ser usada nesse contexto, precisaria estar associada ao metronidazol. Além disso, em choque séptico, busca-se um espectro ainda mais robusto.

b) Incorreta. A vancomicina é um glicopeptídeo com ação exclusiva contra bactérias gram-positivas (como o MRSA e linhagens de *Enterococcus*). Utilizá-la de forma isolada em uma infecção de origem abdominal é um erro grave, pois ignora completamente os bacilos gram-negativos e os anaeróbios, que são os principais causadores da peritonite fecal ou purulenta.

c) Incorreta. Embora a combinação de ciprofloxacino (quinolona) com metronidazol cubra gram-negativos e anaeróbios, ela não é a escolha ideal para um paciente em choque séptico por dois motivos: a alta taxa de resistência da *Escherichia coli* às quinolonas em ambiente hospitalar e a recomendação de diretrizes (como o *Surviving Sepsis Campaign*) de priorizar betalactâmicos de amplo espectro em pacientes instáveis para garantir maior eficácia bactericida inicial.

d) Correta. A piperacilina-tazobactam (Tazocin) é um betalactâmico associado a um inibidor de betalactamase que oferece amplo espectro, cobrindo gram-negativos (incluindo *Pseudomonas aeruginosa*), gram-positivos e, crucialmente, anaeróbios. Em pacientes com instabilidade hemodinâmica e choque, a estratégia de "atirar para todos os lados" no início para depois escalar o antibiótico conforme as culturas é a mais segura. A adição de vancomicina deve ser considerada em pacientes com choque grave ou sob risco de patógenos multirresistentes, visando cobrir cocos gram-positivos resistentes até que se tenha o resultado definitivo das culturas.

Em resumo, diante de choque séptico de foco abdominal, a prioridade é a cobertura de gram-negativos e anaeróbios com drogas de alta potência, tornando a alternativa D a conduta mais adequada segundo os protocolos vigentes de medicina intensiva e infectologia.

Questão 16

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de tempestade tireotóxica (ou crise tireotóxica), que é uma emergência médica de alta mortalidade. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseado na exacerbação dos sintomas do hipertireoidismo.

Os critérios presentes no caso são: febre alta, taquicardia severa (150 bpm), disfunção do sistema nervoso central (confusão mental) e disfunção gastrointestinal/hepática (vômitos e icterícia). Diante desse cenário, a conduta deve ser agressiva e imediata, visando bloquear a produção, a liberação e a ação periférica dos hormônios tireoidianos.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

O tratamento padrão-ouro da tempestade tireotóxica baseia-se em quatro pilares terapêuticos, exatamente como descrito nesta alternativa:

1. Bloqueio da síntese de novos hormônios: Realizado com tionamidas (Propiltiouracil - PTU ou Metimazol). O PTU é frequentemente preferido em ambiente de terapia intensiva por possuir um efeito adicional de inibir a conversão periférica de T4 em T3.
2. Controle adrenérgico: O uso de betabloqueadores (como o Propranolol) é vital para reduzir a frequência cardíaca, o gasto cardíaco e os tremores, além de também auxiliar na redução da conversão periférica de T4 em T3.
3. Bloqueio da liberação hormonal: O uso de iodo (iodeto de potássio ou solução de Lugol) inibe a liberação de hormônios já sintetizados e armazenados na glândula (Efeito Wolff-Chaikoff). Importante: o iodo deve ser administrado pelo menos uma hora APÓS a primeira dose da tionamida para evitar que o iodo seja usado como substrato para produzir mais hormônio.
4. Bloqueio da conversão periférica de T4 em T3: Os corticosteroides (como hidrocortisona ou dexametasona) inibem essa conversão e tratam uma possível insuficiência adrenal relativa que ocorre no estresse metabólico extremo da crise.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O Metimazol isolado não trata a complexidade da crise. Ele bloqueia apenas a síntese, mas não impede a liberação do hormônio já estocado, não controla a tempestade adrenérgica (risco de arritmias e insuficiência cardíaca) e não atua na conversão periférica.

Alternativa (b): A cirurgia (tireoidectomia) em um paciente com tireotoxicidade grave e descompensada é extremamente perigosa e associada a altíssima mortalidade. A cirurgia só é indicada em casos excepcionais após a estabilização do paciente ou quando o tratamento medicamentoso é impossível por alergias graves.

Alternativa (c): O Propranolol isolado controla apenas os sintomas periféricos da toxicidade (frequência cardíaca). Sem o bloqueio da produção e liberação hormonal, a produção de T4 e T3 continuará sem controle, levando à progressão da falência múltipla de órgãos e óbito.

GABARITO: Letra (d).

Questão 17

O caso clínico apresenta uma paciente com diagnóstico de Pneumonite por Hipersensibilidade (PH), uma doença pulmonar intersticial causada por uma reação imunológica à inalação repetida de antígenos ambientais (como fungos, poeiras orgânicas ou detritos de aves). O padrão tomográfico com fibrose central e bronquiectasias de tração, associado a uma biópsia sugestiva e à queda da capacidade de difusão (DLCO), indica uma fase crônica/fibrótica da doença com repercussão funcional importante.

Alternativa a) Incorreta. A história clínica de 9 meses de evolução, a perda de peso e os achados de fibrose na tomografia afastam o diagnóstico de uma infecção bacteriana aguda. Antibióticos não possuem eficácia no tratamento de doenças pulmonares intersticiais imunomediadas.

Alternativa b) Incorreta. A reabilitação pulmonar é uma terapia adjuvante valiosa para melhorar a capacidade física e a qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas. No entanto, ela não trata a etiologia da doença. Aguardar a evolução sem intervir na causa e na inflamação permitiria a progressão irreversível da fibrose pulmonar.

Alternativa c) Incorreta. Broncodilatadores de longa ação são a base do tratamento para doenças obstrutivas, como DPOC e asma. Embora alguns pacientes com PH possam ter componente obstrutivo, essas medicações não tratam o processo inflamatório no interstício. O ácido acetilsalicílico não tem papel documentado no manejo desta patologia.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve os dois pilares fundamentais do tratamento da Pneumonite por Hipersensibilidade. O passo mais crítico é a identificação e a remoção completa do antígeno causador do ambiente da paciente; sem o afastamento da fonte, a doença continuará progredindo. A corticoterapia oral é indicada para reduzir o componente inflamatório e tentar estabilizar a função pulmonar, especialmente em pacientes com sintomas significativos e redução importante da DLCO, como descrito no enunciado. No caso de uma professora, deve-se investigar inclusive a presença de mofo ou outros antígenos no local de trabalho.

Questão 18

O caso clínico descreve um quadro de endocardite infecciosa (EI) em prótese valvar biológica aórtica, causada por um agente agressivo (*Staphylococcus aureus*), cursando com uma vegetação de grande dimensão (18 mm) e uma complicação embólica recente (AVC isquêmico nas últimas 24 horas).

A análise das alternativas segue abaixo:

Alternativa (a) Incorreta: O tratamento apenas com antimicrobianos é insuficiente para este paciente. O *S. aureus* em prótese valvar é uma condição de alta virulência e destruição tecidual. Além disso, vegetações maiores que 10 mm associadas a eventos embólicos prévios são indicações clássicas de intervenção cirúrgica para prevenir novos episódios, que costumam ocorrer precocemente durante o tratamento.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta preconizada pelas principais diretrizes (SBC, ESC e AHA). A cirurgia cardíaca deve ser realizada precocemente (urgente) em pacientes com EI que apresentam vegetações grandes (> 10 mm) e já sofreram um evento embólico, especialmente se houver disfunção de prótese ou patógenos agressivos. Em casos de AVC isquêmico, desde que o paciente não apresente coma ou instabilidade neurológica grave, a cirurgia não deve ser adiada, pois o risco de um novo embolismo (que pode ser ainda mais grave) supera o risco de piora neurológica perioperatória.

Alternativa (c) Incorreta: O atraso da cirurgia por 4 a 6 semanas é geralmente reservado para pacientes que sofreram um AVC hemorrágico, devido ao alto risco de expansão do sangramento durante a anticoagulação plena necessária para a circulação extracorpórea. No AVC isquêmico, se houver indicação cirúrgica clara (como vegetação de 18 mm e *S. aureus*), a cirurgia deve ser feita o quanto antes.

Alternativa (d) Incorreta: A troca valvar percutânea (TAVI) não é indicada no tratamento da endocardite infecciosa ativa. O tratamento cirúrgico da endocardite requer o desbridamento cirúrgico direto de todo o tecido infectado, a remoção de abscessos e a limpeza da região anular, procedimentos que só são realizados com segurança através da cirurgia convencional aberta.

Resumo do raciocínio:

1. Paciente com endocardite em prótese por *S. aureus* (indicação cirúrgica).
2. Vegetação muito grande (18 mm) com embolização prévia (indicação de cirurgia urgente para prevenção de novo embolismo).
3. AVC isquêmico recente (não contraindica cirurgia urgente; o benefício de prevenir novo embolismo supera o risco).

