



HNMD

GABARITO | 2026 | RJ | 50 Questões



Gabarito: HNMD

2026 | RJ

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Para resolver essa questão, é necessário correlacionar os sintomas apresentados pela paciente com as funções específicas de cada par de nervos cranianos. A paciente apresenta um quadro clínico composto por vertigem e desequilíbrio (alterações do sistema vestibular) e surdez (alteração do sistema auditivo).

O nervo responsável por essas duas funções sensoriais é o VIII par craniano, denominado nervo vestibulococlear. Ele é composto por dois ramos: o ramo vestibular, que transmite informações sobre o equilíbrio e a orientação espacial, e o ramo coclear, responsável pela audição. Portanto, a presença concomitante de tontura rotatória e perda auditiva aponta diretamente para uma lesão neste nervo ou em suas estruturas de origem na orelha interna.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O nervo I é o olfatório, responsável exclusivamente pela sensibilidade olfativa. Sua lesão causaria anosmia (perda do olfato).

b) Incorreta. O nervo III é o oculomotor, responsável pela maior parte da movimentação ocular (músculos reto superior, inferior, medial e oblíquo inferior), pela constrição pupilar e pela elevação da pálpebra superior. Sua lesão causaria visão dupla (diplopia), queda da pálpebra (ptose) ou dilatação da pupila (midríase).

c) Incorreta. O nervo V é o trigêmeo, responsável pela sensibilidade somática da face e pela inervação dos músculos da mastigação. Uma lesão aqui resultaria em anestesia facial ou fraqueza ao mastigar.

d) Correta. O nervo VIII (vestibulococlear) é o nervo sensorial que atende aos órgãos da audição e do equilíbrio. Os sintomas de vertigem, desequilíbrio e surdez são a tríade clássica de comprometimento deste par craniano.

e) Incorreta. O nervo X é o vago, que possui amplas funções autonômicas (parassimpáticas) para vísceras torácicas e abdominais, além de atuar na deglutição e na fonação. Sua lesão causaria rouquidão, dificuldade para engolir (disfagia) ou desvio da úvula.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 2

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, regulamentada pelo Ministério da Saúde (Portaria de Consolidação nº 4/2017 e suas atualizações recentes). O examinador solicita a alternativa que NÃO exige notificação imediata (em até 24 horas) para a Secretaria Municipal de Saúde.

Alternativa (a) Incorreta: Acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva (como cães e gatos de rua, morcegos ou animais silvestres) são de notificação imediata. A raiva é uma doença com letalidade de quase 100%, o que exige uma resposta rápida do sistema de vigilância para iniciar a profilaxia pós-exposição e monitorar o animal.

Alternativa (b) Incorreta: O acidente de trabalho grave (que resulta em morte, mutilação ou ocorre com menores de 18 anos) deve ser notificado de forma imediata às autoridades municipais. Essa agilidade é necessária para a investigação das causas e implementação de medidas de segurança no ambiente laboral.

Alternativa (c) Correta: A infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) em gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical foi incluída recentemente na lista de notificação compulsória (2024). Diferentemente de outras condições de urgência, a notificação para o HTLV é de periodicidade semanal, e não imediata. Por ser a única da lista com prazo de até 7 dias, ela é a resposta da questão.

Alternativa (d) Incorreta: Tanto a violência sexual quanto a tentativa de suicídio são eventos de notificação compulsória imediata para a Secretaria Municipal de Saúde. A urgência na violência sexual deve-se à necessidade de profilaxias para ISTs e gravidez, além do acolhimento psicossocial. Na tentativa de suicídio, a notificação rápida visa à articulação da rede de atenção psicossocial para evitar novas tentativas.

Alternativa (e) Incorreta: Acidentes por animais peçonhentos (serpentes, escorpiões, aranhas, etc.) são de notificação imediata. O registro célere é essencial para o controle epidemiológico e para garantir a disponibilidade e a distribuição adequada de soros antivenenos específicos nas unidades de saúde.

Questão 3

A alternativa correta é a letra (c): Acidose metabólica de ânion gap aumentado.

Para compreender o distúrbio ácido-base na cetoacidose diabética (CAD), é necessário analisar a fisiopatologia da doença. A CAD ocorre devido a uma deficiência grave de insulina associada ao aumento dos hormônios contrarreguladores (glucagon, cortisol e catecolaminas). Essa condição estimula a lipólise excessiva, liberando ácidos graxos livres que, no fígado, são convertidos em corpos cetônicos: acetoacetato e beta-hidroxibutirato.

Esses corpos cetônicos são ácidos orgânicos fortes que, ao se dissociarem, liberam íons H^+ (que consomem o bicarbonato sérico, gerando acidose) e ânions não mensurados (os cetoânions). O Ânion Gap (AG) representa a diferença entre os cátions e ânions mensurados no plasma, calculado pela fórmula $AG = Na - (Cl + HCO_3)$. Como o bicarbonato é consumido para tamponar os cetoácidos e estes novos ânions não entram no cálculo rotineiro do cloro, o intervalo (gap) entre os cátions e ânions mensurados aumenta.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A acidose metabólica de ânion gap normal (também chamada de hiperclorêmica) ocorre tipicamente em situações de perda de bicarbonato (como diarreia) ou dificuldade de excreção de H^+ (como acidose tubular renal), onde o cloro aumenta para compensar a queda do bicarbonato. Na fase inicial da CAD, o ânion gap está sempre aumentado devido aos cetoânions.

b) Incorreta. A CAD cursa com acidose (queda do pH) e não com alcalose. Além disso, a hiperclorêmia não é a característica primária do distúrbio agudo, embora possa surgir durante o tratamento com grandes volumes de soro fisiológico 0,9%.

c) Correta. É a descrição clássica do distúrbio na CAD. A produção de corpos cetônicos introduz ânions não mensurados na circulação, elevando o Ânion Gap acima dos valores de referência (geralmente > 12 mEq/L).

d) Incorreta. A alcalose metabólica hipoclorêmica é observada em quadros de perdas gástricas (vômitos ou sucção nasogástrica), onde há perda de ácido clorídrico (HCl), o que é oposto ao quadro de cetoacidose.

e) Incorreta. Alcalose mista envolveria uma combinação de alcalose metabólica e alcalose respiratória, elevando o pH sanguíneo, o que é incompatível com a gravidade da acidemia encontrada na cetoacidose diabética.

Questão 4

O nitroprussiato de sódio é um potente vasodilatador de ação direta, utilizado em emergências hipertensivas. Sua molécula é composta por um núcleo de ferro cercado por cinco grupos cianeto e um grupo nitrosil. Ao entrar na circulação, ele reage com a hemoglobina, liberando óxido nítrico (responsável pela vasodilatação) e íons cianeto.

O cianeto é uma toxina mitocondrial que se liga ao ferro férrico da enzima citocromo c oxidase (complexo IV) na cadeia transportadora de elétrons. Essa ligação impede a utilização do oxigênio pelas células para a produção de energia (ATP), bloqueando a respiração celular aeróbica. Mesmo com oxigenação sanguínea adequada, os tecidos sofrem o que chamamos de hipóxia histotóxica.

Para sobreviver, as células passam a realizar o metabolismo anaeróbico de forma exacerbada, o que gera uma produção excessiva de ácido láctico. O acúmulo de lactato na corrente sanguínea reduz o pH plasmático e consome o bicarbonato, resultando em acidose metabólica com ânion gap elevado.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A alcalose metabólica caracteriza-se pelo aumento do pH sanguíneo e do bicarbonato, geralmente associada à perda de ácidos ou ganho de bases, o que é o oposto do efeito tóxico do cianeto.
- b) Incorreta. A alcalose respiratória ocorre quando há uma queda na pressão parcial de gás carbônico (PaCO_2) devido à hiperventilação. Embora o paciente possa aumentar a frequência respiratória para tentar compensar a acidose, o distúrbio primário causado pelo cianeto é metabólico.
- c) Incorreta. A alcalose mista ocorre quando há causas metabólicas e respiratórias simultâneas elevando o pH sanguíneo. A intoxicação por cianeto gera um estado de acidemia grave.
- d) Incorreta. A acidose respiratória é causada pela retenção de CO_2 devido à hipoventilação alveolar. No caso do nitroprussiato, a origem da acidez é a produção de lactato no citoplasma celular, e não um problema na eliminação pulmonar de gás carbônico.
- e) Correta. A inibição da cadeia respiratória mitocondrial pelo cianeto força o metabolismo anaeróbico, levando à hiperlactatemia. O acúmulo de ácido láctico é a marca registrada da toxicidade pelo nitroprussiato, caracterizando clinicamente a acidose metabólica.

Questão 5

Para resolver essa questão, primeiro identificamos o diagnóstico: Tromboembolismo Pulmonar (TEP). A paciente apresenta fatores de risco clássicos (obesidade, tabagismo e imobilização prolongada por fratura de tornozelo) e um quadro clínico típico de dispneia súbita com hipóxia. O exame de imagem (angiotomografia de tórax) confirma o diagnóstico ao revelar falha de enchimento na artéria pulmonar.

O ponto crucial para a escolha da conduta é a estratificação de risco. A paciente apresenta instabilidade hemodinâmica, caracterizada por hipotensão arterial (pressão arterial de 80x60 mmHg) associada a sinais de choque (esforço respiratório e taquicardia). Isso classifica o quadro como TEP de alto risco (também chamado de TEP maciço).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A anticoagulação terapêutica (geralmente iniciada com heparina de baixo peso molecular ou heparina não fracionada) é o tratamento de base para pacientes com TEP que estão hemodinamicamente estáveis. No entanto, diante de instabilidade hemodinâmica e choque obstrutivo, a anticoagulação isolada não é suficiente para desobstruir a circulação pulmonar de forma rápida.

Alternativa b) Incorreta. Não há indícios de processo infeccioso, como pneumonia ou sepse, que justifiquem o uso de antibióticos. O quadro é nitidamente vascular agudo decorrente da imobilização prévia.

Alternativa c) Correta. A trombólise sistêmica está indicada para todos os pacientes com TEP de alto risco (com hipotensão arterial definida por pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou queda maior que 40 mmHg por mais de 15 minutos). O objetivo é promover a lise rápida do coágulo, reduzir a resistência vascular pulmonar, aliviar a sobrecarga do ventrículo direito e restaurar a pressão arterial.

Alternativa d) Incorreta. Anti-inflamatórios não possuem papel no tratamento da obstrução mecânica e hemodinâmica causada pelo tromboembolismo pulmonar. Eles poderiam ser usados apenas para alívio de dor pleurítica em casos estáveis, mas nunca como tratamento principal.

