



# PSU

GABARITO | 2026 | GO | 100 Questões



## Gabarito: PSU

2026 | GO

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro de hipertensão arterial, confirmado por três aferições distintas com valores de 135/90 mmHg. Para um menino de 12 anos, esses valores estão significativamente elevados (acima do percentil 95 para a idade). O enunciado pede para identificar, dentre as características citadas, aquela que pode ser modificada para auxiliar no controle da pressão arterial.

Alternativa a) Incorreta. O baixo peso ao nascer é um fator de risco perinatal para o desenvolvimento de doenças metabólicas e hipertensão no futuro devido à programação fetal. Contudo, é um evento passado e imutável, não podendo ser abordado como intervenção terapêutica atual.

Alternativa b) Incorreta. O transtorno do déficit de atenção (TDAH) é uma condição clínica do neurodesenvolvimento. Embora medicamentos usados no seu tratamento (como o metilfenidato) possam elevar a pressão arterial, o transtorno em si não é o alvo de modificação para controle pressórico direto. A obesidade é um fator muito mais impactante e passível de intervenção direta no estilo de vida.

Alternativa c) Correta. A obesidade, identificada pelo IMC acima do percentil 95, é o principal fator de risco modificável relacionado à hipertensão arterial na pediatria. A redução do peso corporal por meio de hábitos alimentares saudáveis e exercício físico é a intervenção de primeira linha, sendo capaz de reduzir ou até normalizar os níveis tensionais nesta faixa etária sem a necessidade imediata de medicamentos.

Alternativa d) Incorreta. O estirão do crescimento é um processo fisiológico inerente ao desenvolvimento puberal. Não é uma patologia nem um fator sobre o qual se possa ou se deva intervir para reduzir a pressão arterial.

Gabarito: Alternativa (c).

---

### Questão 2

ANÁLISE DO CASO

Estamos diante de uma lactente de 8 meses com um quadro clássico de infecção do trato urinário (ITU) febril, comumente associada à pielonefrite nesta faixa etária. Os sintomas de irritabilidade, febre e recusa alimentar são sinais sistêmicos importantes. O exame de urina confirma a infecção (piúria e bacteriúria), e a ultrassonografia

revela uma alteração anatômica (dilatação pielocalicial), o que exige uma conduta ativa tanto no tratamento quanto na investigação diagnóstica.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Embora o tratamento com antibiótico seja necessário, a afirmação de que não há necessidade de investigação complementar está errada. Segundo as principais diretrizes (como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria), lactentes com o primeiro episódio de ITU febril devem realizar triagem com ultrassonografia. No caso em questão, como a ultrassonografia já foi feita e apresentou alteração (dilatação), é obrigatório prosseguir a investigação para descartar anomalias estruturais ou refluxo.

Alternativa B: Correta. O tratamento imediato com antibioticoterapia é fundamental para prevenir cicatrizes renais e complicações sistêmicas. Além disso, a presença de dilatação no trato urinário superior identificada na ultrassonografia é uma indicação clássica para a realização de exames complementares adicionais, geralmente a uretrocistografia miccional, para investigar o refluxo vesicoureteral (RVU) ou outras malformações do trato urinário.

Alternativa C: Incorreta. Diante de uma infecção bacteriana confirmada em uma criança de 8 meses com febre alta e sintomas sistêmicos, a conduta expectante apenas com antipirético é inadequada e perigosa. O atraso no início do antibiótico aumenta significativamente o risco de lesão renal permanente e sepse.

Alternativa D: Incorreta. A coleta de urocultura é indispensável e deve ser feita antes do início do antibiótico para confirmar o agente e sua sensibilidade. No entanto, em um lactente febril e sintomático, não se deve aguardar o resultado da cultura (que demora de 48 a 72 horas) para iniciar o tratamento. A conduta correta é iniciar a antibioticoterapia empírica logo após a coleta do material.

---

### Questão 3

Diagnóstico: Síndrome Nefrótica (provável Doença de Lesões Mínimas).

O quadro clínico descreve um paciente pediátrico de 5 anos com a tríade clássica da síndrome nefrótica: edema, proteinúria maciça (implícita pelos exames) e hipoalbuminemia, acompanhada de dislipidemia. A ausência de hipertensão e hematúria macroscópica aponta fortemente para a Doença de Lesões Mínimas, que é a causa de 80% a 90% dos casos de síndrome nefrótica em crianças nessa faixa etária.

Alternativa A (Correta): O tratamento de primeira linha para o primeiro episódio de síndrome nefrótica idiopática na infância é a corticoterapia. A prednisona (ou prednisolona) é iniciada na dose de 2 mg/kg/dia (ou 60 mg/m<sup>2</sup>/dia), com dose máxima de 60 a 80 mg/dia. A maioria das crianças com lesão mínima responde rapidamente a essa medicação (corticossensíveis).

Alternativa B (Incorreta): O levamisole é um agente imunomodulador que pode ser utilizado como poupador de corticoide em casos de recidivas frequentes ou dependência de corticoide, mas nunca como tratamento inicial isolado ou de primeira escolha.

Alternativa C (Incorreta): A ciclofosfamida é um agente alquilante citotóxico reservado para casos de síndrome nefrótica corticodependente ou com recidivas frequentes que não respondem a outras terapias menos tóxicas. Devido aos seus efeitos colaterais (gonadotoxicidade, mielossupressão), não é utilizada no manejo inicial.

Alternativa D (Incorreta): A ciclosporina é um inibidor da calcineurina indicado para casos de síndrome nefrótica corticorresistente (quando não há resposta à prednisona após 4 a 8 semanas) ou em casos específicos de dependência grave. Não é a conduta inicial para um primeiro episódio.

Resumo da conduta: Diante de um pré-escolar com síndrome nefrótica pura (sem sinais nefríticos), a conduta padrão-ouro é iniciar prednisona 2 mg/kg/dia, sem a necessidade de biópsia renal imediata, dada a alta probabilidade estatística de Doença de Lesões Mínimas nessa idade.

---

#### **Questão 4**

A alternativa correta é a (d).

Explicação detalhada:

O crescimento físico na adolescência é marcado por mudanças significativas na velocidade e na magnitude do ganho estatural, apresentando diferenças cruciais entre os sexos que determinam a estatura final na vida adulta.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. No sexo masculino, o estirão ocorre mais tarde do que no feminino, e não antes. As meninas iniciam o estirão de crescimento, em média, dois anos antes dos meninos. Embora os androgênios tenham papel no crescimento

masculino, o ganho de estatura final maior nos homens deve-se principalmente ao maior tempo de crescimento pré-puberal e a um pico de velocidade mais vigoroso.

Alternativa b) Incorreta. O crescimento no sexo feminino não é mais prolongado. Pelo contrário, a maturação esquelética e o fechamento das epífises ocorrem de forma mais precoce e acelerada nas meninas devido à ação do estrogênio. O sexo masculino cresce por um período total maior, pois o estirão demora mais a começar, permitindo um ganho estatural adicional na fase de infância/pré-puberal.

Alternativa c) Incorreta. A idade cronológica do pico de velocidade de crescimento é distinta: ocorre por volta dos 11,5 a 12 anos nas meninas e dos 13,5 a 14 anos nos meninos. Embora o Hormônio do Crescimento (GH) e o estrogênio (este último em ambos os sexos, inclusive na conversão da testosterona em homens para o fechamento epifisário) sejam fundamentais, a idade de início é o principal diferencial.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve com exatidão a fisiologia do crescimento puberal. O estirão feminino é mais precoce (cerca de 2 anos antes do masculino) e menos intenso em termos de velocidade absoluta. Os meninos iniciam o estirão mais tarde (geralmente no estágio G3 ou G4 de Tanner), o que lhes garante cerca de dois anos extras de crescimento pré-puberal (fase em que se cresce cerca de 5 a 6 cm por ano). Somado a isso, o pico de velocidade de crescimento (PVC) dos meninos é mais alto (cerca de 9,5 cm/ano contra 8,3 cm/ano nas meninas). Portanto, a maior estatura final masculina resulta da combinação de uma fase pré-puberal mais longa e de um estirão mais intenso e duradouro.

Resumo dos marcos:

- Sexo feminino: O pico de crescimento ocorre cedo, geralmente no estágio M2-M3 de Tanner, antecedendo a menarca.
- Sexo masculino: O pico de crescimento é tardio, ocorrendo geralmente nos estágios G4 de Tanner.
- Diferença de estatura final: A média de 13 cm de diferença entre homens e mulheres deve-se a aproximadamente 10 cm ganhos pelo maior tempo de crescimento pré-púbere nos meninos e 3 cm ganhos pela maior intensidade do estirão masculino.

---

## Questão 5

A compreensão da violência na adolescência exige a análise sob a ótica do Modelo Ecológico, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que examina a interação entre fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais. A questão busca identificar qual combinação desses elementos é o preditor de risco mais potente para o envolvimento em comportamentos violentos.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa é a mais completa por abranger múltiplos níveis do modelo ecológico. O histórico de exposição a modelos parentais de agressão na primeira infância atua no nível relacional e individual, moldando a arquitetura cerebral e o aprendizado social. Quando associado à privação socioeconômica persistente (nível societal/comunitário) e à carência de suporte em saúde mental, cria-se um cenário de vulnerabilidade extrema. Esses fatores impactam o desenvolvimento do córtex pré-frontal e do sistema límbico, prejudicando as habilidades de coping (enfrentamento) e a regulação emocional, o que é fundamental para prevenir a transição de impulsos agressivos em atos de violência. A literatura médica e epidemiológica aponta as Experiências Adversas na Infância (ACEs) como os preditores mais robustos de comportamentos de risco na vida adulta e na adolescência.

Alternativa B (Incorreta): Embora a influência de pares desviantes e o consumo de conteúdo violento online sejam fatores de risco significativos durante a adolescência, eles são frequentemente considerados fatores proximais ou mediadores. Ou seja, o adolescente que já possui uma vulnerabilidade prévia (como a descrita na alternativa A) tem maior probabilidade de se associar a esses grupos e de ser mais sensível a esses conteúdos. Portanto, não representam a raiz preditora mais potente de forma isolada.

Alternativa C (Incorreta): Esta alternativa foca predominantemente nos níveis comunitário e societal (desorganização social, normas de legitimação da violência e acesso a armas). Embora esses elementos criem um ambiente facilitador para a escalada da violência e aumentem a letalidade dos conflitos, o modelo ecológico prioriza a interação entre o desenvolvimento individual/familiar e o meio. O ambiente comunitário é um catalisador, mas a base do risco muitas vezes é estabelecida precocemente no núcleo familiar e no desenvolvimento emocional.

Alternativa D (Incorreta): Esta alternativa foca quase exclusivamente no nível individual e clínico. Déficits de regulação e transtornos mentais (como conduta, depressão e PTSD) são, em muitos casos, consequências ou manifestações de uma trajetória de vida marcada por traumas e falta de suporte. Embora sejam fatores de risco imediatos e necessitem de tratamento, a questão pede a combinação de elementos contextuais e psicossociais que atuam como preditores no modelo ecológico, e a alternativa A descreve as causas primordiais que levam aos quadros clínicos citados na D.

Em resumo, a alternativa A é a correta, pois integra a dimensão temporal (primeira infância), o impacto no desenvolvimento biopsicossocial (regulação emocional) e os determinantes estruturais (pobreza e falta de acesso à saúde), refletindo com

precisão a complexidade do modelo ecológico da violência.

---

## Questão 6

Análise da Questão:

O grupo etário de 10 a 14 anos, classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a primeira fase da adolescência, representa um período de transição epidemiológica. Nessa fase, a criança começa a se expor a riscos externos devido à maior autonomia, mas ainda mantém o perfil de vulnerabilidade biológica a doenças de surgimento pediátrico.

Alternativa (a) Incorreta. Embora o suicídio e o homicídio sejam causas importantes de morte na adolescência como um todo, eles ganham maior expressão epidemiológica na adolescência tardia (15 a 19 anos) e nos adultos jovens. No grupo de 10 a 14 anos, as causas externas intencionais (violência e autoagressão) ainda não superam as causas acidentais e as condições médicas crônicas na escala global.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa descreve com precisão o perfil global de mortalidade para a faixa de 10 a 14 anos. As lesões não intencionais, como afogamentos e acidentes de trânsito (muitas vezes como pedestres ou ciclistas), figuram entre as principais causas de óbito. Simultaneamente, devido aos avanços no tratamento de doenças da infância, muitas crianças com doenças genéticas, malformações ou neoplasias (como a leucemia) sobrevivem até essa faixa etária, mas ainda apresentam risco de óbito por complicações dessas condições médicas graves. É o equilíbrio entre o risco ambiental/comportamental e a carga de doenças crônicas.

Alternativa (c) Incorreta. O foco desta alternativa está em comportamentos de risco mais típicos de adolescentes mais velhos. A condução de veículos motorizados e o abuso de substâncias psicoativas como causas diretas de morte são fenômenos muito mais prevalentes a partir dos 15 ou 16 anos. No grupo de 10 a 14 anos, a impulsividade existe, mas as oportunidades de exposição a esses riscos específicos (como dirigir) são legal e socialmente mais restritas.

Alternativa (d) Incorreta. Doenças infecciosas como diarreia e infecções respiratórias são as principais causas de morte no grupo de menores de 5 anos (mortalidade infantil e na infância precoce). Embora ainda ocorram em adolescentes em países de baixa renda, elas não representam o conjunto mais significativo de causas de óbito para a faixa de 10 a 14 anos em uma análise global consolidada, sendo superadas pelas lesões e doenças não transmissíveis.

---

## Questão 7

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO:

A Doença Mão-Pé-Boca (DMPB) é uma síndrome clínica causada por enterovírus, sendo os mais comuns o Coxsackievírus A16, o Coxsackievírus A6 e o Enterovírus A71. A transmissão ocorre por via fecal-oral, respiratória (gotículas) e por contato direto com o fluido das vesículas.

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. O afastamento escolar não deve ser baseado apenas na duração da febre. Embora a fase de maior transmissibilidade ocorra na primeira semana (fase aguda), as lesões cutâneas e a eliminação viral continuam após a defervescência. A recomendação geral é que a criança permaneça afastada até que a febre desapareça e as lesões vesiculares tenham secado ou que a criança recupere o bem-estar clínico para participar das atividades.

b) INCORRETA. O aciclovir é um antiviral indicado especificamente para infecções causadas por vírus da família Herpesviridae (como o herpes simplex e o varicela-zóster). A DMPB é causada por enterovírus, para os quais não há tratamento antiviral específico de rotina. O manejo baseia-se em suporte, com analgesia, antitérmicos e hidratação.

c) CORRETA. Esta é uma orientação fundamental para o controle de surtos. Os enterovírus podem ser eliminados intermitentemente nas fezes por um período prolongado, frequentemente ultrapassando quatro a oito semanas após o início dos sintomas, mesmo após a resolução completa das lesões de pele e da febre. Por isso, a higiene rigorosa das mãos e o descarte correto de fraldas devem ser mantidos por longo período.

d) INCORRETA. Pelo contrário, a presença de lesões em nádegas, joelhos e cotovelos é uma característica clínica clássica e muito comum da Doença Mão-Pé-Boca, especialmente em quadros causados pelo Coxsackievírus A6. Essas localizações "atípicas" auxiliam no diagnóstico clínico e não o excluem.

Gabarito: Alternativa (c).

---

## Questão 8

Esta questão aborda a avaliação de uma criança com febre sem sinais localizatórios evidentes, focando na identificação de sinais de alerta (red flags) que indicam maior risco de doença bacteriana grave ou instabilidade clínica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O exantema maculopapular no tronco, especialmente em lactentes, é frequentemente associado a quadros virais benignos, como o exantema súbito (roséola), que é muito comum nesta faixa etária após o desaparecimento da febre. O sinal de alerta cutâneo que indicaria gravidade seria a presença de petéquias ou púrpura (exantema não clareável à digitopressão), que pode sugerir meningococemia ou outras sepses bacterianas.

b) Correta. A irritabilidade excessiva, especialmente se for inconsolável ou alternada com letargia, é um marcador importante de toxicidade e comprometimento do sistema nervoso central ou sistêmico. Na avaliação pediátrica (Triângulo de Avaliação Pediátrica e Escala de Yale), o estado de alerta, a consolabilidade e a interação com os pais são critérios fundamentais para definir o risco da criança. Uma criança que não se acalma mesmo no colo dos pais apresenta um sinal clínico de alerta para doenças graves, como meningite ou sepse.

c) Incorreta. Para uma criança de 10 meses (faixa etária de 2 a 12 meses), a Organização Mundial da Saúde define taquipneia como uma frequência respiratória maior ou igual a 50 incursões respiratórias por minuto (irpm). Portanto, 44 irpm está dentro da faixa de normalidade para a idade, especialmente considerando que a própria febre pode elevar levemente a frequência respiratória basal.

d) Incorreta. A frequência cardíaca de 148 batimentos por minuto (bpm) é considerada normal para um lactente de 10 meses, cuja frequência cardíaca média varia entre 100 e 180 bpm quando acordado. Além disso, para cada grau de aumento na temperatura corporal, espera-se um aumento fisiológico na frequência cardíaca (cerca de 10 a 15 bpm por grau Celsius). Portanto, isoladamente, esse valor não indica sinal de alerta.

Conclusão: Entre as opções apresentadas, a alteração do estado mental e do comportamento (irritabilidade excessiva) é o parâmetro que mais fidedignamente aponta para um potencial risco de gravidade no quadro febril do lactente.

## Questão 9

A obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) em pediatria exige reconhecimento rápido e intervenção precisa, variando conforme a idade da criança e o tipo de obstrução (parcial ou total).

Alternativa (a): Correta. Esta alternativa descreve a conduta adequada para casos de engasgo por líquidos em crianças que mantêm a consciência e os reflexos preservados. O posicionamento sentado ou semissentado, associado à limpeza de excessos na cavidade oral, favorece a ação da gravidade e protege a via aérea, enquanto os estímulos à tosse e ao vômito são mecanismos fisiológicos de proteção para expelir o conteúdo. A observação é fundamental para garantir que a respiração se normalize completamente.

Alternativa (b): Incorreta. A OVACE é uma emergência médica que requer diagnóstico clínico e intervenção imediata. Realizar uma tomografia computadorizada com contraste é uma conduta totalmente inadequada nessa fase, pois retarda o socorro, expõe a criança à radiação desnecessária e o contraste não possui indicação para esse diagnóstico agudo. O exame padrão-ouro para identificação e retirada, se necessário, é a broncoscopia rígida, mas, em situações de emergência, as manobras de desobstrução precedem qualquer exame de imagem.

Alternativa (c): Incorreta. A varredura digital às cegas (\*blind sweep\*) na cavidade oral e orofaringe é formalmente contraindicada em protocolos de suporte de vida (como PALS e BLS). Essa manobra pode empurrar o objeto para uma região mais profunda, transformando uma obstrução parcial em obstrução completa. A remoção manual só deve ser tentada se o corpo estranho for claramente visível e de fácil alcance.

Alternativa (d): Incorreta. A manobra de Heimlich (compressões abdominais) é contraindicada para crianças menores de um ano de idade devido ao risco de lesões em órgãos abdominais, especialmente o fígado, que é proporcionalmente maior e menos protegido nessa faixa etária. Para lactentes (menores de um ano), o protocolo correto consiste na alternância de cinco batidas (golpes) nas costas (região interescapular) com cinco compressões torácicas, mantendo a criança em decúbito ventral e dorsal com a cabeça em nível inferior ao tronco. A descrição da manobra de Heimlich na alternativa é voltada para crianças maiores e adultos.

### Questão 10

Alternativa A (Correta): O paracetamol (acetaminofeno) possui um mecanismo de ação que envolve a inibição das ciclo-oxigenases predominantemente no sistema nervoso central, o que explica sua excelente ação analgésica e antitérmica, mas sua fraca atividade anti-inflamatória periférica. Em neonatos (menores de 28 dias), é o antitérmico de escolha e o único habitualmente recomendado, pois outros fármacos, como a dipirona e o ibuprofeno, possuem restrições de idade ou carecem de estudos robustos para essa faixa etária específica. A dose deve ser rigorosamente ajustada considerando a idade gestacional e o peso, devido à imaturidade dos sistemas enzimáticos hepáticos de conjugação.

Alternativa B (Incorreta): Existe um conceito equivocado de que o uso agressivo de antitérmicos previne a recorrência de convulsões febris. Estudos clínicos demonstraram que os antitérmicos são eficazes para o conforto da criança e a redução da temperatura, mas não reduzem o risco de novas crises convulsivas durante o episódio febril. A convulsão febril costuma ocorrer na subida brusca da temperatura, muitas vezes antes mesmo de os pais perceberem que a criança está com febre. Portanto, não se recomenda a prescrição profilática de dipirona com esse objetivo.

Alternativa C (Incorreta): A alternância de antitérmicos (por exemplo, intercalar paracetamol e ibuprofeno a cada 3 ou 4 horas) não é recomendada pelas principais sociedades de pediatria, como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Academia Americana de Pediatria (AAP). Embora possa ser eficaz na redução da temperatura, essa prática aumenta consideravelmente o risco de erros de dosagem e de confusão por parte dos cuidadores, além de potencializar a toxicidade renal e hepática, sem trazer benefícios clínicos significativos ao estado geral da criança.

Alternativa D (Incorreta): O uso profilático de paracetamol ou de outros antitérmicos antes ou no momento da vacinação é contraindicado. Evidências científicas sugerem que a administração de antitérmicos de forma preventiva pode interferir na resposta imunológica, reduzindo a produção de anticorpos (imunogenicidade) para alguns componentes das vacinas. O medicamento deve ser reservado apenas para o tratamento de sintomas (febre ou dor) que venham a surgir após a imunização.

---

### Questão 11

O quadro clínico descrito é clássico da Vasculite por IgA, anteriormente conhecida como Púrpura de Henoch-Schönlein. Trata-se da vasculite de pequenos vasos mais comum na infância. A apresentação típica inclui a tétrede de púrpura palpável (sem trombocitopenia), artralgia ou artrite, dor abdominal e comprometimento renal.

Alternativa (a) Incorreta: A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) manifesta-se tipicamente com petéquias e equimoses decorrentes de uma contagem baixa de plaquetas. O enunciado afirma que o hemograma completo não apresenta alterações, o que exclui a trombocitopenia necessária para o diagnóstico de PTI. Além disso, a dor abdominal e a artralgia não são achados característicos desta condição.

Alternativa (b) Incorreta: O Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil pode apresentar artralgia e manifestações cutâneas, mas o quadro de púrpura palpável simétrica em membros inferiores e região glútea, associado à dor abdominal aguda em uma criança de 6 anos, é muito mais sugestivo de Vasculite por IgA. O lúpus costuma cursar com outras alterações laboratoriais no hemograma, como anemia ou leucopenia, que estavam ausentes.

Alternativa (c) Correta: O diagnóstico é Vasculite por IgA. A púrpura palpável em áreas de declive (membros inferiores e nádegas) com contagem de plaquetas normal é o sinal patognomônico. A dor abdominal ocorre por vasculite na parede intestinal, e a artralgia é comum em grandes articulações. A principal complicação a longo prazo e o fator que determina o prognóstico da doença é o envolvimento renal (nefropatia por IgA), que pode se manifestar meses após o quadro inicial, exigindo monitoramento periódico da pressão arterial e do exame de urina.

Alternativa (d) Incorreta: A Doença de Kawasaki é uma vasculite de médios vasos que exige, obrigatoriamente, a presença de febre alta por pelo menos 5 dias, associada a critérios como conjuntivite bilateral não purulenta, alterações em lábios e cavidade oral (língua em morango), exantema polimorfo, edema de mãos e pés e linfonodomegalia cervical. O caso clínico não menciona febre e foga em lesões purpúricas e dor abdominal, que não são os pilares diagnósticos de Kawasaki.

---

## Questão 12

Diagnóstico e Raciocínio Clínico:

O quadro descrito é um caso clássico de Doença de Kawasaki, uma vasculite sistêmica primária que afeta vasos de médio calibre, sendo a principal causa de cardiopatia adquirida na infância. Para o diagnóstico clínico, exige-se a presença de febre por 5 ou mais dias, associada a pelo menos 4 de 5 critérios: 1) Conjuntivite bilateral não purulenta; 2) Alterações orais (língua em framboesa, eritema de orofaringe, fissuras labiais); 3) Alterações de extremidades (eritema e edema de mãos e pés na fase aguda ou descamação periungueal na fase subaguda); 4) Exantema polimórfico; 5) Linfadenopatia cervical (geralmente unilateral e maior que 1,5 cm).

O lactente da questão apresenta febre há 6 dias, conjuntivite, exantema, língua em framboesa e eritema de extremidades, preenchendo os critérios necessários. A plaquetose, a leucocitose e a anemia normocítica são achados laboratoriais típicos que reforçam o diagnóstico.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A Doença de Kawasaki não permite conduta expectante. Sem o tratamento adequado dentro dos primeiros 10 dias de sintomas, o risco de a criança desenvolver aneurismas de artérias coronárias é de aproximadamente 20% a 25%. O tratamento precoce é fundamental para reduzir esse risco para menos de 5%.

Alternativa (b) Correta: O tratamento deve ser instituído imediatamente após o diagnóstico, idealmente entre o 5º e o 10º dia de febre. A terapia padrão-ouro consiste na administração de Imunoglobulina Intravenosa (IGIV) em dose única de 2 g/kg, associada ao Ácido Acetilsalicílico (AAS). O AAS é utilizado inicialmente em dose anti-inflamatória e, após o período febril, mantido em dose antiagregante. O fato de o ecocardiograma no 7º dia estar normal não muda a conduta, pois o objetivo do tratamento é justamente prevenir que as alterações coronarianas apareçam.

Alternativa (c) Incorreta: Os corticoides não são a primeira linha de tratamento isolada para a Doença de Kawasaki. Eles podem ser utilizados em conjunto com a imunoglobulina em casos específicos de pacientes com alto risco de resistência ao tratamento inicial (conforme escores de risco como o de Kobayashi) ou em casos refratários, mas nunca substituem a imunoglobulina como terapia inicial padrão.