4. Conduta: Antibioticoterapia direcionada + Cirurgia valvar urgente.

Questão 19

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso clínico apresenta um paciente com a tríade clássica de meningite (febre, rigidez de nuca e alteração do nível de consciência). Diante dessa suspeita, o tempo é o fator prognóstico mais importante. O objetivo no pronto-socorro é iniciar a antibioticoterapia o mais rápido possível, idealmente dentro da primeira hora.

Alternativa A: Incorreta. A meningite bacteriana é uma emergência médica grave. A conduta de apenas observar e administrar antipiréticos é inadequada e perigosa, pois a demora no tratamento antibiótico específico aumenta exponencialmente a taxa de mortalidade e o risco de sequelas neurológicas permanentes.

Alternativa B: Incorreta. O aciclovir é utilizado para o tratamento de encefalites virais (especialmente por *Herpes simplex*). Embora a alteração do nível de consciência possa ocorrer em encefalites, a rigidez de nuca marcante em um paciente febril aponta fortemente para a etiologia bacteriana. O tratamento isolado com antiviral não cobre os agentes bacterianos, que são a prioridade absoluta neste cenário.

Alternativa C: Incorreta. Um erro comum na prática médica é retardar o antibiótico para aguardar a coleta do líquido cefalorraquidiano (LCR). Se o paciente apresenta sinais de instabilidade, sinais focais, papiledema (sinal de hipertensão intracraniana) ou rebaixamento importante do nível de consciência, a punção lombar deve ser adiada até a realização de uma tomografia de crânio para afastar o risco de herniação cerebral. Nesses casos, o antibiótico deve ser iniciado antes mesmo de qualquer exame de imagem ou punção.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa descreve o protocolo de manejo rápido da meningite bacteriana. Quando há contraindicação para a punção lombar imediata (como papiledema ou instabilidade), a sequência correta é: colher hemoculturas (que podem identificar o agente em 50% a 80% dos casos), iniciar imediatamente a antibioticoterapia empírica intravenosa (geralmente associada à dexametasona) e, posteriormente, providenciar a imagem e a coleta do LCR assim que houver segurança clínica. O início do antibiótico não altera a citobioquímica do LCR de forma imediata; portanto, não invalida a análise diagnóstica posterior.

Questão 20

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de neutropenia febril de alto risco. Os critérios são preenchidos pela presença de febre (temperatura axilar de 38,6 °C) associada a uma contagem absoluta de neutrófilos (CAN) de 60/mm³ (definição de neutropenia: CAN menor que 500/mm³). O quadro é agravado por sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão: 92/58 mmHg e taquicardia: 115 bpm) e disfunção renal aguda (creatinina subiu de 0,9 para 1,9 mg/dL), caracterizando um estado de sepse ou choque séptico.

Por que a alternativa (b) está correta:

Em pacientes com neutropenia febril de alto risco ou instabilidade clínica, a conduta deve ser imediata. A prioridade é a estabilização hemodinâmica e o início da antibioticoterapia empírica de amplo espectro por via intravenosa, idealmente na primeira hora após a chegada ao pronto-socorro. O esquema escolhido deve obrigatoriamente ter cobertura contra bacilos gram-negativos, especialmente a *Pseudomonas aeruginosa*, devido à sua alta virulência e letalidade nesta população. Drogas como Cefepime, Piperacilina-Tazobactam ou carbapenêmicos (Meropenem ou Imipenem) são as escolhas iniciais recomendadas pelas diretrizes internacionais (IDSA).

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a): Incorreta. A cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração com espectro limitado e sem ação contra *Pseudomonas aeruginosa*. Além disso, o paciente apresenta neutropenia grave (menor que 100/mm³) e sinais de choque, o que exige tratamento hospitalar venoso e não apenas terapia oral para "neutropenia leve".

Alternativa (c): Incorreta. Embora a coleta de hemoculturas deva ser feita antes da primeira dose do antibiótico, jamais se deve aguardar o resultado (que demora de 24 a 72 horas) para iniciar o tratamento. Na neutropenia febril, o atraso na antibioticoterapia aumenta drasticamente a mortalidade. O tratamento é, por definição, empírico inicial.

Alternativa (d): Incorreta. A quimioterapia já foi administrada há 7 dias; o paciente já se encontra no período de nadir (ponto de menor contagem celular). Não há como suspender o que já foi infundido e já causou o efeito mielossupressor. O isolamento protetor (reverso) é uma medida de suporte e higiene, mas a conduta médica imediata e salvadora de vidas é o combate à infecção e o suporte hemodinâmico,

conforme descrito na alternativa B.

Questão 21

Alternativa (a) INCORRETA: O IMC entre 30 e 34,9 kg/m² (obesidade grau I) não faz parte das indicações clássicas para a cirurgia bariátrica. Embora existam diretrizes recentes sobre cirurgia metabólica para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 de difícil controle nessa faixa de IMC, as indicações clássicas cobradas em provas exigem patamares de IMC mais elevados.

Alternativa (b) INCORRETA: Um IMC de 25 kg/m² é classificado apenas como sobrepeso. Não existe indicação de cirurgia bariátrica ou metabólica para pacientes que não atingiram o critério de obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m²), independentemente da presença de hipertensão resistente.

Alternativa (c) INCORRETA: A idade não é uma contraindicação absoluta fixada em 60 anos. De acordo com as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM), pacientes com mais de 65 anos podem ser submetidos ao procedimento após avaliação individualizada do risco-benefício. Da mesma forma, jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, desde que critérios específicos de maturidade óssea e acompanhamento especial sejam respeitados.

Alternativa (d) CORRETA: Esta alternativa descreve exatamente os critérios clássicos e vigentes utilizados na maioria dos protocolos e exigidos pelo CFM (Resolução nº 2.131/15). As indicações formais baseadas no IMC são:

1. IMC maior ou igual a 40 kg/m²: a cirurgia está indicada independentemente da presença de doenças associadas.
2. IMC entre 35 e 39,9 kg/m²: a cirurgia está indicada desde que o paciente apresente comorbidades desencadeadas ou agravadas pela obesidade (como diabetes, hipertensão, apneia do sono, dislipidemia, doenças articulares, entre outras).

Além do IMC, os critérios clássicos também exigem que o paciente tenha falhado no tratamento clínico prévio (dieta, exercícios e medicamentos) por um período mínimo de dois anos.

Questão 22

A respeito do manejo das complicações pós-operatórias e da análise das alternativas apresentadas:

Alternativa a: Esta afirmação está correta. A ondansetrona é um antagonista dos receptores 5-HT₃ e a metoclopramida é um antagonista dopaminérgico D₂. Ambas as medicações, frequentemente utilizadas para o controle de náuseas e vômitos no pós-operatório, podem influenciar a condução cardíaca e prolongar o intervalo QT. A literatura médica descreve que a administração concomitante dessas drogas pode, em casos específicos, desencadear bradiarritmias, ritmos de escape e extrassístoles como o bigeminismo.

Alternativa b: Esta afirmação está correta. A obstrução mecânica da via aérea superior é a intercorrência respiratória mais comum no pós-operatório imediato. Ela ocorre porque o efeito residual de anestésicos, sedativos e bloqueadores neuromusculares reduz o tônus da musculatura da faringe, permitindo que a língua e os tecidos moles colapsem e obstruam a passagem do ar.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. A anestesia geral causa uma depressão dose-dependente do centro termorregulador hipotalâmico e inibe as respostas compensatórias fisiológicas, como a vasoconstrição e os tremores. Além disso, a vasodilatação induzida pelos anestésicos promove a redistribuição do calor do núcleo para a periferia. Por isso, o uso de métodos de aquecimento ativo é fundamental para prevenir a hipotermia perioperatória.

Alternativa d: Esta é a alternativa incorreta e o gabarito da questão. Embora a hipoxemia e a hipercapnia possam, de fato, alterar a pressão arterial, elas não são classificadas como as causas mais frequentes de hipotensão e hipertensão na sala de recuperação pós-anestésica. Clinicamente, a causa mais comum de hipertensão no pós-operatório é a dor aguda e a distensão vesical (estímulo simpático), enquanto a causa mais comum de hipotensão é a hipovolemia ou o efeito residual de vasodilatação dos agentes anestésicos. Além disso, a resposta fisiológica inicial à hipoxemia e à hipercapnia costuma ser a taquicardia e a hipertensão (por estresse adrenérgico), ocorrendo hipotensão apenas em estágios críticos ou terminais de insuficiência respiratória.

Questão 23

A pancreatite crônica é uma doença inflamatória progressiva que resulta na substituição do parênquima pancreático por tecido fibrótico, levando à perda definitiva das funções exócrina e endócrina do órgão, além de complicações estruturais.

Alternativa A: Correta. Esta alternativa descreve as complicações clássicas da doença. A insuficiência exócrina ocorre pela destruição das células acinares, reduzindo a produção de enzimas digestivas e causando esteatorreia (diarreia gordurosa). O diabetes mellitus surge pela destruição das ilhotas de Langerhans (insuficiência endócrina). Os pseudocistos são coleções fluidas delimitadas por tecido de granulação ou fibrose, sendo a complicação estrutural mais comum da pancreatite crônica e aguda.