Alternativa e) Incorreta. Os antiagregantes plaquetários, como a aspirina, são fundamentais no manejo de doenças arteriais como o infarto agudo do miocárdio, mas não são o tratamento de escolha para eventos tromboembólicos venosos, onde a formação do trombo depende primordialmente da cascata de coagulação e da fibrina.

Questão 6

A abordagem sistemática do paciente vítima de trauma é regida pelo protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support), que utiliza o mnemônico ABCDE para priorizar o atendimento às lesões que oferecem risco imediato à vida. No entanto, o primeiro contato com o paciente exige uma avaliação rápida e simultânea que precede ou inicia o passo A.

Alternativa (a): CORRETA. A primeira conduta ao abordar um paciente politraumatizado é avaliar a responsividade (provocar resposta verbal) e garantir a estabilização manual da coluna cervical. Ao perguntar "Como você se chama?" ou "O que aconteceu?", se o paciente responde de forma clara, o médico confirma simultaneamente que a via aérea está pérvia (passo A), que a ventilação está minimamente preservada (passo B) e que há perfusão cerebral adequada com nível de consciência preservado (passo D). A proteção da coluna cervical deve ser feita de forma imediata para evitar lesões medulares secundárias.

Alternativa (b): INCORRETA. A máscara laríngea é um dispositivo supraglótico utilizado para o manejo de via aérea, mas não é a primeira conduta. Ela pode ser usada como um método auxiliar ou de resgate caso a intubação orotraqueal falhe ou não seja possível, situando-se dentro do passo A, mas após a avaliação inicial.

Alternativa (c): INCORRETA. A exposição total do paciente para busca de lesões ocultas e o controle do ambiente (prevenção de hipotermia) correspondem à letra E do exame primário. Trata-se da última etapa da avaliação inicial, realizada somente após o paciente estar estabilizado nos passos anteriores.

Alternativa (d): INCORRETA. No trauma, a regra é a imobilização, e não a mobilização de extremidades. A movimentação desnecessária de membros ou do tronco pode agravar fraturas e causar sangramentos internos graves ou lesões neurológicas. A avaliação osteomuscular detalhada ocorre apenas no exame secundário.

Alternativa (e): INCORRETA. A oximetria de pulso é um exame complementar adjunto ao exame primário, geralmente realizado durante a avaliação da respiração e ventilação (passo B). Embora seja importante para monitorar a saturação de oxigênio, não precede a avaliação da responsividade e a proteção cervical.

Questão 7

Para resolver esta questão de epidemiologia clínica, o primeiro passo é organizar os dados fornecidos em uma tabela de contingência 2x2.

Dados do problema:

Total de pacientes: 400

Pacientes com tuberculose (Doentes): 160

Pacientes sem tuberculose (Não doentes): $400 - 160 = 240$

Verdadeiros Positivos (VP): 120 (doentes com teste positivo)

Falsos Negativos (FN): $160 - 120 = 40$ (doentes com teste negativo)

Falsos Positivos (FP): 60 (não doentes com teste positivo)

Verdadeiros Negativos (VN): $240 - 60 = 180$ (não doentes com teste negativo)

Estrutura da Tabela:

- Com doença: 120 Positivos / 40 Negativos (Total 160)

- Sem doença: 60 Positivos / 180 Negativos (Total 240)

- Totais por teste: 180 Positivos / 220 Negativos

Cálculos dos Parâmetros:

1. Sensibilidade: É a capacidade do teste de identificar corretamente os doentes.

Fórmula: $VP / (VP + FN)$

Cálculo: $120 / 160 = 0,75$ ou 75%.

2. Especificidade: É a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos saudáveis.

Fórmula: $VN / (VN + FP)$

Cálculo: $180 / 240 = 0,75$ ou 75%.

3. Valor Preditivo Positivo (VPP): É a probabilidade de um indivíduo com teste positivo realmente ter a doença.

Fórmula: $VP / (VP + FP)$

Cálculo: $120 / 180 = 0,666...$ (aproximadamente 67%).

4. Valor Preditivo Negativo (VPN): É a probabilidade de um indivíduo com teste negativo realmente ser saudável.

Fórmula: $VN / (VN + FN)$

Cálculo: $180 / 220 = 0,818...$ (aproximadamente 82%).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Esta alternativa inverte a ordem dos resultados ou confunde os

conceitos, apresentando os valores de VPP e VPN nos primeiros campos destinados à sensibilidade e à especificidade.

b) Correta. Apresenta exatamente os valores calculados na ordem solicitada: Sensibilidade (75), Especificidade (75), VPP (67) e VPN (82).

c) Incorreta. Embora apresente a sensibilidade correta (75), os valores de especificidade (80), VPP (75) e VPN (80) não correspondem aos dados matemáticos da questão.

d) Incorreta. Todos os valores citados estão em desacordo com os cálculos baseados na amostra de 400 pacientes e nas proporções de acerto do teste.

e) Incorreta. Apresenta valores superestimados que não podem ser obtidos a partir da divisão dos dados fornecidos no enunciado.

Questão 8

Alternativa a (Correta): Esta alternativa apresenta dados históricos precisos da época. Em 2017, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) atingiu um patamar de consolidação importante, estando presente na quase totalidade dos municípios brasileiros e cobrindo mais de 140 milhões de pessoas, reafirmando seu papel como o modelo prioritário de reorganização da Atenção Primária no país.

Alternativa b (Incorreta): O modelo de financiamento do SUS sofreu alterações significativas com a Portaria de Consolidação nº 6, de 2017. O antigo sistema de vários blocos de financiamento foi simplificado para apenas dois grandes blocos: Bloco de Custeio (manutenção dos serviços) e Bloco de Investimento (obras e compra de equipamentos). Além disso, a Assistência Social possui financiamento próprio através do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), não integrando os blocos de custeio do SUS.

Alternativa c (Incorreta): O SUS é regido pelas chamadas Leis Orgânicas da Saúde. A Lei 8.080/90 trata da organização e do funcionamento dos serviços. Já a participação da comunidade (controle social) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros são regulamentadas especificamente pela Lei 8.142/90.

Alternativa d (Incorreta): A questão descreve conceitos que se misturam, mas o erro técnico reside na definição. A vinculação da equipe à população adscrita e o acompanhamento ao longo do ciclo de vida são características centrais da Longitudinalidade. A Coordenação do Cuidado, embora relacionada, refere-se especificamente à capacidade da Atenção Primária de servir como o centro de

comunicação e o elo entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo que o paciente não se perca no sistema.

Alternativa e (Incorreta): A atuação na ESF exige uma postura ativa e integrada ao território. Os profissionais não devem ser meros observadores; eles devem atuar sobre os determinantes sociais da saúde, o que inclui a mediação e a intervenção em situações de vulnerabilidade ou conflitos sociais que impactem diretamente a saúde daquela comunidade, visando à promoção da cidadania e do bem-estar coletivo.

Questão 9

O quadro clínico apresenta os elementos clássicos para o diagnóstico de ameaça de abortamento. Para definir o diagnóstico correto entre as patologias do primeiro trimestre, é fundamental avaliar três pilares: a intensidade do sangramento, a dilatação do colo uterino ao exame físico e a vitalidade embrionária/fetal na ultrassonografia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. No abortamento completo, ocorre a expulsão total do conteúdo gestacional. Embora o colo possa estar fechado no momento do exame, a ultrassonografia mostraria uma cavidade uterina vazia ou com eco endometrial fino, e não um embrião com batimentos cardíacos presentes.

b) Incorreta. O abortamento retido é definido pela morte embrionária ou fetal (ausência de batimentos cardíacos) sem que tenha ocorrido a expulsão do conceito. O colo uterino permanece fechado, mas a vitalidade embrionária positiva descrita na questão exclui essa possibilidade.

c) Incorreta. No abortamento inevitável, o sangramento e as cólicas costumam ser mais intensos e, obrigatoriamente, o colo uterino apresenta-se aberto (dilatado). A gestação é considerada perdida independentemente da presença de batimentos, pois o processo de expulsão já é irreversível devido à alteração cervical.

d) Correta. A ameaça de abortamento é caracterizada por sangramento vaginal de origem uterina, geralmente acompanhado de dor pélvica tipo cólica, em uma gestação viável. Os critérios fundamentais para este diagnóstico são o colo uterino fechado e a confirmação de batimentos cardíacos embrionários na ultrassonografia. O descolamento trofoblástico (também chamado de hematoma subcoriônico) é um achado ultrassonográfico muito comum que justifica o sangramento e reforça o diagnóstico de ameaça.

e) Incorreta. A mola hidatiforme (doença trofoblástica gestacional) apresenta-se habitualmente com sangramento vaginal e útero com volume maior que o esperado para a idade gestacional. No entanto, o padrão ultrassonográfico clássico é de vesículas (aspecto em flocos de neve ou tempestade de neve). Na mola completa, não há embrião; na mola parcial, o embrião geralmente apresenta malformações graves e não teria o aspecto de uma gestação de 10 semanas com desenvolvimento normal.

Questão 10

O caso clínico descreve uma gestante com aloimunização Rh (fator Rh negativo e Coombs indireto positivo com título 1:64), o que caracteriza uma gestação de alto risco para anemia fetal. O histórico de parto anterior com necessidade de exanguinotransfusão reforça a gravidade da sensibilização.

O ponto crucial para a resolução desta questão é a interpretação do Doppler da Artéria Cerebral Média (ACM). Em fetos com anemia, há um aumento do débito cardíaco e uma diminuição da viscosidade sanguínea, o que resulta em um aumento da velocidade do fluxo sanguíneo cerebral. O valor de referência utilizado é o Múltiplo da Mediana (MoM). Valores de Pico de Velocidade Sistólica (PVS) da ACM acima de 1,5 MoM são preditores de anemia fetal grave com alta sensibilidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A imunoglobulina anti-D (RhoGAM) tem indicação profilática, ou seja, serve para evitar que a gestante se sensibilize. Uma vez que o Coombs indireto já é positivo e em título elevado (1:64), a paciente já está sensibilizada, e a administração da imunoglobulina não tem efeito terapêutico. Além disso, com um Doppler de 1,65 MoM, a conduta deve ser imediata, e não apenas repetir o exame em 2 semanas.

Alternativa b) Correta. Diante de um resultado de Doppler da ACM maior que 1,5 MoM em uma gestação abaixo de 34-35 semanas, o diagnóstico de anemia fetal grave é muito provável. A conduta padrão-ouro é a realização da cordocentese, que permite a confirmação diagnóstica através da dosagem do hematócrito e da hemoglobina fetal. Caso a anemia seja confirmada (hematócrito abaixo de 30% ou dois desvios-padrão abaixo da média para a idade gestacional), realiza-se a transfusão intrauterina (TIU) no mesmo procedimento.