Alternativa (d) Incorreta: A anticoagulação plena, com uso de varfarina ou heparina, é reservada exclusivamente para pacientes que já apresentam complicações graves, como aneurismas gigantes (diâmetro maior ou igual a 8 mm) ou episódios de trombose coronariana. No manejo inicial do quadro agudo sem evidência de aneurismas, o AAS é suficiente para a função antiagregante.

---

### Questão 13

A análise epidemiológica da mortalidade por causas externas no Brasil demonstra que o perfil dos acidentes varia significativamente conforme a faixa etária e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Para responder corretamente a esta questão, é necessário focar especificamente no grupo de 1 a 4 anos de idade.

Alternativa a) Incorreta. As quedas representam a principal causa de morbidade, ou seja, são o motivo número um de atendimentos em prontos-socorros e internações hospitalares por causas externas nesta faixa etária. No entanto, elas possuem uma

letalidade relativamente baixa, não sendo a principal causa de óbito.

Alternativa b) Correta. O afogamento é, estatisticamente, a maior causa de morte acidental entre crianças de 1 a 4 anos no Brasil. Nessa idade, a criança já possui mobilidade (anda e corre), mas ainda não tem discernimento sobre riscos e perigos. A maioria desses eventos ocorre no ambiente doméstico ou em áreas de lazer próximas (piscinas, baldes, cisternas e caixas d'água), muitas vezes em momentos de distração momentânea dos cuidadores. Por ser um evento silencioso e rápido, apresenta alta taxa de mortalidade.

Alternativa c) Incorreta. Os acidentes de trânsito (que incluem atropelamentos e a condição de passageiro de veículos) são a principal causa de morte acidental na faixa etária ampla de 1 a 19 anos. Contudo, quando o recorte é restrito especificamente ao grupo de 1 a 4 anos, o afogamento supera o trânsito em números absolutos de óbitos por causas evitáveis.

Alternativa d) Incorreta. As intoxicações e envenenamentos são ocorrências frequentes em crianças pequenas devido à fase de exploração oral e curiosidade. Apesar de gerarem um grande volume de chamados aos centros de controle de intoxicações e atendimentos médicos, a taxa de letalidade é baixa em comparação ao afogamento e aos traumas no trânsito.

Resumo epidemiológico para prova:

- Menores de 1 ano: A principal causa de morte acidental é a sufocação (aspiração de corpos estranhos ou sufocamento no berço).
- De 1 a 4 anos: A principal causa de morte acidental é o afogamento.
- Acima de 5 anos e adolescentes: A principal causa de morte acidental são os acidentes de trânsito.

---

### Questão 14

O quadro clínico apresentado é altamente sugestivo de Endocardite Infecciosa (EI). O lactente apresenta fatores de risco importantes: internação prolongada recente e uso de cateter venoso central (porta de entrada para patógenos, especialmente \*Staphylococcus aureus\*). Os achados atuais de febre alta, toxemia, taquicardia, um sopro sistólico de alta intensidade (4+/6+) — que sugere uma nova lesão valvar ou agravamento de uma preexistente — e sinais de insuficiência cardíaca (hepatomegalia) direcionam o diagnóstico para uma infecção do endocárdio.

Alternativa (a) Incorreta: O eletrocardiograma é um exame complementar que pode mostrar arritmias ou bloqueios de condução (como o prolongamento do intervalo PR em casos de abscesso perivalvar), mas ele não visualiza vegetações ou danos

estruturais nas válvulas, não sendo o exame fundamental para o diagnóstico inicial de endocardite.

Alternativa (b) Incorreta: A ressonância pulmonar não tem indicação neste cenário. O foco da investigação, diante de um novo sopro cardíaco importante e sinais de insuficiência cardíaca após uso de cateter central, deve ser o coração, e não o parênquima pulmonar.

Alternativa (c) Correta: O ecocardiograma é o exame fundamental e de escolha. Ele permite a visualização direta de vegetações, abscessos miocárdicos, novas regurgitações valvares ou deiscência de próteses. A presença de vegetação ao ecocardiograma é um dos critérios maiores de Duke, utilizados mundialmente para o diagnóstico de Endocardite Infecçiosa. Além disso, auxilia na avaliação da função ventricular e das repercussões hemodinâmicas.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a tomografia de tórax pudesse identificar complicações como infartos pulmonares ou abscessos (êmbolos sépticos), ela não é o exame de escolha para diagnosticar a origem do problema, que é a infecção nas válvulas cardíacas. Como a ausculta pulmonar está normal e a queixa principal envolve um sopro cardíaco novo, o ecocardiograma precede qualquer avaliação tomográfica.

---

## Questão 15

Essa questão aborda o tratamento farmacológico de uma infecção bacteriana específica por *Pseudomonas aeruginosa*, frequentemente associada a ferimentos puntiformes nos pés que atravessam calçados com sola de borracha. A umidade e o ambiente interno desse tipo de calçado favorecem a colonização por *Pseudomonas*, tornando-a um patógeno clássico em casos de osteomielite pós-perfuração nesta topografia.

Análise das alternativas:

a) Cefdinir: É uma cefalosporina de 3ª geração de uso oral. Embora seja eficaz para infecções respiratórias e de pele causadas por patógenos comuns (como *S. pyogenes* e *S. pneumoniae*), ela não apresenta atividade contra *Pseudomonas aeruginosa*.

b) Cefepime: Esta é uma cefalosporina de 4ª geração. Sua principal característica clínica é o espectro ampliado, que mantém uma boa cobertura para cocos Gram-positivos e estende a cobertura para uma vasta gama de bacilos Gram-negativos, incluindo obrigatoriamente a *Pseudomonas aeruginosa*. Por isso, é a opção correta entre as listadas.

c) Ceftaroline: É classificada como uma cefalosporina de 5ª geração (ou de espectro avançado). Sua grande diferenciação é a atividade contra o *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (MRSA). Contudo, a Ceftaroline não possui cobertura contra *Pseudomonas aeruginosa*, sendo esta uma de suas principais limitações em relação à 4ª geração.

d) Cefotaxime: É uma cefalosporina de 3ª geração de uso parenteral. Apesar da excelente cobertura para diversos Gram-negativos e boa penetração no sistema nervoso central, a Cefotaxime (assim como a Ceftriaxone) não é ativa contra *Pseudomonas aeruginosa*. Dentro da 3ª geração, a principal representante com ação antipseudomonas é a Ceftazidime.

Conclusão: Para o tratamento de infecções graves ou específicas por *Pseudomonas aeruginosa*, como a osteomielite descrita, o Cefepime (4ª geração) é o fármaco de escolha entre as opções apresentadas devido ao seu perfil farmacodinâmico direcionado a esse patógeno.

---

## Questão 16

A questão exige o conhecimento de sinais clínicos específicos (muitas vezes considerados patognomônicos ou altamente sugestivos) associados às principais doenças exantemáticas da infância. Abaixo, a análise detalhada de cada associação baseada na tabela fornecida:

Associações Corretas:

1. Sinal de Nagayama e Exantema Súbito (1-c): O Sinal de Nagayama caracteriza-se pela presença de pápulas eritematosas no palato mole e na úvula. Ele aparece no período prodromico ou no início da fase exantemática do Exantema Súbito (Roséola), causado pelo herpesvírus humano 6 ou 7.
2. Sinal de Pastia e Escarlatina (2-d): O Sinal de Pastia consiste em linhas de cor vermelha intensa ou petéquias localizadas nas dobras cutâneas (como pregas axilares, cubitais e inguinais) que não desaparecem à digitopressão. É um sinal clássico da Escarlatina, causada pela toxina pirogênica do *Streptococcus pyogenes*.
3. Linha de Beau e Doença de Kawasaki (3-b): As Linhas de Beau são sulcos ou depressões transversais nas unhas que resultam da interrupção temporária do crescimento da matriz ungueal devido a um estresse sistêmico grave. Embora possam ocorrer em várias condições, são frequentemente citadas como uma manifestação tardia característica da Doença de Kawasaki na pediatria.

4. Onicomadese e Doença Mão-pé-boca (4-a): A onicomadese é o descolamento indolor da lâmina ungueal a partir da porção proximal (base da unha). É uma complicação tardia muito comum da Doença Mão-pé-boca (causada principalmente pelo vírus Coxsackie A16), ocorrendo geralmente de 4 a 8 semanas após a resolução do quadro agudo.

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Associa incorretamente o Sinal de Nagayama à Doença de Kawasaki (1-b) e a Linha de Beau ao Exantema Súbito (3-c).

Alternativa b: Incorreta. Apresenta diversas associações erradas, como o Sinal de Pastia relacionado à Doença Mão-pé-boca (2-a) e a Onicomadese relacionada à Escarlatina (4-d).

Alternativa c: Correta. Segue a lógica clínica correta: 1-c (Nagayama/Exantema Súbito), 2-d (Pastia/Escarlatina), 3-b (Beau/Kawasaki) e 4-a (Onicomadese/Mão-pé-boca).

Alternativa d: Incorreta. Embora acerte as associações 1 e 2, inverte as associações 3 e 4, ligando a Linha de Beau à Doença Mão-pé-boca e a Onicomadese à Doença de Kawasaki.

---

### Questão 17

A questão aborda o tratamento de infecções por *Staphylococcus aureus*\*, focando em novos antimicrobianos que apresentam perfis farmacocinéticos diferenciados, permitindo posologias que facilitam a desospitalização e reduzem a necessidade de acessos venosos prolongados. O ponto central para a resolução é identificar o fármaco que permite a administração em dose semanal.

Alternativa a) Incorreta. A linezolida é uma oxazolidinona utilizada no tratamento de Gram-positivos multirresistentes, incluindo o MRSA. Embora possua uma excelente biodisponibilidade oral (quase 100%), o que permite a transição da via endovenosa para a via oral, sua administração deve ser feita a cada 12 horas. Portanto, não atende ao critério de dose semanal.

Alternativa b) Incorreta. A daptomicina é um lipopeptídeo cíclico com ação bactericida dependente de concentração contra Gram-positivos. Sua administração é feita exclusivamente por via endovenosa e em dose única diária (uma vez a cada 24 horas). Apesar de ser uma posologia confortável, não permite o intervalo de uma

semana entre as doses.

Alternativa c) Incorreta. A ceftarolina é uma cefalosporina de quinta geração, sendo o primeiro betalactâmico com afinidade pela PBP2a, o que confere atividade contra o \*Staphylococcus aureus\* resistente à meticilina (MRSA). No entanto, sua meia-vida exige administrações frequentes, geralmente a cada 12 horas por via endovenosa, não permitindo o uso semanal.

Alternativa d) Correta. A dalbavancina é um lipoglicopeptídeo de segunda geração, derivada da teicoplanina. O grande diferencial deste fármaco é a sua meia-vida terminal extremamente longa (cerca de 147 a 250 horas). Essa característica permite regimes posológicos inovadores para infecções de pele e partes moles, como a administração de uma dose única de 1500 mg ou um regime de duas doses de 1000 mg no primeiro dia e 500 mg após uma semana (no oitavo dia). Essa flexibilidade posológica é o que a questão descreve como facilitador terapêutico para evitar o uso prolongado de cateteres e internações.

Gabarito: Letra (d).

---

### Questão 18

O ponto central para a resolução desta questão é a interpretação do Gradiente Albumina Soro-Ascite (GASA). O GASA é calculado pela subtração da concentração de albumina do líquido ascítico da concentração de albumina sérica, colhidas simultaneamente.

A lógica do GASA baseia-se na pressão hidrostática. Quando o GASA é maior ou igual a 1,1 g/dL, isso indica, com cerca de 97% de acurácia, que a ascite é causada por hipertensão portal. O aumento da pressão nos capilares "empurra" o líquido para fora, mas mantém a albumina dentro do vaso, criando um gradiente elevado. Se o GASA for menor que 1,1 g/dL, a causa não é hipertensão portal, mas sim doenças do peritônio (inflamação, infecção ou neoplasia) que aumentam a permeabilidade e deixam a albumina escapar para o líquido ascítico.

Análise das alternativas:

a) Ascite quilosa: Incorreta. É caracterizada pelo acúmulo de linfa (rica em triglicerídeos) na cavidade abdominal devido à obstrução ou ao trauma linfático. Em sua forma primária, apresenta GASA baixo (menor que 1,1 g/dL). Só apresentaria GASA elevado se fosse secundária a uma cirrose hepática já existente.

b) Infarto intestinal: Incorreta. Casos de isquemia ou infarto intestinal levam a um

processo inflamatório agudo e sofrimento de alças, gerando um líquido ascítico exsudativo ou hemorrágico, com GASA baixo (menor que 1,1 g/dL).

c) Síndrome de Budd-Chiari: Correta. Esta síndrome ocorre devido à obstrução do fluxo venoso hepático (veias hepáticas ou veia cava inferior). Isso gera uma congestão passiva do fígado e hipertensão portal pós-sinusoidal. Como existe hipertensão portal, o GASA será obrigatoriamente elevado (maior que 1,1 g/dL). É uma causa importante de ascite e hepatomegalia em crianças e adultos jovens, muitas vezes associada a estados de hipercoagulabilidade ou membranas congênitas.

d) Peritonite tuberculosa: Incorreta. A tuberculose peritoneal é um processo inflamatório/infeccioso do peritônio. Nesses casos, a barreira capilar é lesada pela inflamação, permitindo que a albumina saia livremente para o espaço peritoneal. Portanto, o GASA na tuberculose é classicamente baixo (menor que 1,1 g/dL).

### Questão 19

Para resolver essa questão, devemos analisar o gráfico de Estatura por Idade para meninos de 5 a 19 anos, seguindo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde.

Análise do gráfico:

1. No eixo horizontal (Idade), localize o ponto correspondente a 9 anos.
2. No eixo vertical (Estatura), localize a marca de 110 cm.
3. Ao cruzar esses dois dados no gráfico, observa-se que o ponto de interseção está situado abaixo da última linha inferior, que representa o escore-z -3.

Interpretação dos resultados para o índice Estatura por Idade:

- Estatura adequada para a idade: Ponto igual ou acima do escore-z -2.
- Baixa estatura para a idade: Ponto entre o escore-z -3 e o escore-z -2.
- Muito baixa estatura para a idade: Ponto abaixo do escore-z -3.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O termo "desnutrição grave" não é o diagnóstico técnico utilizado para o índice de estatura isolado no gráfico de crescimento. Embora a baixa estatura possa ser uma consequência de desnutrição crônica, o diagnóstico antropométrico correto baseia-se na nomenclatura de crescimento (baixa ou muito baixa estatura).

b) Incorreta. Para que a estatura fosse considerada adequada para a idade de 9 anos, o paciente deveria medir mais de 123 cm (aproximadamente), situando-se acima da

linha do escore-z -2.

c) Incorreta. O diagnóstico de "baixa estatura" é aplicado quando a criança está entre as linhas de escore-z -2 e escore-z -3. Para 9 anos, essa faixa estaria entre aproximadamente 116 cm e 123 cm.

d) Correta. Como o paciente apresenta 110 cm aos 9 anos de idade, ele encontra-se abaixo da linha do escore-z -3. Conforme o padrão de crescimento do Ministério da Saúde, crianças posicionadas abaixo desse limite recebem o diagnóstico de muito baixa estatura para a idade.

---

## Questão 20

O caso descreve uma criança com quadro clínico compatível com dengue. Para definir o manejo correto, devemos seguir o fluxograma de classificação de risco estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Análise dos dados clínicos e laboratoriais:

1. Sinais de Alarme: A paciente apresenta dor abdominal intensa e contínua. Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, este é um dos principais sinais de alarme que indicam a progressão para formas mais graves da doença.

2. Extravasamento Plasmático: O hematócrito basal da criança era de 35% e subiu para 42%. Ao calcularmos a variação (42 menos 35, dividido por 35), encontramos um aumento de exatamente 20%. Um aumento igual ou superior a 20% em relação ao valor basal é um critério laboratorial que confirma a hemoconcentração decorrente do extravasamento de plasma.

3. Classificação: A presença de qualquer sinal de alarme classifica o paciente obrigatoriamente no Grupo C.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O Grupo D é reservado para casos com sinais de choque (como hipotensão, pulso fino, extremidades frias), desconforto respiratório grave ou disfunção grave de órgãos. A trombocitopenia (plaquetopenia) isolada, embora presente, não define o Grupo D nem indica, por si só, internação em UTI.

Alternativa B: Correta. A dor abdominal intensa e contínua é um sinal de alarme clássico. O aumento de 20% no hematócrito em relação ao basal confirma o extravasamento plasmático. De acordo com o Ministério da Saúde, pacientes com

sinais de alarme são classificados no Grupo C e requerem obrigatoriamente internação hospitalar para hidratação venosa e monitorização constante, visando prevenir a evolução para o choque.

Alternativa C: Incorreta. O Grupo B inclui pacientes que apresentam sangramento de pele (como petéquias) ou prova do laço positiva, mas que NÃO apresentam sinais de alarme. Como esta criança possui dor abdominal (sinal de alarme), ela deve ser classificada no Grupo C. Além disso, o foco do tratamento no Grupo C não é apenas o controle da febre, mas a reposição volêmica vigorosa.

Alternativa D: Incorreta. O Grupo A é destinado a pacientes com dengue sem sinais de alarme, sem sangramentos e sem condições de risco. A prova do laço positiva, isoladamente, já elevaria o paciente para o Grupo B, mas a presença da dor abdominal e da hemoconcentração confirma que se trata de um caso mais grave (Grupo C), que exige cuidados hospitalares.

Conclusão: A identificação de um sinal de alarme (dor abdominal) e a comprovação laboratorial de hemoconcentração (aumento de 20% no hematócrito) enquadram o paciente no Grupo C de manejo da dengue, exigindo internação hospitalar.

---

## Questão 21

A classificação da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) para leiomiomas submucosos é baseada na proporção do nódulo que se projeta para dentro do miométrio. Essa graduação é fundamental na prática clínica para avaliar a complexidade de uma futura miomectomia por histeroscopia.

No caso descrito, o mioma é classificado como submucoso porque está localizado predominantemente na cavidade uterina. O enunciado informa que aproximadamente 40% do diâmetro do nódulo está em contato ou inserido no miométrio. Como o componente intramural é inferior a 50%, o diagnóstico correto é o tipo 1.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O tipo 0 corresponde ao mioma totalmente intracavitário e pediculado, sem qualquer extensão para o miométrio. O mioma da questão possui 40% de componente intramural, o que exclui essa classificação.

Alternativa b: Correta. Segundo a FIGO, o tipo 1 é definido como um mioma submucoso que possui menos de 50% do seu volume ou extensão dentro da parede miometrial. O achado de 40% relatado na ultrassonografia preenche exatamente

esse critério.

Alternativa c: Incorreta. O tipo 2 é reservado para miomas submucosos que apresentam um componente intramural igual ou superior a 50%. Como o mioma em questão tem apenas 40% de contato com o miométrio, ele não atinge o patamar para ser classificado como tipo 2.

Alternativa d: Incorreta. O tipo 3 descreve um leiomioma que é 100% intramural, mas que toca o endométrio. Diferente do caso clínico, o mioma tipo 3 não deforma e não protrui para a cavidade uterina, enquanto o mioma da paciente está localizado predominantemente na cavidade.

Resumo da classificação submucosa (FIGO 0-2):

Tipo 0: Totalmente intracavitário, sem componente intramural.

Tipo 1: Componente intramural menor que 50%.

Tipo 2: Componente intramural igual ou maior que 50%.

---

## Questão 22

A investigação da infertilidade conjugal deve ser iniciada após 12 meses de relações sexuais regulares sem o uso de métodos contraceptivos em casais nos quais a mulher tem menos de 35 anos. No caso apresentado, o casal tenta há 18 meses, o que justifica o início da propedêutica básica, focada na avaliação dos fatores masculino, ovulatório, tuboperitoneal e uterino.

Alternativa a: Incorreta. A investigação da infertilidade deve ser sempre simultânea para o homem e para a mulher. O fator masculino é responsável por cerca de 40% a 50% dos casos de infertilidade (isolado ou associado ao fator feminino). O espermograma é um exame simples, não invasivo e de baixo custo, devendo ser solicitado já na primeira consulta.

Alternativa b: Incorreta. A histerossalpingografia é, de fato, o exame padrão para avaliar a integridade das tubas uterinas e a cavidade uterina na investigação inicial. No entanto, não existe uma norma que obrigue sua realização antes das dosagens hormonais. Por ser um exame invasivo e que pode causar desconforto, muitas vezes é solicitado em conjunto ou após a confirmação de outros fatores mais simples, como a ovulação e a qualidade seminal.

Alternativa c: Correta. A avaliação do fator ovulatório é um dos pilares da investigação inicial. Em mulheres com ciclos regulares, a dosagem de progesterona sérica deve ser realizada na fase lútea média, que ocorre aproximadamente sete dias antes da próxima menstruação prevista. Para um ciclo de 28 dias, o 21º dia é o

momento ideal. Valores de progesterona acima de 3 ng/mL (preferencialmente acima de 10 ng/mL) confirmam que a paciente ovulou naquele ciclo.

Alternativa d: Incorreta. O erro desta alternativa reside no dia da coleta. A avaliação da reserva ovariana por meio da dosagem de FSH e estradiol deve ser realizada obrigatoriamente no início do ciclo menstrual, entre o 2º e o 5º dia (fase folicular precoce). No 21º dia do ciclo, os níveis desses hormônios não servem para avaliar a reserva folicular, pois estão sob influência da dinâmica da fase lútea.

---

### Questão 23

GABARITO: Letra (d)

COMENTÁRIO:

A questão apresenta uma paciente jovem com contraindicação absoluta ao uso de estrogênio devido ao histórico de trombose venosa profunda (TVP). Ela busca um método contraceptivo reversível, de longa duração (LARC) e não hormonal. A alternativa correta aborda o DIU de cobre como a principal opção para esse perfil.

Alternativa (a) Incorreta: O DIU de cobre não é contraindicado para nulíparas. Tanto o Ministério da Saúde quanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificam o uso de DIU em nulíparas como Categoria 2 (os benefícios superam os riscos). Não há evidências de que o DIU cause infertilidade futura ou que o risco de perfuração seja significativamente maior apenas pela nuliparidade. Além disso, a paciente do caso é G1P1 (já pariu), o que torna a afirmação ainda mais desconexa com o enunciado.

Alternativa (b) Incorreta: Os métodos de barreira, como o preservativo, apresentam taxas de falha muito superiores às do DIU. No uso típico, o preservativo masculino tem uma taxa de falha de aproximadamente 13% a 18%, enquanto o DIU de cobre apresenta falha de apenas 0,8%. Os métodos de longa duração (LARCs) são sempre mais eficazes por não dependerem da disciplina do usuário em cada ato sexual.

Alternativa (c) Incorreta: A laqueadura tubária é um método esterilizante definitivo. Embora existam técnicas de reversão, elas são cirurgias complexas, caras e com taxas de sucesso incertas. O aconselhamento sobre a irreversibilidade é um requisito ético e legal (Lei nº 9.263/96) obrigatório no Brasil. Além disso, a paciente solicitou expressamente um método reversível.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa descreve com precisão as características do DIU de cobre. Os efeitos colaterais mais frequentes são o aumento do volume de sangramento menstrual e a intensificação das cólicas (dismenorreia). Por ser um

método livre de hormônios, é Categoria 1 da OMS para pacientes com antecedente de trombose, sendo considerado seguro, altamente eficaz e com validade de até 10 anos, atendendo a todos os requisitos da paciente.

## Questão 24

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Ela preenche os critérios maiores (dor infraumbilical, dor à mobilização do colo uterino e dor à palpação anexial) e critérios menores (febre superior a 38,3 °C, secreção vaginal purulenta e marcadores inflamatórios elevados, como leucocitose e PCR). O teste de gravidez negativo ajuda a excluir gestação ectópica, um importante diagnóstico diferencial.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A laparoscopia é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de DIP, porém é um exame invasivo, caro e nem sempre disponível. Na prática médica, o diagnóstico é baseado em critérios clínicos e o tratamento deve ser iniciado imediatamente após a suspeita clínica. Retardar o início dos antibióticos à espera de uma laparoscopia aumenta significativamente o risco de complicações e sequelas futuras.

Alternativa b) Correta. O tratamento da DIP deve ser sempre polimicrobiano, visando cobrir os principais patógenos envolvidos: *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo), *Chlamydia trachomatis* (clamídia) e agentes anaeróbios. O esquema ambulatorial preconizado pelo Ministério da Saúde e por órgãos internacionais (como o CDC) consiste em ceftriaxona 500 mg IM (dose única), doxiciclina 100 mg VO (por 14 dias) e metronidazol 500 mg VO (por 14 dias).

Alternativa c) Incorreta. A falha do tratamento ambulatorial após 72 horas é apenas uma das indicações de internação. Existem outros critérios de hospitalização imediata, como gravidez, ausência de resposta clínica inicial, náuseas e vômitos que impedem a via oral, estado geral grave (febre alta, prostração), suspeita de abscesso tubo-ovariano ou quando não se pode excluir emergências cirúrgicas (como apendicite).

Alternativa d) Incorreta. As complicações a longo prazo mais importantes da DIP são a infertilidade (por obstrução das trompas), a dor pélvica crônica e o aumento do risco de gravidez ectópica. A síndrome de Asherman consiste na formação de sinéquias (cicatrizes) dentro da cavidade uterina, mas está tipicamente associada a

traumas uterinos prévios, como curetagens vigorosas ou infecções específicas como a tuberculose endometrial, não sendo a principal sequela da DIP clássica.

---

### Questão 25

A questão descreve uma paciente com úlcera genital dolorosa e linfonodomegalia inguinal flutuante, o que direciona o diagnóstico para as infecções sexualmente transmissíveis (IST) ulcerativas. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. Na sífilis primária, a úlcera (conhecida como cancro duro) é classicamente indolor, possui bordas bem delimitadas e fundo limpo, sem presença de pus. A linfonodomegalia na sífilis costuma ser bilateral, indolor e não sofre flutuação (não forma abscesso). O VDRL é um teste não treponêmico que pode ser negativo na fase inicial da lesão primária, tendo sua sensibilidade aumentada após algumas semanas.