Alternativa B: Incorreta. Embora a pancreatite crônica possa causar a trombose da veia esplênica, o que gera uma hipertensão portal segmentar (ou esquerda) e esplenomegalia, esta é uma complicação específica e menos frequente do que a insuficiência funcional descrita na alternativa A. O termo hipertensão portal pré-hepática é mais amplo e geralmente associado à trombose da veia porta.

Alternativa C: Incorreta. O pancreatoblastoma é um tumor maligno raro que acomete majoritariamente crianças, não tendo relação direta com a pancreatite crônica do adulto (que é fator de risco para o adenocarcinoma ductal do pâncreas). A colangite aguda pode ocorrer se houver compressão do ducto colédoco pela cabeça do pâncreas fibrótica, mas não é considerada uma complicação típica ou definidora da patologia.

Alternativa D: Incorreta. A ascite associada à pancreatite é geralmente a ascite pancreática (rica em amilase por ruptura ductal) e não a ascite quilosa (rica em linfa). A cirrose hepática é uma doença distinta; embora ambas possam compartilhar a mesma etiologia (etilismo crônico), a cirrose não é uma complicação da pancreatite crônica.

Questão 24

A Síndrome Compartimental (SC) é uma emergência cirúrgica caracterizada pelo aumento da pressão dentro de um espaço osteofascial fechado, o que compromete a perfusão tecidual e pode levar à necrose muscular e nervosa. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa A (Correta): A dor é o sinal clínico mais precoce e o sintoma mais sensível para o diagnóstico da Síndrome Compartimental. Caracteristicamente, essa dor é

desproporcional à lesão física observada e, de forma muito específica, é intensificada pelo estiramento passivo da musculatura do compartimento afetado. Em pacientes conscientes e colaborativos, a avaliação clínica da dor é o pilar principal para a suspeita diagnóstica.

Alternativa B (Incorreta): A presença de pulsos distais não exclui a Síndrome Compartimental. Na verdade, a ausência de pulso (pulselessness) é um sinal tardio e indica que a pressão intracompartimental já ultrapassou a pressão arterial sistólica ou que houve uma lesão vascular associada. Na maioria dos casos, a pressão do compartimento é alta o suficiente para colapsar os capilares e as vênulas, mas não para ocluir grandes artérias, mantendo o pulso palpável mesmo em vigência de isquemia tecidual grave.

Alternativa C (Incorreta): A medida inicial definitiva para a Síndrome Compartimental é a fasciotomia cirúrgica de urgência. A punção local é utilizada apenas para a monitorização da pressão intracompartimental (em casos de dúvida diagnóstica ou pacientes inconscientes), mas não tem finalidade terapêutica de decompressão, pois não é capaz de aliviar a pressão de todo o compartimento.

Alternativa D (Incorreta): Após a realização da fasciotomia, as incisões de pele devem ser deixadas abertas. O fechamento primário imediato é contraindicado, pois o edema muscular pós-isquemia/reperfusão pode causar um novo aumento da pressão se a pele for fechada. O fechamento costuma ser realizado de forma tardia (após 3 a 7 dias), por meio de sutura por planos, enxertia de pele ou cicatrização por segunda intenção, após a redução do edema.

Questão 25

O Carcinoma Hepatocelular (CHC) é o tumor maligno primário mais comum do fígado, e sua patogênese está intimamente ligada a processos de inflamação crônica e regeneração celular desordenada, que ocorrem predominantemente em fígados cirróticos.

Alternativa (a) Incorreta: A esteatose hepática isolada, que é o acúmulo de gordura nos hepatócitos sem inflamação significativa, apresenta um risco muito baixo para o desenvolvimento de câncer. O risco torna-se relevante apenas quando a condição evolui para esteato-hepatite (NASH) e, posteriormente, para cirrose hepática.

Alternativa (b) Incorreta: O consumo de álcool é um fator de risco importante para o CHC, mas isso ocorre no contexto de consumo pesado e prolongado, que leva à cirrose alcoólica. O consumo moderado, isoladamente, não é classificado como o principal fator de risco para essa neoplasia.

Alternativa (c) Incorreta: A colelitíase (pedras na vesícula) e a coledocolitíase (cálculos nos ductos biliares) são doenças do sistema biliar. Elas podem estar relacionadas a complicações como colangite ou, em casos crônicos e específicos, ao colangiocarcinoma, mas não possuem relação direta com o surgimento do carcinoma hepatocelular.

Alternativa (d) Correta: As hepatites virais crônicas, causadas pelos vírus B (HBV) e C (HCV), representam a principal etiologia do carcinoma hepatocelular em todo o mundo. O vírus B é um vírus de DNA que pode causar oncogênese direta ao se integrar ao genoma do hospedeiro, podendo causar CHC mesmo em fígados não cirróticos. Já o vírus C causa câncer principalmente por meio da inflamação crônica e do estresse oxidativo que levam à cirrose. Somadas, essas duas infecções respondem pela grande maioria dos casos de CHC na literatura médica.

Questão 26

Esta questão aborda a importante atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, ocorrida em 2024, com a incorporação dos testes de biologia molecular (DNA-HPV) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta: A população-alvo para o rastreamento permanece sendo mulheres e pessoas com útero na faixa etária de 25 a 64 anos (e não até os 60 anos). Além disso, com a utilização do teste de DNA-HPV, o intervalo entre os exames, quando o resultado é negativo, passa a ser de 5 anos, e não 3 anos. O intervalo de 3 anos era aplicado ao rastreamento citológico (Papanicolaou) após dois exames anuais normais.

Alternativa B - Correta: Esta é a principal mudança da nova diretriz. O teste de DNA-HPV possui um alto valor preditivo negativo. Ou seja, se o teste não detectar a presença de HPV oncogênico (de alto risco), a probabilidade de a paciente desenvolver lesões precursoras nos próximos anos é baixíssima. Por isso, o intervalo de segurança para a repetição do rastreamento foi estendido para 5 anos.

Alternativa C - Incorreta: O rastreamento antes dos 25 anos não é recomendado porque, nessa faixa etária, a prevalência de infecções transitórias por HPV é muito alta, e o risco de câncer é extremamente baixo. Realizar colposcopia em pacientes jovens apenas pela presença do vírus (infecção latente ou produtiva) levaria a procedimentos desnecessários (sobretreamento) em lesões que regrediriam espontaneamente. Se o teste for feito inadvertidamente e der positivo, a conduta não

é a colposcopia imediata, mas sim seguir as orientações de não rastreio ou repetir conforme a idade preconizada.

Alternativa D - Incorreta: De acordo com o novo protocolo de triagem, pacientes positivas para HPV 16 e/ou 18 (os tipos de maior risco) devem, de fato, ser encaminhadas diretamente para a colposcopia. No entanto, se a colposcopia for negativa (ausência de doença visível), a recomendação não é repetir o teste em 3 anos. Geralmente, essas pacientes permanecem em um esquema de monitoramento mais rigoroso (repetição em 12 meses, a depender do protocolo específico de triagem) e não retornam ao intervalo estendido de 3 ou 5 anos imediatamente. O erro da questão reside no prazo de 3 anos para o seguimento após colposcopia negativa em caso de HPV 16/18.

Questão 27

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta o quadro clássico de pneumotórax hipertensivo: desconforto respiratório, hipóxia (SatO₂ 85%), hipotensão (choque obstrutivo), turgência jugular e murmúrio vesicular abolido em um hemitórax (esquerdo). Trata-se de uma emergência médica que exige diagnóstico clínico e intervenção imediata.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. De acordo com o ATLS 10ª edição, o pneumotórax hipertensivo requer descompressão imediata. A técnica preferencial em adultos para descompressão por agulha (toracocentese) mudou do 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular para o 5º espaço intercostal, entre as linhas axilar anterior e média. Embora o 2º espaço ainda seja citado como opção, o 5º espaço é atualmente o local de escolha por possuir uma parede torácica geralmente mais fina, facilitando o alcance do espaço pleural.

b) INCORRETA (Gabarito). O tratamento definitivo do pneumotórax hipertensivo é, de fato, a drenagem torácica em selo d'água. No entanto, a localização descrita na alternativa está errada. A drenagem deve ser realizada no 5º espaço intercostal, entre as linhas axilar anterior e axilar média (anteriormente à linha axilar média), e não na linha hemiclavicular. A linha hemiclavicular era o local clássico para a punção de alívio (agulha) em edições anteriores, mas nunca foi o local padrão para a inserção do dreno de tórax.

c) CORRETA. O ultrassom focado no trauma (FAST), quando estendido para a avaliação torácica (e-FAST), tem alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de pneumotórax através da ausência do deslizamento pleural (*lung

sliding*), podendo ser utilizado rapidamente à beira do leito se o examinador for treinado.

d) CORRETA. O diagnóstico do pneumotórax hipertensivo é clínico. Devido à gravidade e ao risco iminente de parada cardiorrespiratória por baixo débito cardíaco, não se deve aguardar a realização de radiografia de tórax para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento. A conduta deve ser imediata após a suspeita clínica baseada no exame físico.