Alternativa c) Incorreta. Embora o risco de óbito fetal exista devido à possibilidade de hidropisia, a idade gestacional de 28 semanas é de extrema prematuridade. O tratamento de escolha nesta fase é a transfusão intrauterina para permitir que o feto

ganhe maturidade pulmonar e peso antes do nascimento, evitando as complicações da prematuridade extrema.

Alternativa d) Incorreta. O corticoide antenatal é indicado quando há risco de parto prematuro, mas não substitui o tratamento da anemia fetal. Simplesmente planejar o parto para 32 semanas sem intervir na anemia atual (1,65 MoM) levaria, muito provavelmente, ao óbito fetal ou hidropisia grave muito antes da data planejada.

Alternativa e) Incorreta. O valor de 1,65 MoM é patológico. Conforme estabelecido por Mari et al., o ponto de corte de 1,5 MoM é o limite superior para identificar fetos com anemia grave. Portanto, aguardar a evolução espontânea é contraindicado, pois o quadro tende a evoluir para insuficiência cardíaca fetal e hidropisia.

Questão 11

Alternativa (a) - INCORRETA (Gabarito): A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada pela variabilidade dos sintomas e da função pulmonar. Isso significa que muitos pacientes, especialmente aqueles com asma leve ou que estão em um período de estabilidade da doença, podem apresentar uma espirometria completamente normal e sem resposta ao broncodilatador no momento do exame. Portanto, um resultado normal não exclui o diagnóstico de asma se a suspeita clínica for alta. Em casos de dúvida com espirometria normal, podem ser necessários outros testes, como o teste de broncoprovocação.

Alternativa (b) - CORRETA: A espirometria é o exame padrão-ouro para a avaliação funcional respiratória na asma. Ela permite identificar se há obstrução ao fluxo aéreo, quantificar sua gravidade e monitorar a resposta ao tratamento ao longo do tempo.

Alternativa (c) - CORRETA: A confirmação diagnóstica da asma baseia-se na demonstração de limitação variável ao fluxo aéreo expiratório. Na prática clínica habitual, a espirometria com prova broncodilatadora é o método mais utilizado para confirmar essa característica da doença.

Alternativa (d) - CORRETA: É um conceito importante que pacientes com asma considerada leve (poucos sintomas basais) ainda correm o risco de apresentar exacerbações graves ou fatais. Fatores como exposição súbita a alérgenos, infecções virais ou poluição podem desencadear crises severas independentemente da gravidade basal da doença.

Alternativa (e) - CORRETA: A alternativa descreve os critérios técnicos para definir uma resposta broncodilatadora positiva e significativa. De acordo com as diretrizes (como o GINA e a Sociedade Brasileira de Pneumologia), a reversibilidade da

obstrução é confirmada quando há um aumento no VEF1 (ou na CVF) de pelo menos 12% em relação ao valor pré-broncodilatador, associado a um aumento absoluto de, no mínimo, 200 mL. Além disso, a presença de uma relação VEF1/CVF reduzida caracteriza o distúrbio ventilatório obstrutivo.

Questão 12

Alternativa (a) INCORRETA: A espirometria é considerada o padrão-ouro e é indispensável para o diagnóstico da DPOC. Para confirmar a presença de obstrução persistente ao fluxo aéreo, é necessário observar uma relação entre o Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo e a Capacidade Vital Forçada (VEF1/CVF) menor que 0,70 após a administração de broncodilatador.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa reflete a definição oficial estabelecida pelo consenso global GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). A DPOC é caracterizada como uma condição heterogênea, causada principalmente por exposição a partículas ou gases nocivos (como o tabagismo), resultando em sintomas respiratórios persistentes e limitação crônica do fluxo aéreo devido a anormalidades nas vias aéreas ou alveolares.

Alternativa (c) INCORRETA: O erro está na palavra aumento. O desenvolvimento de enfisema pulmonar precoce está associado à DEFICIÊNCIA de alfa-1-antitripsina (AAT), e não ao seu aumento. A AAT é uma proteína que protege o parênquima pulmonar da destruição por enzimas (elastases); quando seus níveis são baixos por questões genéticas, ocorre a destruição acelerada dos alvéolos.

Alternativa (d) INCORRETA: A DPOC é uma doença crônica, progressiva e irreversível em termos de obstrução do fluxo aéreo. Embora seja altamente tratável, com controle de sintomas e redução de complicações, não se fala em cura para a patologia.

Alternativa (e) INCORRETA: A cessação do tabagismo é a intervenção mais eficaz e custo-efetiva para a DPOC. Além de reduzir a mortalidade e aumentar a sobrevida, parar de fumar é a única medida, junto com a remoção de outras exposições ambientais, capaz de retardar a velocidade de queda da função pulmonar (VEF1), modificando assim a história natural e a progressão da doença.

Questão 13

Análise da Questão:

A variedade de posição occipital posterior (OP) ocorre quando o dorso fetal está voltado para a coluna materna. Essa posição é mais desafiadora porque os diâmetros da cabeça fetal que se apresentam à pelve são geralmente maiores e menos favoráveis do que na posição occipital anterior (OA). Enquanto na posição anterior o diâmetro apresentado é o suboccipitobregmático (9,5 cm), na posterior persistente o feto frequentemente apresenta o diâmetro occipitofrontal (11,5 cm), exigindo ajustes.

Alternativa (a) CORRETA: Para que o desprendimento ocorra na variedade posterior, o feto precisa realizar uma flexão exagerada (ou hiperflexão) da cabeça. Esse movimento é essencial para tentar reduzir o diâmetro de apresentação e permitir que a cabeça se adapte aos espaços da pelve materna. Ao fletir-se intensamente, o feto consegue fazer com que a região da frente (sincipúcio) se apoie sob a sínfise púbica, servindo de ponto de apoio (fulcro) para que o occipital deslize sobre o períneo e seja exteriorizado.

Alternativa (b) INCORRETA: A rotação interna para occipital anterior é o que acontece na maioria dos casos (cerca de 90%), transformando a posição posterior em anterior para facilitar o parto. No entanto, a questão pede o mecanismo compensatório que facilita a passagem quando o feto está em posição posterior durante a expulsão. A descrição de rotação posterior à saída da cabeça não condiz com a mecânica do parto.

Alternativa (c) INCORRETA: O movimento de extensão (deflexão) é o mecanismo clássico de desprendimento nas variedades anteriores (como a occipitopúbica). Na variedade posterior, o esforço mecânico principal para o desprendimento do occipital é a flexão, e não a extensão.

Alternativa (d) INCORRETA: A rotação externa (também chamada de restituição) ocorre após a cabeça já ter saído do canal vaginal. Ela serve para alinhar o diâmetro biacromial (ombros) com o eixo da pelve, não sendo o mecanismo que facilita a passagem da cabeça em posição occipital posterior.

Alternativa (e) INCORRETA: O mecanismo de parto na apresentação cefálica foca na adaptação do polo cefálico (cabeça). Embora o corpo fetal sofra curvaturas, a flexão do tronco não é o mecanismo compensatório específico ou determinante para superar a dificuldade de progressão causada pela posição occipital posterior no estreito médio ou inferior.

Questão 14

Para compreender essa questão, devemos analisar o cenário clínico e laboratorial sob a ótica da bioestatística aplicada ao diagnóstico.

O caso descreve uma gestante que teve um resultado IgM reagente isolado. No entanto, após 3 semanas, um novo teste mostrou que tanto IgM quanto IgG eram negativos. Se houvesse uma infecção aguda real, esperaríamos que o IgM permanecesse positivo por mais tempo ou que ocorresse a soroconversão do IgG (o IgG se tornaria positivo). Como ambos voltaram a ser negativos, conclui-se que o primeiro resultado IgM reagente foi, na verdade, um falso-positivo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O viés de confusão ocorre em estudos epidemiológicos quando uma variável externa está associada tanto à exposição quanto ao desfecho, distorcendo a relação entre eles. Não se aplica ao erro de um resultado isolado de teste diagnóstico.

b) Incorreta. A causalidade reversa acontece quando, em um estudo, o que se acredita ser a causa é, na verdade, a consequência do desfecho (por exemplo, dizer que o sedentarismo causa dor nas costas quando, na verdade, as pessoas pararam de se exercitar porque já tinham dor). Não possui relação com erro laboratorial.

c) Correta. O Erro Tipo I (ou erro alfa) ocorre quando rejeitamos a hipótese nula (H_0), embora ela seja verdadeira. No contexto de testes diagnósticos, a hipótese nula é que o paciente não tem a doença. Se o teste der positivo em um paciente saudável, estaremos rejeitando a H_0 erroneamente. Portanto, o Erro Tipo I é o equivalente estatístico ao resultado falso-positivo. Como a paciente não tinha a infecção (confirmado pelo teste posterior negativo), o IgM reagente inicial foi um Erro Tipo I.

d) Incorreta. O Erro Tipo II (ou erro beta) ocorre quando aceitamos a hipótese nula, sendo ela falsa. Ou seja, o paciente tem a doença, mas o teste resulta negativo. É o equivalente ao falso-negativo. O caso descreve o oposto: um teste positivo em alguém saudável.

e) Incorreta. Se fosse uma infecção aguda, após 3 semanas o perfil sorológico deveria mostrar IgG reagente (soroconversão) e, provavelmente, o IgM ainda estaria reagente. O desaparecimento de ambas as imunoglobulinas descarta a infecção ativa.

Questão 15

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve perfeitamente o diferencial das vacinas conjugadas (como as vacinas contra o *Haemophilus influenzae* tipo b, pneumocócicas e meningocócicas). Ao contrário das vacinas de polissacarídeos puros, as conjugadas induzem uma resposta imune dependente de linfócitos T. Isso resulta não apenas em memória imunológica e maior produção de anticorpos IgG, mas também em imunidade de mucosa (IgA). Essa imunidade local reduz a colonização da nasofaringe (estado de portador sadio), diminuindo a circulação da bactéria na comunidade e protegendo indiretamente as pessoas não vacinadas, o que caracteriza a imunidade de rebanho.

Alternativa B (Incorreta): As vacinas de RNA mensageiro (como a da Pfizer/BioNTech) e de vetores virais não replicantes (como a da AstraZeneca/Oxford) são tecnologias avançadas, amplamente estudadas e consideradas seguras (inócuas no sentido de não causarem a doença que visam prevenir). O termo "não consideradas inócuas" na questão sugere erroneamente que seriam perigosas ou inseguras para uso populacional, o que contraria as evidências científicas e as aprovações por órgãos regulatórios como a ANVISA.