Alternativa b: Incorreta. Há um erro no agente etiológico apresentado: o linfogranuloma venéreo é causado pela bactéria *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3), enquanto o *Treponema pallidum* é o agente da sífilis. No linfogranuloma, a úlcera inicial é pequena, indolor e transitória, muitas vezes nem sendo notada pela paciente. O sintoma principal é a linfonodomegalia inguinal dolorosa que pode fistulizar por múltiplos orifícios (aspecto de "bico de regador").

Alternativa c: Incorreta. O herpes genital caracteriza-se pelo aparecimento de múltiplas pequenas vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que se rompem e formam úlceras rasas e muito dolorosas. O tratamento é feito com antivirais, como o aciclovir. A penicilina procaína é um antibiótico e não possui ação contra o vírus do herpes.

Alternativa d: Correta. O quadro descrito é típico do cancro mole, também chamado de cancroide. As características principais são a dor local intensa, bordas irregulares, fundo com exsudato purulento (sujo) e a presença do bubão inguinal (linfonodomegalia que flutua e drena por um único orifício). O agente causador é o bacilo Gram-negativo *Haemophilus ducreyi*. O tratamento padrão-ouro é a azitromicina 1 g por via oral em dose única, podendo-se utilizar também a ceftriaxona.

---

## Questão 26

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A questão descreve uma paciente jovem (32 anos) com uma massa pélvica cujas características ultrassonográficas são patognomônicas. A presença de uma imagem cística com conteúdo hiperecogênico e, principalmente, a sombra acústica posterior apontam diretamente para a presença de componentes densos, como sebo, fios de cabelo ou tecido ósseo/dentário dentro da lesão.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: O cistoadenoma seroso é o tumor epitelial benigno mais comum. No entanto, sua apresentação clássica na ultrassonografia é de um cisto simples, de paredes finas e conteúdo totalmente anecogênico (preto no ultrassom, indicando líquido fluido). O enunciado descreve conteúdo hiperecogênico e sombra acústica, o que descarta essa opção.

Alternativa (b) CORRETA: O Teratoma Cístico Maduro, também conhecido como Cisto Dermoide, é o tumor de células germinativas mais comum em mulheres em idade reprodutiva. Seus achados ultrassonográficos típicos incluem áreas hiperecogênicas (nódulo de Rokitansky ou protuberância dermoide) e o sinal da "ponta do iceberg", no qual o conteúdo de gordura e cabelo causa uma sombra acústica posterior acentuada, impedindo a visualização das estruturas atrás da massa. Além disso, devido ao seu peso e mobilidade, esses tumores apresentam um risco aumentado de torção ovariana, o que pode justificar a dor pélvica intermitente relatada pela paciente.

Alternativa (c) INCORRETA: O cistoadenoma mucinoso tende a atingir grandes dimensões, sendo caracteristicamente multiloculado (vários septos finos internos) e com conteúdo de ecogenicidade variável (devido à densidade do muco), mas não costuma apresentar a sombra acústica posterior característica dos dermoides.

Alternativa (d) INCORRETA: O fibroma ovariano é um tumor benigno do estroma gonadal, de consistência sólida e não cística. No ultrassom, manifesta-se como uma massa sólida hipoecogênica (semelhante a um mioma uterino). Embora a Síndrome de Meigs (fibroma, ascite e derrame pleural) seja uma associação clássica de prova, a descrição ultrassonográfica de imagem cística com sombra acústica posterior invalida este diagnóstico para o caso em questão.

## Questão 27

O diagnóstico do quadro descrito é vaginose bacteriana. Esta condição não é considerada uma infecção inflamatória clássica, mas sim uma disbiose, caracterizada pela substituição dos lactobacilos da flora normal por uma proliferação de bactérias anaeróbias, principalmente a *Gardnerella vaginalis*.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A candidíase vaginal manifesta-se tipicamente com prurido intenso e corrimento branco, aderido e grumoso, semelhante a leite coalhado. Ao contrário do caso relatado, a candidíase costuma apresentar sinais inflamatórios evidentes na mucosa vaginal (hiperemia e edema) e o teste do hidróxido de potássio (Whiff test) é negativo.

b) Correta. O quadro clínico preenche os critérios de Amsel para o diagnóstico de vaginose bacteriana: 1) Corrimento homogêneo, de cor branca ou acinzentada (perolada) e frequentemente com microbolhas; 2) Teste das aminas positivo (Whiff test), no qual a adição de KOH a 10% libera odor de peixe podre devido à volatilização de aminas; 3) Ausência de inflamação na parede vaginal (paredes íntegras), o que explica o termo vaginose em vez de vaginite. A piora do odor após o coito ou a menstruação ocorre porque o sêmen e o sangue são alcalinos e facilitam a liberação dessas aminas.

c) Incorreta. A gonorreia manifesta-se primariamente como uma cervicite (inflamação do colo do útero). O corrimento costuma ser purulento, saindo pelo orifício externo do colo, e não apresenta as características bioquímicas de liberação de odor em contato com bases, como descrito no enunciado.

d) Incorreta. A tricomoníase é uma vaginite infecciosa que causa intensa inflamação. Embora possa apresentar corrimento bolhoso e teste das aminas positivo, o conteúdo vaginal é classicamente amarelo-esverdeado e abundante. Além disso, o exame especular costuma revelar a colpíte macular (colo em aspecto de morango ou framboesa), o que contradiz a descrição de paredes vaginais íntegras.

---

## Questão 28

A questão aborda o manejo das lesões precursoras do câncer do colo uterino, especificamente o NIC III (Neoplasia Intraepitelial Cervical de grau III), também chamado de carcinoma in situ.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A histerectomia total não é o tratamento de primeira linha para o NIC III. O objetivo do tratamento é a erradicação da lesão precursora com a preservação da anatomia e funcionalidade do útero sempre que possível. A histerectomia pode ser considerada em casos selecionados, como recidivas frequentes, dificuldade técnica para novos procedimentos excisionais ou quando já existe indicação de retirada do útero por outras patologias benignas associadas, mas nunca é obrigatória de rotina.

Alternativa b) Incorreta. O seguimento após o tratamento de uma lesão de alto grau é fundamental. Pacientes tratadas por NIC II ou NIC III devem realizar um controle rigoroso para detectar persistência ou recorrência da doença. Segundo as diretrizes brasileiras, o acompanhamento pós-tratamento geralmente envolve a realização de citologia oncológica e colposcopia em intervalos específicos (geralmente a cada 6 meses no primeiro ano) até que a paciente possa retornar ao rastreamento citológico de rotina.

Alternativa c) Incorreta. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA (Instituto Nacional de Câncer), o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil deve iniciar-se aos 25 anos de idade para mulheres que já tiveram atividade sexual. O intervalo inicial é anual e, após dois exames consecutivos negativos, deve ser realizado a cada 3 anos. O rastreamento deve continuar até os 64 anos de idade.

Alternativa d) Correta. O tratamento padrão para o NIC III é a excisão da zona de transformação, também chamada de conização. Este procedimento é simultaneamente diagnóstico (pois permite avaliar todo o espécime para excluir a presença de carcinoma invasor oculto) e terapêutico (pois visa à retirada completa da lesão com margens livres). Por ser um procedimento preservador, é a conduta de escolha para mulheres que desejam manter a fertilidade e a integridade uterina.

Gabarito: Letra (d).

---

## Questão 29

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A linha de alerta não representa um limite para indicação imediata de cesariana. Ela serve como um sinal de aviso precoce, indicando que a progressão da dilatação está mais lenta do que o esperado (menos de 1 cm por hora). O cruzamento dessa linha exige apenas uma observação mais rigorosa e a reavaliação das condições maternas e fetais, não uma intervenção cirúrgica automática.

Alternativa b: Incorreta. A dinâmica uterina é um dos pilares da interpretação do partograma e da condução do trabalho de parto. No caso descrito, a gestante apresenta hipossistolia (apenas 2 contrações em 10 minutos), o que justifica a progressão lenta entre as linhas de alerta e ação. O partograma deve ser interpretado em conjunto com a frequência cardíaca fetal, a descida da apresentação e a qualidade das contrações.

Alternativa c: Incorreta. O cruzamento da linha de alerta não significa falha de progressão obrigatória nem torna o uso de ocitocina mandatório de imediato. Ele sinaliza que o médico deve investigar a causa da lentidão. A conduta pode envolver medidas simples como a deambulação ou a ruptura de membranas antes de se optar pela ocitocina, sempre respeitando a análise clínica individualizada.

Alternativa d: Correta. Segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o modelo tradicional de partograma, a linha de ação é traçada paralelamente à linha de alerta, com um intervalo de 4 horas à sua direita. O cruzamento da linha de ação indica que o tempo de espera esgotou-se e que condutas ativas são necessárias para resolver a distocia ou corrigir a dinâmica, como o uso de ocitocina, amniotomia ou a reavaliação para o parto operatório (cesariana), caso haja sinais de desproporção cefalopélvica ou sofrimento fetal.

---

### Questão 30

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente de 10 semanas apresenta um quadro clínico de dor pélvica e sangramento vaginal. O dado crucial do exame físico é o colo uterino entreaberto com restos ovulares visíveis no orifício cervical. Somado a isso, a ultrassonografia revela conteúdo intrauterino irregular e espessamento endometrial, o que confirma que a gestação foi interrompida, mas o produto da concepção não foi totalmente expulso. Esse conjunto de achados caracteriza o abortamento incompleto (ou em curso).

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: No abortamento inevitável, o colo uterino já apresenta dilatação e há sangramento, porém o produto da concepção ainda está inteiro dentro da cavidade uterina. A principal diferença para o caso descrito é que, no abortamento inevitável, ainda não houve a eliminação de restos ovulares, enquanto a questão afirma explicitamente a presença de restos no orifício cervical e conteúdo irregular na ultrassonografia.

Alternativa (b) INCORRETA: O abortamento é considerado completo quando todo o

conteúdo uterino é expulso. Clinicamente, o colo uterino tende a se fechar após a expulsão, a dor regride e o sangramento diminui significativamente. Na ultrassonografia, a cavidade uterina deve estar vazia ou com uma linha endometrial fina (geralmente menor que 15 mm), o que não corresponde ao espessamento e irregularidade descritos no caso.

Alternativa (c) CORRETA: O abortamento incompleto (ou em curso) é definido pela expulsão parcial de tecidos ovulares. Os achados de colo aberto, visualização de restos no canal cervical e imagem ultrassonográfica sugestiva de remanescentes intrauterinos são patognomônicos. O manejo consiste no esvaziamento uterino para evitar complicações como infecção ou hemorragia persistente. As técnicas de escolha são a AMIU (Aspiração Manual Intrauterina), preferível em gestações precoces por ser menos invasiva, ou a curetagem uterina.

Alternativa (d) INCORRETA: No abortamento retido, ocorre a morte do embrião ou feto, mas ele permanece dentro do útero por um período prolongado sem ser expulso. Caracteriza-se clinicamente pelo colo uterino fechado e, na maioria das vezes, pela ausência de sangramento vaginal ou dor. O diagnóstico é feito pela ultrassonografia ao demonstrar a ausência de batimentos cardíacos fetais em um saco gestacional íntegro.

---

## Questão 31

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma gestante no primeiro trimestre com quadro de hiperemese gravídica. Os critérios diagnósticos estão presentes: vômitos persistentes, perda ponderal significativa (maior que 5 por cento do peso pré-gestacional), sinais de desidratação e alterações laboratoriais (cetonúria e hipocalcemia).

### COMENTÁRIOS SOBRE AS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: A fisiopatologia da hiperemese gravídica está intimamente ligada aos picos hormonais do primeiro trimestre, especialmente da gonadotrofina coriônica humana (hCG) e do estrogênio. Por esse motivo, condições que cursam com níveis muito elevados de hCG, como a gestação gemelar e a doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme), apresentam uma incidência significativamente maior desta patologia.

Alternativa (b) INCORRETA: O diagnóstico de hiperemese gravídica baseia-se nos vômitos intensos, perda de peso e distúrbios hidroeletrólíticos/metabólicos. A presença de hipertensão e proteinúria define os quadros de pré-eclâmpsia, que

costumam surgir após a 20ª semana de gestação, não fazendo parte do espectro clínico da hiperemese.

Alternativa (c) INCORRETA: Embora a hidratação venosa seja um pilar do tratamento para corrigir a desidratação e os distúrbios eletrolíticos, a restrição hídrica é contraindicada, já que a paciente precisa repor volumes. Além disso, não há indicação de antibioticoterapia profilática para hiperemese gravídica, pois não se trata de uma doença infecciosa.

Alternativa (d) INCORRETA: O uso de antieméticos é fundamental no manejo da hiperemese gravídica quando não há resposta às medidas dietéticas. Medicamentos como a piridoxina (vitamina B6), isolada ou associada à doxilamina, além de metoclopramida, ondansetrona e dimenidrinato, são seguras e indicadas para o controle dos sintomas e prevenção de complicações graves, como a Encefalopatia de Wernicke.

---

### Questão 32

#### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO:

O caso apresenta uma gestante de 30 semanas com sangramento vaginal indolor, vermelho-vivo e de início súbito, sem sinais de contração ou hipertonia uterina. Essas são as características clássicas da Placenta Prévia (PP), confirmada pela ultrassonografia ao mostrar a placenta recobrando parcialmente o orifício cervical interno.

ALTERNATIVA A (INCORRETA): O toque vaginal é formalmente contraindicado em casos de suspeita de placenta prévia. A introdução do dedo no canal cervical pode traumatizar a placenta e desencadear uma hemorragia profusa e incontrolável. O exame físico deve se limitar à estabilização materna, avaliação da vitalidade fetal e exame especular cuidadoso para confirmar a origem do sangramento.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): A dor abdominal intensa e a hipertonia uterina (útero lenhoso) são características do Descolamento Prematuro da Placenta (DPP), e não da placenta prévia. Na placenta prévia, o útero geralmente está indolor, relaxado e com tônus normal.

ALTERNATIVA C (CORRETA): A ultrassonografia transvaginal é o exame de escolha (padrão-ouro) para o diagnóstico de placenta prévia. Ela é superior à via abdominal por permitir uma visualização muito mais precisa da relação entre a borda placentária e o orifício cervical interno. O exame é seguro, pois o transdutor é inserido apenas até o fundo de saco vaginal, não entrando em contato com o colo uterino ou com a placenta.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): A conduta na placenta prévia depende da estabilidade hemodinâmica materna, da vitalidade fetal e da idade gestacional. Em uma gestante de 30 semanas (prematura) que apresenta estabilidade e sangramento moderado, a conduta preferencial é a hospitalização e o manejo conservador (expectante). O objetivo é prolongar a gestação para reduzir riscos de prematuridade, utilizando corticoprofilaxia para maturidade pulmonar. A interrupção imediata só seria indicada em casos de hemorragia grave com risco materno ou sofrimento fetal.

### Questão 33

Diagnóstico: O quadro clínico descrito é clássico de rotura uterina. Os sinais patognomônicos apresentados são: dor abdominal súbita e intensa, parada das contrações (interrupção da contratilidade), subida da apresentação fetal, palpação facilitada de partes fetais (sinal de Clark) e sinais de choque hipovolêmico materno devido ao hemoperitônio.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O principal fator de risco para a rotura uterina é a presença de uma cicatriz uterina prévia, decorrente de cirurgias como miomectomias ou cesarianas. Embora a cesariana segmentar (transversal baixa) seja a mais comum, as cicatrizes de cesarianas clássicas (longitudinais/corporais) ou em "T" possuem um risco significativamente maior de ruptura durante o trabalho de parto, pois envolvem a parte muscular mais ativa e espessa do útero.

Alternativa B (Incorreta): A rotura uterina completa é uma emergência obstétrica gravíssima que requer intervenção cirúrgica imediata (laparotomia). O uso de ocitocina é formalmente contraindicado, pois aumentaria a contratilidade e agravaria a lesão e a hemorragia. O manejo clínico isolado não tem lugar nessa patologia.

Alternativa C (Incorreta): O diagnóstico da rotura uterina é eminentemente clínico, baseado na história da paciente e no exame físico (sinais de Bandl e Frommel na iminência, ou sinais de Reasens e Clark na rotura consumada). Em uma paciente com instabilidade hemodinâmica e suspeita de rotura, não se deve retardar a conduta cirúrgica para realizar exames de imagem como a ultrassonografia.

Alternativa D (Incorreta): O tratamento nunca é expectante. A rotura uterina exige estabilização hemodinâmica agressiva (reposição de volume e sangue) concomitante à cirurgia de urgência para retirada do feto e correção do defeito uterino (histerorrafia) ou, se necessário, histerectomia. A evolução sem intervenção cirúrgica é geralmente fatal para o feto e apresenta altíssima mortality materna.

## Questão 34

### ANÁLISE CLÍNICA DO CASO

O quadro descreve uma gestante em fase ativa de trabalho de parto apresentando um padrão de cardiotocografia classificado como Categoria III (ou padrão terminal/crítico), caracterizado por bradicardia fetal sustentada (FCF de 90 bpm por mais de 10 minutos). A bradicardia fetal prolongada, especialmente quando não responde às medidas de ressuscitação intrauterina, é um indicador fidedigno de hipóxia fetal grave e iminência de acidose metabólica, configurando sofrimento fetal agudo.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A conduta expectante ou observação é absolutamente contraindicada neste cenário. A bradicardia mantida por mais de 10 minutos indica que o feto esgotou sua reserva de oxigênio e seus mecanismos de compensação. Aguardar a evolução natural da dilatação cervical em um quadro de sofrimento fetal agudo resulta em alto risco de óbito fetal ou sequelas neurológicas graves (paralisia cerebral).

Alternativa B (Incorreta): O pH do couro cabeludo fetal é uma ferramenta diagnóstica complementar para avaliar o bem-estar fetal em casos de padrões indeterminados. No entanto, em situações de bradicardia severa e sustentada, o diagnóstico clínico de sofrimento fetal já está estabelecido. Perder tempo tentando realizar uma coleta de pH retardaria a interrupção da gestação, o que é inaceitável em uma emergência obstétrica. Além disso, a apresentação fetal alta dificulta tecnicamente esse procedimento.

Alternativa C (Incorreta): A taquicardia fetal (FCF acima de 160 bpm) pode ocorrer em estágios iniciais de hipóxia, mas também é comum em casos de febre materna, desidratação, uso de certas medicações ou prematuridade. Por outro lado, a bradicardia sustentada (abaixo de 110 bpm e, neste caso, 90 bpm) é um sinal clássico, grave e muito específico de sofrimento fetal agudo quando ocorre durante o trabalho de parto.

Alternativa D (Correta): Esta alternativa descreve a conduta padrão em obstetrícia. Diante de uma bradicardia fetal prolongada que não reverte com as manobras iniciais de ressuscitação intrauterina (decúbito lateral esquerdo, oxigenoterapia, hidratação e suspensão de ocitocina), a interrupção da gestação deve ser imediata. Como a paciente apresenta apenas 6 cm de dilatação e a apresentação fetal está alta (não permitindo o uso de fórceps de alívio ou vácuo-extrator), a via de escolha para a resolução imediata é a cesariana de emergência.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico de sofrimento fetal agudo é clínico e baseado na monitorização da frequência cardíaca fetal. A persistência da bradicardia após as manobras iniciais impõe o parto imediato pela via mais rápida disponível, que, no contexto de uma dilatação incompleta e apresentação alta, é a via abdominal. Portanto, a alternativa D está correta.

### Questão 35

O caso descreve uma gestante Rh-negativo já sensibilizada (aloimunizada), o que é confirmado pelo antecedente de recém-nascido com anemia hemolítica grave e pelo título de Coombs indireto atual de 1:64. O achado de ascite fetal às 28 semanas é um sinal de hidropisia, indicando que o feto já apresenta repercussões graves da anemia.

Alternativa (b) - CORRETA: Em gestantes sensibilizadas, o título crítico do Coombs indireto é o valor a partir do qual aumenta consideravelmente o risco de hidropisia fetal. Na maioria dos protocolos, esse valor é definido como maior ou igual a 1:16. Uma vez atingido ou superado o título crítico, a conduta padrão é iniciar a avaliação fetal por meio do Doppler da artéria cerebral média (ACM). O objetivo é medir a velocidade de pico sistólico; se o valor ultrapassar 1,5 múltiplo do valor mediano (MoM) para a idade gestacional, há forte indicação de anemia fetal grave, exigindo intervenção.

Alternativa (a) - INCORRETA: A imunoglobulina anti-D (vacina) é uma medida exclusivamente profilática, utilizada para evitar que a gestante se sensibilize. Ela deve ser aplicada em mulheres Rh-negativo com Coombs indireto negativo. No caso em questão, a paciente já está sensibilizada e apresenta títulos elevados de anticorpos (1:64), o que torna a imunoglobulina totalmente ineficaz, pois não há como "reverter" uma imunização já instalada.

Alternativa (c) - INCORRETA: A ascite fetal é um dos sinais diagnósticos de hidropisia fetal (junto com derrame pleural, pericárdico ou edema de pele). Ela representa uma falha na compensação hemodinâmica do feto devido à anemia profunda e hipoalbuminemia. Portanto, é um sinal de gravidade extrema e estágio avançado da doença, e não um sinal leve ou precoce. A conduta deve ser de intervenção (transfusão intrauterina), e não apenas vigilância mensal.

Alternativa (d) - INCORRETA: Embora a hidropisia seja grave, o parto imediato às 28 semanas para um feto anêmico e hidrópico resulta em altíssima mortalidade neonatal. A conduta preferencial antes das 34 semanas é a realização de

cordocentese seguida de transfusão intravascular intrauterina. Esse procedimento visa corrigir a anemia e reverter a hidropisia ainda no útero, permitindo que a gestação prossiga para uma idade gestacional mais segura. O parto só é indicado se houver falha no tratamento invasivo ou se a idade gestacional for próxima ao termo.

---

### Questão 36

Esta questão aborda conhecimentos fundamentais de anatomia e histologia mamária, correlacionando-os com a prática clínica e radiológica. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A drenagem linfática da mama é realizada predominantemente (cerca de 75% a 97%) pelos linfonodos axilares. A drenagem para a cadeia mamária interna (paraesternal) é secundária, e a drenagem para linfonodos supraclaviculares geralmente ocorre após a passagem pela axila ou em casos de doença avançada.

Alternativa b) Correta. A Unidade Ductolobular Terminal (UDLT) é a unidade funcional e histológica básica da mama. Ela é composta pelo ducto terminal extralobular e pelo lóbulo (que contém os ácinos e o ducto terminal intralobular). É nesta estrutura que ocorre a maior parte da atividade metabólica e hormonal da mama, sendo também o local de origem da vasta maioria das lesões mamárias, incluindo cistos, fibroadenomas e a maior parte dos carcinomas (ductais e lobulares).

Alternativa c) Incorreta. Os ligamentos de Cooper (ou ligamentos suspensores da mama) não são estruturas vasculares, mas sim septos de tecido conjuntivo fibroso. Eles se estendem da derme até a fáscia profunda do músculo peitoral, conferindo suporte estrutural e sustentação ao parênquima mamário. A irrigação arterial da mama é feita principalmente por ramos da artéria torácica interna e da artéria torácica lateral.

Alternativa d) Incorreta. O parênquima mamário é organizado em lobos. Cada mama possui, em média, de 15 a 20 lobos glandulares, e cada um desses lobos é drenado por um ducto lactífero (ducto principal) independente que converge e se abre no mamilo. Portanto, o número de 5 a 7 ductos citado na alternativa está subestimado em relação à anatomia clássica.

---

### Questão 37

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O risco de câncer de mama está intimamente ligado ao tempo total de exposição do tecido mamário ao estrogênio e à progesterona ao longo da vida. A menarca precoce e a menopausa tardia prolongam o tempo em que a mulher vivencia ciclos menstruais ativos. A nuliparidade priva a glândula mamária dos períodos de diferenciação celular terminal que ocorrem na gestação e lactação, além de não proporcionar a pausa nos ciclos ovulatórios. O uso prolongado de terapia hormonal exógena (geralmente por mais de 5 anos) adiciona um estímulo proliferativo extra ao epitélio mamário, elevando o risco.

Alternativa b) Incorreta. A história familiar de primeiro grau é um dos fatores de risco mais significativos na mastologia. O diagnóstico em parentes jovens (antes dos 50 anos) aumenta consideravelmente o risco relativo da paciente, podendo sugerir síndromes de predisposição hereditária. No caso clínico, a irmã diagnosticada aos 42 anos é um dado de extrema relevância clínica.

Alternativa c) Incorreta. A nuliparidade é um fator de risco clássico, e não de proteção. A gestação completa e o aleitamento materno promovem a diferenciação dos lobos mamários (passagem de lobos tipo 1 e 2 para tipo 3 e 4), tornando o tecido mais maduro e menos suscetível a carcinógenos, além de reduzir a exposição hormonal cumulativa devido à anovulação desses períodos.

Alternativa d) Incorreta. Evidências científicas, notadamente a partir do estudo WHI (Women's Health Initiative), indicam que a terapia hormonal combinada (estrogênio associado a progestagênio) confere um risco maior de câncer de mama quando comparada à terapia isolada com estrogênio. O progestagênio parece exercer um efeito sinérgico na proliferação das células mamárias. Vale lembrar que a terapia isolada é reservada para mulheres histerectomizadas, devido ao risco de câncer de endométrio se o estrogênio for usado sem oposição em mulheres com útero.

---

### Questão 38

Análise das alternativas:

Alternativa A - INCORRETA: Os carcinomas mucinoso e medular são considerados subtipos especiais que, em geral, possuem um prognóstico MAIS FAVORÁVEL do que o carcinoma invasivo de tipo não especial. O carcinoma mucinoso (ou colóide) costuma ter crescimento lento e baixa agressividade. Já o carcinoma medular, embora apresente características histológicas de alto grau, tem um comportamento clínico e um desfecho frequentemente melhores do que o esperado para o seu grau.

Alternativa B - INCORRETA: O carcinoma lobular invasivo é o SEGUNDO subtipo mais comum, correspondendo a cerca de 5% a 15% dos casos. Além disso, ele é conhecido por ser de difícil diagnóstico mamográfico, pois suas células costumam crescer em fileiras únicas (filas indianas) que não distorcem drasticamente a arquitetura mamária e raramente formam microcalcificações, resultando em uma taxa maior de resultados falso-negativos na mamografia.