Questão 28

O quadro clínico apresentado é a descrição clássica da apendicite aguda, que é a principal causa de abdome agudo inflamatório no adulto jovem. O paciente apresenta a Cronologia de Murphy, caracterizada pela dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita, acompanhada de anorexia, náuseas e febre baixa. No exame físico, o sinal de Blumberg positivo indica irritação peritoneal, o que, somado à leucocitose com desvio à esquerda, confirma a alta probabilidade diagnóstica.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora existam estudos sobre o tratamento puramente medicamentoso com antibióticos para apendicite não complicada, a apendicectomia permanece como o padrão-ouro. A observação clínica sem intervenção em um paciente com sinais claros de irritação peritoneal eleva o risco de perfuração e sepse.

Alternativa b: Incorreta. Prescrever apenas analgésicos e dar alta hospitalar é uma conduta negligente diante de uma suspeita de abdome agudo. A analgesia pode mascarar a progressão dos sintomas, e o atraso no diagnóstico definitivo aumenta significativamente a morbimortalidade do paciente.

Alternativa c: Incorreta. A colonoscopia não é um exame indicado para o diagnóstico de apendicite aguda. Além de não oferecer sensibilidade para essa patologia, o procedimento é contraindicado na fase aguda devido ao alto risco de perfuração intestinal pela insuflação de ar em alças inflamadas e fragilizadas.

Alternativa d: Correta. A conduta mais adequada perante um diagnóstico clínico de apendicite aguda é a apendicectomia de urgência. Em pacientes jovens do sexo masculino com apresentação clínica clássica (Escore de Alvarado elevado), o diagnóstico é essencialmente clínico e a cirurgia deve ser realizada precocemente para evitar complicações como a formação de abscessos ou peritonite generalizada.

Questão 29

Análise do Item I:

Este item está incorreto. A associação de adrenalina, que é um agente vasoconstritor, tem como principal função reduzir o fluxo sanguíneo no local da aplicação. Isso resulta na diminuição da velocidade de absorção sistêmica do anestésico local, e não no seu aumento. Ao ser absorvido mais lentamente, o anestésico permanece por mais tempo em contato com a fibra nervosa (aumentando a duração da analgesia) e atinge picos plasmáticos menores, o que permite o uso de doses totais maiores com segurança.

Análise do Item II:

Este item está correto. Ele descreve o quadro típico de Toxicidade Sistêmica dos Anestésicos Locais (LAST). O sistema nervoso central é geralmente o primeiro a manifestar sinais de toxicidade. Sintomas precoces e leves incluem gosto metálico, zumbido, dormência perioral e distúrbios visuais. Com o aumento dos níveis séricos, o paciente pode apresentar excitação (convulsões) seguida de depressão severa do sistema nervoso e respiratório, podendo evoluir para o óbito se não houver intervenção imediata.

Análise do Item III:

Este item está incorreto. Os valores apresentados para as doses máximas da lidocaína estão invertidos. Na prática clínica e na literatura acadêmica, a dose máxima de lidocaína sem vasoconstritor é de 4,5 a 5 mg/kg. Quando se utiliza a lidocaína com vasoconstritor, a margem de segurança aumenta, permitindo uma dose máxima de até 7 mg/kg.

Conclusão das Alternativas:

Como apenas o item II apresenta informações tecnicamente corretas de acordo com a farmacologia dos anestésicos locais, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 30

Alternativa a: Esta alternativa está correta e descreve com precisão os benefícios da analgesia epidural torácica em cirurgias de grande porte, como as abdominais altas. Esta técnica é um dos pilares da analgesia multimodal, pois permite o controle da dor de forma localizada e superior aos opioides sistêmicos. O bloqueio das fibras simpáticas (especialmente entre T5 e T11) inibe os reflexos que causam o íleo paralítico, favorecendo o retorno precoce da função gastrointestinal. Além disso, a vasodilatação induzida pelo bloqueio simpático reduz a pressão venosa central, o que pode diminuir o sangramento intraoperatório em procedimentos específicos, como ressecções hepáticas.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. Modalidades não farmacológicas, como a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), acupuntura e técnicas de manejo psicológico (meditação e enfrentamento), são recomendadas pelas principais diretrizes de dor pós-operatória. Elas funcionam como adjuvantes importantes que ajudam a reduzir a intensidade da dor e, conseqüentemente, diminuem o consumo total de opioides e seus efeitos colaterais.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. O uso de opioides no período pré-operatório não previne a tolerância; pelo contrário, pacientes que fazem uso crônico ou prévio dessas substâncias tendem a apresentar maior dificuldade no controle da dor pós-operatória, necessitando de doses mais elevadas. Além disso, o uso de opioides antes da cirurgia é um fator de risco conhecido para o desenvolvimento de uso persistente e dependência após a alta hospitalar.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. Os sintomas listados (prurido, sonolência, retenção urinária e constipação) são justamente os efeitos adversos mais comuns e indesejados da morfina e de outros opioides. Eles ocorrem devido à ativação de receptores mu-opioides em diversos sistemas do organismo (sistema nervoso central, pele e plexos nervosos intestinais) e são grandes limitadores da recuperação plena do paciente no pós-operatório.

Questão 31

A displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) envolve uma série de alterações que vão desde a frouxidão ligamentar com instabilidade até a luxação completa da articulação coxofemoral. O conhecimento dos fatores de risco é essencial para o diagnóstico precoce, que é determinante para o prognóstico.

Alternativa (a): Correta. A apresentação pélvica é o fator de risco mecânico mais importante para o desenvolvimento da DDQ. A posição pélvica, especialmente com os joelhos estendidos (pélvica agripina), submete a articulação do quadril a forças anormais e limita o espaço para o desenvolvimento adequado do acetábulo. Por esse motivo, qualquer recém-nascido que tenha permanecido em posição pélvica (mesmo que o parto tenha sido cesárea) deve ser submetido a uma triagem rigorosa, muitas vezes incluindo ultrassonografia de rotina, dependendo do protocolo.

Alternativa (b): Incorreta. O fator de risco relacionado ao volume de líquido amniótico é o oligodrâmnio (baixo volume) e não o polidrâmnio. O oligodrâmnio reduz o espaço intrauterino, causando compressão fetal e limitando os movimentos, o que predispõe a deformidades osteomusculares, incluindo a DDQ.

Alternativa (c): Incorreta. A DDQ é significativamente mais comum no gênero

feminino, afetando cerca de 6 a 8 meninas para cada menino. Isso ocorre devido à maior sensibilidade do feto feminino aos hormônios maternos, como a relaxina, que aumentam a frouxidão dos ligamentos, facilitando o deslocamento da cabeça femoral.

Alternativa (d): Incorreta. Embora a DDQ esteja associada a outras deformidades por "empacotamento" intrauterino, estas ocorrem tipicamente no pescoço (torcicolo congênito) ou nos pés (metatarso aduto). As deformidades isoladas de membros superiores não possuem associação epidemiológica clássica com o aumento de risco para displasia do quadril.

Em resumo, os principais fatores de risco para DDQ são: sexo feminino, apresentação pélvica, histórico familiar positivo, primiparidade (primeiro filho, devido ao útero mais tenso) e condições que restrinjam o espaço uterino, como o oligodrâmnio.

Questão 32

A fisiopatologia do afogamento é centralizada na injúria pulmonar e na hipóxia resultante. Independentemente do meio, o evento final comum é a interrupção da troca gasosa.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve com precisão o mecanismo de lesão alveolar. No afogamento, ocorre o contato da água (doce ou salgada) com o epitélio alveolar e o endotélio capilar. Isso desencadeia uma resposta inflamatória local que altera a permeabilidade da membrana alvéolo-capilar. O resultado é o extravasamento de líquido, proteínas e restos celulares para o interstício e para o interior dos alvéolos, caracterizando um quadro de edema pulmonar não cardiogênico e comprometimento do surfactante.

Alternativa B (Incorreta): Historicamente, dava-se muita ênfase às diferenças osmóticas (água doce sendo hipotônica e água salgada hipertônica). No entanto, estudos clínicos e experimentais modernos demonstram que, na prática médica, a aspiração de ambos os tipos de água causa lesões pulmonares muito semelhantes. O volume de líquido aspirado na maioria das vítimas não é suficiente para causar as alterações eletrolíticas e hemodinâmicas graves que antes se diferenciavam teoricamente. O desfecho clínico de hipóxia e a gravidade da lesão pulmonar são similares em ambos os casos.

Alternativa C (Incorreta): Embora o pulmão seja o órgão mais comprometido no evento inicial, o processo que se inicia é a hipóxia (falta de oxigênio no sangue e tecidos) e não a hiperóxia (excesso de oxigênio). A submersão impede a ventilação, levando rapidamente à hipoxemia arterial, acidose e, eventualmente, parada

cardíaca por asfixia.