Alternativa C (Incorreta): De acordo com o Manual de Imunizações e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, vacinas de vírus vivos ou bactérias atenuadas devem ser administradas, idealmente, de 15 a 30 dias antes do início de terapias imunossupressoras. Após o término do tratamento com imunossupressores como a ciclosporina, o intervalo recomendado para a administração dessas vacinas é de, no mínimo, três meses, e não seis meses, para garantir que o sistema imunológico tenha se recuperado o suficiente para responder à vacina sem risco de replicação viral descontrolada.

Alternativa D (Incorreta): No acidente botrópico, a classificação de gravidade define o número de ampolas de soro antiofídico. O quadro descrito (edema e equimose evidentes, sem sinais de choque ou alteração sistêmica grave) é classificado como moderado. Para casos moderados, a recomendação é a administração de 4 a 8 ampolas de soro. A dose de 12 ampolas (ou unidades) é reservada para casos graves (com hemorragia grave, choque ou anúria). Além disso, o soro disponível no Brasil é tipicamente o soro antiofídico pentavalente em ampolas, e não "unidades" no sentido de medida internacional.

Alternativa E (Incorreta): Embora a via intramuscular (IM) seja a via preferencial e padrão para a vacina influenza inativada, ela não é "obrigatória". Em pacientes com distúrbios de coagulação graves ou trombocitopenia severa, nos quais o risco de hematoma muscular é muito alto, a via subcutânea (SC) pode ser utilizada, apesar de poder haver uma leve redução na imunogenicidade ou aumento de reações locais.

Além disso, existem formulações específicas para via intradérmica em outros países, invalidando a obrigatoriedade absoluta da via IM.

Questão 16

O leiomioma é o tumor benigno mais comum do esôfago, representando cerca de 60% a 70% de todas as neoplasias benignas deste órgão. Ele se origina das células musculares lisas, geralmente localizadas na camada muscular própria ou, menos frequentemente, na muscular da mucosa. Epidemiologicamente, apresenta uma clara predominância no sexo masculino (proporção de aproximadamente 2:1) e é mais frequentemente diagnosticado em adultos entre a terceira e a quinta décadas de vida.

Análise das alternativas:

a) Correta. O leiomioma preenche os dois critérios solicitados pelo enunciado: é estatisticamente o tumor benigno mais prevalente do esôfago e possui maior incidência em homens. A maioria é assintomática e diagnosticada incidentalmente, mas lesões maiores que 5 cm podem causar disfagia.

b) Incorreta. O schwannoma é um tumor neurogênico derivado das células de Schwann. No esôfago, é considerado um tumor extremamente raro, não sendo a principal etiologia benigna.

c) Incorreta. O hemangioma é uma neoplasia vascular pouco comum no trato gastrointestinal superior. Sua importância clínica reside no risco de sangramento, mas sua frequência é muito inferior à do leiomioma.

d) Incorreta. O papiloma escamoso é uma lesão epitelial que figura como o segundo tumor benigno mais comum do esôfago em diversas séries. No entanto, ele ainda é significativamente menos frequente que o leiomioma e sua etiologia costuma estar associada à irritação crônica da mucosa (como no refluxo gastroesofágico) ou infecção pelo HPV.

e) Incorreta. O neurofibroma é um tumor raro no esôfago e, quando presente, geralmente faz parte de um quadro de neurofibromatose tipo 1 (doença de von Recklinghausen), não sendo o tumor benigno mais comum na população geral.

Questão 17

A parada cardiorrespiratória (PCR) na pediatria possui particularidades importantes em relação à PCR no adulto. Enquanto nos adultos a causa cardíaca súbita é frequente, nas crianças, a PCR é geralmente o evento final de uma falência respiratória ou choque circulatório, o que explica por que a hipóxia é a principal causa e por que ritmos não chocáveis (assistolia e atividade elétrica sem pulso) são os mais comuns. Contudo, em uma parcela dos casos, identificamos ritmos que se beneficiam da terapia elétrica (choque).

Os ritmos considerados chocáveis em qualquer faixa etária, incluindo a pediatria, são a fibrilação ventricular (FV) e a taquicardia ventricular sem pulso (TVSP). A conduta imediata para esses ritmos é a desfibrilação manual. De acordo com as diretrizes da American Heart Association (AHA) e do PALS (Pediatric Advanced Life Support), a carga inicial recomendada para o primeiro choque em crianças é de 2 joules por quilo (2 J/kg).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A atividade elétrica sem pulso (AESP) é classificada como um ritmo não chocável. Nesses casos, o tratamento foca em compressões de alta qualidade, ventilação e administração precoce de adrenalina, além da busca pelas causas reversíveis.
- b) Incorreta. Assistolia e AESP são ritmos não chocáveis. Além disso, a carga de 0,5 J/kg está incorreta e seria insuficiente para promover a despolarização necessária do miocárdio no contexto de uma desfibrilação.
- c) Incorreta. Embora a fibrilação ventricular seja um ritmo chocável, a atividade elétrica sem pulso não é. A presença de um ritmo não chocável na alternativa a torna errada.
- d) Correta. A alternativa identifica adequadamente os dois ritmos chocáveis (FV e TVSP) e cita a carga inicial padrão de 2 J/kg. Vale lembrar que, caso o ritmo persista após o primeiro choque e um ciclo de 2 minutos de RCP, a carga deve ser aumentada para 4 J/kg nos choques subsequentes, podendo chegar a 10 J/kg ou à dose máxima de adulto.
- e) Incorreta. Embora os ritmos citados (FV e TVSP) sejam os corretos, a carga de 0,5 J/kg está incorreta para a dose inicial de desfibrilação pediátrica.

Questão 18

O quadro clínico descrito apresenta um paciente jovem com sintomas de congestão pulmonar grave (dispneia aos mínimos esforços e ortopneia) e hemoptise, associados a um achado específico na ausculta cardíaca: sopro diastólico rude no ápice (foco mitral).

A análise das alternativas permite identificar a patologia:

a) Insuficiência mitral: Incorreta. A insuficiência mitral caracteriza-se por um sopro holossistólico (durante a sístole), de caráter aspirativo, que geralmente irradia para a axila. O sopro da questão é diastólico.

b) Insuficiência aórtica: Incorreta. Embora a insuficiência aórtica apresente um sopro diastólico, ele é tipicamente aspirativo, de alta frequência e melhor ouvido no foco aórtico ou aórtico acessório (borda esternal esquerda), e não um sopro rude no ápice.

c) Estenose tricúspide: Incorreta. O sopro da estenose tricúspide também é diastólico, porém é melhor auscultado na borda esternal esquerda inferior (foco tricúspide) e costuma aumentar de intensidade com a inspiração profunda (sinal de Rivero-Carvallo), o que não foi descrito.

d) Estenose aórtica: Incorreta. A estenose aórtica manifesta-se com um sopro sistólico, do tipo crescendo-decrescendo (em diamante), melhor ouvido no foco aórtico com irradiação para as carótidas.

e) Estenose mitral: Correta. Esta é a principal causa de sopro diastólico rude (ruflar diastólico) localizado no ápice cardíaco. A fisiopatologia explica os sintomas: a obstrução ao fluxo do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo aumenta a pressão no átrio esquerdo, que é transmitida retrogradamente para a circulação pulmonar. Isso causa congestão (dispneia e ortopneia) e pode levar à ruptura de pequenas veias brônquicas devido à hipertensão venocapilar pulmonar, resultando em hemoptise. Em pacientes jovens no Brasil, a etiologia reumática é a causa mais comum.

Questão 19

A Síndrome de Lise Tumoral (SLT) é uma emergência oncológica que ocorre devido à destruição rápida e massiva de células malignas, geralmente após o início da quimioterapia em tumores com alta taxa de proliferação (como leucemias e linfomas). Com o rompimento das células, o conteúdo intracelular é despejado na corrente sanguínea, gerando um padrão metabólico específico.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Ocorre hiperuricemia. A lise celular libera grandes quantidades de ácidos nucleicos que são metabolizados em purinas e, posteriormente, em ácido úrico. O excesso de ácido úrico pode precipitar nos túbulos renais, causando lesão renal aguda.

Alternativa (b) Incorreta. Ocorre hiperfosfatemia. O fósforo é um íon predominantemente intracelular. As células malignas podem conter até quatro vezes mais fosfato do que as células normais, logo, sua ruptura eleva significativamente os níveis séricos de fósforo.

Alternativa (c) Correta. A hipercalemia é uma das alterações mais frequentes e perigosas da síndrome. O potássio é o principal cátion intracelular e sua liberação súbita no sangue pode levar a arritmias cardíacas fatais e parada cardiorrespiratória, sendo muitas vezes a alteração eletrolítica mais precoce da SLT.

Alternativa (d) Incorreta. Como explicado, o potássio sai de dentro das células para o sangue, gerando um aumento de seus níveis (hipercalemia) e não uma redução (hipocalemia).

Alternativa (e) Incorreta. Ocorre hipocalcemia. O aumento excessivo do fósforo (hiperfosfatemia) leva à quelação do cálcio, formando cristais de fosfato de cálcio que se precipitam nos tecidos e rins. Esse processo consome o cálcio livre na circulação, reduzindo seus níveis séricos.

Resumo dos distúrbios na Síndrome de Lise Tumoral:

- Hipercalemia (aumento do potássio)
- Hiperfosfatemia (aumento do fósforo)
- Hiperuricemia (aumento do ácido úrico)
- Hipocalcemia (redução do cálcio)

Questão 20

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

Ao avaliar uma criança intubada que apresenta piora súbita (queda de saturação e bradicardia), o médico deve seguir sistematicamente o mnemônico D.O.P.E., que auxilia na identificação rápida das causas mais comuns: Deslocamento, Obstrução, Pneumotórax e Equipamento.

A) DESLOCAMENTO DO TOT: Incorreta. A questão afirma explicitamente que a

médica checkou o tamanho e a posição do tubo orotraqueal e não encontrou alterações. Portanto, o deslocamento (como a extubação acidental ou a intubação seletiva) foi investigado e descartado pela equipe.

B) OBSTRUÇÃO DO TOT: Incorreta. A obstrução por rolha de secreção ou acotovelamento do tubo foi descartada no momento em que a médica realizou a aspiração e a sonda passou sem dificuldade, sem saída de secreção significativa, indicando que a via aérea estava pérvia.

C) PNEUMOTÓRAX À D (CORRETA): Esta é a alternativa correta. O paciente estava em ventilação mecânica com parâmetros elevados, o que é um fator de risco clássico para barotrauma. Os achados do exame físico são patognomônicos para pneumotórax no lado direito: redução da expansibilidade, murmúrio vesicular diminuído e, principalmente, o hipertimpanismo à percussão, que sinaliza a presença de ar entre a pleura e a parede torácica.