Alternativa C - INCORRETA: O carcinoma tubular é um tipo especial de câncer de mama que apresenta um EXCELENTE prognóstico. Ele é composto por glândulas bem formadas e apresenta baixíssima incidência de metástases axilares. Seu comportamento biológico é muito menos agressivo do que o do carcinoma ductal invasivo convencional, e não pior, como afirma a alternativa.

Alternativa D - CORRETA: O carcinoma ductal invasivo, atualmente classificado pela Organização Mundial da Saúde como Carcinoma Invasivo de Tipo Não Especial (ou NST — No Special Type), é o subtipo histológico mais prevalente, representando entre 70% e 80% de todos os diagnósticos de câncer de mama invasivo. Ele é caracterizado por não apresentar as características morfológicas específicas que definem os outros tipos (como o lobular, tubular ou mucinoso).

---

### Questão 39

Para resolver esta questão, é fundamental compreender a classificação molecular do câncer de mama baseada na imuno-histoquímica, que orienta o prognóstico e a estratégia terapêutica.

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta receptores hormonais positivos (RE e RP), HER2 negativo e um Ki-67 de 8%. O Ki-67 é um marcador de proliferação celular; valores abaixo de 14% a 20% (dependendo da referência utilizada) são considerados baixos, indicando um crescimento tumoral mais lento.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Correta. O subtipo Luminal A é definido exatamente pela presença de receptores de estrogênio e/ou progesterona, ausência de superexpressão de HER2 e baixo índice de proliferação celular (Ki-67 baixo). No caso clínico, o Ki-67 de 8% confirma a baixa atividade mitótica. Entre os subtipos moleculares, o Luminal A é o que apresenta o melhor prognóstico clínico e excelente resposta à hormonoterapia.

Alternativa (b): Incorreta. O subtipo Luminal B obrigatoriamente apresenta receptores

de estrogênio positivos (daí o termo luminal). Ele pode ser HER2 negativo (apresentando Ki-67 elevado ou receptores de progesterona baixos/negativos) ou HER2 positivo. Além disso, embora o Luminal B tenha um prognóstico pior que o Luminal A, ele geralmente apresenta desfechos melhores que o subtipo triplo-negativo.

Alternativa (c): Incorreta. O câncer de mama HER2-enriquecido é caracterizado pela superexpressão ou amplificação do gene HER2, sendo tipicamente negativo para receptores de estrogênio e progesterona (RE e RP negativos).

Alternativa (d): Incorreta. O subtipo triplo-negativo recebe esse nome justamente por ser negativo para os três marcadores: RE negativo, RP negativo e HER2 negativo. Por não possuir receptores de estrogênio e progesterona, este subtipo não tem indicação e não responde ao tratamento com hormonoterapia, sendo a quimioterapia o pilar do tratamento sistêmico.

---

#### **Questão 40**

A classificação molecular do câncer de mama é essencial para determinar o prognóstico e a estratégia terapêutica. Os subtipos são definidos pela expressão de receptores hormonais (estrogênio e progesterona), da proteína HER2 e do índice de proliferação celular Ki-67.

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta receptores de estrogênio (RE) positivos, receptores de progesterona (RP) baixos, HER2 positivo e Ki-67 elevado (28%). Essa combinação (RE positivo + HER2 positivo) caracteriza o subtipo Luminal B (especificamente o subtipo Luminal B HER2-positivo).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O subtipo Luminal A é caracterizado por receptores hormonais fortemente positivos, mas deve ser obrigatoriamente HER2 negativo e possuir baixo índice de proliferação celular (Ki-67 geralmente inferior a 14-20%). A presença de HER2 positivo e Ki-67 de 28% na paciente exclui essa classificação.

Alternativa b) Correta. O subtipo Luminal B é definido pela presença de receptores de estrogênio (RE positivo), mas com critérios de maior agressividade. Ele pode ser HER2-negativo (caracterizado por Ki-67 elevado ou RP baixo/negativo) ou HER2-positivo (coexpressão de RE e HER2). Por possuir maior atividade proliferativa, o Luminal B tem um prognóstico pior e maior risco de recorrência do que o Luminal A.

Alternativa c) Incorreta. O subtipo HER2-enriquecido caracteriza-se pela superexpressão da proteína HER2, porém com receptores hormonais (RE e RP) negativos. O tratamento requer obrigatoriamente terapia anti-HER2 (como o trastuzumabe) e quimioterapia; a hormonoterapia não tem papel aqui devido à ausência de receptores.

Alternativa d) Incorreta. O subtipo triplo-negativo é definido pela ausência de expressão de RE, RP e HER2. Como esses tumores não possuem os alvos específicos, eles não respondem à hormonoterapia nem ao trastuzumabe. O tratamento principal para esse subtipo é a quimioterapia citotóxica.

---

### Questão 41

Esta questão aborda a aplicação do raciocínio bayesiano na prática médica, utilizando o Nomograma de Fagan para interpretar a probabilidade de uma doença antes e depois de um exame diagnóstico.

A paciente apresenta sintomas que poderiam sugerir infecção do trato urinário (ITU), mas a presença de corrimento vaginal e prurido (leucorreia no exame físico) muda o cenário. Estatisticamente, a presença de sintomas ginecológicos em mulheres com queixas urinárias reduz a probabilidade de ITU, pois aumenta a chance de uma vulvovaginite ou cervicite. O enunciado já fornece que, após considerar esses achados ginecológicos, a probabilidade pré-teste para ITU caiu para 14%.

Para utilizar o Nomograma de Fagan, localizamos a probabilidade pré-teste (14%) na coluna da esquerda e traçamos uma linha reta que passa pelo valor da Razão de Verossimilhança (LR) na coluna central. O ponto onde essa linha cruza a coluna da direita indica a probabilidade pós-teste.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Ao traçar uma linha partindo de 14% na coluna da esquerda e passando pelo LR negativo de 0,3 na coluna central, o valor encontrado na probabilidade pós-teste (coluna da direita) é de aproximadamente 4% a 5%, e não de 10%. Além disso, o foco clínico deve ser investigar a causa mais provável (ginecológica).

Alternativa b: Incorreta. Embora a conduta de prosseguir com a propedêutica ginecológica esteja correta, o cálculo bayesiano está errado. Um LR de 0,3 aplicado a uma probabilidade pré-teste de 14% resulta em cerca de 4% a 5% de probabilidade pós-teste, e não de 1%.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa aplica corretamente a lógica bayesiana e o julgamento clínico. Ao traçar uma linha partindo de 14% (pré-teste) e passando pelo LR positivo de 4,2 (coluna central), a probabilidade pós-teste atinge a marca de aproximadamente 40% na coluna da direita. Em medicina, uma probabilidade de 40% situa-se em uma zona de incerteza diagnóstica. Como a paciente tem leucorreia confirmada ao exame físico, a probabilidade de uma causa ginecológica é muito superior, tornando inadequado fechar o diagnóstico de ITU com apenas 40% de certeza. Portanto, o médico deve focar na investigação ginecológica.

Alternativa d: Incorreta. Apesar de o cálculo da probabilidade pós-teste estar correto (cerca de 40%), a conclusão clínica está equivocada. No manejo de doenças comuns, um limiar de 40% de probabilidade não é considerado suficiente para confirmar um diagnóstico e iniciar tratamento (limiar terapêutico), especialmente quando há outra hipótese diagnóstica (vaginite) que explica melhor os achados físicos de leucorreia.

## Questão 42

Texto Original:

A questão aborda a interseção entre a prática clínica, o uso de novas tecnologias (Inteligência Artificial Generativa) e o marco legal de proteção de dados (LGPD) no Brasil. O ponto central é entender que, independentemente da tecnologia utilizada, o médico mantém a responsabilidade ética e legal pelo diagnóstico e conduta, devendo zelar pelo sigilo das informações do paciente.

Alternativa A: Incorreta. Adotar as sugestões de uma IA como protocolo local de forma automática é um erro grave. A IA generativa pode apresentar alucinações (informações falsas ou imprecisas). Além disso, o fato de a ferramenta estar integrada ao prontuário não isenta o médico de realizar a análise crítica da evidência científica. O médico é o garantidor final da segurança do paciente.

Alternativa B: Incorreta. Embora a regulamentação específica sobre IA na saúde ainda esteja em constante evolução, o uso de ferramentas de apoio à decisão não é proibido, desde que respeite as leis vigentes, como o Código de Ética Médica e a LGPD. Suspender o uso por completo impediria o benefício que a síntese de evidências pode trazer, desde que as precauções de privacidade sejam seguidas.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve as boas práticas no uso de IA em saúde. Primeiro, a ferramenta deve ser usada como suporte para busca e síntese de evidências, e não como substituta do julgamento clínico. Segundo, é imperativo que o médico valide criticamente as informações e verifique as fontes citadas pela IA. Terceiro, diante da ausência de contratos específicos de proteção de dados (como

mencionado no enunciado), a anonimização dos dados do paciente é obrigatória para cumprir a LGPD e o sigilo médico. Por fim, o registro do raciocínio clínico no prontuário garante a transparência e a responsabilidade profissional.

Alternativa D: Incorreta. Exportar dados com identificadores (nome, CPF, RG) para uma nuvem sem garantias contratuais de proteção de dados e sem o consentimento específico do paciente viola diretamente a LGPD e o sigilo médico. Além disso, automatizar prescrições e atestados sem revisão humana direta compromete a segurança do paciente e a autonomia profissional, sendo uma prática condenada pelos conselhos de medicina.

Em resumo, o uso de IA na medicina deve ser pautado pela supervisão humana constante, proteção rigorosa dos dados sensíveis do paciente e uso da ferramenta apenas como um auxílio complementar ao conhecimento médico.

---

### Questão 43

A questão aborda a interpretação crítica de resultados estatísticos em um ensaio clínico, destacando que a significância estatística ( $p < 0,05$ ) não deve ser analisada de forma isolada da qualidade metodológica e da plausibilidade biológica.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O valor de  $p$  não representa a probabilidade de o resultado ser um falso-positivo. O erro tipo I (alfa) é o limite definido antes do estudo para rejeitar a hipótese nula. O  $p$ -valor de 0,04 significa que, assumindo que o probiótico não tem efeito (hipótese nula verdadeira), a probabilidade de observar uma diferença de -3,1 mmHg ou maior por puro acaso é de 4%. Para afirmar a chance de um resultado ser falso-positivo, seria necessária uma análise bayesiana que levasse em conta a probabilidade pré-teste.

Alternativa B: Incorreta. Esta alternativa apresenta uma interpretação errônea do Intervalo de Confiança (IC). O IC de 95% não indica que 95% dos pacientes terão aquela redução de pressão. O IC refere-se à precisão da estimativa da média: se o estudo fosse repetido 100 vezes, em 95 delas a média real estaria dentro desse intervalo. Além disso, o IC próximo de zero (-0,1) e a baixa redução média (-3,1 mmHg) tornam a eficácia clínica questionável, apesar da significância estatística.

Alternativa C: Incorreta. Um valor de  $p$  baixo ( $p < 0,05$ ) não garante a acurácia nem a validade interna do estudo. O  $p$ -valor avalia apenas o erro aleatório sob a hipótese nula. Ele não detecta nem exclui vieses de seleção, erros de medida ou variáveis de confusão, que são erros sistemáticos. Um estudo pode ser estatisticamente

significativo e, ao mesmo tempo, metodologicamente inválido.

Alternativa D: Correta. Esta é a interpretação metodológica mais robusta. O valor de  $p$  é uma ferramenta limitada que apenas indica quão extremos são os dados coletados caso a hipótese nula fosse verdadeira. Em cenários onde a plausibilidade biológica é baixa (como o uso de probióticos para hipertensão com efeito pequeno), um  $p=0,04$  é insuficiente para validar a eficácia. Ele pode ser fruto de vieses, manipulação de dados ( $p$ -hacking) ou simplesmente um achado ao acaso que não se sustenta na prática clínica real.

Gabarito: Letra D.

---

### Questão 44

A perda de peso não intencional em idosos é uma queixa frequente na Atenção Primária à Saúde e exige uma abordagem sistematizada. O primeiro passo diante desse relato, conforme demonstrado no caso clínico em que não há registros prévios, é confirmar se a perda de peso é real ou apenas uma percepção subjetiva do paciente.

Alternativa (a) Incorreta: A perda de peso não intencional nunca deve ser encarada como um processo fisiológico ou esperado do envelhecimento. Embora ocorram mudanças na composição corporal com o avançar da idade (como a redução da massa magra), uma perda ponderal significativa e não voluntária é um sinal de alerta que exige investigação. Não existe um valor de 3 kg por ano que seja considerado normal nessas circunstâncias.

Alternativa (b) Correta: Esta é uma característica fundamental da prática clínica. Estudos mostram que aproximadamente 50 por cento dos pacientes que relatam perda de peso não intencional não apresentam uma perda real quando confrontados com registros objetivos de peso, observação de familiares ou sinais indiretos, como o ajuste das roupas (o cinto ficando mais largo ou roupas folgadas). Por isso, a confirmação da perda (geralmente definida como a perda de mais de 5 por cento do peso corporal em 6 a 12 meses) é o passo inicial da propedêutica.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a neoplasia maligna seja uma preocupação importante e uma causa clássica, ela não é a etiologia na maioria das vezes. Causas não neoplásicas, como depressão (causa psiquiátrica muito comum), doenças gastrointestinais benignas, hipertireoidismo, medicações e fatores sociais (isolamento, dificuldade de acesso a alimentos) são frequentes. Em cerca de 25 por cento dos casos, mesmo após investigação extensa, nenhuma causa específica é encontrada.

Alternativa (d) Incorreta: Existe uma diferença conceitual importante aqui. O rastreamento (screening) é realizado em pacientes assintomáticos. Quando o paciente apresenta um sintoma ou sinal, como a perda de peso, o que se inicia é uma investigação diagnóstica direcionada. Além disso, a perda de peso isolada, sem outros sintomas, deve primeiro ser confirmada e acompanhada por uma anamnese detalhada e exame físico antes da solicitação de uma bateria exaustiva de exames de imagem ou marcadores tumorais.

## Questão 45

A questão aborda o raciocínio clínico estruturado no formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), focando no diagnóstico de dor crônica e distúrbios do sono.

### Análise da Avaliação (A):

A paciente apresenta um quadro de dor multifocal há 2 anos, fadiga e sono não reparador. O Índice de Dor Difusa (WPI) de 6 e a Escala de Severidade de Sintomas (SSS) de 10 preenchem os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR 2016) para o diagnóstico de fibromialgia (que exige WPI 4-6 com SSS maior ou igual a 9). O escore STOP-BANG de 6 pontos indica alto risco para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), uma vez que valores maiores ou iguais a 3 já sugerem risco elevado.

### Análise do Plano (P):

Para fibromialgia, as diretrizes recomendam como primeira linha o tratamento não farmacológico (exercícios, educação e TCC). O tratamento farmacológico pode incluir duloxetina ou pregabalina. O uso de opioides é contraindicado por não demonstrar eficácia e poder causar hiperalgesia. Para a investigação de SAOS em pacientes de alto risco, se o estudo domiciliar (tipos II ou III) for negativo ou inconclusivo, deve-se realizar a polissonografia padrão-ouro (tipo I, laboratorial) devido ao risco de falsos-negativos nos testes domiciliares.

### Explicação das alternativas:

Alternativa (a): Correta. Identifica corretamente a fibromialgia pelos critérios de 2016 e o alto risco de SAOS pelo STOP-BANG. O plano terapêutico está alinhado com as evidências (TCC, exercícios, duloxetina e evitar opioides) e a conduta diagnóstica para SAOS segue o protocolo de confirmação para casos de alta probabilidade pré-teste.

Alternativa (b): Incorreta. A fibromialgia pode ser diagnosticada de forma positiva

pelos critérios clínicos e não apenas por exclusão. Com FAN negativo, a pesquisa de anti-dsDNA e anti-Sm é desnecessária e gera custos inúteis. Além disso, o tramadol (opioide) não é medicação de primeira escolha para fibromialgia. A elevação leve de marcadores inflamatórios (1,5x o limite) é comum na obesidade (IMC 36) e não justifica investigação autoimune complexa sem clínica específica.

Alternativa (c): Incorreta. Embora a pregabalina seja uma opção para fibromialgia, o uso de tramadol é evitado. O erro principal está na conduta da SAOS: um resultado negativo em exame domiciliar (tipo II/III) em paciente com STOP-BANG 6 não permite encerrar a investigação, sendo necessária a polissonografia tipo I para exclusão definitiva.

Alternativa (d): Incorreta. Assim como na alternativa (b), falha ao tratar a fibromialgia como diagnóstico de investigação/exclusão e ao solicitar exames autoimunes desnecessários. Também repete o erro da alternativa (c) ao sugerir o encerramento da investigação de SAOS após um teste domiciliar negativo em paciente de alto risco.

---

### Questão 46

Alternativa (a) Incorreta: Embora a anemia ferropriva seja frequente na população em geral, a anemia mais comum no idoso é a anemia de doença crônica (também conhecida como anemia da inflamação). Ela ocorre devido ao estado inflamatório persistente causado por comorbidades frequentes nessa faixa etária, como doenças renais, neoplasias e doenças infecciosas ou autoimunes.

Alternativa (b) Incorreta: O PHQ-9 é um excelente instrumento de rastreio para depressão na atenção primária, mas no caso específico do idoso, a ferramenta padrão-ouro e mais recomendada é a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), também conhecida como Escala de Yesavage. A GDS é preferível porque foca menos em sintomas somáticos (como fadiga e dor), que podem ser confundidos com o processo natural de envelhecimento ou outras doenças físicas.

Alternativa (c) Incorreta: Os Critérios de Beers são uma referência internacional que lista medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. O objetivo dessa ferramenta é aumentar a segurança na prescrição, evitando fármacos que possuam alto risco de efeitos colaterais ou baixa eficácia nessa população. Eles não possuem finalidade diagnóstica para quadros de dispepsia ou qualquer outra patologia.

Alternativa (d) Correta: O uso crônico de metformina (a principal biguanida utilizada no tratamento do diabetes tipo 2) está comprovadamente associado à redução dos níveis de vitamina B12. A deficiência crônica de cobalamina (B12) pode causar manifestações neurológicas e psiquiátricas, incluindo o declínio cognitivo. Como o

quadro pode ser revertido ou estabilizado com a reposição da vitamina e o ajuste terapêutico, ele é considerado uma causa de demência reversível.

---

### **Questão 47**

A atualização da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (DBHA) de 2025 trouxe mudanças importantes no protocolo de seguimento do paciente hipertenso, visando o rastreamento precoce de lesões em órgãos-alvo e a estratificação de risco cardiovascular.

Alternativa (a) Incorreta: A estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (TFGe) por meio da equação CKD-EPI já era uma recomendação consolidada na diretriz de 2020. O acompanhamento da função renal através da creatinina sérica e do cálculo da TFGe permanece obrigatório, mas não é a novidade inserida como rotina anual universal em 2025.

Alternativa (b) Correta: Esta é a principal inovação laboratorial da diretriz de 2025 para a Atenção Primária. A Relação Albuminúria/Creatininúria (RAC), realizada em amostra isolada de urina, passou a ser recomendada rotineiramente (pelo menos uma vez ao ano) para todos os pacientes hipertensos. Na diretriz de 2020, esse exame era prioritariamente indicado para pacientes com diabetes, doença renal crônica estabelecida ou suspeita de lesão renal. O objetivo da mudança é identificar precocemente o dano renal e o risco cardiovascular aumentado, mesmo em pacientes com TFGe normal.

Alternativa (c) Incorreta: A dosagem de sódio sérico não é considerada um exame de rotina anual para todos os pacientes hipertensos. Sua avaliação é importante em contextos específicos, como no uso de certas classes de diuréticos ou em pacientes idosos com risco de hiponatremia, mas não foi adicionada ao rol de exames obrigatórios anuais para o seguimento geral.

Alternativa (d) Incorreta: O peptídeo natriurético tipo B (BNP ou NT-proBNP) é um excelente marcador para diagnóstico e seguimento de insuficiência cardíaca. Contudo, seu uso não é recomendado como triagem de rotina anual na população hipertensa geral sem sintomas cardíacos ou evidências clínicas de disfunção ventricular.

Em resumo, a Diretriz de 2025 enfatiza a necessidade de olhar para o rim além da creatinina, tornando a pesquisa de albuminúria (via RAC) uma peça fundamental do check-up anual do hipertenso.

---

## Questão 48

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

A) INCORRETA. De acordo com as atualizações mais recentes, para pacientes pré-hipertensos (PA entre 121-139 / 81-89 mmHg) que possuem alto risco cardiovascular ou doença cardiovascular estabelecida, o tratamento medicamentoso deve ser considerado se as metas não forem atingidas após 3 meses de intervenções no estilo de vida. O prazo de 12 meses citado na alternativa é excessivo para pacientes de alto risco.

B) CORRETA. Esta é uma recomendação de destaque na nova diretriz, fundamentada em estudos recentes que demonstram o benefício da substituição do sal de cozinha comum por sais enriquecidos com potássio (como o cloreto de potássio). Essa medida auxilia na redução da pressão arterial e do risco de eventos cardiovasculares, como o AVC. A ressalva para pacientes com risco de hipercalemia (como renais crônicos estágio 4 e 5 ou usuários de medicamentos poupadores de potássio) é essencial para a prática clínica segura.

C) INCORRETA. A nova diretriz unificou a meta pressórica para  $< 130/80$  mmHg para a população geral, inclusive para idosos hígidos e independentes. A meta menos rigorosa (abaixo de 140/90 mmHg ou entre 130-139 mmHg de sistólica) é reservada apenas para idosos fragilizados ou com contraindicações específicas para o controle intensivo, e não para a "maioria" dos idosos.

D) INCORRETA. Embora a orientação de medir em ambos os braços na primeira consulta e realizar três medidas esteja correta, o erro está na definição do valor final. A recomendação é que se realize a MÉDIA das duas últimas medidas para o registro oficial, descartando a primeira aferição caso haja grande discrepância, e não utilizar apenas a "última" medida de forma isolada.

GABARITO: Letra (b).

---

## Questão 49

A questão aborda as mudanças recentes no financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, consolidadas pela Portaria GM/MS nº 7.799/2025. Este modelo normativo atualizou a estrutura de repasses federais, organizando o cofinanciamento do Piso da APS em três pilares ou componentes principais: Vínculo e Acompanhamento Territorial, Qualidade e Equidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Componente fixo.

Incorreta. O termo Componente Fixo, ou antigo PAB Fixo, remete a modelos de financiamento anteriores. No atual modelo estabelecido pela Portaria de 2025, a lógica de repasse baseada no território e na população sob responsabilidade das equipes é contemplada pelo componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial, e não por um componente isolado com o nome "fixo".

Alternativa b) Universalidade.

Incorreta. A universalidade é um dos princípios doutrinários fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando que todo cidadão tenha direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Embora seja um pilar ético e jurídico do sistema, não é a nomenclatura técnica de um dos três componentes de repasse financeiro do Piso da APS definidos pela portaria mencionada.

Alternativa c) Equidade.

Correta. O componente de Equidade é o terceiro pilar do novo financiamento. Ele tem o objetivo de direcionar recursos de forma diferenciada para compensar desigualdades socioeconômicas e demográficas. Esse repasse considera critérios como o perfil de vulnerabilidade da população, a presença de povos e comunidades tradicionais e as dificuldades de acesso geográfico de cada município.

Alternativa d) Desempenho.

Incorreta. O termo Pagamento por Desempenho era a nomenclatura central do modelo anterior (conhecido como Previner Brasil). Na transição para a nova regulamentação de 2025, a avaliação do alcance de metas e indicadores de saúde passou a ser integrada e reformulada dentro do componente denominado Qualidade. Portanto, "Desempenho" não é mais a nomenclatura oficial isolada para esse fim.

---

## Questão 50

Para resolver esta questão, é necessário integrar conhecimentos de Medicina de Família e Comunidade (ciclo vital familiar) e Psiquiatria Infantil (DSM-5-TR).

1. Ciclo Vital Familiar (Carter & McGoldrick e Duvall):

As crises familiares são classificadas em dois grandes grupos:

- Crises Normativas: São eventos esperados e previsíveis que fazem parte do desenvolvimento natural das famílias, como o casamento, o nascimento dos filhos, a entrada dos filhos na escola, a adolescência e a saída dos filhos de casa.
- Crises Paranormativas: São eventos acidentais, inesperados e que não fazem parte do curso normal da vida. Exemplos incluem doenças crônicas, mortes prematuras, desemprego e, como no caso da questão, a prisão de um membro da família (o pai da criança). Portanto, o evento relatado é uma crise paranormativa.

## 2. Diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (DSM-5-TR):

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), para o diagnóstico de um Episódio Depressivo Maior, o paciente deve apresentar pelo menos cinco sintomas (entre eles, humor deprimido ou anedonia) por um período mínimo de duas semanas. A paciente apresenta: humor deprimido, anedonia, insônia, agitação e sentimento de culpa, totalizando cinco sintomas fundamentais. Como o quadro persiste há um mês (tempo superior a duas semanas) e causa sofrimento clinicamente significativo, os critérios para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (TDM) estão preenchidos e devem ser comunicados, independentemente do fator estressor desencadeante.

### Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Identifica corretamente a crise como paranormativa, pois a prisão de um genitor é um evento inesperado e traumático. Também define corretamente a conduta diagnóstica, visto que os sintomas excedem o prazo de duas semanas exigido pelo DSM-5-TR para a caracterização do Transtorno Depressivo Maior.

Alternativa B (Incorreta): Erra ao classificar o evento como crise normativa, já que o envolvimento com crimes e a privação de liberdade não são etapas esperadas do ciclo de vida. Além disso, o prazo de dois meses mencionado não é o critério para TDM; o limite mínimo é de duas semanas.

Alternativa C (Incorreta): Embora acerte o tempo de diagnóstico para TDM (superior a duas semanas), erra ao classificar o evento como crise normativa. Crises normativas são as transições previsíveis do desenvolvimento familiar.