Alternativa D (Incorreta): O afogamento realmente pode levar à hipertensão pulmonar, mas isso ocorre devido à vasoconstrição pulmonar reflexa em resposta à hipóxia (mecanismo de proteção para tentar desviar o sangue de áreas não ventiladas) e à presença de mediadores inflamatórios liberados pela lesão tecidual. Portanto, a hipertensão é exacerbada pela presença de mediadores e pela hipóxia, e não pela falta deles.

Questão 33

Alternativa A (Correta): De acordo com as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e organismos internacionais, como o ILCOR, a hipotermia terapêutica é o único tratamento neuroprotetor com eficácia comprovada para a Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica (EHI). Ela consiste em manter a temperatura corpórea do recém-nascido entre 33,5 graus Celsius e 34,5 graus Celsius por 72 horas. O objetivo é reduzir o metabolismo cerebral e a liberação de substâncias neurotóxicas, diminuindo o risco de morte e sequelas motoras e cognitivas. O tratamento deve ser iniciado obrigatoriamente dentro das primeiras 6 horas de vida, que é a chamada janela terapêutica.

Alternativa B (Incorreta): A asfixia perinatal é, de fato, uma das principais causas de mortalidade infantil, mas a primeira causa de óbito em crianças menores de 5 anos no mundo são as complicações relacionadas à prematuridade. Além disso, a afirmação de que a EHI possui pequeno impacto familiar e social está errada; as sequelas neurológicas graves (como paralisia cerebral e atraso no desenvolvimento) geram um impacto socioeconômico e emocional imenso para a família e para a sociedade.

Alternativa C (Incorreta): A definição de asfixia é exatamente o oposto do que foi descrito. Ela se caracteriza por uma deficiência na oferta de oxigênio (hipóxia) e uma redução na perfusão sanguínea tecidual (isquemia), e não hiperperfusão ou aumento da oferta de oxigênio. Esse estado leva ao metabolismo anaeróbio, com consequente acúmulo de gás carbônico (hipercapnia) e queda do pH sanguíneo (acidose).

Alternativa D (Incorreta): Embora a taxa de mortalidade citada possa variar conforme a gravidade da encefalopatia, o erro principal da alternativa está na população descrita. A Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica e o uso da hipotermia terapêutica são discutidos e validados predominantemente para recém-nascidos a termo ou pré-termo tardios (idade gestacional maior ou igual a 35 ou 36 semanas). Recém-nascidos muito prematuros (RNPT) apresentam fisiopatologias de lesão cerebral diferentes, como a hemorragia peri-intraventricular e a leucomalácia

periventricular, e não são os sujeitos típicos das estatísticas clássicas de EHI descritas para o período periparto.

Questão 34

Alternativa A: Incorreta. A alternativa inverteu os conceitos. A desnutrição primária é aquela decorrente da ingestão insuficiente de nutrientes por fatores exógenos (como pobreza ou privação alimentar), ou seja, é o desequilíbrio entre oferta e demanda. A desnutrição secundária é a "desnutrição relacionada à doença", ocorrendo quando uma condição clínica subjacente (como má absorção, neoplasias ou infecções crônicas) impede o aproveitamento adequado dos nutrientes, mesmo que a oferta seja suficiente.

Alternativa B: Incorreta. Os conceitos antropométricos foram trocados. O termo Wasting refere-se ao baixo peso para a estatura, indicando um processo de perda de peso aguda. O termo Stunting refere-se à baixa estatura para a idade, indicando um processo de desnutrição crônica que comprometeu o crescimento linear. Além disso, a "fome oculta" é caracterizada especificamente pela deficiência de micronutrientes (vitaminas e minerais), e não de macronutrientes.

Alternativa C: Incorreta. Houve inversão das formas clínicas edematosas. O Marasmo é a forma clínica não edematosa, caracterizada por uma deficiência global de calorias e proteínas, levando à perda extrema de massa muscular e gordura. O Kwashiorkor é a forma edematosa, onde há deficiência proteica relativa em relação à ingestão calórica, resultando em edema, alterações de pele e cabelos, e hepatomegalia.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa reflete o conceito moderno da "Tripla Carga da Malnutrição" adotado pela OMS e pelo UNICEF. Atualmente, entende-se que a desnutrição abrange tanto o déficit (desnutrição energético-proteica e carências de micronutrientes ou fome oculta) quanto o excesso (sobrepeso e obesidade). Esse conceito é fundamental na saúde pública, pois muitas vezes esses problemas coexistem em uma mesma população, família ou até mesmo em um indivíduo.

Questão 35

A alternativa (a) está correta. A rubéola congênita é uma das causas clássicas de cardiopatia congênita relacionada a infecções intrauterinas. Quando a infecção ocorre no primeiro trimestre da gestação, fase crítica da organogênese, o risco de malformações é elevado. As lesões cardíacas mais características dessa síndrome são a persistência do canal arterial (PCA) e a estenose periférica dos ramos da artéria pulmonar.

A alternativa (b) está incorreta. A síndrome alcoólica fetal, causada pelo consumo de etanol durante a gravidez, possui uma associação muito bem estabelecida com cardiopatias congênitas. Cerca de 25% a 50% dos recém-nascidos afetados apresentam defeitos cardíacos, sendo a comunicação interventricular (CIV) e a comunicação interatrial (CIA) as mais frequentes.

A alternativa (c) está incorreta. O diabetes materno, especialmente o pré-gestacional com controle glicêmico inadequado, é um potente fator de risco que aumenta a incidência de cardiopatias. O diabetes não diminui, mas sim eleva a ocorrência de malformações como a transposição das grandes artérias, a comunicação interventricular (CIV) e, de forma muito específica, a cardiomiopatia hipertrófica fetal (geralmente manifestada como uma hipertrofia septal assimétrica devido ao hiperinsulinismo fetal).

A alternativa (d) está incorreta. As substâncias mencionadas possuem potencial teratogênico conhecido. Os anticonvulsivantes, como a fenitoína, estão associados à síndrome da hidantoína fetal, que inclui defeitos nos septos cardíacos. As anfetaminas também estão relacionadas a um aumento do risco de anomalias cardíacas. Portanto, não podem ser classificadas como pouco teratogênicas no contexto da cardiologia fetal.

Questão 36

Alternativa A: Incorreta. O diagnóstico de tumores fetais não está restrito ao terceiro trimestre de gestação. Embora muitos tumores se tornem mais visíveis com o crescimento fetal avançado, massas como teratomas sacrococcígeos ou neuroblastomas podem ser detectadas em ultrassonografias realizadas no segundo trimestre, dependendo do tamanho da lesão e da acuidade do exame. O termo "só pode" torna a afirmação tecnicamente errada na prática médica.

Alternativa B: Incorreta. A alternativa apresenta uma lista confusa e afirma uma ordem crescente de frequência que não condiz com a realidade epidemiológica. Em lactentes (menores de 1 ano), o neuroblastoma é o tumor sólido extracraniano mais comum, seguido pelas leucemias e pelos tumores do Sistema Nervoso Central (SNC). A sequência apresentada na alternativa não reflete a prevalência real observada nos registros de câncer pediátrico.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve com precisão os múltiplos fatores etiológicos envolvidos no câncer infantil e neonatal. A suscetibilidade genética (como nas síndromes de predisposição ao câncer) é um fator crucial nessa faixa etária. Exposições ambientais, tanto dos pais quanto da própria gestante, e a vida pós-natal precoce são investigadas como gatilhos. Além disso, a metástase transplacentária,

embora rara, é um fenômeno documentado em casos de melanoma materno, leucemias ou carcinomas que podem atingir o feto.

Alternativa D: Incorreta. A alternativa inverte conceitos importantes sobre o prognóstico. Geralmente, o neuroblastoma diagnosticado em lactentes (especialmente o estágio 4S) apresenta um prognóstico muito melhor do que em crianças maiores, com possibilidade de regressão espontânea. Em contrapartida, as leucemias no lactente (abaixo de 1 ano) costumam ser extremamente agressivas, frequentemente associadas a rearranjos do gene MLL, apresentando um prognóstico significativamente pior do que a leucemia linfóide aguda diagnosticada na infância clássica (entre 2 e 10 anos). O mesmo ocorre com tumores de SNC em lactentes, que costumam ser mais agressivos e de difícil manejo terapêutico.

Questão 37

Alternativa a: Incorreta. A acne neonatal (ou pustulose cefálica neonatal) é mais frequente em meninos, e não em meninas. Além disso, sua patogenia não se limita apenas aos andrógenos endógenos; envolve a estimulação das glândulas sebáceas por hormônios maternos e a colonização da pele por leveduras do gênero *Malassezia*.

Alternativa b: Incorreta. A acne que ocorre entre 1 e 7 anos de idade (acne da infância média) é considerada rara. Quando presente, ela é altamente suspeita de patologias endócrinas. A alternativa erra ao dizer que ela é comum e que dificilmente há suspeita de endocrinopatia, quando, na verdade, a investigação hormonal é mandatória nesse grupo.

Alternativa c: Incorreta. A acne do pré-adolescente tem se tornado cada vez mais comum devido à tendência de adnarca e puberdade precoces. Dizer que esse distúrbio é raro é incorreto. Além disso, embora muitas vezes seja fisiológica, pode sim estar associada a alterações hormonais patológicas, como a Síndrome dos Ovários Policísticos em meninas.