D) EQUIPAMENTO (RESPIRADOR) NÃO FUNCIONANTE ADEQUADAMENTE: Incorreta. Embora a melhora clínica inicial com a ventilação manual possa ocorrer em falhas de equipamento, os achados específicos e assimétricos no exame físico pulmonar (hipertimpanismo e redução de murmúrio à direita) confirmam uma alteração anatômica no paciente (pneumotórax) e não apenas um problema técnico no ventilador.

E) ATELECTASIA À D: Incorreta. A atelectasia consiste no colapso do parênquima pulmonar com perda de aeração. Embora também cause redução da expansibilidade e do murmúrio vesicular, a percussão de uma área com atelectasia resultaria em macicez (som "surdo") e não em hipertimpanismo (som "oco" ou de tambor). O hipertimpanismo é o dado clínico fundamental para diferenciar o pneumotórax da atelectasia.

Questão 21

A Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) é uma síndrome caracterizada pela ativação sistêmica e excessiva da cascata de coagulação, geralmente secundária a uma condição grave (como sepse, grandes traumas ou neoplasias). Esse processo leva à formação de microtrombos em diversos órgãos e, simultaneamente, ao consumo desenfreado de plaquetas e fatores de coagulação, além de uma ativação intensa do sistema fibrinolítico para tentar desfazer esses coágulos.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Diminuição de fibrinogênio: O fibrinogênio é o precursor da fibrina, a proteína que

forma o arcabouço do coágulo. Na CIVD, há um consumo maciço de fibrinogênio para a formação dos microtrombos, o que resulta na redução de seus níveis plasmáticos. Portanto, este é um achado esperado.

b) Trombocitopenia: As plaquetas são recrutadas e consumidas de forma generalizada durante a formação dos microtrombos na microcirculação. Por isso, a queda na contagem de plaquetas (trombocitopenia) é um dos sinais laboratoriais mais precoces e comuns da CIVD.

c) Tempo de protrombina (TP) prolongado: O TP avalia a via extrínseca e a via comum da coagulação. Como os fatores de coagulação (como fator VII, X, V e II) são consumidos no processo patológico da CIVD, o sangue demora mais para coagular nos testes *in vitro*, resultando em um TP prolongado.

d) Diminuição de d-dímero: Esta é a alternativa incorreta e o gabarito da questão. O D-dímero é um produto da degradação da fibrina estabilizada. Na CIVD, ocorre intensa formação de fibrina seguida de uma resposta fibrinolítica (quebra desses coágulos) também intensa. Logo, os níveis de D-dímero e outros produtos de degradação da fibrina estarão marcadamente AUMENTADOS, e não diminuídos.

e) PTT prolongado: O PTT (ou TTPA) avalia a via intrínseca e a via comum. Assim como ocorre com o TP, o consumo de fatores como VIII, IX, XI e XII leva ao prolongamento deste tempo laboratorial, sendo um achado frequente na CIVD.

Resumo: Na CIVD, os exames tipicamente mostram plaquetas baixas, fibrinogênio baixo, tempos de coagulação (TP e PTT) prolongados e produtos de degradação da fibrina (como o D-dímero) elevados.

Questão 22

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão avalia o conhecimento sobre os fatores de risco epidemiológicos para o câncer de mama, aplicando-os ao caso clínico de uma paciente idosa com perfil de exposição hormonal prolongada e obesidade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a nuliparidade, a obesidade e a menarca precoce sejam fatores de risco reais, a afirmação sobre o contraceptivo oral está errada. O uso de anticoncepcionais orais apresenta um aumento de risco muito leve e transitório, que desaparece cerca de 10 anos após a interrupção do uso. Ele não é o fator mais

relevante estatisticamente e não dobra o risco relativo da forma descrita.

b) Incorreta. A história familiar e a menarca precoce são, de fato, fatores independentes. No entanto, o tabagismo não é considerado o fator de risco de maior magnitude para o câncer de mama. A alta densidade mamária (tecido glandular e fibroso em maior proporção que o tecido adiposo) é um fator de risco significativamente mais importante do que o tabagismo na epidemiologia do câncer de mama.

c) Correta. Esta alternativa resume com precisão os fatores de risco da paciente e os dados estatísticos. A nuliparidade, a obesidade pós-menopausa (devido à conversão periférica de androgênios em estrogênios no tecido adiposo), a menopausa tardia (após os 55 anos) e a menarca precoce (antes dos 12 anos) aumentam o tempo de exposição do epitélio mamário ao estrogênio. Além disso, ter um parente de primeiro grau com câncer de mama diagnosticado antes dos 60 anos é um marcador clássico que aproximadamente dobra o risco relativo da mulher.

d) Incorreta. A terapia de reposição hormonal (TRH) combinada aumenta o risco de câncer de mama, mas esse aumento não chega a 5% de risco absoluto anual (o que seria um impacto astronômico). O aumento é considerado pequeno em termos de saúde pública quando comparado a outros fatores, e os demais fatores clínicos (como idade e genética) jamais seriam classificados como "desprezíveis".

e) Incorreta. A alternativa erra ao citar "densidade mamária reduzida" e "menopausa precoce". O risco de câncer de mama aumenta com a alta densidade mamária (quanto mais denso o parênquima, maior o risco) e com a menopausa tardia (quanto mais tarde a mulher para de menstruar, maior o tempo de exposição hormonal). A menopausa precoce é, na verdade, um fator protetor.

Resumo dos fatores de risco presentes no caso clínico:

- Idade avançada (68 anos): O principal fator de risco isolado.
- Menarca precoce (11 anos) e Menopausa tardia (55 anos): Aumentam a "janela estrogênica".
- Nuliparidade: Ausência do repouso hormonal e da diferenciação celular mamária que ocorre na gestação e lactação.
- Obesidade (IMC 32): Principal fonte de estrogênio na pós-menopausa.
- História familiar: Mãe com câncer de mama aos 59 anos (parente de 1º grau abaixo de 60 anos).

Questão 23

A suplementação de vitamina D é uma medida essencial na rotina pediátrica para a prevenção do raquitismo e suporte ao desenvolvimento ósseo. De acordo com as diretrizes do Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a conduta deve ser universal para todos os lactentes, independentemente do tipo de alimentação ou exposição solar.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O sexto mês de vida coincide com a introdução alimentar, mas a necessidade de vitamina D surge muito antes. Iniciar a prevenção apenas nesse momento deixaria o lactente vulnerável durante os primeiros meses de crescimento rápido, período em que a demanda metabólica é alta.

Alternativa b) Incorreta. O primeiro ano de vida é o período de maior risco para o desenvolvimento de raquitismo carencial. A suplementação deve ser feita de forma profilática desde os primeiros dias para garantir a saúde óssea e o desenvolvimento adequado.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa apresenta um conceito equivocado que costuma ser alvo de pegadinhas em provas. Embora o leite materno seja o alimento padrão-ouro para o lactente, ele é sabidamente pobre em vitamina D. Por esse motivo, a SBP reforça que crianças em aleitamento materno exclusivo devem obrigatoriamente receber a suplementação.

Alternativa d) Correta. Conforme a diretriz oficial da SBP, a suplementação profilática de vitamina D deve ser iniciada para todas as crianças a partir da primeira semana de vida, especificamente no 7º dia. A recomendação atual estabelece a dose de 400 UI por dia até os 12 meses de idade e 600 UI por dia entre os 12 e 24 meses de vida.

Alternativa e) Incorreta. Embora o início da suplementação seja bastante precoce, o marco temporal padronizado pela diretriz brasileira não é o nascimento imediato (ao nascer), mas sim a partir do 7º dia de vida.

Em resumo, a SBP recomenda o início no 7º dia de vida para todos os recém-nascidos, visando atingir níveis séricos adequados da vitamina, visto que a exposição solar direta é desaconselhada para crianças menores de 6 meses.

Questão 24

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta fatores de risco importantes para arritmias supraventriculares, como idade avançada, obesidade e hipertensão arterial. A queixa de batedeira (palpitações) com dois dias de evolução sugere um quadro de arritmia sustentada.

Interpretação do ECG:

Os achados descritos são a chave para o diagnóstico. O ritmo irregular (intervalos R-R variáveis), a ausência de onda P e a presença de complexos QRS estreitos formam a tríade clássica da Fibrilação Atrial (FA). O QRS estreito indica que o estímulo, embora desorganizado nos átrios, chega aos ventrículos pelo sistema de condução normal (nó atrioventricular e feixe de His).

Alternativa A (Correta): A fibrilação atrial caracteriza-se pela despolarização atrial desordenada, o que impede a formação da onda P e gera uma resposta ventricular irregularmente irregular. É a arritmia cardíaca sustentada mais comum na população idosa e hipertensa.

Alternativa B (Incorreta): As extrassístoles são batimentos antecipados que podem ocorrer de forma isolada, em salvas ou em padrões (como bigeminismo). Embora causem irregularidade, elas geralmente estão inseridas em um ritmo de base (como o sinusal, onde haveria onda P). O enunciado descreve um ritmo globalmente irregular e sem ondas P, o que define a FA, não apenas batimentos precoces.

Alternativa C (Incorreta): A taquicardia sinusal é um ritmo obrigatoriamente regular. Nela, cada complexo QRS é precedido por uma onda P de morfologia normal (origem no nó sinusal). A ausência de onda P e a irregularidade do ritmo excluem essa hipótese.

Alternativa D (Incorreta): A taquicardia ventricular é uma arritmia que se origina abaixo do feixe de His. Por definição, apresenta complexos QRS largos (maior que 120ms ou 0,12s), o que contradiz a descrição de QRS estreito dada no enunciado. Além disso, a taquicardia ventricular costuma ser um ritmo regular.

Alternativa E (Incorreta): O flutter atrial é caracterizado pelas ondas F (em dente de serra), visíveis principalmente nas derivações inferiores (DII, DIII e aVF). Na maioria das vezes, o flutter apresenta uma condução atrioventricular fixa (como 2:1 ou 4:1), resultando em um ritmo ventricular regular. Embora exista o flutter com condução variável, a descrição clássica de ritmo irregular sem onda P aponta diretamente para a fibrilação atrial.

Questão 25

A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico no mundo. O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico e, quando necessário, exames complementares. No caso descrito, temos um paciente do sexo masculino, com tempo de evolução curto (menos de 48 horas), quadro clínico clássico e sinais de irritação peritoneal localizada.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Em pacientes do sexo masculino com apresentação clínica clássica de apendicite aguda, o diagnóstico é eminentemente clínico. A presença de peritonite localizada reforça a necessidade de intervenção. Nesses casos, a indicação de cirurgia (apendicectomia) é a conduta imediata. A via laparoscópica é preferível por oferecer menor dor pós-operatória, retorno mais rápido às atividades e menores taxas de infecção de ferida operatória em comparação à via aberta.