Alternativa D (Incorreta): Acerta a classificação da crise como paranormativa, mas erra na conduta clínica. No DSM-5-TR, não se deve aguardar dois meses para afirmar o diagnóstico se os critérios sintomatológicos e temporais (duas semanas) já foram atingidos e há prejuízo funcional importante.

---

## Questão 51

O quadro clínico descreve um paciente com câncer de pâncreas apresentando dor oncológica com características neuropáticas bem definidas. Os termos queimação, hipostesia (diminuição da sensibilidade) e alodínia (dor causada por estímulos que normalmente não provocariam dor, como o toque) indicam que há comprometimento de estruturas nervosas, seja por infiltração tumoral ou compressão de plexos.

Alternativa a: Incorreta. O enunciado informa que a dose de morfina já está otimizada. Em casos de dor neuropática, os opioides isoladamente costumam ter eficácia limitada. O aumento indiscriminado da dose, sem tratar o componente neuropático, pode levar à toxicidade (como sedação excessiva, mioclônias e constipação grave) sem atingir o controle algico satisfatório.

Alternativa b: Incorreta. A rotação de opioides (trocar morfina por oxicodona, por exemplo) é uma estratégia utilizada quando o paciente apresenta efeitos colaterais intoleráveis ou quando não se atinge analgesia mesmo com doses altas. No entanto, o acréscimo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) é mais indicado para dor óssea ou inflamatória, não sendo o tratamento de escolha para os sintomas de alodínia e queimação descritos.

Alternativa c: Correta. De acordo com a escada analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS), para dores com componente neuropático, é fundamental a associação de fármacos adjuvantes. A gabapentina (anticonvulsivante) e a duloxetina (antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina) agem modulando a transmissão da dor no sistema nervoso central e periférico, sendo as medicações de primeira linha para tratar a queimação e a alodínia.

Alternativa d: Incorreta. O bloqueio do plexo celíaco é uma técnica intervencionista eficaz para dor visceral em câncer de pâncreas e pode ser considerada em casos refratários. Contudo, o paciente deseja permanecer no domicílio e está lúcido. O próximo passo lógico e menos invasivo dentro do manejo farmacológico é a introdução de adjuvantes. A realização do bloqueio exigiria deslocamento e internação, contrariando a preferência atual do paciente antes de se esgotarem as opções medicamentosas domiciliares.

---

## Questão 52

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O ponto-chave para a resolução desta questão é a relação direta entre os sintomas no membro superior e a posição do pescoço. Quando um paciente apresenta dor irradiada para o braço, acompanhada de alterações sensitivas (parestesias) e motoras (redução de força), e esses sintomas são influenciados pela movimentação cervical, a principal hipótese diagnóstica é a radiculopatia cervical.

Alternativa (a) CORRETA. A radiculopatia cervical ocorre devido à compressão ou inflamação de uma raiz nervosa na coluna cervical, geralmente por hérnia de disco ou alterações degenerativas (espondilose). O quadro clínico descrito é clássico: dor que segue o trajeto de um dermatomo, parestesias intermitentes e possível déficit motor (como a redução da força de preensão). A piora com determinadas posições do

pescoço é o sinal clínico que localiza a origem do problema na coluna vertebral, diferenciando-o de neuropatias periféricas.

Alternativa (b) INCORRETA. A síndrome do túnel do carpo envolve a compressão do nervo mediano no punho. Embora cause parestesias e dor noturna, os sintomas estariam restritos ao território do nervo mediano na mão e não seriam exacerbados por posições do pescoço. Além disso, o teste clínico de elevação da mão sobre a cabeça (que pode mimetizar testes de estiramento radicular ou compressão no desfiladeiro torácico) não é o padrão para diagnóstico de túnel do carpo.

Alternativa (c) INCORRETA. A tenossinovite de De Quervain é uma inflamação dos tendões do abductor longo e extensor curto do polegar. A dor é localizada estritamente na região da estilóide radial (punho) e é desencadeada por movimentos do polegar (teste de Finkelstein). Por ser uma patologia tendínea e não neurológica, não causa parestesias ou alterações de sensibilidade nos dedos.

Alternativa (d) INCORRETA. A epicondilite lateral é uma tendinopatia dos músculos extensores do punho que se inserem no cotovelo. A dor é localizada no epicôndilo lateral e piora com a extensão do punho contra resistência. Assim como na alternativa anterior, trata-se de uma condição ortopédica local sem manifestações neurológicas, como parestesias ou perda de sensibilidade.

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

---

### Questão 53

A alternativa (a) está correta porque a negociação é um pilar fundamental do Método Clínico Centrado na Pessoa. Na Medicina de Família e Comunidade, o médico não deve apenas prescrever de forma unilateral, mas sim pactuar o plano de cuidados com o paciente. Ao considerar as expectativas, os medos e o significado que o paciente atribui aos seus sintomas, o médico estabelece uma aliança terapêutica mais forte. Acordos claros e conjuntos aumentam significativamente a autonomia do paciente e a adesão ao tratamento, gerando desfechos clínicos superiores.

A alternativa (b) está incorreta porque a comunicação efetiva preza pela clareza, objetividade e adequação da linguagem ao nível de compreensão do paciente. O uso excessivo de termos técnicos (jargão médico) e explicações demasiadamente longas tendem a confundir o paciente e dificultar a retenção das informações. O ideal é fornecer informações em pequenas doses e verificar o entendimento do paciente.

A alternativa (c) está incorreta porque, embora a competência técnica seja indispensável, na Atenção Primária à Saúde, o domínio técnico-científico

especializado sozinho não é o elemento mais determinante para o sucesso. O vínculo, a continuidade do cuidado (longitudinalidade) e a abordagem biopsicossocial são frequentemente mais decisivos para a resolução de problemas complexos e para a promoção da saúde do que a ultraespecialização técnica.

A alternativa (d) está incorreta por dois motivos principais. Primeiro, o início da consulta deve privilegiar perguntas abertas para permitir que o paciente exponha suas queixas (o chamado "minuto de ouro"), evitando o fechamento precoce do diagnóstico; perguntas fechadas são mais úteis na fase final da anamnese. Segundo, o conceito de empatia não deve ser confundido com compartilhar o sofrimento de forma intensa ou desmedida, o que poderia levar à exaustão emocional do médico; a empatia consiste na capacidade de compreender a perspectiva e os sentimentos do outro e comunicar essa compreensão.

---

### Questão 54

Esta questão aborda o manejo da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER) e a integração precoce de cuidados paliativos em pacientes crônicos e sintomáticos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o paciente tenha sintomas de dispneia, a intensificação de diuréticos de alça e a associação de tiazídicos são estratégias para congestão refratária. O ponto principal aqui é que o paciente ainda não está em uso da terapia quádrupla otimizada, que modifica a sobrevida. Além disso, o foco não deve ser apenas o manejo de sintomas congestivos, mas a introdução de drogas que mudam o desfecho da doença.

b) Incorreta. O nebivolol é um dos quatro betabloqueadores com evidência robusta para o tratamento da insuficiência cardíaca (estudo SENIORS), sendo especialmente bem tolerado em pacientes idosos. Suspê-lo seria um erro terapêutico que poderia levar à descompensação clínica. O suporte psicoterápico é válido, mas a suspensão da medicação cardíaca é contraindicada neste cenário.

c) Correta. O paciente apresenta ICFER (FEVE 25%) e permanece sintomático (NYHA III) apesar do uso de betabloqueador e diurético. As diretrizes atuais (brasileira, americana e europeia) recomendam a "terapia quádrupla" para reduzir a mortalidade e as hospitalizações: betabloqueador, sacubitril-valsartana (ou IECA/BRA), antagonista de mineralocorticoide e inibidores do SGLT2 (como a dapagliflozina). Além da otimização farmacológica, o histórico de duas internações no último ano e a baixa fração de ejeção indicam uma doença avançada com alto risco de mortalidade.

Portanto, a introdução precoce de cuidados paliativos para o planejamento de cuidados e a elaboração de diretrizes antecipadas de vontade (DAV) são condutas fundamentais para garantir a autonomia do paciente e a qualidade de vida.

d) Incorreta. Embora o início do antagonista da aldosterona (espironolactona) esteja indicado, a alternativa peca ao sugerir que isso deve "adiar" discussões sobre cuidados paliativos. Os cuidados paliativos devem ser integrados ao tratamento curativo/modificador da doença de forma compartilhada e precoce, e não apenas na fase final de vida. O paciente já apresenta marcadores de gravidade (NYHA III e hospitalizações recorrentes) que justificam essa discussão agora.

---

### Questão 55

O caso clínico descreve uma paciente com sintomas clássicos de um episódio depressivo maior: humor deprimido, anedonia (perda de interesse), isolamento social, prejuízo funcional e sentimentos de culpa excessiva, com duração superior a duas semanas. A questão foca na orientação que o médico deve fornecer sobre o impacto e o curso da doença.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa está fundamentada em evidências científicas robustas, como o estudo STAR\*D-Child. O tratamento eficaz da depressão materna não beneficia apenas a paciente, mas tem um efeito direto na saúde mental e no comportamento dos filhos. A remissão dos sintomas na mãe está associada a uma redução significativa de diagnósticos psiquiátricos e problemas de conduta nas crianças, evidenciando que o manejo adequado quebra o ciclo de impacto intergeracional do transtorno.

Alternativa B (Incorreta): A taxa de recorrência da depressão é muito superior aos 15-20% citados. Estima-se que cerca de 50% a 85% dos pacientes que apresentam um primeiro episódio depressivo terão pelo menos mais um episódio ao longo da vida. Além disso, a duração do primeiro episódio sem tratamento adequado está correlacionada a um pior prognóstico e a um maior risco de cronificação da doença.

Alternativa C (Incorreta): Embora a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) seja uma intervenção de primeira linha e extremamente eficaz, a afirmação de que a intervenção medicamentosa é "opcional" é tecnicamente inadequada para todos os casos. Em quadros moderados a graves, ou naqueles com prejuízo funcional significativo (como a "redução da diligência no cuidado de casa" mencionada no enunciado), a combinação de psicoterapia e farmacoterapia é o padrão-ouro de tratamento.

Alternativa D (Incorreta): A investigação de ideação suicida deve ser realizada de

forma clara, direta e imediata em todos os pacientes com suspeita de depressão, independentemente da presença de sintomas psicóticos. Em pacientes com psicose, o risco de suicídio pode ser ainda mais elevado devido a alucinações auditivas de comando ou delírios persecutórios, tornando a avaliação de segurança uma prioridade absoluta logo na consulta inicial, antes mesmo de aguardar o efeito da farmacoterapia.

## Questão 56

Análise do Caso Clínico:

A paciente J.B., mulher trans, apresenta um quadro clássico de balanopostite, que é a inflamação da glândula e do prepúcio. Os sintomas relatados (eritema, prurido, secreção esbranquiçada e odor fétido) são característicos desse processo inflamatório, que pode ter etiologia irritativa, alérgica ou infecciosa (frequentemente fúngica por *Candida*).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A balanopostite não é classificada tecnicamente como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), embora o contato sexual possa ser um fator desencadeante por trauma ou exposição. Ela decorre principalmente de fatores locais, como acúmulo de esmegma, umidade e proliferação de microrganismos da própria flora. Além disso, não há evidências diretas no caso de que a terapia com estradiol seja o fator causal principal dos sintomas apresentados.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ inclua a prevenção de IST/HIV/AIDS, ela não a define como o "eixo central" de atuação. Pelo contrário, a política busca superar a visão patologizante que reduz a saúde dessa população apenas às infecções, focando na integralidade do cuidado, que envolve saúde mental, acesso à atenção básica e o processo de afirmação de gênero de forma ampla.

Alternativa (c) Incorreta: No Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), os fatores sociais, como experiências de preconceito e o contexto de vida, são elementos fundamentais para entender a "experiência de adoecer" do paciente. Esses fatores não devem ser "minimizados" ou vistos como "vieses", mas sim integrados na elaboração conjunta do plano de manejo. O plano é construído levando em conta as expectativas e a realidade social do indivíduo, e não apenas após afastar diagnósticos.

Alternativa (d) Correta: O manejo da balanopostite envolve tanto medidas farmacológicas quanto orientações de higiene. O uso de hidrocortisona tópica

(corticoide de baixa potência) é indicado para reduzir o componente inflamatório e o prurido. As orientações não farmacológicas são essenciais: evitar sabonetes irritantes que alteram o pH local, manter a região seca e utilizar roupas de algodão (preferencialmente claras/brancas para evitar corantes alérgenos), o que favorece a ventilação e reduz a umidade, combatendo a proliferação de fungos e bactérias.

### Questão 57

O quadro clínico descrito é clássico de herpes-zóster: dor neuropática em queimação seguida por lesões vesiculares que respeitam um dermatomo (neste caso, o dermatomo T6 à direita). O manejo correto envolve o tratamento da fase aguda e a prevenção de complicações e novos episódios.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. No herpes-zóster, o uso de antivirais tópicos (como cremes ou pomadas de aciclovir) não tem eficácia comprovada e não deve ser recomendado. O tratamento padrão para reduzir a formação de novas lesões e a duração da dor é o antiviral por via sistêmica (oral), como aciclovir, valaciclovir ou famciclovir, idealmente iniciado nas primeiras 72 horas após o surgimento do exantema.

Alternativa b) Incorreta. A neuralgia pós-herpética é uma dor que persiste por mais de 90 dias após o aparecimento das lesões cutâneas. O tratamento de primeira linha para dor neuropática inclui os antidepressivos tricíclicos (como a amitriptilina) ou os gabapentinóides (gabapentina e pregabalina). Opióides, mesmo os leves como o tramadol, são considerados medicamentos de segunda ou terceira linha, reservados para resgate em dores refratárias, e não como primeira escolha.

Alternativa c) Incorreta. O uso de corticosteróides sistêmicos pode ser considerado como terapia adjuvante para reduzir a dor aguda e acelerar a cicatrização em idosos com dor intensa ou em casos de paralisia de nervos cranianos. No entanto, eles nunca devem ser utilizados em monoterapia, pois a supressão imunológica local pode favorecer a replicação viral; devem estar sempre associados ao antiviral sistêmico. Além disso, o acometimento ocular (herpes-zóster oftálmico) requer avaliação oftalmológica especializada e tratamento antiviral vigoroso.

Alternativa d) Correta. Atualmente, a prevenção do herpes-zóster é feita preferencialmente com a vacina recombinante inativada (Shingrix). Diferente da vacina de vírus vivo atenuado (Zostavax), a vacina recombinante é administrada por via intramuscular em duas doses, com intervalo de 2 a 6 meses. Ela apresenta eficácia superior a 90% na prevenção do zóster e da neuralgia pós-herpética em todas as faixas etárias acima de 50 anos, mantendo a proteção por mais tempo e

podendo ser utilizada inclusive em pacientes imunossuprimidos.

### Questão 58

A alternativa correta é a (d). Abaixo, apresento a análise detalhada de cada opção com base nos protocolos de manejo de arboviroses (como dengue) e na organização da saúde indígena no Brasil.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o diálogo intercultural e a escuta das concepções do paciente sejam pilares da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e da Medicina de Família e Comunidade, o termo "equivalência" é considerado tecnicamente inadequado em provas de cunho clínico-normativo. As orientações médicas baseadas em evidências e protocolos de segurança (como a hidratação na dengue) devem ser garantidas para evitar a mortalidade, buscando-se a mediação cultural para a adesão, mas sem colocar saberes tradicionais que possam contraindicar o manejo vital no mesmo patamar de decisão clínica em situações de urgência.

Alternativa (b) Incorreta: O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) é organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O erro da alternativa está em afirmar que a atuação do DSEI não substitui a responsabilidade municipal pela atenção primária. Na verdade, o DSEI é a unidade gestora responsável pela execução das ações de atenção primária dentro dos territórios indígenas (responsabilidade federal via SESAI), enquanto o município e o estado são responsáveis pela referência de média e alta complexidade (atenção secundária e terciária).

Alternativa (c) Incorreta: A alternativa apresenta vários erros imunológicos e clínicos. A sorologia IgM para dengue geralmente só se torna positiva após o 5º ou 6º dia de sintomas, possuindo baixa sensibilidade nos "primeiros dias" (fase em que o NS1 ou o PCR seriam indicados). Além disso, sinais como exantema e dor retro-orbitária são comuns a diversas arboviroses (dengue, zika, chikungunya), possuindo baixa especificidade para diferenciar entre elas. Por fim, a prova do laço é um teste de fragilidade capilar que, embora tenha baixa sensibilidade, é fundamental no rastreio.

Alternativa (d) Correta: O paciente J.D.S. apresenta um quadro sugestivo de dengue. No momento do exame, ele está em bom estado geral e hidratado (Grupo A). No entanto, a alternativa descreve uma conduta hipotética para o caso de evolução clínica. A lipotimia (sensação de desmaio/hipotensão postural) é classificada como um sinal de alarme, o que enquadraria o paciente no Grupo C. Segundo o protocolo do Ministério da Saúde para manejo de dengue, pacientes do Grupo C devem receber hidratação venosa imediata com solução cristalóide. O volume de 20 mL/kg em até 2

horas (frequentemente fracionado em 10 mL/kg na primeira hora, podendo ser repetido) é a conduta padrão para estabilização hemodinâmica inicial e prevenção de choque.

Associação Clínica: O quadro de febre, mialgia e dor retro-orbitária em contexto epidêmico exige o monitoramento rigoroso dos sinais de alarme. A identificação precoce da lipotimia e a intervenção volêmica rápida, conforme descrito na alternativa (d), são as medidas que mais impactam na redução da letalidade por dengue.

---

### Questão 59

Análise do caso clínico:

O paciente de 52 anos apresenta um consumo de 10 cigarros por dia e inicia o uso 2 horas após acordar, o que sugere uma dependência física de baixa a moderada. No entanto, ele relata tentativas anteriores frustradas e demonstra motivação atual para cessar o tabagismo. No modelo transteórico de Prochaska e DiClemente, o paciente encontra-se na fase de preparação, pois já reconhece o problema e busca ativamente ajuda para planejar a mudança.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A terapia de reposição de nicotina (TRN) utiliza doses regressivas para realizar o desmame da substância, nunca doses crescentes. Além disso, a técnica da balança decisional é uma ferramenta típica da fase de contemplação, servindo para ajudar o paciente a superar a ambivalência, enquanto a fase de ação foca na execução da parada.

Alternativa B: Incorreta. Embora a vareniclina seja uma opção terapêutica de primeira linha e o reforço da autoeficácia seja fundamental, o erro está na classificação do estágio motivacional. O paciente ainda não interrompeu o hábito, portanto, não está na fase de ação. Ele está se organizando para parar, o que caracteriza a preparação.

Alternativa C: Correta. Segundo as diretrizes para cessação do tabagismo, pacientes com tentativas prévias sem sucesso podem se beneficiar da combinação de medicamentos (como a bupropiona associada à TRN) para aumentar as taxas de abstinência. O foco do aconselhamento comportamental na fase de preparação é justamente o planejamento de estratégias para lidar com situações de risco, gatilhos e a definição de uma data para a interrupção definitiva.

Alternativa D: Incorreta. Embora a bupropiona deva ser iniciada de 7 a 14 dias antes

da data escolhida para parar, o paciente não se encontra na fase de pré-contemplação. Na pré-contemplação, o indivíduo não tem intenção de parar nos próximos meses e muitas vezes não reconhece o tabagismo como um problema. O paciente do caso já está motivado e buscou auxílio profissional, o que descarta essa fase.

Gabarito: Alternativa (c).

---

### Questão 60

Para compreender essa questão, é necessário utilizar a classificação de Don Nutbeam, referência central no tema, que divide o letramento em saúde em três níveis: funcional, interativo (ou comunicativo) e crítico.

Alternativa a: Incorreta. Esta alternativa descreve o letramento funcional (nível 1). Ele envolve apenas as habilidades básicas de leitura e escrita necessárias para que o indivíduo consiga operar minimamente no sistema de saúde, como ler rótulos, bulas ou entender instruções simples de dosagem.

Alternativa b: Incorreta. O letramento crítico é o nível mais avançado e pressupõe justamente o desenvolvimento de habilidades sociais e a capacidade de aplicar informações em situações práticas e complexas. A mera decodificação de textos é característica dos níveis mais básicos (funcional).

Alternativa c: Correta. O letramento crítico (nível 3) envolve habilidades cognitivas e sociais mais profundas. Ele permite que o indivíduo analise criticamente as informações recebidas, avalie sua veracidade e relevância, e utilize esse conhecimento para exercer maior controle sobre as situações de vida e sobre a própria saúde. É o nível que promove a autonomia e o empoderamento para a tomada de decisões compartilhadas.

Alternativa d: Incorreta. Embora exista uma correlação, o letramento em saúde não é determinado apenas pelo grau de escolaridade. Indivíduos com muitos anos de estudo podem apresentar baixo letramento em saúde por não compreenderem termos técnicos ou por não saberem navegar no sistema de saúde. O letramento é um conceito dinâmico que depende da interação entre as habilidades do indivíduo e as demandas do sistema.

---

## Questão 61

O caso clínico descreve uma paciente jovem com um quadro crônico de dor abdominal associado à alteração do hábito intestinal (alternância entre diarreia e constipação). O fato de os sintomas serem desencadeados por estresse emocional (períodos de tensão na faculdade) e a ausência de sinais de alarme, como perda de peso, sangramento retal ou alterações em exames laboratoriais (hemograma e parasitológico normais), são fundamentais para o diagnóstico.

Análise das alternativas:

a) Síndrome do intestino irritável: Esta é a alternativa correta. O quadro clínico preenche os critérios diagnósticos clássicos (como os Critérios de Roma IV), que envolvem dor abdominal recorrente associada a mudanças na frequência ou na forma das fezes, na ausência de causas orgânicas detectáveis. A prevalência é maior em mulheres jovens e a exacerbação por estresse é uma característica marcante dessa desordem funcional do trato gastrointestinal.

b) Retocolite ulcerativa: Incorreta. A retocolite ulcerativa é uma doença inflamatória intestinal que tipicamente se manifesta com diarreia crônica sanguinolenta, presença de muco e urgência fecal. A paciente em questão nega sangramento e apresenta exames laboratoriais normais, o que torna esse diagnóstico improvável, já que se esperaria, no mínimo, evidência de atividade inflamatória ou anemia.

c) Doença de Crohn: Incorreta. Embora a Doença de Crohn possa causar dor abdominal e diarreia, ela geralmente se acompanha de sinais de alarme, como perda ponderal, febre ou evidências de má absorção. Além disso, é comum encontrar alterações em exames de imagem ou laboratoriais (como anemia ou elevação de marcadores inflamatórios), que estão ausentes no caso relatado.

d) Supercrescimento bacteriano do intestino delgado: Incorreta. Essa condição ocorre quando há um excesso de bactérias no intestino delgado, geralmente associada a fatores predisponentes como cirurgias prévias, diabetes ou doenças que afetam a motilidade intestinal. Os sintomas principais costumam ser distensão abdominal, flatulência excessiva e diarreia absorviva (esteatorreia), não apresentando a relação típica com estresse emocional observada na síndrome do intestino irritável.

## Questão 62

O caso clínico apresenta um paciente com falha terapêutica no tratamento de primeira linha para a infecção por \*Helicobacter pylori\*. O esquema inicial utilizado foi o padrão brasileiro de 14 dias: Inibidor de Bomba de Prótons (IBP) + Amoxicilina + Claritromicina. Segundo o IV Consenso Brasileiro sobre Infecção por \*H. pylori\*, quando há persistência da bactéria após o primeiro ciclo, deve-se instituir uma terapia de resgate (segunda linha) utilizando antibióticos diferentes dos usados anteriormente, especialmente evitando a claritromicina devido ao risco de resistência adquirida.

Alternativa A: Correta. A associação de IBP + Amoxicilina (1 g de 12/12 h) + Levofloxacino (500 mg 1 vez ao dia) por 10 a 14 dias é a principal recomendação de segunda linha no Brasil. O levofloxacino, uma fluoroquinolona, apresenta boas taxas de erradicação em pacientes que falharam no esquema com claritromicina.

Alternativa B: Incorreta. Embora o bismuto seja uma excelente opção para terapias de resgate, ele deve ser utilizado no esquema de terapia quádrupla (IBP + Bismuto + Tetraciclina + Metronidazol). A alternativa propõe apenas bismuto e metronidazol, o que não compõe um esquema terapêutico completo ou padronizado pelo consenso para este cenário.

Alternativa C: Incorreta. Na terapia de resgate com levofloxacino, o antibiótico acompanhante de escolha é a amoxicilina, e não o metronidazol. A amoxicilina é mantida na segunda linha porque a resistência bacteriana do \*H. pylori\* a ela é raríssima no Brasil, garantindo maior eficácia ao tratamento quando combinada com uma nova droga (levofloxacino).

Alternativa D: Incorreta. O esquema IBP + Amoxicilina + Metronidazol é geralmente utilizado como alternativa de primeira linha em pacientes que possuem contraindicação ou alergia à claritromicina. Após a falha do esquema tríplice clássico, as evidências apontam para uma maior taxa de sucesso com o uso do levofloxacino ou da terapia quádrupla com bismuto.

---

## Questão 63

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Equipamentos validados para a população adulta geral não podem ser automaticamente considerados válidos para populações especiais. Crianças, gestantes (especialmente em casos de pré-eclâmpsia), idosos e pacientes com arritmias possuem características hemodinâmicas e de complacência arterial distintas. Isso exige que o aparelho passe por protocolos de validação específicos

para cada um desses grupos antes de ser recomendado.

Alternativa b) Incorreta. Embora a verificação da calibragem seja obrigatória, as diretrizes brasileiras de hipertensão recomendam que ela seja realizada, pelo menos, uma vez ao ano, ou conforme a orientação do fabricante e do Inmetro. Não há uma exigência normativa de que a calibração ocorra obrigatoriamente duas vezes ao ano (a cada seis meses).