Alternativa d: Correta. A acne do lactente (*infantile acne*) surge geralmente após a 6ª semana de vida, podendo ir até o primeiro ano. É mais comum em meninos devido ao pico de testosterona típico dessa fase (minipuberdade). Clinicamente, apresenta pápulas e pústulas inflamatórias, mas sua marca registrada é a presença de comedões verdadeiros, o que a diferencia da acne neonatal. A localização preferencial é a face (região malar).

Questão 38

A deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) é a enzimopatia eritrocitária mais comum no mundo, afetando centenas de milhões de pessoas. A enzima G6PD é fundamental para a via das pentoses, sendo responsável pela produção de NADPH, que mantém a glutatona em seu estado reduzido. A glutatona reduzida protege a hemoglobina e a membrana do eritrócito contra o estresse oxidativo.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve com precisão a clínica da maioria dos pacientes. O portador da deficiência de G6PD geralmente possui uma vida normal e assintomática, pois a atividade enzimática residual costuma ser suficiente para a homeostase basal. Entretanto, diante de um estresse oxidativo agudo — causado por infecções (causa mais comum), uso de certos medicamentos (como primaquina, dapsona e nitrofurantoína), ingestão de fava ou exposição a corantes/naftalina — ocorre a oxidação da hemoglobina, formação de corpúsculos de Heinz e subsequente hemólise intravascular e extravascular de gravidade variável.

Alternativa B (Incorreta): Embora seja frequente no Brasil, a afirmação de que "nunca evolui para mortalidade neonatal ou morbidade infantil" é falsa. A deficiência de G6PD é uma causa importante de icterícia neonatal grave. Se não for tratada adequadamente (com fototerapia ou exsanguinotransfusão), a hiperbilirrubinemia indireta pode levar ao Kernicterus (encefalopatia bilirrubínica), que causa sequelas neurológicas permanentes (morbidade) e pode ser fatal (mortalidade).

Alternativa C (Incorreta): O erro principal está na localização genética. O gene da G6PD está localizado no braço longo do cromossomo X (banda Xq28), e não no cromossomo Y. Trata-se de uma herança recessiva ligada ao X. Por esse motivo, a doença afeta predominantemente homens (homozigotos). No entanto, não afeta exclusivamente o sexo masculino; mulheres podem manifestar a doença se forem homozigotas para o gene ou se houver uma inativação desproporcional do cromossomo X normal (lionização desfavorável).

Alternativa D (Incorreta): Além da icterícia neonatal e da anemia hemolítica aguda (causada por gatilhos), existe uma forma clínica menos comum, mas importante, denominada Anemia Hemolítica Crônica Não Esferocítica (CNSHA). Esta ocorre em indivíduos com variantes de Classe I da enzima, que apresentam uma atividade enzimática tão baixa (inferior a 10%) que a hemólise ocorre de forma crônica, mesmo na ausência de fatores desencadeantes externos.

Questão 39

Alternativa (a) CORRETA: Esta alternativa apresenta a definição clássica e técnica de baixa estatura utilizada na pediatria e na endocrinologia pediátrica. De acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as curvas de crescimento-padrão, considera-se baixa estatura quando a criança apresenta comprimento (se menor de 2 anos) ou altura (se maior de 2 anos) abaixo do escore-z -2 (que equivale a mais de dois desvios-padrão abaixo da média) ou abaixo do percentil 3 para a idade cronológica e o sexo.

Alternativa (b) INCORRETA: O erro desta alternativa reside na afirmação de que o crescimento pré-natal é dependente da ação do hormônio do crescimento (GH). No período fetal, o crescimento é impulsionado principalmente pela insulina, pelos fatores de crescimento semelhantes à insulina (IGFs, especialmente o IGF-II) e por fatores materno-placentários (nutrição e oxigenação). O GH tem um papel muito limitado no crescimento intrauterino, tanto que recém-nascidos com deficiência congênita de GH costumam apresentar tamanho normal ou apenas levemente reduzido ao nascimento.

Alternativa (c) INCORRETA: A baixa estatura de origem pré-natal possui relação direta e fundamental com crianças que nasceram Pequenas para a Idade Gestacional (PIG). Embora cerca de 85% a 90% das crianças PIG recuperem o crescimento nos primeiros dois anos de vida (catch-up growth), aquelas que não o fazem constituem um grupo importante de pacientes com baixa estatura que necessitam de acompanhamento especializado.

Alternativa (d) INCORRETA: A afirmação está incorreta, pois tanto as condições pré-natais quanto o início da puberdade influenciam drasticamente o ritmo de crescimento e a estatura final. O ambiente intrauterino pode programar o crescimento pós-natal, e a cronologia da puberdade dita o momento do estirão de crescimento e o fechamento das epífises ósseas. Uma puberdade muito precoce, por exemplo, pode levar a uma fusão antecipada das cartilagens de crescimento, resultando em uma estatura adulta abaixo do potencial genético.

Questão 40

A Bronquiolite Viral Aguda (BVA) é a causa mais comum de hospitalização em lactentes e tem o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) como seu principal agente etiológico. A compreensão dos fatores de risco e da fisiopatologia é essencial para o manejo adequado. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): Embora a descrição inicial da incubação e dos sintomas de vias aéreas superiores (coriza, espirros e obstrução nasal) esteja correta, a afirmação

de que "nunca tem febre" é falsa. A febre, geralmente de baixa intensidade, está presente em grande parte dos casos nos primeiros dias de infecção, acompanhando os pródromos virais.

Alternativa B (Incorreta): A ausculta respiratória na BVA é rica e variável. É comum encontrar tanto sibilos quanto estertores crepitantes e subcrepitantes, que refletem o processo inflamatório e o acúmulo de secreção nos bronquíolos. Além disso, por ser uma patologia de caráter obstrutivo, ocorre um prolongamento do tempo expiratório (e não diminuição), devido à dificuldade de saída do ar pelas vias aéreas de pequeno calibre.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa lista corretamente os principais fatores de risco para a evolução para formas graves da doença. A idade menor que 12 meses (especialmente em menores de 3 a 6 meses) é um fator crucial pela imaturidade das vias aéreas. Prematuridade, displasia broncopulmonar, cardiopatias congênitas e imunodeficiências aumentam significativamente a chance de complicações. Fatores epidemiológicos como o sexo masculino, ausência de aleitamento materno e aglomerações também estão bem estabelecidos na literatura médica como preditores de maior gravidade.

Alternativa D (Incorreta): A evolução clínica descrita até a dispneia e o uso de musculatura acessória está correta para casos moderados a graves. No entanto, o erro reside na afirmação de que "não chega à hipoxemia". Pelo contrário, a hipoxemia é uma das principais complicações da BVA grave, decorrente do desequilíbrio na relação ventilação-perfusão (V/Q), sendo o critério clínico fundamental para a indicação de oxigenioterapia e internação hospitalar.

Questão 41

Para compreender o desenvolvimento do sistema reprodutor, é preciso lembrar que o embrião começa em um estágio indiferenciado com dois sistemas de ductos: os mesonéfricos (Wolff) e os paramesonéfricos (Müller).

Alternativa a) Incorreta. Os ductos paramesonéfricos são as estruturas que se desenvolvem no feto feminino para formar o útero, as tubas uterinas e a parte superior da vagina. Eles regridem apenas nos fetos masculinos sob a ação do Hormônio Anti-Mülleriano (AMH) produzido pelos testículos.

Alternativa b) Correta. Os ductos mesonéfricos precisam de testosterona para persistir e se diferenciar no sistema genital masculino (epidídimo, ducto deferente e vesículas seminais). Como o feto feminino não possui testículos produzindo testosterona em níveis elevados, esses ductos perdem o estímulo trófico e sofrem

regressão quase total, restando apenas vestígios clínicos eventuais, como os cistos ou ductos de Gartner.

Alternativa c) Incorreta. O seio urogenital é uma estrutura embrionária que não regride. Ele se diferencia em órgãos definitivos em ambos os sexos. No feto feminino, ele dá origem à bexiga, à uretra, ao vestíbulo da vagina e à porção inferior do canal vaginal.

Alternativa d) Incorreta. As cristas genitais são as precursoras das gônadas. Elas não regridem; elas se diferenciam em ovários no sexo feminino (na ausência do gene SRY) ou em testículos no sexo masculino. Trata-se de uma estrutura que sofre especialização, e não atrofia ou regressão.

Questão 42

Análise do caso clínico:

A paciente em questão apresenta três pontos fundamentais que devem guiar a escolha do método contraceptivo:

1. Sintomas menstruais: Hipermenorragia (fluxo intenso e prolongado) e cólicas (dismenorreia).
2. Comportamento e adesão: Dificuldade em se lembrar das tomadas diárias (baixa adesão a métodos de curta duração).
3. Preocupações subjetivas: Medo de ganho de peso.