Alternativa (b) INCORRETA: A tomografia computadorizada (TC) é um excelente exame de imagem, com alta sensibilidade e especificidade. No entanto, ela é reservada para casos de dúvida diagnóstica, como em pacientes idosos, obesos, apresentações atípicas ou em mulheres em idade fértil (devido aos diagnósticos diferenciais ginecológicos). No homem com clínica clássica, a TC é dispensável e pode atrasar o tratamento definitivo.

Alternativa (c) INCORRETA: A ultrassonografia abdominal é um exame útil, porém operador-dependente e com menor acurácia que a TC. A observação seriada com exames de imagem só seria indicada se houvesse incerteza diagnóstica inicial, o que não ocorre em um quadro clínico clássico com peritonite.

Alternativa (d) INCORRETA: O tratamento não operatório (antibioticoterapia isolada) tem sido discutido na literatura para casos selecionados de apendicite não complicada, mas ainda não é o padrão-ouro inicial, especialmente em pacientes com sinais claros de peritonite localizada, que sugerem a necessidade de controle de foco cirúrgico.

Alternativa (e) INCORRETA: O lavado peritoneal diagnóstico é um procedimento utilizado quase exclusivamente no trauma abdominal contuso para identificar hemoperitônio em pacientes instáveis. Não tem qualquer papel no fluxograma de diagnóstico ou tratamento da apendicite aguda.

Questão 26

A classificação de Hinchey é o sistema mais utilizado para estadiar a gravidade da diverticulite aguda complicada e orientar a conduta terapêutica. Para responder corretamente à questão, é necessário conhecer os quatro estágios da classificação original:

Hinchey I: Presença de abscesso pericólico ou mesentérico pequeno e localizado, confinado à região próxima ao segmento inflamado do cólon.

Hinchey II: Presença de abscesso pélvico, retroperitoneal ou à distância, mas que ainda permanece bloqueado ou confinado.

Hinchey III: Caracteriza-se por peritonite purulenta generalizada. Neste estágio, ocorre a ruptura de um abscesso ou do próprio divertículo para a cavidade abdominal, resultando em pus espalhado por todo o peritônio, porém sem comunicação livre persistente com a luz do cólon (sem fezes).

Hinchey IV: Caracteriza-se por peritonite fecal generalizada. Ocorre a perfuração livre do cólon, permitindo o extravasamento de fezes para a cavidade peritoneal.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O abscesso pericólico confinado é o achado típico do Estágio I de Hinchey.

Alternativa (b) Correta: A peritonite purulenta generalizada é a definição exata e o achado característico do Estágio III.

Alternativa (c) Incorreta: Abscessos pélvicos ou retroperitoneais bloqueados, mesmo que grandes, pertencem ao Estágio II de Hinchey.

Alternativa (d) Incorreta: A peritonite fecal generalizada, com presença de fezes na cavidade, define o Estágio IV.

Alternativa (e) Incorreta: Embora a fístula colovesical seja uma complicação possível da doença diverticular, ela não faz parte da classificação de Hinchey, que foca na classificação de processos perfurativos agudos e abscessos.

Questão 27

JUSTIFICATIVA DA RESPOSTA CORRETA

A alternativa correta é a letra (c). A suplementação de cálcio durante a gestação tem como principal objetivo a redução do risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia, especialmente em mulheres que apresentam baixa ingestão dietética deste mineral (menos de 600 a 900 mg/dia). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam a suplementação de 1,5g a 2,0g de cálcio elementar por dia para gestantes em grupos de risco ou com dieta deficiente. O mecanismo baseia-se no fato de que a baixa ingestão de cálcio estimula a liberação de paratormônio (PTH) e renina, o que aumenta o cálcio intracelular nas células musculares lisas dos vasos, provocando vasoconstrição e elevação da pressão arterial.

ANALISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O cálcio não previne a anemia ferropriva. Pelo contrário, o cálcio é um inibidor da absorção do ferro não heme. Por isso, recomenda-se que suplementos de cálcio e de ferro sejam administrados em horários diferentes para evitar interferência na absorção do ferro.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora a pré-eclâmpsia possa levar à restrição de crescimento fetal (RCF) devido à insuficiência placentária, a indicação primária e direta da suplementação de cálcio é a prevenção da pré-eclâmpsia em si, e não o tratamento ou prevenção isolada da RCF.

Alternativa (c) CORRETA: Esta é a justificativa baseada em evidências clínicas sólidas. Gestantes com baixa ingestão de laticínios (principal fonte de cálcio) estão em maior risco de desenvolver distúrbios hipertensivos da gestação. A suplementação reduz significativamente a incidência de pré-eclâmpsia nesse grupo.

Alternativa (d) INCORRETA: O carbonato de cálcio é um mineral e não tem a função de aumentar os níveis de Vitamina D. Embora a Vitamina D auxilie na absorção do cálcio, o inverso não ocorre. A deficiência de Vitamina D deve ser corrigida com a suplementação da própria vitamina (colecalfiferol).

Alternativa (e) INCORRETA: Não existe "hipocalcemia fisiológica" da gravidez que precise de correção rotineira. O que ocorre é uma queda nos níveis de cálcio TOTAL devido à hemodiluição e redução da albumina sérica, mas os níveis de cálcio IONIZADO (que é a fração biologicamente ativa) permanecem estáveis durante a gestação normal.

Questão 28

O ponto central desta questão é identificar o tratamento adequado para sintomas vasomotores (fogachos) em uma paciente que apresenta uma contraindicação absoluta à Terapia Hormonal (TH): o antecedente de câncer de mama. Por ser um tumor frequentemente estrogênio-dependente, o uso de hormônios pode estimular a recidiva da doença.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Terapia Hormonal combinada (estrogênio + progesterona) é o tratamento mais eficaz para fogachos, mas o histórico de câncer de mama é uma contraindicação formal e absoluta ao seu uso, conforme os consensos da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e de outras sociedades internacionais.

Alternativa b) Incorreta. A tibolona é um composto sintético que possui ação estrogênica, progestogênica e androgênica. Embora seja utilizada no climatério, ela também é contraindicada em pacientes com história de câncer de mama pelo risco de estímulo a células neoplásicas remanescentes.

Alternativa c) Correta. Para pacientes que não podem ou não desejam realizar Terapia Hormonal, a primeira linha de tratamento farmacológico são os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) ou os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN). A venlafaxina é um dos medicamentos mais estudados e eficazes para a redução dos fogachos nessa população, apresentando um perfil de segurança adequado para sobreviventes de câncer de mama.

Alternativa d) Incorreta. O estrogênio isolado é contraindicado pelo mesmo motivo das alternativas anteriores (câncer de mama). Além disso, em pacientes com útero preservado, o uso de estrogênio isolado aumentaria o risco de hiperplasia e câncer de endométrio.

Alternativa e) Incorreta. Os fitoestrógenos, como as isoflavonas de soja, possuem estrutura similar ao estradiol e podem se ligar aos receptores estrogênicos. Além de apresentarem eficácia inconsistente e inferior aos antidepressivos no controle dos fogachos, sua segurança em pacientes com câncer de mama não é totalmente estabelecida, não sendo a conduta preferencial.

Questão 29

A etiologia das pneumonias na infância é fortemente dependente da faixa etária, refletindo os patógenos aos quais a criança é exposta desde o nascimento. Para lactentes entre 1 e 3 meses de idade, a *Chlamydia trachomatis* assume um papel de destaque nos exames de residência e na prática clínica.

Alternativa a) Incorreta. O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é o principal agente etiológico das pneumonias bacterianas em crianças após os 2 ou 3 meses de vida. Embora possa causar infecções em lactentes mais jovens, ele não é o agente mais característico ou o mais comum para o quadro específico de pneumonia nesta janela inicial de vida quando comparado à *Chlamydia* no contexto de pneumonia afebril.

Alternativa b) Incorreta. O *Mycobacterium tuberculosis* é causa de pneumonia crônica ou quadros específicos de disseminação, mas raramente é o agente de uma pneumonia comunitária aguda em um lactente de até 2 meses. O diagnóstico depende de história de contato com adultos bacilíferos e evolução clínica lenta.

Alternativa c) Incorreta. A *Chlamydia pneumoniae* é um agente causador de pneumonia atípica, mas sua incidência é maior em crianças em idade escolar, adolescentes e adultos. É um patógeno raro em bebês com menos de 2 meses.

Alternativa d) Incorreta. O *Mycoplasma pneumoniae* é o principal agente de pneumonia atípica em crianças acima de 5 anos de idade. Em lactentes pequenos, sua ocorrência é mínima, não sendo a resposta correta para essa faixa etária.

Alternativa e) Correta. A *Chlamydia trachomatis* é o agente etiológico clássico da Pneumonia Afebril do Lactente, que ocorre tipicamente entre a 2ª e a 12ª semana de vida (englobando o período de até 2 meses citado na questão). A transmissão é vertical, ocorrendo durante a passagem pelo canal de parto infectado. O quadro clínico é muito característico: o lactente apresenta tosse persistente em rajadas (tosse em staccato), taquipneia e, obrigatoriamente, ausência de febre. Além disso, há uma associação frequente com história de conjuntivite neonatal e presença de eosinofilia no hemograma.

Resumo epidemiológico por idade:

- Até 1 mês (neonatos): *Streptococcus agalactiae* (Grupo B) e Gram-negativos entéricos (*E. coli*).
- 1 a 3 meses: *Chlamydia trachomatis* (causa clássica afebril) e Vírus (Sincicial Respiratório).
- Acima de 3 meses: *Streptococcus pneumoniae* (principal causa bacteriana).

Questão 30

Para resolver essa questão, devemos aplicar os critérios da Escala de Coma de Glasgow (ECG), que avalia três parâmetros: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. No caso descrito, o paciente apresenta os seguintes achados:

1. Abertura Ocular: O paciente abre os olhos apenas em resposta à dor (estímulo pressórico). Na escala, a pontuação para abertura ocular é: Espontânea (4), À voz (3), À dor (2) e Ausente (1). Portanto, o paciente recebe 2 pontos.

2. Resposta Verbal: O paciente emite sons incompreensíveis (gemidos, sem palavras reconhecíveis). A pontuação para resposta verbal é: Orientado (5), Confuso (4), Palavras inapropriadas (3), Sons incompreensíveis (2) e Ausente (1). Portanto, o paciente recebe 2 pontos.

3. Resposta Motora: O paciente apresenta movimentos de decorticação, que é a flexão anormal ou padrão flexor frente ao estímulo. A pontuação para resposta motora é: Obedece a comandos (6), Localiza a dor (5), Flexão normal/Retirada (4), Flexão anormal/Decorticação (3), Extensão/Decerebração (2) e Ausente (1). Portanto, o paciente recebe 3 pontos.