Alternativa c) Correta. A técnica oscilométrica automatizada elimina o erro humano associado à audição dos sons de Korotkoff e à velocidade de deflação do manguito. Um dos erros sistemáticos mais comuns na técnica auscultatória é a "preferência pelo dígito terminal", onde o examinador arredonda os valores para 0 ou 5. Os aparelhos automáticos registram o valor exato da oscilação, afastando esse vício de leitura e aumentando a reprodutibilidade do exame.

Alternativa d) Incorreta. A validação por protocolos específicos e internacionalmente aceitos (como os da ESH, BHS ou AAMI) é um requisito essencial para garantir a segurança clínica do equipamento. Diferente do que afirma a alternativa, a validação jamais deve ser dispensada. Quanto aos manguitos, eles devem ser adequados à circunferência do braço do paciente e compatíveis com o equipamento utilizado.

Gabarito: Letra (c).

---

## Questão 64

A alternativa correta é a letra (c).

Alternativa (a): Incorreta. A maior parte das mortes por infarto agudo do miocárdio ocorre precocemente, nas primeiras horas do evento. O risco é maior no início do quadro, frequentemente devido a arritmias ventriculares malignas (como a fibrilação ventricular), antes mesmo de o paciente chegar ao hospital.

Alternativa (b): Incorreta. A mortalidade intra-hospitalar do infarto agudo do miocárdio apresentou uma redução significativa nas últimas décadas. Esse declínio é resultado do avanço nas terapias de reperfusão (angioplastia primária e fibrinolíticos), da implementação de unidades coronarianas especializadas e do uso sistemático de medicações como antiagregantes plaquetários, estatinas e betabloqueadores.

Alternativa (c): Correta. Dados epidemiológicos demonstram que aproximadamente metade das mortes associadas ao infarto ocorre fora do ambiente hospitalar. Esses óbitos costumam ser súbitos e acontecem antes que o paciente receba qualquer

assistência médica formal ou consiga ser transportado para uma unidade de emergência.

Alternativa (d): Incorreta. O atendimento pré-hospitalar é vital, especialmente em países com grandes desafios logísticos. O conceito de "tempo é músculo" rege o tratamento do infarto; quanto mais rápido o diagnóstico e o início da reperfusão (seja por trombólise pré-hospitalar ou encaminhamento rápido para hemodinâmica), melhor o prognóstico. No Brasil, sistemas como o SAMU desempenham um papel essencial na tentativa de reduzir a mortalidade precoce.

---

### Questão 65

O tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr) baseia-se em pilares terapêuticos que não apenas aliviam sintomas, mas também bloqueiam os sistemas neuro-hormonais responsáveis pelo remodelamento cardíaco progressivo, reduzindo assim as taxas de hospitalização e morte.

Alternativa (a) Correta. A espironolactona é um antagonista do receptor mineralocorticoide (antagonista da aldosterona). Grandes estudos clínicos, como o RALES e o EMPHASIS-HF, demonstraram que a adição deste fármaco ao tratamento padrão reduz significativamente a morbimortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca. Ela atua combatendo a fibrose miocárdica e o remodelamento adverso causados pelo excesso de aldosterona, sendo parte fundamental da terapia tripla ou quádrupla preconizada pelas diretrizes atuais.

Alternativa (b) Incorreta. A furosemida é um diurético de alça amplamente utilizado na prática clínica. Entretanto, seu papel é estritamente sintomático. Ela promove a eliminação de volume e alivia a congestão (edema e dispneia), mas não possui evidências de que reduza a mortalidade a longo prazo ou que impeça a progressão da doença cardíaca.

Alternativa (c) Incorreta. A indapamida é um diurético tiazídico-símile. Sua principal indicação é o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. No contexto da insuficiência cardíaca, não há comprovação de que o uso isolado desse fármaco resulte em benefício de sobrevida ou redução de eventos graves.

Alternativa (d) Incorreta. A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico clássico. Assim como os demais diuréticos mencionados (exceto a espironolactona), ela atua no manejo do balanço hídrico e controle de sintomas congestivos em casos leves, mas não faz parte do grupo de medicamentos que modificam o desfecho clínico de morbimortalidade na insuficiência cardíaca.

Em resumo, os fármacos que comprovadamente reduzem a mortalidade na ICFeR incluem os betabloqueadores, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) ou inibidores da neprilisina e do receptor de angiotensina (INRA), os antagonistas do receptor mineralocorticoide (espironolactona) e os inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT2i).

### Questão 66

O tratamento da doença renal do diabetes (DRD) evoluiu significativamente, passando de uma abordagem focada apenas no controle glicêmico e pressórico para o uso de drogas que modificam a história natural da doença, atuando na hemodinâmica glomerular, na inflamação e na fibrose.

ALTERNATIVA A (CORRETA): Reúne os três pilares fundamentais da renoproteção moderna recomendados por diretrizes internacionais (como KDIGO e ADA).

1. Bloqueadores do sistema renina-angiotensina (IECA ou BRA): São a primeira linha de tratamento, pois promovem a vasodilatação da arteríola eferente, reduzindo a pressão dentro do glomérulo e a albuminúria.
2. Inibidores do SGLT2 (gliflozinas): Atuam no túbulo proximal, restaurando o feedback tubuloglomerular e reduzindo a hiperfiltração renal. Possuem benefícios comprovados na redução do declínio da taxa de filtração glomerular e necessidade de diálise.
3. Antagonistas do receptor mineralocorticoide (como a finerenona): Agem bloqueando a superativação dos receptores mineralocorticoides, o que reduz o estresse oxidativo, a inflamação e a fibrose no tecido renal.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): As sulfonilureias são agentes secretagogos de insulina que não possuem propriedades de renoproteção direta. Além disso, algumas sulfonilureias devem ser evitadas na doença renal avançada pelo alto risco de hipoglicemia. Bloqueadores de canal de cálcio são bons anti-hipertensivos, mas não substituem os IECAs/BRA como primeira escolha para proteção renal.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): Betabloqueadores e diuréticos de alça (como a furosemida) são medicamentos importantes para o manejo de complicações como hipertensão de difícil controle ou sobrecarga hídrica, mas não são classificados como agentes renoprotetores primários, pois não atuam diretamente nos mecanismos de lesão da doença renal diabética.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): Embora os agonistas do GLP-1 tenham demonstrado benefícios importantes na redução de albuminúria e eventos cardiovasculares, a alternativa está incorreta ao incluir o agonista alfa-2 adrenérgico (como a clonidina) e

o diurético tiazídico. A clonidina é uma droga de ação central sem papel na preservação da função renal, e os tiazídicos são adjuvantes no controle da pressão, sem efeito renoprotetor intrínseco específico para o paciente diabético.

## Questão 67

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico sugestivo de Mieloma Múltiplo, uma neoplasia de plasmócitos. Os achados clínicos e laboratoriais preenchem os critérios conhecidos pelo acrônimo CRAB:

C (Cálcio): Hipercalcemia relatada.

R (Renal): Insuficiência renal aguda.

A (Anemia): Anemia e plaquetopenia (indicando infiltração da medula óssea).

B (Bone/Osso): Lesões líticas em coluna e quadril.

A dor lombar crônica (6 meses) evoluindo com lesões líticas e perda súbita de função renal é a apresentação típica da nefropatia por cilindros no mieloma.

### CLASSIFICAÇÃO KDIGO DA LESÃO RENAL AGUDA (IRA)

Para definir o estágio da IRA, observamos a creatinina e o débito urinário:

1. Valor basal de creatinina: 0,9 mg/dL.
2. Valor após 48 horas: 3,9 mg/dL.
3. Débito urinário: 150 mL em 24 horas.

O aumento da creatinina foi de 4,3 vezes em relação ao valor basal ( $3,9 / 0,9 = 4,33$ ). O critério para KDIGO 3 é um aumento maior ou igual a 3 vezes o valor basal, ou creatinina absoluta maior ou igual a 4,0 mg/dL, ou débito urinário menor que 0,3 mL/kg/h por 24 horas ou anúria por 12 horas. O paciente preenche os critérios para KDIGO 3 tanto pelo aumento da creatinina (superior a 3x) quanto pela oligúria severa (150 mL/dia).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O KDIGO 1 exige um aumento de apenas 1,5 a 1,9 vezes a creatinina basal. A microangiopatia trombótica até poderia causar anemia, plaquetopenia e lesão renal, mas não explicaria as lesões líticas ósseas e a hipercalcemia.

Alternativa b) Incorreta. O KDIGO 2 exige um aumento de 2,0 a 2,9 vezes a creatinina basal. As vasculites renais costumam se apresentar como uma síndrome nefrítica

(hematúria e proteinúria) e não causam lesões líticas.

Alternativa c) Correta. O paciente está no estágio mais grave da lesão renal aguda (KDIGO 3) devido ao aumento expressivo da creatinina (mais de 3x o basal) e ao baixo débito urinário. O diagnóstico de Mieloma Múltiplo é a hipótese principal diante da associação de lesões líticas, anemia e hipercalcemia.

Alternativa d) Incorreta. Embora o paciente tenha sintomas há 6 meses, a evolução da creatinina em 48 horas (0,9 para 3,9) caracteriza uma Lesão Renal Aguda (IRA) e não uma Doença Renal Crônica (DRC) isolada. O hiperparatireoidismo secundário é uma consequência da DRC prolongada e não a causa primária de lesões líticas agudas e anemia neste contexto clínico. Além disso, no hiperparatireoidismo secundário à doença renal, o cálcio tende a ser baixo ou normal, e não elevado.

---

## Questão 68

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de Síndrome de Abstinência da Nicotina. Ela é uma fumante de longa data (31 anos, 1 maço por dia) que interrompeu o hábito há 5 dias sem auxílio medicamentoso, já que recusou a prescrição inicial. Os sintomas relatados (irritabilidade, dificuldade de concentração, insônia, cefaleia, tremor e náusea) iniciaram-se logo após a cessação, o que é característico da falta da substância no sistema nervoso central. O exame físico e os sinais vitais normais afastam causas orgânicas agudas graves.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): O quadro clínico é soberano para o diagnóstico de abstinência nicotínica. Os critérios diagnósticos incluem a interrupção do uso e o surgimento de quatro ou mais sintomas (irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, aumento do apetite, insônia, humor deprimido). A conduta adequada para aliviar o sofrimento da paciente e aumentar as chances de sucesso na cessação é o tratamento farmacológico. A terapia de reposição de nicotina (adesivos, gomas ou pastilhas) é a primeira escolha para reduzir os sintomas de abstinência.

Alternativa B (INCORRETA): Embora a paciente seja tabagista crônica e apresente queixa de dispneia, o exame físico e os sinais vitais estão normais. Na exacerbação da DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), seriam esperados achados como taquipneia, sibilância, uso de musculatura acessória ou alterações na ausculta pulmonar, além de alterações no padrão da tosse e secreção, que não foram descritos.

Alternativa C (INCORRETA): A ansiedade é um dos componentes da abstinência da nicotina, mas não é o diagnóstico primário neste contexto temporal de cessação do tabagismo. O uso de benzodiazepínicos não é o tratamento de escolha para o tabagismo e pode gerar dependência secundária, não tratando a causa-base que é a dependência física de nicotina.

Alternativa D (INCORRETA): Um episódio de pânico envolve medo intenso de morrer ou perder o controle, acompanhado de sintomas autonômicos exuberantes (palpitações, sudorese, taquicardia) que geralmente duram minutos, e não quatro dias de forma persistente. Além disso, antipsicóticos não são indicados para o tratamento de distúrbios de pânico ou abstinência de nicotina nesta situação.

---

### Questão 69

O caso clínico descreve um paciente com diagnóstico de tuberculose pulmonar que interrompeu o tratamento por mais de 30 dias (abandono de tratamento). Segundo as normas do Ministério da Saúde do Brasil, o abandono é configurado quando o paciente deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias após a data prevista para a retirada da medicação.

Diante de um paciente que retorna após abandono, a conduta correta envolve dois pilares: o reinício do tratamento e a investigação de possível resistência bacilar, uma vez que o uso irregular da medicação é um dos principais fatores de risco para a seleção de cepas resistentes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Solicitar apenas o TRM-TB (Teste Rápido Molecular para Tuberculose) é insuficiente para um caso de retorno após abandono, pois a cultura com teste de sensibilidade é obrigatória nesses casos para avaliar a resistência a outras drogas além da rifampicina. Além disso, o esquema RH (rifampicina e isoniazida) é a fase de manutenção; ao reiniciar o tratamento após abandono, deve-se utilizar o esquema RIPE (fase intensiva).

b) Incorreta. A pesquisa de fungos não é a prioridade diagnóstica neste momento, pois o paciente tem diagnóstico confirmado de TB e o foco é o manejo do abandono. O esquema RH também está incorreto para o reinício, conforme explicado anteriormente.

c) Incorreta. Embora o esquema RIPE e a pesquisa de BAAR (Bacilo Álcool-Ácido-Resistente) estejam indicados, a alternativa é incompleta. Em casos de

retorno após abandono, é mandatória a realização de cultura com teste de sensibilidade e do TRM-TB, para identificar precocemente casos de tuberculose drogarresistente.

d) Correta. Esta alternativa contempla rigorosamente o protocolo do Ministério da Saúde para pacientes que retornam após abandono de tratamento. Deve-se solicitar:

1. Baciloscopia (BAAR): para avaliação da infectividade.
2. TRM-TB: para detecção rápida de resistência à rifampicina.
3. Cultura para *Mycobacterium tuberculosis*: padrão-ouro para diagnóstico e acompanhamento.
4. Teste de Sensibilidade (TS): obrigatório em todos os casos de retratamento para identificar resistência aos fármacos do esquema básico.

O esquema terapêutico a ser prescrito é o RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), reiniciando-se a fase intensiva do tratamento.

---

### Questão 70

Esta questão descreve uma síndrome tronco-encefálica clássica, caracterizada pelo que chamamos de síndrome cruzada: o acometimento de um nervo craniano ipsilateral à lesão e um déficit motor ou sensitivo contralateral no corpo.

Análise dos dados clínicos:

O paciente apresenta paralisia facial periférica à esquerda (lesão do núcleo ou das fibras do VII par craniano na ponte) e hemiparesia à direita (acometimento do trato corticoespinal antes da decussação das pirâmides). Além disso, o desvio do olhar conjugado para a direita (lado oposto à lesão pontina) e a ausência do reflexo corneano à esquerda (eferente pelo VII par) reforçam a localização na ponte.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Síndrome de Wallenberg ocorre por oclusão da artéria cerebelar posterior inferior (PICA) ou da artéria vertebral, afetando a porção lateral do bulbo. Clinicamente, cursa com perda da sensibilidade termodolorosa na hemiface ipsilateral e no hemicorpo contralateral, síndrome de Horner ipsilateral, ataxia cerebelar, disfagia e disfonia. Não costuma apresentar hemiparesia, pois o trato corticoespinal (motor) situa-se na região medial do bulbo.

b) Incorreta. A Síndrome de Weber é uma síndrome mesencefálica ventral. Ela se caracteriza pela paralisia do III par craniano (oculomotor) ipsilateral à lesão (ptose palpebral, midríase e desvio do olho para baixo e para fora) associada a hemiparesia contralateral. O quadro do paciente envolve o VII par (facial) e não o III.

c) Correta. A Síndrome de Millard-Gubler é uma síndrome pontina ventral. Ela ocorre devido à lesão na base da ponte, afetando as fibras do trato corticoespinal e as fibras/núcleos dos nervos facial (VII) e, frequentemente, do abducente (VI). Isso explica a paralisia facial periférica ipsilateral (esquerda) e a hemiparesia contralateral (direita). O desvio do olhar para o lado da hemiparesia (direita) ocorre por envolvimento do centro da visão lateral (formação reticular paramediana pontina ou núcleo do VI par), que, na ponte, faz o paciente olhar para o lado "saudável" do corpo.

d) Incorreta. A Síndrome de Benedikt também é uma síndrome mesencefálica, mas envolve o tegmento mesencefálico. Caracteriza-se pela paralisia do III par craniano ipsilateral associada a movimentos involuntários contralaterais (como tremor e coreoatetose), devido ao acometimento do núcleo rubro ou substância negra. Não condiz com o quadro de paralisia facial e hemiparesia pura descrito.

## Questão 71

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro de primeira crise convulsiva tônico-clônica generalizada, de curta duração, com recuperação gradual da consciência (estado pós-ictal). Trata-se de um evento isolado e autolimitado em um paciente jovem, sem sinais de trauma ou déficits neurológicos focais no momento da avaliação.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: A hidantalização (impregnação com fenitoína) é indicada para casos de estado de mal epilético ou quando há crises recorrentes em curto espaço de tempo, o que não é o caso. O paciente já parou de convulsionar espontaneamente. Além disso, a ressonância magnética (RM) é o exame de escolha para avaliação ambulatorial de epilepsia, mas na emergência, se houver necessidade de imagem, o exame de triagem inicial costuma ser a tomografia de crânio.

Alternativa (b) INCORRETA: O diazepam é um benzodiazepínico utilizado para cessar uma crise em atividade. Como o paciente já se encontra em período pós-ictal, não há indicação de uso de medicação endovenosa imediata. O clobazam é uma medicação adjuvante e não deve ser iniciada de forma rotineira após um único episódio de crise não provocada sem uma investigação prévia completa.

Alternativa (c) CORRETA: Diante de uma primeira crise convulsiva, o objetivo inicial no pronto-socorro é estabilizar o paciente (o que já ocorreu) e afastar causas agudas e reversíveis (crises provocadas). A realização da glicemia capilar (HGT) é mandatória e imediata, pois a hipoglicemia é uma causa comum e tratável de crises.

A história clínica detalhada busca identificar gatilhos (privação de sono, uso de drogas, álcool, febre) e antecedentes. Exames laboratoriais básicos (eletrólitos, função renal) ajudam a excluir distúrbios metabólicos. Se o paciente recuperar totalmente a consciência e os exames iniciais forem normais, ele pode ser encaminhado para investigação ambulatorial com eletroencefalograma e neuroimagem para decidir sobre a necessidade de tratamento crônico.

Alternativa (d) INCORRETA: O monitoramento por vídeo-EEG (VEEG) por 24 horas é um recurso diagnóstico avançado, geralmente reservado para casos de difícil controle (epilepsia refratária) ou dúvida diagnóstica em centros especializados, não sendo uma conduta de rotina para um primeiro episódio de crise convulsiva no pronto-atendimento. A observação clínica é necessária apenas até que o paciente recupere seu nível de consciência basal.

#### CONCLUSÃO:

A conduta correta foca na exclusão de causas metabólicas agudas e na coleta de dados clínicos para posterior investigação eletrofisiológica e de imagem em caráter ambulatorial, uma vez que uma única crise isolada, sem fatores de risco evidentes ou alterações no exame físico, não autoriza o início imediato de terapia anticonvulsivante profilática.

---

### Questão 72

O diagnóstico diferencial entre cefaleias primárias e secundárias é fundamental na prática médica. Para isso, utilizamos sinais de alerta, frequentemente agrupados no mnemônico SNOOP (Sinais sistêmicos, Neurológicos, Onset/início súbito, Older age/idade e Progressão ou mudança de padrão).

Alternativa a: Incorreta. Uma dor que ocorre desde a infância, mantendo o mesmo caráter e a mesma intensidade, é característica de cefaleia primária, como a enxaqueca. Sinais de alerta geralmente envolvem mudanças no padrão da dor ou o surgimento de uma nova cefaleia em pacientes que não apresentavam esse histórico prévio.

Alternativa b: Incorreta. A intermitência da dor, com dias livres e crises periódicas, é o comportamento esperado de cefaleias primárias episódicas, como a cefaleia tensional ou a enxaqueca episódica. Processos secundários graves, como tumores ou hemorragias, tendem a apresentar dor progressiva ou súbita, sem esses intervalos de normalidade típicos.

Alternativa c: Incorreta. Ter familiares com o mesmo tipo de dor é um fator que sugere uma condição primária e benigna, já que cefaleias como a enxaqueca

possuem um forte componente genético. Histórico familiar positivo é considerado um fator de segurança no diagnóstico, e não um sinal de perigo.

Alternativa d: Correta. A presença de dor ocular e sinais autonômicos (como ptose palpebral, miose, lacrimejamento, rinorreia ou congestão nasal) é um ponto de alerta relevante. Embora existam cefaleias primárias que cursam com esses sinais (as cefaleias trigêmeino-autonômicas), eles também podem ser a manifestação de causas secundárias graves que exigem exclusão imediata. Entre as principais causas secundárias que mimetizam esses sinais estão o glaucoma agudo de ângulo fechado (que causa dor ocular intensa e hiperemia), a dissecção da artéria carótida interna (que pode se apresentar com dor e Síndrome de Horner) e lesões expansivas ou vasculares no seio cavernoso. Portanto, a presença desses sinais demanda investigação complementar cuidadosa.

### Questão 73

A Síndrome de Gilles de la Tourette é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado pela presença de múltiplos tiques motores e pelo menos um tique vocal, com duração superior a um ano e início antes dos 18 anos. O grande desafio clínico dessa síndrome reside no fato de que raramente ela ocorre de forma isolada; a grande maioria dos pacientes apresenta uma ou mais comorbidades psiquiátricas.

Alternativa (a) Incorreta: Não existe associação epidemiológica ou fisiopatológica direta entre a Síndrome de Tourette e a deficiência visual. Embora tiques oculares (como piscar excessivamente ou revirar os olhos) sejam comuns, eles não comprometem a acuidade visual do paciente.

Alternativa (b) Correta: O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é a comorbidade mais frequente na Síndrome de Tourette, afetando cerca de 60% a 80% dos pacientes. Frequentemente, os sintomas de desatenção e hiperatividade surgem antes mesmo do aparecimento dos tiques, impactando significativamente o desempenho escolar e social da criança. Além do TDAH, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é a segunda comorbidade mais prevalente.

Alternativa (c) Incorreta: A epilepsia, seja ela comum ou refratária, não faz parte do quadro clínico ou das associações clássicas da Síndrome de Tourette. Embora ambas sejam condições neurológicas, possuem mecanismos fisiopatológicos distintos.

Alternativa (d) Incorreta: O atraso global do desenvolvimento psicomotor não é uma característica da Síndrome de Tourette. Os pacientes com Tourette geralmente apresentam desenvolvimento motor e cognitivo dentro da normalidade, embora possam apresentar dificuldades específicas de aprendizado ou distúrbios de

processamento sensorial devido às comorbidades (como o próprio TDAH), mas não um atraso psicomotor generalizado.

#### Questão 74

Análise do caso: O paciente apresenta um sangramento persistente após procedimento invasivo (extração dentária) com exames laboratoriais que mostram um Tempo de Protrombina (TP) quase normal e um Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa) no limite superior da normalidade (relação de 1,2). O ponto crucial para o diagnóstico reside no teste de agregação plaquetária, que revelou hipogregação com a ristocetina.

Explicando as alternativas:

a) Hemofilia A Leve: Incorreta. A Hemofilia A é uma deficiência do Fator VIII de coagulação. No caso relatado, a dosagem do Fator VIII é de 70%, o que está dentro dos valores de referência normais (geralmente entre 50% e 150%). Além disso, na hemofilia, os testes de função plaquetária, como a agregação por ristocetina, são normais, pois o defeito é exclusivamente na cascata de coagulação (via intrínseca).

b) Doença de von Willebrand: Correta. É a causa mais comum de distúrbios hemorrágicos hereditários. O Fator de von Willebrand (FvW) é responsável por mediar a adesão das plaquetas ao subendotélio lesado através do receptor GpIb. O teste de agregação com ristocetina avalia exatamente essa interação; se o FvW está ausente ou é disfuncional, a ristocetina não consegue promover a agregação. O Fator VIII em 70% é compatível, pois o FvW protege o Fator VIII da degradação e, em formas leves da doença (como o Tipo 1), o Fator VIII pode estar em níveis normais ou levemente reduzidos.

c) Insuficiência hepática: Incorreta. O fígado é o local de síntese da maioria dos fatores de coagulação. Uma insuficiência hepática grave o suficiente para causar sangramento importante apresentaria um Tempo de Protrombina (RNI) significativamente mais alargado e, frequentemente, trombocitopenia por hiperesplenismo. Não há dados clínicos (icterícia, ascite, icterícia) que sugiram hepatopatia, e o defeito isolado na ristocetina não é característico desta condição.

d) Trombastenia de Glanzmann: Incorreta. Esta é uma doença rara causada pela deficiência da glicoproteína IIb/IIIa, que é o receptor necessário para a agregação plaquetária via fibrinogênio. O achado laboratorial clássico na Trombastenia de Glanzmann é a ausência de agregação plaquetária com todos os agentes estimuladores (ADP, colágeno, epinefrina), EXCETO com a ristocetina, que se mantém normal. Como o enunciado afirma que houve hipogregação justamente

com a ristocetina, essa alternativa está descartada.

Gabarito: Letra B.

## Questão 75

### ANÁLISE CLÍNICA DO CASO

O caso descreve uma mulher jovem (35 anos) com um evento de trombose arterial aguda. Em pacientes jovens que apresentam fenômenos trombóticos sem uma causa óbvia (como aterosclerose grave), a principal suspeita deve ser a presença de uma trombofilia. Para diferenciar as alternativas, o aluno deve observar dois pontos fundamentais no enunciado: a natureza arterial do evento e a presença de plaquetopenia leve.

### POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ CORRETA

A Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAAF) é uma trombofilia adquirida autoimune. Ela se destaca por ser uma das poucas trombofilias que causa, com grande frequência, tanto eventos venosos quanto arteriais (como o infarto de membro inferior descrito). Um achado laboratorial muito característico e frequente na SAAF é a plaquetopenia leve a moderada, o que se encaixa perfeitamente no hemograma da paciente. O ecocardiograma transesofágico normal ajuda a excluir causas cardioembólicas (como endocardite ou mixoma atrial), reforçando que a trombose decorre de um estado de hipercoagulabilidade sistêmica.

### POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ INCORRETA

O Fator V de Leiden é a trombofilia hereditária mais comum. No entanto, sua manifestação clínica é classicamente voltada para o sistema venoso, sendo causa importante de trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP). A ocorrência de trombose arterial isolada por Fator V de Leiden é rara e a condição não causa queda no número de plaquetas.

### POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ INCORRETA

A deficiência de Proteína C é uma trombofilia hereditária que resulta na falha da inativação dos fatores Va e VIIIa da coagulação. Embora seja uma condição grave, seu tropismo é quase exclusivamente pelo leito venoso. Não há associação típica entre deficiência de Proteína C e plaquetopenia.

### POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ INCORRETA

A variante do gene da protrombina (mutação G20210A) promove um aumento nos níveis de protrombina circulante, predispondo à coagulação. Assim como o Fator V de Leiden e a deficiência de Proteína C, é uma trombofilia hereditária relacionada majoritariamente a eventos venosos. Ela não é a causa provável de uma trombose arterial em paciente com plaquetopenia.

GABARITO: LETRA D.

### Questão 76

A amiodarona é um antiarrítmico rico em iodo (cerca de 37% de sua composição é iodo elementar) e possui diversos efeitos sobre a fisiologia tireoidiana, o que pode levar tanto ao hipotireoidismo quanto à tireotoxicose.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O hipotireoidismo induzido por amiodarona ocorre preferencialmente em áreas com suprimento de iodo suficiente (onde o excesso de iodo da droga bloqueia a síntese hormonal pelo efeito Wolff-Chaikoff). Já a tireotoxicose induzida por amiodarona (especialmente o tipo 1) é mais comum em áreas com deficiência de iodo, onde a tireoide se torna hiperfuncionante ao receber a carga excessiva de iodo (fenômeno de Jod-Basedow).

b) Incorreta. A tireotoxicose tipo 2 é uma tireoidite destrutiva induzida pela toxicidade direta da droga sobre o epitélio folicular, resultando na liberação de hormônio pré-formado na circulação. O aumento da síntese hormonal (hipertireoidismo verdadeiro) é a característica da tireotoxicose tipo 1.

c) Correta. A amiodarona inibe a atividade das enzimas desidases tipo 1 (D1) e tipo 2 (D2), que são responsáveis pela conversão periférica de T4 em T3. Como consequência dessa inibição, observa-se frequentemente uma elevação nos níveis de T4 livre e uma redução nos níveis de T3, como demonstrado nos exames do paciente do caso clínico (T4 livre alto e T3 em nível normal/baixo).

d) Incorreta. A cintilografia convencional costuma ser pouco útil nesses casos, pois a enorme carga de iodo da amiodarona satura a glândula, levando a uma captação baixa ou nula tanto no tipo 1 quanto no tipo 2, o que dificulta a diferenciação. O exame padrão-ouro para distinguir os dois tipos na prática clínica é a ultrassonografia com Doppler: o tipo 1 apresenta hiperfluxo parenquimatoso, enquanto o tipo 2 apresenta fluxo reduzido ou ausente. Além disso, a diferenciação raramente dispensa outros exames complementares e avaliação clínica rigorosa.

## Questão 77

O quadro clínico descreve uma mulher jovem com envolvimento multissistêmico: febre, fadiga, queda de cabelo (alopecia), úlcera oral, artrite simétrica em mãos e joelhos, livedo reticular e edema. Os exames laboratoriais apresentados na imagem confirmam a gravidade do caso, revelando pancitopenia (anemia de 9,8 g/dL, leucopenia de 3.300/mm<sup>3</sup> e plaquetopenia de 90.000/mm<sup>3</sup>), além de sinalizar atividade inflamatória (VHS de 50 mm) e lesão renal importante (proteinúria de 1.930 mg e hematúria de 30.000 hemácias/mL).

Essa associação de achados cutâneos, articulares, hematológicos e renais é extremamente característica do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). De acordo com os critérios classificatórios do EULAR/ACR de 2019, para que um paciente seja classificado com LES, existe um critério de entrada obrigatório: a presença de Fator Antinuclear (FAN) positivo em título igual ou superior a 1:80.

Análise das alternativas:

a) Fator antinuclear: CORRETA. É o teste de triagem inicial e critério de entrada obrigatório para o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico. Dada a altíssima suspeição clínica baseada nos múltiplos critérios clínicos e laboratoriais (como a nefrite sugerida pela proteinúria e hematúria na tabela), o próximo passo fundamental é a confirmação da autoimunidade através do FAN.

b) ANCA: INCORRETA. O ANCA (Anticorpo Anticitoplasma de Neutrófilos) é utilizado principalmente na investigação de vasculites sistêmicas de pequenos vasos. Embora a paciente apresente livedo reticular, o conjunto de sintomas (alopecia, úlceras orais, artrite e pancitopenia) direciona especificamente para o LES.

c) Fator reumatoide: INCORRETA. O fator reumatoide é um marcador da Artrite Reumatoide (AR). Embora a paciente apresente artrite, a AR não justifica os outros achados sistêmicos como a alopecia, a pancitopenia e a lesão renal glomerular (proteinúria e hematúria).

d) Antifosfolípidos: INCORRETA. Os anticorpos antifosfolípidos podem estar presentes em pacientes com LES e fazem parte dos critérios imunológicos, mas não são o teste inicial para o diagnóstico da doença sistêmica. O FAN possui sensibilidade superior e é o ponto de partida obrigatório para a classificação diagnóstica do LES.

Em resumo, a paciente apresenta critérios clínicos e laboratoriais (conforme os resultados de hemograma e urinalise na imagem) que fecham o diagnóstico de LES, tornando a solicitação do Fator Antinuclear (FAN) o passo diagnóstico essencial.

## Questão 78

Análise do Quadro Clínico:

O caso clínico apresenta um homem de 35 anos com um quadro de poliartrite simétrica e distal (acometendo inclusive as interfalangeanas distais), sintomas sistêmicos (febre e fadiga) e manifestações cutâneas características. O ponto-chave para o diagnóstico reside na história epidemiológica e na progressão das lesões: uma pápula ulcerada em base peniana há 4 meses (compatível com cancro duro ou sífilis primária) seguida, meses depois, por manchas avermelhadas no tronco, palmas das mãos e plantas dos pés (roséola sífilítica e sífilides palmo-plantares, típicas da sífilis secundária).

A artrite é uma manifestação possível, embora menos comum, do estágio secundário da infecção pelo \*Treponema pallidum\*.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A Artrite Reumatoide (AR) tipicamente poupa as articulações interfalangeanas distais (IFDs), focando em metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais. Além disso, a AR não justifica o exantema palmo-plantar nem o histórico de úlcera genital prévia. O anti-CCP é um marcador altamente específico para AR, mas não condiz com o quadro clínico infeccioso apresentado.

b) Correta. O paciente apresenta uma evolução clássica de sífilis. A úlcera peniana indolor que desaparece espontaneamente marca a fase primária. A erupção cutânea que atinge palmas e plantas, associada a sintomas constitucionais e poliartrite, caracteriza a sífilis secundária. O diagnóstico é corroborado por testes treponêmicos (anti-treponema/FTA-Abs) e não treponêmicos (VDRL).

c) Incorreta. A Artrite Reativa costuma se manifestar como uma oligoartrite assimétrica, geralmente em membros inferiores, após uma infecção uretral (como por clamídia) ou gastrointestinal. Embora a clamídia possa causar úlceras ou corrimentos, a descrição das manchas palmo-plantares e a cronologia pós-cancro apontam especificamente para sífilis. O diagnóstico de artrite reativa é clínico, e a pesquisa de "anti-clamídia" não é o padrão para confirmação da artrite.

d) Incorreta. A Artrite Psoriásica pode, de fato, acometer as interfalangeanas distais, mas as lesões cutâneas da psoríase são tipicamente placas eritemato-descamativas em superfícies extensoras, e não um exantema súbito no tronco e palmas após uma úlcera genital. Além disso, o anticorpo anti-RNP é marcador da Doença Mista do Tecido Conjuntivo, não tendo relação diagnóstica com a artrite psoriásica.

## Questão 79

Texto Original:

A tirzepatida é uma molécula inovadora que atua como um coagonista dos receptores de GLP-1 (Peptídeo Semelhante ao Glucagon-1) e GIP (Polipeptídeo Insulinotrópico Dependente de Glicose). Para responder à questão, devemos analisar as ações fisiológicas específicas do GIP e como elas interagem no controle metabólico.

Alternativa A (Correta): As incretinas (GLP-1 e GIP) desempenham um papel fundamental na regulação do pâncreas endócrino. Embora o efeito do GIP sobre as células-alfa pancreáticas possa ser complexo e dependente dos níveis de glicose (podendo até estimular o glucagon em estados de hipoglicemia para proteção), no contexto da fisiologia do controle glicêmico e da ação de agonistas duplos como a tirzepatida, a ativação desses receptores contribui para a redução dos níveis de glucagon. Essa supressão do glucagon é essencial para diminuir a produção hepática de glicose, auxiliando no efeito antidiabético da droga.

Alternativa B (Incorreta): Diferentemente do GLP-1, que é conhecido por causar náuseas e vômitos devido à sua ação no sistema nervoso central e no retardo do esvaziamento gástrico, o GIP tem um efeito oposto. Evidências sugerem que o agonismo do receptor de GIP em áreas específicas do cérebro (como o centro do vômito) ajuda a reduzir a sensação de náusea. É por esse motivo que a tirzepatida costuma apresentar um perfil de tolerabilidade gastrointestinal favorável em comparação com agonistas puros de GLP-1 em doses equivalentes de eficácia.

Alternativa C (Incorreta): Em indivíduos saudáveis, o GIP é responsável por uma parte significativa do efeito incretina. No entanto, em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, a resposta insulinotrópica (estimulação de insulina) ao GIP está significativamente diminuída ou embotada. Portanto, na prática clínica e fisiopatológica do diabetes, o GIP não é mais potente que o GLP-1 para aumentar a secreção de insulina; o GLP-1 mantém sua eficácia muito melhor no estado diabético.

Alternativa D (Incorreta): O GIP possui uma função crucial no tecido adiposo, mas sua ação é aumentar a capacidade de tamponamento lipídico (\*lipid buffering\*). Isso significa que o GIP favorece o armazenamento de ácidos graxos no tecido adiposo branco de forma saudável e eficiente, o que reduz a circulação de lipídios e o seu depósito em órgãos como fígado e músculos (gordura ectópica), melhorando a sensibilidade à insulina. A alternativa afirma incorretamente que ele diminuiria essa capacidade.

## Questão 80

O ponto central desta questão é identificar em qual situação clínica o Ministério da Saúde recomenda o tratamento da Infecção Latente pelo \*Mycobacterium tuberculosis\* (ILTB) de forma imediata, sem a necessidade prévia de realizar ou aguardar o resultado da prova tuberculínica (PT) ou do IGRA.

Alternativa (a) Incorreta: Para pessoas vivendo com HIV (PVHIV), a indicação de tratamento da ILTB independentemente do resultado de testes (PT ou IGRA) ocorre apenas em situações específicas, como quando o indivíduo apresenta contagem de células CD4 menor ou igual a 350 células/microL ou se for contato de um caso de tuberculose pulmonar ativa. Para pacientes com CD4 acima de 350 células/microL, o tratamento só é indicado se houver um teste de infecção latente positivo (PT maior ou igual a 5 mm ou IGRA positivo).

Alternativa (b) Incorreta: Pacientes que iniciarão o uso de inibidores do fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF-alfa) são considerados imunossuprimidos de alto risco. No entanto, as normas vigentes exigem a realização da PT ou do IGRA antes de iniciar o tratamento da ILTB. O tratamento só é prescrito se o teste for positivo (PT maior ou igual a 5 mm) ou se houver história de contato próximo com caso de tuberculose ativa, visando descartar primeiro a doença ativa.

Alternativa (c) Correta: De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, o recém-nascido (RN) exposto a um caso fonte (mãe ou coabitante com tuberculose pulmonar bacilífera) segue um protocolo especial. O RN não deve receber a vacina BCG ao nascer. Em vez disso, inicia-se o tratamento preventivo (quimioprofilaxia) imediatamente por três meses. Após esse período, realiza-se a prova tuberculínica. Se a PT for negativa, interrompe-se o tratamento e vacina-se com BCG. Se a PT for positiva, mantém-se o tratamento por mais 3 ou 6 meses (conforme o esquema adotado) e não se vacina com BCG. Portanto, o início do tratamento é feito de forma independente do resultado inicial de qualquer teste.

Alternativa (d) Incorreta: Assim como no caso dos usuários de biológicos, candidatos a transplantes de órgãos ou pacientes que iniciarão terapia imunossupressora (como corticoterapia em altas doses) devem ser triados com PT ou IGRA. O tratamento da ILTB só é recomendado se houver evidência de infecção latente por meio desses exames ou histórico epidemiológico relevante, não sendo uma conduta universal "independente do resultado".

## Questão 81

Essa questão apresenta um quadro clínico clássico que permite o diagnóstico diferencial entre as vasculopatias. O paciente é um homem jovem (36 anos), tabagista crônico, com sinais de isquemia crítica distal (dor em repouso e úlceras). O ponto-chave para a resolução é o achado angiográfico de oclusões segmentares e circulação colateral em saca-rolhas (também conhecida como sinal de Martorell).

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Doença arterial oclusiva periférica (DAOP): Incorreta. Embora o tabagismo seja o principal fator de risco, a DAOP de origem aterosclerótica costuma acometer pacientes mais idosos e portadores de outras comorbidades, como diabetes, hipertensão e dislipidemia. Na angiografia, a aterosclerose manifesta-se tipicamente com placas calcificadas, estenoses excêntricas e oclusões de caráter mais difuso, e não com o padrão específico de colaterais em saca-rolhas.

b) Doença de Raynaud: Incorreta. O fenômeno de Raynaud é uma alteração funcional vasoespástica caracterizada por alterações trifásicas de coloração da pele (palidez, cianose e rubor), geralmente desencadeada pelo frio ou estresse emocional. Embora possa ocorrer de forma secundária na Doença de Buerger, a Doença de Raynaud isolada não justifica oclusões arteriais segmentares ou a formação de colaterais complexas vistas na angiografia.

c) Tromboangeíte obliterante (Doença de Buerger): Correta. Esta é uma vasculite inflamatória não aterosclerótica que afeta artérias e veias de pequeno e médio calibre, predominantemente nos membros inferiores e superiores. É fortemente associada ao tabagismo em homens jovens. Os achados angiográficos descritos (segmentaridade, preservação de artérias proximais e a presença de vasos colaterais tortuosos em torno do ponto de oclusão, o aspecto em saca-rolhas) são patognomônicos dessa patologia.

d) Arterite de Takayasu: Incorreta. A Arterite de Takayasu é uma vasculite de grandes vasos que acomete preferencialmente a aorta e seus ramos principais (como artérias subclávias e renais). É mais prevalente em mulheres jovens e manifesta-se clinicamente por ausência de pulsos em membros superiores, sopros vasculares e hipertensão renovascular, diferindo totalmente do padrão de isquemia distal de pequenos vasos e do perfil epidemiológico deste paciente.

## Questão 82

Para responder a essa questão, é fundamental recordar a anatomia do trígono femoral, uma região anatômica crucial em cirurgias vasculares e procedimentos de acesso venoso ou arterial. A organização das estruturas que passam sob o ligamento inguinal segue uma ordem específica da porção medial para a lateral.

A regra mnemônica clássica utilizada por estudantes e profissionais é o acrônimo VAN, que descreve a sequência das estruturas da porção mais interna (medial) para a mais externa (lateral): Veia, Artéria e Nervo. Portanto, na região inguinal, a veia femoral comum situa-se medialmente em relação à artéria femoral comum.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Lateral: Está incorreta. A estrutura que se localiza lateralmente à artéria femoral comum é o nervo femoral. Posicionar-se lateralmente à artéria durante uma punção ou dissecação aumenta o risco de lesão nervosa, e não de encontrar a veia.

Alternativa b) Medial: Está correta. Esta é a relação anatômica padrão na região inguinal. No interior da bainha femoral, a veia femoral ocupa o compartimento médio, posicionada imediatamente ao lado interno da artéria femoral. Esse conhecimento é vital para evitar lesões iatrogênicas durante a manipulação cirúrgica da artéria.

Alternativa c) Posterior: Está incorreta. Embora em níveis mais distais do membro inferior as relações vasculares possam sofrer alterações de profundidade e rotação, na região inguinal proposta pela questão, a veia e a artéria estão dispostas lado a lado no mesmo plano anatômico, com a veia em posição estritamente medial.

Alternativa d) Anterolateral: Está incorreta. Esta descrição não corresponde à anatomia topográfica da região. A veia não se sobrepõe à artéria por sua face anterior e externa; elas mantêm uma relação de vizinhança paralela onde a artéria é o elemento central e a veia o elemento interno.

Concluindo, o cirurgião que expõe a artéria femoral comum deve ter cautela redobrada com a face medial do vaso, local exato onde a veia femoral comum está situada e aderida por tecido conectivo.

## Questão 83

### ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda a anatomia macroscópica da artéria vertebral, um conhecimento fundamental para compreender as síndromes vasculares do território posterior, como a insuficiência vertebrobasilar mencionada no caso clínico. O foco está na origem, trajeto e classificação anatômica desse vaso.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A artéria vertebral não se origina da artéria carótida comum. Sua origem habitual é na primeira porção da artéria subclávia, bilateralmente. A carótida comum origina as artérias carótidas interna e externa.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa descreve precisamente a anatomia da artéria vertebral. Ela nasce da artéria subclávia, ascende pelo pescoço passando por dentro dos forames transversários das vértebras cervicais (geralmente de C6 a C1), entra no crânio através do forame magno e é classicamente dividida em quatro segmentos (V1 a V4):

V1 (Pré-foraminal): Da origem na subclávia até a entrada no forame transversário de C6.

V2 (Foraminal): Trajeto pelos forames transversários de C6 até C2.

V3 (Extraespinal ou Atlântico): Da saída de C2, passando pelo atlas (C1), até a perfuração da dura-máter.

V4 (Intracraniano): Do ponto de entrada na dura-máter até a junção com a vertebral contralateral para formar a artéria basilar.

Alternativa C: Incorreta. Embora em uma pequena porcentagem da população (cerca de 5%) a artéria vertebral esquerda possa se originar diretamente do arco aórtico, essa não é a regra anatômica. Além disso, a afirmação de que não possui subdivisão em segmentos está errada, pois a divisão em V1-V4 é o padrão-ouro na descrição anatômica e radiológica.

Alternativa D: Incorreta. A artéria vertebral não se origina da artéria basilar; ocorre exatamente o oposto: a união das duas artérias vertebrais (segmentos V4) é que forma a artéria basilar na transição bulbopontina.

### RESUMO ANATÔMICO

Para fins de revisão, lembre-se de que a artéria vertebral é o primeiro ramo da artéria subclávia. O quadro clínico de vertigem e ataxia desencadeado pela rotação cervical (Síndrome de Bow Hunter ou insuficiência vertebrobasilar posicional) ocorre

frequentemente devido à compressão extrínseca do segmento V2 ou V3 durante o movimento do pescoço, o que reforça a importância de conhecer esse trajeto pelos forames cervicais.

### Questão 84

A questão aborda a classificação de lesões hepáticas da American Association for the Surgery of Trauma (AAST), um tema frequente em provas de trauma e cirurgia pediátrica. Para classificar corretamente, devemos analisar os achados da tomografia computadorizada descritos no enunciado:

1. Laceração de 4,5 cm de profundidade: A classificação AAST define que lacerações parenquimatosas com mais de 3 cm de profundidade são classificadas como Grau III. Lacerações entre 1 e 3 cm seriam Grau II.

2. Hematoma subcapsular superior a 50% da superfície hepática: De acordo com a escala, hematomas subcapsulares que ocupam mais de 50% da área de superfície do órgão (ou hematomas em expansão/rotos com sangramento ativo) são classificados como Grau III. Hematomas entre 10% e 50% seriam Grau II.

Como ambos os critérios encontrados na tomografia (profundidade da laceração > 3 cm e hematoma > 50%) apontam para a mesma categoria, o diagnóstico é de lesão hepática Grau III.

Análise das alternativas:

a) Correta. Conforme detalhado acima, tanto a profundidade da laceração (4,5 cm) quanto a extensão do hematoma subcapsular (> 50%) são critérios definidores para o Grau III na escala da AAST.

b) Incorreta. O Grau IV exigiria o envolvimento de 25% a 75% de um lobo hepático ou a presença de lesão em 1 a 3 segmentos de Couinaud em um único lobo. A descrição do caso não indica tal extensão de destruição parenquimatosa.

c) Incorreta. O Grau V é reservado para lesões mais graves, como ruptura parenquimatosa envolvendo mais de 75% de um lobo hepático (ou mais de 3 segmentos) ou lesões vasculares justavenosas (veia cava retro-hepática ou veias hepáticas centrais).

d) Incorreta. O Grau VI é o nível mais extremo, caracterizado pela avulsão total do fígado (desconexão vascular completa), sendo uma lesão geralmente incompatível com a vida.

Portanto, baseando-se estritamente nos critérios anatômicos da AAST, a alternativa (a) é a correta.

---

### Questão 85

Esta questão exige o conhecimento sobre os agentes de reversão específicos para os anticoagulantes orais diretos (DOACs). A paciente apresenta uma emergência neurológica (hematoma subdural agudo) e faz uso de rivaroxabana, um medicamento que atua como inibidor direto do Fator Xa da cascata de coagulação.

Alternativa (a) Incorreta: O plasma fresco congelado (PFC) contém fatores de coagulação, mas não é um antídoto. Ele é ineficaz para a reversão rápida dos inibidores diretos do Fator Xa, pois seria necessário um volume excessivo de plasma para tentar sobrepor o efeito do fármaco, o que não é viável em um quadro de hemorragia intracraniana aguda.

Alternativa (b) Incorreta: O idarucizumabe é um antídoto específico, porém seu uso é exclusivo para a reversão da dabigatrana. A dabigatrana é um inibidor direto da trombina (Fator IIa), enquanto a rivaroxabana atua no Fator Xa. Portanto, o idarucizumabe não tem efeito neste caso.

Alternativa (c) Incorreta: A protamina (sulfato de protamina) é o agente utilizado para reverter o efeito da heparina não fracionada e, parcialmente, da heparina de baixo peso molecular. Ela não possui qualquer mecanismo de ação que neutralize a rivaroxabana.

Alternativa (d) Correta: O andexanet alfa é uma proteína recombinante que funciona como uma isca para os inibidores do Fator Xa. Ele se liga à rivaroxabana (e também à apixabana) com alta afinidade, impedindo que o medicamento atue sobre o Fator Xa real do organismo do paciente. Isso permite a restauração imediata da geração de trombina e a normalização da coagulação, sendo o antídoto específico indicado para reverter hemorragias graves causadas por esses fármacos.

---

### Questão 86

Para compreender esta questão, é fundamental diferenciar as duas definições clássicas do canal anal utilizadas na anatomia e na prática cirúrgica:

1. Canal Anal Anatômico (ou Embriológico): Estende-se da margem anal até a linha pectínea (linha denteada). Possui cerca de 2 cm de comprimento.
2. Canal Anal Cirúrgico (ou Funcional): Estende-se da margem anal até o anel

anorretal (limite superior do músculo esfíncter interno e onde se localiza o músculo puborretal). Possui cerca de 4 cm de comprimento.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta conforme gabarito): Esta alternativa descreve o limite do canal anal anatômico. É importante notar que existe uma divergência técnica aqui: o enunciado pede a definição de canal cirúrgico, mas o gabarito oficial aponta a descrição do canal anatômico. Em provas de medicina, essa confusão de termos é comum. Para fins de prova, considere que a alternativa A define o segmento que vai da borda externa até a transição embriológica das criptas anais.

Alternativa B (Incorreta): O revestimento do canal anal não é uniforme. Acima da linha pectínea, o epitélio é do tipo colunar simples (mucosa retal). O epitélio estratificado pavimentoso (anoderma) ocorre apenas abaixo da linha pectínea. Existe ainda uma zona de transição entre os dois tipos.

Alternativa C (Incorreta tecnicamente, mas conceitualmente a definição de canal cirúrgico): De acordo com a literatura cirúrgica e proctológica (como os tratados de Sabiston ou Townsend), o canal anal cirúrgico vai da borda anal até o anel anorretal. Se o gabarito oficial da questão é a letra A, houve uma inversão de conceitos por parte da banca examinadora entre as definições de canal anatômico e cirúrgico.

Alternativa D (Incorreta): A inervação do canal anal é dividida pela linha pectínea. A porção superior (acima da linha) tem inervação visceral pelo sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático), sendo insensível à dor. Apenas a porção inferior (abaixo da linha) é inervada pelo sistema nervoso somático (nervos retais inferiores), o que explica a sensibilidade dolorosa aguçada nesta região.

Resumo didático:

Se a questão pede o limite do canal anal e o gabarito é a letra A, a banca considerou a linha pectínea como o marco divisório principal, embora na terminologia cirúrgica rigorosa o limite superior seja o anel anorretal (alternativa C). Em exames, sempre fique atento a essa possível confusão entre os termos anatômico e cirúrgico.

---

## Questão 87

A conduta no tratamento da Doença de Crohn é dividida em duas fases principais: a indução da remissão (tratar a crise aguda para tirar o paciente da atividade inflamatória) e a manutenção da remissão (evitar novas crises). A questão foca especificamente na indução.

Alternativa (a) Incorreta. Os anti-inflamatórios não hormonais (AINEs) são, em geral, evitados em pacientes com Doença de Crohn. Eles podem desencadear crises ou agravar a inflamação intestinal através da inibição das prostaglandinas, que possuem papel protetor na mucosa do trato gastrointestinal.

Alternativa (b) Incorreta. As tiopurinas (como a azatioprina e a 6-mercaptopurina) são medicamentos imunomoduladores. O grande limitador dessas drogas para a indução é o seu longo tempo de latência; elas demoram de 3 a 6 meses para atingir o efeito terapêutico pleno. Portanto, são excelentes para a manutenção da remissão, mas não para a indução rápida.

Alternativa (c) Correta. Os corticosteroides (como prednisona, hidrocortisona ou budesonida) são os pilares clássicos para a indução da remissão na Doença de Crohn moderada a grave. Eles possuem ação anti-inflamatória potente e rápida, sendo eficazes para controlar os sintomas agudos. Vale ressaltar que os corticoides não devem ser utilizados para manutenção, devido aos seus graves efeitos colaterais a longo prazo e à falta de eficácia em manter a remissão sustentada.