Por ser uma paciente jovem e com dificuldade de adesão, os métodos de longa ação (LARCs), que incluem os DIUs e o implante, são os mais indicados pelas sociedades médicas internacionais e nacionais.

Alternativa A (Pílula combinada oral): Incorreta. Embora os anticoncepcionais orais combinados ajudem no controle do fluxo menstrual e das cólicas, eles dependem estritamente da disciplina diária da paciente. Como a jovem relatou dificuldade em se lembrar de tomar os medicamentos todos os dias, o risco de falha do método (gravidez indesejada) é elevado. Além disso, as pílulas são métodos de curta duração, sendo menos recomendadas para adolescentes com esse perfil de esquecimento.

Alternativa B (DIU não hormonal/cobre): Incorreta. O DIU de cobre é um método de longa duração (LARC) e não interfere no peso, o que seria positivo. No entanto, seus principais efeitos adversos são justamente o aumento do fluxo menstrual e a piora das cólicas. Como a paciente já sofre com hipermenorragia e dismenorreia, o DIU de cobre agravaria seus sintomas e diminuiria sua qualidade de vida.

Alternativa C (DIU hormonal/levonorgestrel): Correta. Este é o método ideal para a paciente. O DIU hormonal é um LARC (não depende da memória da paciente), possui altíssima eficácia e é um dos tratamentos de primeira linha para a hipermenorragia, pois promove a atrofia do endométrio, reduzindo drasticamente o volume e a duração do sangramento (podendo levar à amenorreia). Também é excelente para o controle das cólicas. Em relação ao peso, os estudos mostram que o impacto é mínimo ou inexistente, atendendo à preocupação da paciente.

Alternativa D (Implante subdérmico/etonogestrel): Incorreta. O implante também é um LARC de alta eficácia e ajuda no controle das cólicas. Contudo, seu principal efeito colateral é a imprevisibilidade do sangramento, podendo causar escapes frequentes (spotting), o que pode ser indesejado para uma paciente que já tem queixas sobre o fluxo. Além disso, entre as opções hormonais de longa duração, o implante é o que os pacientes mais frequentemente associam a queixas de ganho de peso (embora a relação causal seja debatida), o que gera maior resistência por parte da paciente com esse receio específico. O DIU hormonal oferece um controle superior do padrão de sangramento para casos de hipermenorragia.

Questão 43

Esta questão aborda a relação entre a leiomiomatose uterina e a infertilidade, um tema frequente em provas de residência. Para respondê-la, devemos classificar os miomas de acordo com sua localização (Classificação da FIGO) e entender o impacto de cada tipo na cavidade endometrial e na implantação embrionária.

Alternativa A: Incorreta. Miomas subserosos (FIGO 5, 6 e 7) localizam-se na superfície externa do útero e não distorcem a cavidade endometrial. As evidências científicas atuais demonstram que esses miomas não reduzem a fertilidade e sua remoção cirúrgica não aumenta as taxas de gravidez. Portanto, a miomectomia não está indicada apenas para fins de fertilidade nesses casos.

Alternativa B: Incorreta. O impacto dos miomas intramurais (FIGO 3 e 4) na fertilidade é um tema controverso. Embora alguns estudos sugiram que miomas intramurais grandes (geralmente acima de 4 ou 5 cm) possam reduzir discretamente as taxas de sucesso reprodutivo, as evidências de que sua retirada cirúrgica melhora significativamente as taxas de gravidez são limitadas e inconsistentes. Por isso, a recomendação de cirurgia para miomas intramurais em pacientes assintomáticas e com cavidade preservada não é rotineira.

Alternativa C: Correta. Miomas submucosos (FIGO 0, 1 e 2) são aqueles que se projetam para dentro da cavidade uterina. Eles causam distorção do endométrio, o que interfere negativamente na implantação do embrião e no transporte de

espermatozoides. Existe um consenso robusto na literatura médica de que os miomas submucosos reduzem as taxas de concepção e aumentam o risco de abortamento. A miomectomia (geralmente realizada por histeroscopia) é o tratamento padrão e está associada a uma melhora significativa nos resultados reprodutivos.

Alternativa D: Incorreta. A afirmação é contrária à realidade. Estudos demonstram que mulheres submetidas à miomectomia para correção de miomas submucosos apresentam taxas de gravidez superiores em comparação com aquelas que mantêm o mioma submucoso. Após a retirada, as taxas de sucesso reprodutivo tendem a se aproximar das taxas de mulheres inférteis sem miomas, e não o contrário.

Questão 44

Para analisar esta questão, é necessário identificar quais dados da anamnese da paciente de 62 anos são considerados fatores de risco epidemiológicos e hormonais clássicos para o desenvolvimento do câncer de mama. O ponto central da discussão é o tempo de exposição do tecido mamário ao estímulo do estrogênio, também chamado de janela estrogênica.

Alternativa A: Esta é a alternativa correta. A menarca precoce é definida como a primeira menstruação ocorrendo antes dos 12 anos de idade (no caso da paciente, aos 11 anos), o que antecipa o início da exposição hormonal. A nuliparidade (nunca ter tido filhos) também é um fator de risco importante, pois a gestação a termo e a lactação promovem a diferenciação completa das células dos lobos mamários e reduzem a quantidade total de ciclos ovulatórios ao longo da vida, conferindo um efeito protetor que a paciente nulípara não possui.

Alternativa B: Esta alternativa está incorreta porque, embora a nuliparidade seja um fator de risco, o histórico familiar de câncer de mama em parentes de segundo grau (como a avó) possui um peso clínico muito menor do que o histórico em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha). Para fins de provas de residência e concursos, o risco familiar é valorizado principalmente quando ocorre em parentes de primeiro grau, especialmente se o diagnóstico foi feito antes dos 50 anos ou se foi bilateral.

Alternativa C: Esta alternativa está incorreta. Apesar de a menarca aos 11 anos ser um fator de risco, a menopausa aos 54 anos não é classificada como menopausa tardia. Pelos consensos de mastologia, a menopausa é considerada tardia quando ocorre após os 55 anos. Portanto, aos 54 anos, ela ainda é considerada dentro da faixa de normalidade, não sendo isoladamente um marcador de risco elevado.

Alternativa D: Esta alternativa está incorreta por reunir dois dados que não

preenchem os critérios clássicos de risco elevado na questão. Como mencionado, a menopausa aos 54 anos não atinge o critério de menopausa tardia (superior a 55 anos) e o histórico familiar em parente de segundo grau (avó) é um dado de menor relevância epidemiológica quando comparado aos fatores hormonais reprodutivos diretos da própria paciente.

Questão 45

Para compreender esta questão, é necessário revisar os critérios diagnósticos da puberdade tardia e da amenorreia primária. A puberdade em meninas segue uma sequência cronológica geralmente iniciada pela telarca (desenvolvimento mamário), seguida pela pubarca e, por fim, pela menarca (primeira menstruação).

O diagnóstico de puberdade tardia ou interrupção do desenvolvimento é feito quando:

1. Não há caracteres sexuais secundários aos 13 anos.
2. A menarca não ocorreu até os 15 anos, mesmo com a presença de caracteres sexuais.
3. A menarca não ocorreu dentro de um período de 3 anos após o início da telarca.

No caso da paciente de 16 anos: ela iniciou a telarca aos 11 anos (idade normal), mas já se passaram 5 anos sem a ocorrência da menarca, e ela já ultrapassou a idade limite de 15 anos para o primeiro ciclo. Portanto, o diagnóstico clínico é de puberdade tardia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A puberdade heterossexual é caracterizada pelo desenvolvimento de caracteres sexuais secundários opostos ao fenótipo biológico. Em meninas, isso se manifesta como virilização (crescimento de pelos em padrão masculino, clitoromegalia, engrossamento da voz), geralmente causada por excesso de androgênios, como na Hiperplasia Adrenal Congênita ou tumores virilizantes. A paciente em questão apresenta telarca, que é um desenvolvimento isossexual (feminino).

b) Incorreta. A puberdade precoce isossexual ocorre quando os caracteres sexuais secundários do mesmo sexo aparecem antes dos 8 anos de idade em meninas. A paciente iniciou o desenvolvimento mamário aos 11 anos, o que está dentro da faixa de normalidade cronológica para o início da puberdade.

c) Correta. Esta alternativa define a situação da paciente. Embora o início da puberdade (telarca) tenha ocorrido na idade adequada, houve uma falha na

progressão para a menarca. O atraso na menarca além dos 15 anos ou após 3 anos da telarca classifica o quadro como puberdade tardia ou desenvolvimento interrompido/atrasado.

d) Incorreta. O desenvolvimento puberal assincrônico refere-se a situações em que a sequência normal da puberdade é alterada ou em que um dos componentes do desenvolvimento está ausente enquanto outros progridem. Um exemplo clássico é a Síndrome de Insensibilidade aos Androgênios, na qual há desenvolvimento mamário (por conversão periférica de estrogênios), mas ausência de pelos pubianos e axilares. No caso clínico, o foco principal é o atraso cronológico da menarca, o que direciona o diagnóstico para a classificação de puberdade tardia.