Somando as pontuações: 2 (Ocular) + 2 (Verbal) + 3 (Motor) = 7 pontos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O valor 8 seria alcançado se o paciente apresentasse um ponto a mais em qualquer um dos critérios, como, por exemplo, se proferisse palavras isoladas (resposta verbal 3) ou se retirasse o membro à dor (resposta motora 4).

b) Correta. A soma exata dos achados clínicos descritos (Abertura ocular à dor = 2; Sons incompreensíveis = 2; Decorticação = 3) resulta em 7.

c) Incorreta. O valor 6 ocorreria se o paciente estivesse em um nível de consciência mais rebaixado, como apresentando decerebração (extensão) em vez de decorticação, o que subtrairia um ponto na resposta motora.

d) Incorreta. Para chegar ao valor 5, o paciente precisaria ter respostas mínimas em quase todos os campos (ex.: abertura ocular à dor, sem resposta verbal e decerebração).

e) Incorreta. O valor 4 indica um quadro neurológico extremamente grave, próximo da ausência total de resposta (que é o valor mínimo 3).

Questão 31

A alternativa correta é a letra d.

A fístula da anastomose proximal (gastrojejunal) é considerada uma das complicações mais graves e precoces do *bypass* gástrico em Y de Roux laparoscópico. Ela geralmente se manifesta nos primeiros dias de pós-operatório e pode levar rapidamente a quadros de peritonite, sepse e choque, exigindo diagnóstico e intervenção imediatos. A literatura médica aponta que a experiência e a habilidade técnica do cirurgião são fundamentais para reduzir essa incidência, uma vez que a fístula está diretamente ligada à qualidade da sutura ou do grampeamento, à ausência de tensão na anastomose e à preservação da vascularização dos tecidos.

Explicação das demais alternativas:

Alternativa a: A estenose da enteroanastomose distal é uma complicação rara em comparação à estenose da anastomose proximal. Além disso, quando ocorre, costuma ter uma apresentação clínica subaguda ou tardia, não sendo tipicamente uma complicação grave e precoce com o mesmo potencial devastador de uma fístula.

Alternativa b: A colelitíase (pedra na vesícula) é uma complicação frequente após cirurgias bariátricas devido à rápida perda de peso e alterações no metabolismo dos sais biliares. No entanto, é um evento de médio a longo prazo (tardio) e não possui relação direta com a perícia técnica do cirurgião durante a execução do *bypass*.

Alternativa c: A úlcera marginal ocorre na borda da anastomose gastrojejunal, mas sua apresentação costuma ser tardia, meses após o procedimento. Sua etiologia está muito vinculada a fatores externos, como o tabagismo, o uso de anti-inflamatórios e a presença de *Helicobacter pylori*, embora o tamanho do coto gástrico possa influenciar. Não é classificada como uma complicação precoce grave.

Alternativa e: A obstrução por corpo estranho na alça alimentar, como fitobezoares ou alimentos mal mastigados, é uma intercorrência mecânica incomum e que ocorre na fase em que o paciente já retornou à dieta sólida (tardia). Ela depende dos hábitos alimentares do paciente e não da expertise técnica do cirurgião na confecção das anastomoses.

Questão 32

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar os conceitos de transmissão direta (imediate e mediata) e transmissão indireta, conforme os critérios da epidemiologia clássica.

A transmissão direta ocorre quando o agente etiológico passa da fonte de infecção para o hospedeiro suscetível sem o auxílio de veículos intermediários ou vetores. Ela se divide em:

1. Direta Imediata: Exige contato físico íntimo (ex.: beijo, relação sexual, toque).
2. Direta Mediata: Ocorre por meio de secreções (gotículas ou aerossóis) expelidas pela fala, tosse ou espirro, que atingem as mucosas do novo hospedeiro a curta distância, sem permanecerem muito tempo no ambiente.

A transmissão indireta, por outro lado, exige um intermediário, que pode ser um veículo (água, alimentos, fômites) ou um vetor (insetos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Sarampo, tuberculose pulmonar e hanseníase são exemplos clássicos de transmissão direta mediata, pois o contágio ocorre principalmente por meio de gotículas ou aerossóis eliminados pelas vias respiratórias. Como a questão pede a exceção, esta alternativa não é o gabarito.

b) Incorreta. Embora a hepatite B e o HIV sejam de transmissão direta imediata (contato sexual/sangue), o sarampo é de transmissão direta mediata. O conjunto ainda se mantém dentro do espectro da transmissão direta.

c) Incorreta. Hepatite B, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e herpes genital são exemplos de transmissão direta imediata. Apesar de serem imediatas, ainda pertencem à categoria de transmissão direta, o que as afasta do conceito de transmissão indireta.

d) Incorreta. HIV e herpes genital são de transmissão direta imediata. A esquistossomose mansônica é de transmissão indireta (depende da água e do caramujo como hospedeiro intermediário). Por conter elementos de transmissão direta, a banca não a considerou como a exceção principal frente à alternativa E.

e) Correta (Gabarito). Todas as doenças listadas nesta alternativa são de transmissão indireta:

- Doença de Chagas: transmitida principalmente por um vetor (triatomíneo) ou via oral (alimentos contaminados).
- Cólera: transmitida via fecal-oral, através de um veículo comum (água ou alimentos)

contaminados).

- Esquistossomose mansônica: transmitida indiretamente através da penetração de cercárias na pele em contato com água contaminada, dependendo do ciclo biológico no caramujo.

Portanto, a alternativa E é a única composta exclusivamente por doenças de transmissão indireta, sendo a exceção correta ao enunciado.

Questão 33

Para calcular a extensão da superfície corporal queimada em pediatria, utiliza-se frequentemente a Regra dos Noves modificada. Embora a criança apresente proporções diferentes do adulto — com a cabeça proporcionalmente maior e os membros inferiores menores — a região do tronco mantém a mesma distribuição percentual em ambos os grupos.

Na Regra dos Noves adaptada para crianças, os valores são:

Cabeça: 18% (sendo 9% para a face anterior e 9% para a posterior).

Membros superiores: 9% cada (4,5% anterior e 4,5% posterior).

Tronco anterior: 18%.

Tronco posterior: 18%.

Membros inferiores: Aproximadamente 14% cada (totalizando 28% para ambos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O valor de 9% corresponde a cada membro superior completo da criança ou à face anterior da cabeça. No tronco, este valor representaria apenas metade da face anterior (como apenas o tórax ou apenas o abdômen).

b) Incorreta. O valor de 14% é utilizado na regra modificada para representar a área total de cada membro inferior na criança, compensando o maior percentual ocupado pela cabeça em comparação ao adulto.

c) Correta. A face anterior do tronco (tórax e abdômen) representa 18% da Área de Superfície Corporal Total (ASCT). O tronco posterior também representa 18%, somando os 36% do tronco total.

d) Incorreta. O valor de 27% não é um valor isolado da Regra dos Noves. Ele poderia representar a soma do tronco anterior (18%) com um membro superior (9%), o que não atende ao enunciado.

e) Incorreta. O valor de 36% corresponde ao tronco completo (soma das faces

anterior e posterior). A questão pede especificamente a estimativa apenas para a face anterior.

Questão 34

Para resolver esta questão, é fundamental compreender os determinantes da oxigenação na ventilação mecânica. A oxigenação depende basicamente de dois fatores: a Fração Inspirada de Oxigênio (FiO_2) e a Pressão Média de Vias Aéreas (MAP – Mean Airway Pressure).

No caso apresentado, o paciente já está recebendo FiO_2 de 100%, o que significa que esse parâmetro atingiu seu limite máximo. Portanto, para melhorar a oxigenação, devemos obrigatoriamente aumentar a Pressão Média de Vias Aéreas. A MAP é influenciada pela Pressão Inspiratória, pelo Tempo Inspiratório, pela Frequência Respiratória e, principalmente, pela PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Reduzir a frequência respiratória diminuiria a Pressão Média de Vias Aéreas (MAP) e poderia levar a um aumento da $PaCO_2$ (acidose respiratória), prejudicando a oxigenação em vez de melhorá-la.
- b) Incorreta. O paciente já está ventilando com um volume corrente de 7,5 mL/kg. Em quadros de pneumonia grave ou lesão pulmonar aguda, a recomendação de ventilação protetora é manter volumes entre 5 e 8 mL/kg. Aumentar o volume corrente aumentaria o risco de volutrauma (lesão pulmonar induzida pelo ventilador).
- c) Correta. O aumento da PEEP é a manobra mais eficaz e indicada para melhorar a oxigenação quando a FiO_2 já está otimizada. A PEEP aumenta a capacidade residual funcional, recruta alvéolos colapsados e aumenta a superfície de troca gasosa, elevando a Pressão Média de Vias Aéreas sem necessariamente aumentar o pico de pressão inspiratória ou o volume corrente de forma perigosa.
- d) Incorreta. Embora o aumento da pressão inspiratória eleve a MAP e possa melhorar a oxigenação, ele também aumentaria o volume corrente. Como o paciente já está em 7,5 mL/kg, aumentar a pressão inspiratória elevaria o risco de barotrauma e volutrauma, sendo uma opção menos segura que o ajuste da PEEP.
- e) Incorreta. Aumentar o tempo expiratório geralmente implica reduzir o tempo inspiratório ou a frequência respiratória. Ambas as ações tendem a reduzir a Pressão Média de Vias Aéreas, o que resultaria na piora da oxigenação. Além disso, não há sinais de aprisionamento aéreo (auto-PEEP) que justifiquem o aumento do tempo

expiratório.

Questão 35

Alternativa a: Esta alternativa está incorreta para o comando da questão, pois descreve um fator real. A tecnologia de processamento de alimentos em massa e a distribuição globalizada permitem que uma contaminação em uma única unidade industrial atinja milhares de pessoas em diferentes regiões rapidamente, favorecendo o surgimento de surtos e doenças emergentes transmitidas por alimentos.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta para o comando da questão, pois descreve um fator real. Tecnologias modernas de infraestrutura, como sistemas de ar-condicionado e torres de resfriamento, criam novos nichos ecológicos. O exemplo clássico é a bactéria *Legionella pneumophila*, que cresce em biofilmes nesses reservatórios de água e causa a Doença dos Legionários.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta para o comando da questão, pois descreve fatores fundamentais. A facilidade de transporte internacional e a urbanização acelerada permitem que patógenos circulem pelo mundo em poucas horas, muitas vezes antes mesmo do aparecimento de sintomas no hospedeiro humano, facilitando a disseminação de doenças como COVID-19, Influenza e Ebola.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta para o comando da questão, pois descreve um fator real. Hábitos sociais e culturais, como práticas dietéticas (consumo de animais silvestres), comportamentos sexuais ou rituais de cuidado com os mortos, influenciam diretamente a exposição humana a novos microrganismos ou a manutenção de cadeias de transmissão.