Alternativa (d) Incorreta. O metotrexato (antifolato) é uma alternativa para pacientes que não respondem ou não toleram as tiopurinas. Embora possa ser utilizado no cenário de indução em protocolos específicos (geralmente via intramuscular ou subcutânea), sua principal recomendação nos consensos é voltada para a manutenção da remissão em casos selecionados. Comparativamente, os corticosteroides são a resposta padrão e primária para a indução nos consensos mundiais.

---

### Questão 88

O conceito fundamental para a ergonomia em cirurgia videolaparoscópica é a triangulação. Esse princípio estabelece que a câmera e os dois portais de trabalho do cirurgião devem ser posicionados de modo que as pontas dos instrumentos e a lente formem os vértices de um triângulo, tendo o alvo operatório como ponto de convergência.

O ângulo de manipulação é aquele formado pelo encontro das duas pinças de trabalho no tecido-alvo. A literatura cirúrgica e os estudos ergonômicos definem os seguintes parâmetros para as alternativas apresentadas:

Alternativa (a) 45 graus: Embora seja um ângulo comum e funcional em diversas cirurgias, ele é frequentemente considerado o limite inferior da zona de conforto. Ângulos menores que 45 graus podem levar ao chamado "efeito de esgrima", no qual os instrumentos colidem entre si, dificultando a movimentação.

Alternativa (b) CORRETA: O ângulo de 60 graus é considerado o ideal para a manipulação. Estudos demonstram que esse valor oferece o melhor equilíbrio entre a força aplicada, a precisão do movimento e a percepção visual. Ele permite que o cirurgião realize manobras complexas, como suturas intracorpóreas, com o menor índice de fadiga muscular e a melhor coordenação motora.

Alternativa (c) 85 graus: Este ângulo é considerado excessivamente aberto. À medida que o ângulo se afasta dos 60 graus em direção a valores maiores, a eficiência mecânica diminui, exigindo um esforço físico maior do cirurgião para realizar os mesmos movimentos.

Alternativa (d) 90 graus: Um ângulo de 90 graus é geralmente o limite máximo aceitável na triangulação. Além de ser ergonomicamente mais cansativo, o posicionamento dos portais muito afastados um do outro pode dificultar o alcance de certas estruturas e prejudicar a visão de profundidade, já que a câmera costuma estar centralizada entre os portais.

Portanto, para fins de prova e prática ergonômica, o ângulo de 60 graus é o padrão-ouro estabelecido para a manipulação videolaparoscópica.

---

### Questão 89

O conceito de Visão Crítica de Segurança (VCS), introduzido por Strasberg em 1995, é o padrão-ouro para a identificação segura das estruturas hilares durante a colecistectomia laparoscópica, visando prevenir lesões iatrogênicas das vias biliares.

Para atingir a VCS, três critérios técnicos devem ser rigorosamente preenchidos:

1. O triângulo hepatocístico (espaço delimitado pelo ducto cístico, ducto hepático comum e a borda inferior do fígado) deve ser completamente limpo de tecido gorduroso e fibroso.
2. A parte inferior da vesícula biliar deve ser descolada do leito hepático, expondo a chamada placa cística.
3. Devem ser visualizadas apenas duas estruturas, e somente duas, entrando na vesícula biliar.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: As duas únicas estruturas que devem ser vistas entrando na vesícula biliar para caracterizar a visão crítica são o ducto cístico e a artéria cística. Quando o cirurgião isola esses dois elementos e limpa o fundo do triângulo hepatocístico, ele tem a certeza de que a estrutura tubular é o ducto cístico, e não o

ducto colédoco ou o hepático comum, minimizando o risco de ligaduras acidentais da via biliar principal.

Alternativa (b) Incorreta: A visualização do ducto colédoco não faz parte dos critérios da VCS. Na verdade, a técnica de Strasberg preconiza que não é necessário expor o colédoco; a dissecação excessiva perto da via biliar principal pode, inclusive, causar lesões térmicas ou vasculares. O foco deve ser a junção do cístico com a vesícula.

Alternativa (c) Incorreta: A artéria hepática e o ducto colédoco são estruturas que compõem o pedículo hepático. A identificação dessas estruturas não é o objetivo da colecistectomia, e sua manipulação aumenta o risco de hemorragias graves ou lesões biliares complexas. A VCS busca justamente afastar a dissecação dessas estruturas nobres.

Alternativa (d) Incorreta: O triângulo de Calot (ou, mais precisamente, o triângulo hepatocístico) é a região anatômica que deve ser dissecada. No entanto, a visualização apenas do "triângulo" não define a visão crítica. A VCS é um passo além: é a confirmação visual de que, dentro desse triângulo agora limpo, apenas o ducto cístico e a artéria cística permanecem conectados à vesícula.

Resumo: A alternativa (a) está correta porque define os dois elementos anatômicos finais que devem estar isolados e identificados para garantir uma cirurgia segura, de acordo com os critérios de Strasberg.

---

## Questão 90

A classificação de Bismuth-Corlette é o sistema utilizado para descrever a extensão anatômica dos tumores de Klatskin (colangiocarcinoma peri-hilar). Ela é essencial para definir a conduta cirúrgica, baseando-se no nível de obstrução da árvore biliar e no envolvimento das confluências ductais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Tipo I define um tumor que acomete apenas o ducto hepático comum, situando-se abaixo da confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo. Nesse caso, a bifurcação biliar está livre.

Alternativa b) Incorreta. O Tipo II é aquele que atinge a confluência (bifurcação principal) dos ductos hepáticos direito e esquerdo, porém sem progredir para os ductos de segunda ordem. Há comunicação interrompida entre o lado direito e o esquerdo, mas os ductos hepáticos individuais estão preservados em sua extensão.

Alternativa c) Correta. O Tipo IIIa caracteriza-se por um tumor que atinge a confluência principal e se estende para o ducto hepático direito. O enunciado descreve exatamente essa situação: o comprometimento do ducto hepático comum (parte da via biliar principal) associado ao envolvimento do ducto hepático direito.

Alternativa d) Incorreta. O Tipo IIIb refere-se ao tumor que atinge a confluência principal e se estende para o ducto hepático esquerdo, poupando a anatomia segmentar do lado direito.

Resumo da classificação para fixação:

Tipo I: Ducto hepático comum (abaixo da confluência).

Tipo II: Confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo.

Tipo IIIa: Confluência + ducto hepático direito.

Tipo IIIb: Confluência + ducto hepático esquerdo.

Tipo IV: Envolvimento de ambos os ductos (direito e esquerdo) ou tumor multicêntrico.

---

### Questão 91

A alternativa (a) está correta. De acordo com a Resolução CFM nº 2.172/2017, que regulamentou a cirurgia metabólica, pacientes com IMC entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup> podem ser elegíveis para o procedimento. Os critérios específicos para este grupo incluem: ter diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) com menos de 10 anos de evolução, idade entre 30 e 70 anos, e a comprovação de que o diabetes não é controlado adequadamente com o tratamento clínico convencional otimizado.

A alternativa (b) está incorreta. Para a faixa de IMC entre 35 e 40 kg/m<sup>2</sup>, o Conselho Federal de Medicina exige obrigatoriamente a presença de comorbidades associadas ao excesso de peso para que a cirurgia seja indicada. Sem comorbidades, o paciente não preenche os critérios técnicos para o procedimento nessa faixa de IMC.

A alternativa (c) está incorreta. Pacientes com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup> possuem indicação formal para cirurgia bariátrica independentemente da presença de comorbidades. O alto grau de obesidade (Grau III) por si só já justifica a intervenção, desde que o paciente tenha realizado tratamento clínico prévio sem sucesso por pelo menos dois anos.

A alternativa (d) está incorreta. A idade mínima recomendada para a cirurgia bariátrica, conforme a Resolução CFM nº 2.131/2015, é de 16 anos. Entre 16 e 18 anos, o procedimento pode ser realizado com precauções adicionais, como a avaliação da maturação epifisária e a presença de um pediatra na equipe multidisciplinar. A cirurgia em pacientes com 14 anos ou menos é considerada

excepcional, geralmente restrita a casos de síndromes genéticas ou situações muito específicas avaliadas criteriosamente, não sendo a regra geral de elegibilidade para a faixa de IMC citada.

## Questão 92

A questão apresenta um paciente jovem com um quadro que evolui de esforço emético (vômitos incoercíveis) para dor torácica intensa e sinais de resposta inflamatória sistêmica (febre, taquicardia e taquipneia). Este cenário é clássico para a compreensão das patologias do esôfago distal relacionadas ao aumento da pressão intra-abdominal.

A alternativa (c) é a correta. A síndrome de Boerhaave consiste na ruptura transmural (completa) do esôfago distal, geralmente decorrente de um aumento súbito e violento da pressão intraluminal, como ocorre em vômitos vigorosos. Diferente de uma simples laceração, a ruptura completa permite o extravasamento de conteúdo gástrico e esofágico para o mediastino. Isso gera uma mediastinite química e bacteriana rápida, o que explica a evolução do paciente com febre (38,5 °C), dor torácica importante e sinais de sepse (taquicardia e sudorese) 24 horas após o início dos sintomas. A dor retrosternal e a disfagia são sinais de acometimento esofágico grave.

A alternativa (a) está incorreta. A laceração de Mallory-Weiss envolve apenas a mucosa e submucosa da junção esofagogástrica. Embora também seja causada por vômitos e possa cursar com hematêmese, ela raramente provoca dor torácica intensa, febre ou instabilidade hemodinâmica, sendo uma condição habitualmente autolimitada e de caráter benigno.

A alternativa (b) está incorreta. A perfuração de uma úlcera gástrica geralmente se manifesta como um abdômen agudo perfurativo, com dor abdominal súbita e intensa, sinais de peritonite (abdômen em tábua) e presença de pneumoperitônio nos exames de imagem. Embora possa ocorrer hematêmese, o quadro descrito de dor retrosternal e torácica predominante, após vômitos incoercíveis, aponta diretamente para a ruptura esofágica (Boerhaave) e não gástrica.

A alternativa (d) está incorreta. Apesar de o IAM poder ocorrer em pacientes jovens usuários de drogas (como cocaína) e cursar com dor torácica, taquicardia e sudorese, a história clínica é muito sugestiva de uma etiologia gastrointestinal. O gatilho claro de vômitos incoercíveis seguidos de hematêmese e a posterior evolução com febre direcionam o raciocínio para a perfuração esofágica e mediastinite, e não para uma causa isquêmica primária do miocárdio.

### Questão 93

A questão aborda um achado semiológico clássico da gastroenterologia e cirurgia digestiva, fundamental para o diagnóstico diferencial das icterícias obstrutivas.

Alternativa (a) Murphy: Incorreta. O sinal de Murphy é definido como a interrupção súbita da inspiração profunda durante a palpação do ponto cístico (no hipocôndrio direito). É o sinal patognomônico da colecistite aguda, uma condição inflamatória e tipicamente dolorosa, o que contraria a descrição de aumento indolor solicitada no enunciado.

Alternativa (b) Courvoisier: Correta. Também conhecido como sinal de Courvoisier-Terrier, consiste na palpação de uma vesícula biliar distendida e indolor em um paciente que apresenta icterícia obstrutiva progressiva. Esse sinal é um forte indicativo de obstrução biliar distal de etiologia neoplásica, como o câncer de cabeça de pâncreas, câncer da ampola de Vater ou colangiocarcinoma distal. A lógica é que, em casos de cálculos (litíase), a vesícula costuma estar inflamada e fibrosada cronicamente, o que impede sua distensão elástica, ao passo que na obstrução tumoral lenta e progressiva a vesícula consegue se dilatar sem causar dor imediata.

Alternativa (c) Rovsing: Incorreta. O sinal de Rovsing é um achado relacionado ao exame físico do abdome agudo inflamatório, especificamente na apendicite aguda. Ele ocorre quando a palpação profunda e a compressão do quadrante inferior esquerdo (fossa ilíaca esquerda) provocam dor na fossa ilíaca direita, devido ao deslocamento de gases retrogradamente pelo cólon em direção ao apêndice inflamado.

Alternativa (d) Gersuny: Incorreta. O sinal de Gersuny é utilizado na avaliação de massas abdominais, especificamente fecalomas. Ele é caracterizado pela sensação de "crepitação" ou de descolamento da parede intestinal da massa fecal endurecida quando o examinador pressiona e solta lentamente a parede abdominal sobre a região afetada. Não possui relação com o sistema biliar ou icterícia.

---

### Questão 94

A questão aborda as manobras de mobilização visceral utilizadas em cirurgias de emergência, trauma e grandes acessos vasculares no retroperitônio. O enunciado descreve especificamente a mobilização do lado esquerdo para acesso à aorta e estruturas adjacentes.

a) Manobra de Kocher: Incorreta. Esta manobra consiste na mobilização do duodeno e da cabeça do pâncreas em direção à linha média, após a incisão do peritônio parietal lateral à segunda porção duodenal. É uma manobra realizada à direita,

permitindo o acesso à face posterior do pâncreas, ao colédoco distal e à veia cava inferior.

b) Manobra de Cattell-Braasch: Incorreta. Também chamada de manobra de Cattell, trata-se de uma mobilização visceral medial à direita ampliada. Ela envolve a liberação do cólon direito e de todo o mesentério do intestino delgado até o ligamento de Treitz. É utilizada para expor a veia cava inferior em toda a sua extensão infrarrenal e a aorta infrarrenal, sendo realizada pelo lado direito do abdome.

c) Manobra de Mattox: Correta. Esta é a manobra de mobilização visceral medial à esquerda. O procedimento inicia-se com a incisão da linha branca de Toldt (reflexão peritoneal lateral ao cólon descendente), estendendo-se superiormente atrás do baço. Isso permite deslocar medialmente o cólon esquerdo, o rim esquerdo (opcionalmente), o baço, a cauda do pâncreas e o estômago. É a manobra padrão para visualização completa da aorta abdominal, desde o hiato diafragmático até as artérias ilíacas, além de permitir o acesso ao hilo renal esquerdo.

d) Manobra de Pringle: Incorreta. Não é uma manobra de mobilização visceral para acesso ao retroperitônio. A manobra de Pringle consiste no clampeamento digital ou com pinça vascular do ligamento hepatoduodenal (pedículo hepático), comprimindo a artéria hepática própria e a veia porta. Seu objetivo é o controle temporário de hemorragias de origem hepática em casos de trauma ou durante ressecções de fígado.

---

### Questão 95

A questão aborda os epônimos associados à disseminação metastática do câncer gástrico, um tema clássico em provas de cirurgia e oncologia. Quando o câncer gástrico atinge estágios avançados, ele pode se manifestar por meio de linfonodos ou massas palpáveis em locais específicos.

Alternativa (a) Incorreta. O linfonodo de Irish refere-se à presença de metástase em linfonodos na axila esquerda.

Alternativa (b) Incorreta. O linfonodo de Virchow (também associado ao sinal de Troisier) localiza-se na região supraclavicular esquerda. Sua presença indica disseminação linfática através do ducto torácico.

Alternativa (c) Incorreta. A Prateleira de Blumer (provavelmente referida na questão com a grafia incorreta de Plummer) é a palpação de uma massa endurecida no fundo de saco retouterino ou retovesical durante o toque retal. Esse sinal indica a presença

de implantes metastáticos no peritônio pélvico.

Alternativa (d) Correta. O linfonodo de Irmã Maria José é o nome dado ao nódulo umbilical que surge por metástase cutânea de neoplasias intra-abdominais, sendo o câncer gástrico a causa mais comum. A disseminação pode ocorrer via linfática, hematogênica ou por contiguidade através de remanescentes embrionários (como o úraco ou veias paraumbilicais). O epônimo homenageia a enfermeira Mary Joseph, assistente do Dr. William Mayo, que observou a relação entre o nódulo umbilical e tumores abdominais avançados.

Portanto, o sinal clínico de linfadenopatia umbilical em paciente com câncer gástrico é o linfonodo de Irmã Maria José.

---

### Questão 96

A questão aborda o manejo diagnóstico e o estadiamento do adenocarcinoma gástrico localmente avançado (cT4a cN1 M0). Nesse cenário, o paciente possui indicação de tratamento multimodal, iniciando com quimioterapia neoadjuvante (esquema FLOT-4).

O ponto central da pergunta é identificar o procedimento que deve preceder o início da quimioterapia para refinar o estadiamento e evitar tratamentos desnecessários ou equivocados.

Alternativa (a) Incorreta: A cintilografia gástrica é um exame utilizado para avaliar o tempo de esvaziamento gástrico em casos de suspeita de gastroparesia ou distúrbios de motilidade. Ela não possui papel no estadiamento oncológico ou na definição de conduta para o câncer gástrico.

Alternativa (b) Incorreta: O PET-SCAN com Gálio-68 é utilizado principalmente para o rastreio de tumores neuroendócrinos (Gálio-DOTATATE) ou câncer de próstata (Gálio-PSMA). No adenocarcinoma gástrico, o PET-CT convencional (com FDG-18) pode ser solicitado em casos selecionados para avaliar metástases a distância, mas não substitui a avaliação direta da cavidade abdominal e não é o exame padrão-ouro exigido antes da neoadjuvância pelo consenso.

Alternativa (c) Correta: De acordo com o II Consenso Brasileiro em Câncer Gástrico, a laparoscopia de estadiamento é recomendada para todos os pacientes com tumores T3 ou T4, ou com presença de linfonodos comprometidos (N+), que não apresentam metástases evidentes nos exames de imagem convencionais (como a tomografia). A finalidade é identificar a carcinomatose peritoneal (presença de pequenos implantes no peritônio), que pode passar despercebida na tomografia em até 20-30% dos

casos. Como o esquema FLOT é agressivo e visa uma cirurgia curativa posterior, é fundamental confirmar que o paciente é realmente M0 (sem metástases) antes de iniciar o protocolo. Frequentemente, a laparoscopia é acompanhada do lavado peritoneal para pesquisa de células neoplásicas.

Alternativa (d) Incorreta: A lavagem gástrica é um procedimento de esvaziamento do conteúdo gástrico, geralmente indicado em situações de intoxicação exógena aguda ou para limpeza do estômago antes de uma endoscopia de urgência em pacientes com sangramento ativo. Não tem utilidade no estadiamento do câncer gástrico.

---

### Questão 97

O quadro clínico descrito aponta para um paciente idoso com Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI), muito provavelmente secundários à Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). Diante de um paciente com pontuação de IPSS (Escore Internacional de Sintomas Prostáticos) moderada, o objetivo da avaliação inicial é confirmar a gravidade dos sintomas e objetivar as queixas miccionais de forma não invasiva.

Alternativa a) Incorreta. A cistoscopia é um procedimento invasivo que consiste na introdução de uma câmera pela uretra. Ela não faz parte da rotina inicial para avaliação de STUI/HPB. Seu uso é restrito a casos específicos, como presença de hematúria (sangue na urina), suspeita de estenose de uretra, suspeita de tumor de bexiga ou para o planejamento cirúrgico em casos selecionados.

Alternativa b) Incorreta. A tomografia de vias urinárias é um exame de alto custo, envolve radiação e uso de contraste, não sendo indicada como teste de rotina na avaliação de sintomas miccionais obstrutivos. Quando há necessidade de avaliar o trato urinário superior ou a anatomia da próstata, a ultrassonografia costuma ser o exame de imagem preferencial inicialmente.

Alternativa c) Incorreta. A urodinâmica invasiva (estudo de pressão-fluxo) envolve a passagem de sondas vesicais e retais. É um exame mais complexo e desconfortável para o paciente. Por esse motivo, não é recomendada na avaliação inicial de rotina. Sua indicação ocorre quando há dúvida diagnóstica, falha ao tratamento medicamentoso, suspeita de disfunções neurológicas da bexiga ou antes de cirurgias em pacientes com apresentações clínicas atípicas.

Alternativa d) Correta. A fluxometria urinária é um teste não invasivo, rápido e de baixo custo, considerado essencial na avaliação inicial de pacientes com sintomas moderados a graves. Ela permite transformar a queixa subjetiva de jato fraco em um dado numérico objetivo (fluxo máximo ou Qmax). Associada à medida do resíduo pós-miccional (geralmente via ultrassom), a fluxometria ajuda a caracterizar a

qualidade da micção e a guiar a estratégia terapêutica, servindo também como parâmetro de comparação para o acompanhamento do tratamento.

---

### **Questão 98**

O caso apresenta um paciente de 18 meses com testículo não palpável, o que caracteriza um quadro de criptorquidia. O ponto central da questão é o papel dos exames de imagem e o tempo ideal de intervenção na prática urológica pediátrica.

Alternativa A: Incorreta. A ultrassonografia é frequentemente solicitada de forma errônea na prática clínica. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia e de grandes associações internacionais estabelecem que exames de imagem não devem ser realizados rotineiramente para testículos não palpáveis. Eles apresentam baixa sensibilidade para localizar gônadas intra-abdominais e não alteram a conduta, já que um resultado negativo no exame não exclui a presença do testículo nem dispensa a exploração cirúrgica.

Alternativa B: Incorreta. O consenso médico atual indica que a cirurgia (orquidopexia) deve ser realizada preferencialmente entre os 6 e os 12 meses de idade, e idealmente até os 18 meses. Postergar o tratamento para após os 2 anos de idade aumenta o risco de danos histológicos permanentes, redução da fertilidade e maior dificuldade técnica cirúrgica. A segurança anestésica atual permite a realização do procedimento de forma segura em lactentes.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa reflete a diretriz diagnóstica correta. Nenhum exame de imagem (seja ultrassom, tomografia ou ressonância) possui sensibilidade suficiente para garantir a ausência de um testículo intra-abdominal. Portanto, diante de um testículo não palpável, o padrão-ouro para o diagnóstico e tratamento é a laparoscopia diagnóstica, que permite a visualização direta da cavidade abdominal e dos vasos espermáticos.

Alternativa D: Incorreta. Aguardar até a puberdade é uma conduta proscrita. O testículo fora da bolsa escrotal está exposto a uma temperatura corporal mais alta, o que causa a degeneração das células germinativas. Além disso, o testículo criptorquídico apresenta um risco significativamente maior de malignização (câncer testicular). A intervenção precoce visa preservar a função endócrina e exócrina da gônada e facilitar o autoexame futuro.

---

## Questão 99

A compreensão dos processos de integração e das características dos enxertos de pele é fundamental na cirurgia plástica e dermatológica. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: Na verdade, o enxerto de pele parcial apresenta uma maior taxa de "pega" inicial (integração) quando comparado ao enxerto total. Isso ocorre porque o enxerto parcial é mais fino, possuindo uma espessura menor de derme, o que resulta em uma menor demanda metabólica. Assim, ele consegue sobreviver com mais facilidade nos primeiros dias, mesmo em leitos com vascularização menos exuberante.

Alternativa (b) Incorreta: O leito receptor ideal para um enxerto deve ser obrigatoriamente vascularizado. O osso cortical desprovido de periósteo, assim como cartilagens sem pericôndrio ou tendões sem paratendão, são considerados leitos avasculares. Nesses casos, o enxerto não consegue realizar a troca de nutrientes e invariavelmente sofre necrose. O periósteo é o que garante a vascularização necessária para a integração do enxerto sobre o osso.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve perfeitamente as fases cronológicas da integração de um enxerto (a chamada "pega").

1. Imbebição plasmática: Ocorre nas primeiras 24 a 48 horas, período em que o enxerto sobrevive por difusão passiva de nutrientes vindos do leito receptor (o enxerto "bebe" o plasma).
2. Inosculação: Ocorre entre 48 e 72 horas, caracterizada pelo alinhamento e conexão de capilares do leito com os capilares preexistentes do enxerto (uma espécie de "beijo" entre os vasos).
3. Revascularização: É a fase final, na qual novos vasos crescem do leito para dentro do enxerto (angiogênese), restabelecendo a circulação definitiva.

Alternativa (d) Incorreta: Existe uma confusão comum entre contração primária e secundária. O enxerto parcial retrai MAIS após a cicatrização (contração secundária) do que o enxerto total. A contração secundária é inversamente proporcional à quantidade de derme no enxerto; como o enxerto total tem mais derme, ele inibe melhor a contração dos miofibroblastos no leito da ferida, resultando em um melhor resultado estético e funcional a longo prazo. O enxerto total retrai mais apenas no momento em que é retirado do doador (contração primária), devido à maior quantidade de fibras elásticas na derme profunda.

## Questão 100

Explicação técnica:

O uso de expansores cutâneos fundamenta-se na capacidade biológica da pele de se expandir em resposta a uma força de tensão mecânica constante (fenômeno conhecido como "biological creep").

Alternativa a) Incorreta. Embora os expansores permitam tratar grandes áreas com tecidos de alta qualidade, eles não substituem a necessidade de enxertos em todos os cenários. Em casos de pacientes com grandes superfícies corporais queimadas, pode não haver pele íntegra adjacente suficiente para ser expandida, tornando o enxerto ou outras técnicas ainda necessários.

Alternativa b) Correta. Esta é a maior vantagem da expansão tecidual. Como o expansor é geralmente colocado sob a pele adjacente ao defeito, o tecido resultante mantém as mesmas características de cor, textura, espessura, sensibilidade e presença de anexos cutâneos (como folículos pilosos) da área receptora. Isso proporciona um resultado estético e funcional muito superior ao de enxertos ou retalhos à distância.

Alternativa c) Incorreta. O uso do expansor não é garantia contra necroses. Na verdade, a expansão tecidual apresenta riscos inerentes, como a compressão excessiva dos vasos sanguíneos que nutrem o retalho. Se o volume de expansão for excessivo ou muito rápido, pode ocorrer isquemia e necrose da pele sobre o expansor.

Alternativa d) Incorreta. Pelo contrário, a reconstrução com expansores é um processo lento e de múltiplos estágios. Requer uma primeira cirurgia para a colocação do dispositivo, um período de semanas ou meses para as sessões ambulatoriais de expansão (preenchimento com soro fisiológico) e uma segunda cirurgia definitiva para a retirada do expansor e o avanço do retalho expandido sobre a lesão.