Questão 46

A síndrome HELLP é uma complicação grave do espectro da pré-eclâmpsia, caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia (baixa contagem de plaquetas). O ponto central desta questão é o manejo anestésico diante de uma coagulopatia ou contagem de plaquetas insuficiente para garantir a segurança de bloqueios neuroaxiais.

Alternativa a) Incorreta. A anestesia raquidiana envolve a punção do espaço subaracnoideo. Em pacientes com plaquetopenia acentuada, existe um risco elevado de desenvolvimento de hematoma espinhal ou epidural. Esse hematoma pode comprimir a medula ou as raízes nervosas, levando a danos neurológicos permanentes. A maioria das diretrizes estabelece um limite de segurança de pelo menos 75.000 a 80.000 plaquetas/mm³ para a realização dessa técnica.

Alternativa b) Incorreta. A anestesia peridural é considerada ainda mais arriscada que a raquidiana em pacientes com plaquetopenia. Isso ocorre porque a agulha utilizada é de maior calibre e o trauma vascular no espaço epidural é mais provável. Além disso, a presença de um cateter peridural aumenta o risco de sangramento na inserção ou na retirada. Portanto, é terminantemente contraindicada em casos de plaquetopenia acentuada.

Alternativa c) Incorreta. A anestesia local não é uma técnica viável para a realização de uma cesariana. O procedimento exige o bloqueio de múltiplos planos teciduais, manipulação de vísceras e relaxamento muscular, o que não é alcançado apenas com infiltração local, tornando o procedimento tecnicamente impossível e extremamente doloroso para a paciente.

Alternativa d) Correta. A anestesia geral é a conduta de escolha quando há contraindicação para os bloqueios regionais (raqui ou peridural). No contexto de

síndrome HELLP com plaquetopenia severa, a anestesia geral evita o risco de hematoma no canal vertebral. Embora apresente desafios, como a necessidade de controle rigoroso da pressão arterial durante a laringoscopia e o manejo de uma via aérea potencialmente difícil, ela garante a segurança neurológica da paciente e permite a realização rápida do parto.

Questão 47

A poli-hidrâmnia caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de líquido amniótico, ocorrendo quando há um desequilíbrio entre a sua produção (principalmente pela urina fetal) e a sua remoção (principalmente pela deglutição fetal). Aproximadamente 50% dos casos de poli-hidrâmnia são idiopáticos, mas, quando associados a malformações, as anomalias do sistema nervoso central e do trato digestivo são as mais comuns.

Alternativa a) Correta. A anencefalia é a malformação congênita que mais frequentemente se associa à poli-hidrâmnia. O excesso de líquido ocorre por dois motivos principais: primeiro, devido à ausência ou ao comprometimento severo dos centros nervosos que controlam o reflexo de deglutição, impedindo o feto de ingerir o líquido; segundo, pela transudação direta de fluidos através das membranas e do tecido nervoso exposto (área cerebrovasculosa) para a cavidade amniótica.

Alternativa b) Incorreta. A espinha bífida é um defeito de fechamento do tubo neural, mas, por ocorrer geralmente em níveis inferiores da coluna, não costuma afetar o mecanismo de deglutição ou a regulação do líquido amniótico de forma tão direta ou frequente quanto a anencefalia.

Alternativa c) Incorreta. A atresia de esôfago é, de fato, uma causa clássica de poli-hidrâmnia, uma vez que o obstáculo mecânico impede a passagem do líquido para o estômago e intestino, onde seria absorvido. No entanto, estatisticamente, a anencefalia apresenta uma frequência de associação com a poli-hidrâmnia ainda maior do que a atresia esofágica na prática obstétrica e nos dados epidemiológicos descritos nos principais tratados.

Alternativa d) Incorreta. A mielomeningocele, assim como a espinha bífida, é uma forma de disrafismo espinhal. Embora seja uma malformação grave, ela não está rotineiramente associada à poli-hidrâmnia, a menos que haja outras anomalias associadas ou comprometimento neurológico central que afete a deglutição, o que não é o padrão da patologia.

Questão 48

A classificação das gestações gemelares monozigóticas é determinada pelo momento cronológico da divisão do ovo (zigoto). O princípio básico da embriologia nesse caso é: quanto mais tardia for a divisão, maior será o compartilhamento de anexos fetais entre os gêmeos.

Alternativa a) Incorreta. Gêmeos acolados (ou siameses) ocorrem quando a divisão do ovo é extremamente tardia, acontecendo após o 13º dia da fertilização. Nesse estágio, o disco embrionário já iniciou seu desenvolvimento, o que resulta em uma separação incompleta dos corpos.

Alternativa b) Incorreta. A gestação dicoriônica e diamniótica é o resultado de uma divisão precoce, que ocorre entre o 1º e o 3º dia após a fertilização, ainda na fase de mórula. Como as células ainda são totipotentes e a diferenciação dos anexos não começou, cada feto desenvolve sua própria placenta (córion) e sua própria bolsa (âmnio).

Alternativa c) Correta. Quando a divisão ocorre entre o 4º e o 8º dia, o embrião encontra-se na fase de blastocisto. Nesse momento, o trofoblasto (que originará o córion) já está diferenciado, mas o âmnio ainda não se formou. Por isso, os gêmeos compartilham a mesma placenta (monocoriônicos), mas cada um desenvolve seu próprio saco amniótico (diamnióticos). Esta é a configuração mais frequente entre gêmeos monozigóticos, correspondendo a cerca de 75% dos casos.

Alternativa d) Incorreta. A gestação monocoriônica e monoamniótica ocorre quando a divisão acontece entre o 8º e o 12º dia pós-fertilização. Nesse período, tanto o córion quanto o âmnio já estão estabelecidos, fazendo com que os fetos compartilhem a mesma placenta e a mesma cavidade amniótica.

Questão 49

O processo do parto é dividido em quatro períodos clínicos fundamentais. O primeiro é o de dilatação, o segundo é o de expulsão fetal, o terceiro é o de secundamento ou delivramento (saída da placenta) e o quarto é o chamado Período de Greenberg.

O quarto período de Greenberg corresponde à primeira hora logo após a saída da placenta. Trata-se de um momento crucial para a vigilância clínica da paciente, pois é quando ocorrem os principais mecanismos de hemostasia puerperal: a miotamponagem (contração do miométrio formando as ligaduras vivas de Pinard) e a trombotamponagem (formação de coágulos nos vasos uterinos). É o intervalo de maior risco para hemorragias pós-parto imediatas por atonia uterina.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o termo parto possa ser usado de forma ampla no cotidiano, na obstetrícia técnica, o quarto período não se inicia imediatamente após a saída do bebê, mas sim após a conclusão do terceiro período, que é a saída da placenta.

Alternativa b) Correta. O quarto período do parto é definido exatamente como a primeira hora após o delivramento (termo técnico para a saída da placenta e membranas). Esta é a definição clássica do Período de Greenberg.

Alternativa c) Incorreta. O quarto período limita-se à primeira hora após a dequitação placentária. A partir da segunda hora, a paciente já se encontra no puerpério imediato propriamente dito, fora do intervalo específico do Período de Greenberg.

Alternativa d) Incorreta. O marco temporal estabelecido pela literatura obstétrica para este período de observação intensiva é a primeira hora, devido à fisiologia da hemostasia uterina.

Questão 50

A monitorização da vitalidade fetal durante o trabalho de parto (intraparto) tem como objetivo principal a detecção precoce de sinais sugestivos de hipóxia fetal, permitindo intervenções oportunas para evitar desfechos adversos, como a acidose metabólica e a paralisia cerebral.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A dopplerfluxometria é uma ferramenta essencial na avaliação da vitalidade fetal anteparto, sendo utilizada principalmente em gestações de alto risco (como na restrição de crescimento fetal e na pré-eclâmpsia) para avaliar a função placentária e a hemodinâmica fetal. Seu uso não é rotineiro nem o método de escolha para a vigilância durante o trabalho de parto.

ALTERNATIVA B: CORRETA. A cardiotocografia (CTG) é o método mais utilizado mundialmente para a avaliação da vitalidade fetal intraparto. Ela registra de forma simultânea a frequência cardíaca fetal (FCF), a variabilidade dessa frequência, a presença de acelerações ou desacelerações e a atividade uterina (contrações). Por meio da análise desses parâmetros, o obstetra consegue inferir o estado de oxigenação fetal e identificar precocemente o sofrimento fetal agudo.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. A ultrassonografia é amplamente utilizada no período anteparto para a avaliação do crescimento fetal, do volume de líquido amniótico e como parte do Perfil Biofísico Fetal (PBF). Embora o PBF inclua a cardiotocografia, o

exame ultrassonográfico propriamente dito não é o método padrão para a monitorização contínua ou intermitente do bem-estar fetal durante o processo de parturição.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A fetoscopia é um procedimento cirúrgico invasivo que permite a visualização direta do feto e da placenta por meio de um endoscópio. É utilizada para terapias fetais específicas (como a fotocoagulação a laser na síndrome de transfusão feto-fetal) e não possui indicação como método de avaliação de vitalidade de rotina no intraparto.