Alternativa e: Esta é a alternativa correta (a exceção). Embora o desflorestamento seja um fator importante para o aparecimento de doenças emergentes, a alternativa peca ao afirmar que ele ocorre distante de áreas urbanas. Para que uma doença emerja na população humana, é fundamental que haja interface, contato ou proximidade entre o ecossistema alterado e a atividade humana. Se o fenômeno ocorrer de forma totalmente isolada e sem interação com o homem ou seus animais domésticos, ele não resultará na emergência de uma doença na sociedade. O fator de risco epidemiológico é justamente a invasão humana em áreas de mata ou o desflorestamento em áreas de expansão urbana e agrícola.

Questão 36

O trauma esplênico é um dos temas mais frequentes em provas de cirurgia e trauma. O baço é o órgão sólido mais comumente lesionado no trauma abdominal contuso. A conduta atual prioriza a preservação do órgão sempre que possível, mas a estabilidade hemodinâmica é o fator determinante para a decisão terapêutica.

Explicação detalhada das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A presença de líquido livre ao FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) em um paciente hemodinamicamente estável não é indicação absoluta de laparotomia. Nesses casos, o próximo passo preconizado é a realização de uma tomografia de abdome com contraste para avaliar a extensão da lesão, graduá-la e decidir entre o tratamento conservador ou intervenção.

Alternativa b) Incorreta. O baço é frequentemente envolvido em traumas abdominais. Embora o fígado seja o órgão mais comumente atingido em traumas penetrantes de abdome como um todo, o baço é o órgão mais lesado no trauma contuso e é comumente atingido em ferimentos penetrantes que envolvem o quadrante superior esquerdo.

Alternativa c) Incorreta. Atualmente, a esplenectomia não é a primeira escolha. A tendência moderna é o Tratamento Não Operatório (TNO) para pacientes estáveis, mesmo em lesões de alto grau, visando preservar a função imunológica do baço e evitar complicações como a sepse fulminante pós-esplenectomia. A cirurgia é reservada para casos de instabilidade ou falha do tratamento clínico.

Alternativa d) Correta. Esta é a regra de ouro no atendimento ao trauma (ATLS): paciente com sinal de sangramento intra-abdominal (confirmado ou por mecanismo de trauma sugestivo) que apresenta instabilidade hemodinâmica (hipotensão, taquicardia, alteração do nível de consciência) e não responde à reposição volêmica inicial deve ser levado imediatamente para laparotomia exploradora para controle do dano e da hemorragia.

Alternativa e) Incorreta. Embora a classificação por tomografia seja fundamental para guiar o tratamento nos pacientes estáveis, ela jamais deve ser realizada em pacientes instáveis. Levar um paciente chocado para a sala de tomografia atrasa o tratamento definitivo e aumenta a mortalidade. Nesses casos, o diagnóstico de líquido livre é feito à beira do leito (FAST ou lavado peritoneal diagnóstico) e a conduta é cirúrgica imediata, sem necessidade de estadiamento prévio por imagem.

Questão 37

O estudo de caso-controle é um delineamento observacional, analítico e quase sempre retrospectivo. Ele parte de pessoas que já apresentam a doença (casos) e as compara com pessoas que não apresentam a doença (controles), buscando no passado a presença ou ausência de fatores de exposição. Devido a essa arquitetura, ele é classicamente associado a dois grandes vieses (erros sistemáticos):

Alternativa (a) Incorreta: O viés de seleção é, de fato, um problema central, mas o viés de verificação (também chamado de viés de suspeição ou de detecção) é mais característico de estudos de testes diagnósticos, onde a busca pelo desfecho é feita de forma diferente entre os grupos conforme o resultado do teste.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o fator de confusão ocorra em praticamente todos os estudos observacionais, a questão busca os vieses mais específicos e marcantes do desenho de caso-controle. O viés de memória é uma preocupação muito mais específica deste desenho do que a confusão isoladamente.

Alternativa (c) Incorreta: Exclui o viés de seleção, que é um dos pilares de erro em casos-controle, e mantém o viés de verificação e a confusão, que não definem as principais fragilidades deste método.

Alternativa (d) Incorreta: Novamente inclui o viés de verificação, que não é típico do delineamento de caso-controle, além de ser uma alternativa que tenta agrupar vários conceitos sem focar nos dois principais problemas da pesquisa retrospectiva.

Alternativa (e) Correta: Esta alternativa aponta os dois maiores desafios do pesquisador ao conduzir um caso-controle.

1. Viés de Seleção: É o erro que ocorre na escolha dos participantes. Selecionar um grupo controle que seja comparável aos casos é a tarefa mais difícil desse estudo. Se os controles não representarem adequadamente a população que deu origem aos casos, os resultados serão inválidos. Um exemplo é o Viés de Berkson, quando se usa apenas pacientes hospitalizados.

2. Viés de Memória (ou Recordação): Como o estudo olha para o passado, ele depende do relato dos participantes ou de prontuários. Pacientes doentes (casos) tendem a ruminar sobre o passado e lembrar com muito mais facilidade e detalhe de possíveis exposições do que o grupo saudável (controles), o que gera uma distorção nos dados de exposição.

Questão 38

Texto Original:

A hemorragia digestiva baixa (HDB) refere-se ao sangramento originado abaixo do ligamento de Treitz, envolvendo o intestino delgado (em menor escala), o cólon e o reto. Em adultos, a principal causa de sangramento volumoso e hospitalização por essa condição é a doença diverticular.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A doença diverticular do cólon é a causa número um de HDB aguda e indolor em adultos, especialmente em pacientes acima de 60 anos. O sangramento é de origem arterial e ocorre pela erosão das arteríolas (vasa recta) que atravessam a parede do divertículo. Aproximadamente 70 a 80 por cento desses sangramentos param espontaneamente.

Alternativa b: Incorreta. A angiodisplasia, que consiste em malformações vasculares ectásicas, é uma causa comum de sangramento em idosos, sendo frequentemente citada como a segunda causa mais prevalente de HDB significativa. Contudo, estatisticamente, ela ainda ocorre com menor frequência que a doença diverticular.

Alternativa c: Incorreta. Neoplasias e pólipos intestinais são causas frequentes de sangramento digestivo, porém costumam manifestar-se como sangramento crônico, oculto ou de pequena monta, associado à anemia ferropriva e a alterações do hábito intestinal, e não como a causa mais comum de hemorragia aguda volumosa.

Alternativa d: Incorreta. As hemorroidas são a causa mais comum de sangramento anorretal (sangue vivo no papel higiênico ou gotejamento no vaso). Entretanto, na literatura médica e nas questões de prova que abordam a hemorragia digestiva baixa de origem colônica no contexto de emergência ou internação, a doença diverticular é a resposta padrão como causa principal.

Alternativa e: Incorreta. A colite isquêmica ocorre devido a uma redução transitória do fluxo sanguíneo para o cólon, geralmente em áreas de divisor de águas vascular. Embora seja uma causa relevante de dor abdominal aguda seguida de diarreia com sangue, sua incidência é menor que a da doença diverticular.

Questão 39

Para diagnosticar o diabetes mellitus (DM), seguimos critérios bem estabelecidos por organizações como a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a American Diabetes Association (ADA). A regra fundamental para pacientes assintomáticos é a necessidade de confirmação por meio de dois exames alterados.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A glicemia aleatória (colhida a qualquer hora do dia, independentemente do jejum) maior ou igual a 200 mg/dl só confirma o diagnóstico de diabetes de forma isolada se o paciente apresentar sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal) ou em crise hiperglicêmica. Em pacientes assintomáticos, esse achado isolado não é suficiente para o diagnóstico.

b) Incorreta. O Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) padronizado para o diagnóstico de diabetes em adultos utiliza a medida da glicemia 2 horas após a ingestão de 75g de glicose anidra. Não existe critério diagnóstico de diabetes baseado na glicemia de 1 hora para a população geral (critérios de 1 hora são, por vezes, discutidos em gestantes ou em novos consensos de triagem, mas o valor de 240 mg/dl não é o padrão para DM2).

c) Incorreta. Assim como na glicemia de jejum e na hemoglobina glicada, um resultado de TOTG (2 horas) maior ou igual a 200 mg/dl em um paciente assintomático exige uma segunda coleta para confirmação do diagnóstico. Uma única medida alterada, sem sintomas, não encerra o diagnóstico.

d) Incorreta. O ponto de corte da hemoglobina glicada (HbA1c) para o diagnóstico de diabetes é maior ou igual a 6,5%. O valor de 6% citado na alternativa enquadra o paciente na categoria de pré-diabetes (que compreende a faixa de 5,7% a 6,4%). Além disso, em assintomáticos, o teste também precisaria de repetição.

e) Correta. Este é um dos critérios clássicos de diagnóstico. A glicemia de jejum (definida como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas) maior ou igual a 126 mg/dl, quando confirmada em duas ocasiões diferentes (seja repetindo o mesmo teste ou combinando com outro teste alterado), estabelece o diagnóstico de diabetes mellitus em indivíduos sem sintomas.

Resumo dos critérios diagnósticos para assintomáticos (necessários dois testes alterados):

1. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl.
2. Glicemia de 2 horas após 75g de glicose (TOTG) maior ou igual a 200 mg/dl.
3. Hemoglobina glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5%.

Questão 40

A alternativa correta é a (a).

O metotrexato é o medicamento de primeira escolha no tratamento da artrite reumatoide. Seu mecanismo de ação principal é o antagonismo do ácido fólico, ocorrendo por meio da inibição da enzima di-hidrofolato redutase. Essa enzima é responsável por converter o di-hidrofolato em tetra-hidrofolato (a forma ativa do folato), que é essencial para a síntese de purinas e pirimidinas, bases necessárias para a replicação do DNA e divisão celular.

Como o metotrexato bloqueia essa via, tecidos com alta taxa de renovação celular são frequentemente afetados, o que explica os efeitos colaterais clássicos: mucosite (lesões na mucosa oral e gastrointestinal) e toxicidade medular (anemia, neutropenia). Além disso, o fármaco pode causar elevação de enzimas hepáticas (hepatotoxicidade).

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Correta. A suplementação com ácido fólico é a conduta padrão recomendada por diretrizes nacionais e internacionais (como as da Sociedade Brasileira de Reumatologia e do ACR). A reposição de folato ajuda a manter as reservas celulares e reduz significativamente a incidência de náuseas, vômitos, úlceras orais e elevação de enzimas hepáticas, além de prevenir complicações hematológicas, sem comprometer a eficácia do metotrexato no controle da inflamação articular.

Alternativa (b): Incorreta. A vitamina C (ácido ascórbico) possui propriedades antioxidantes e participa da síntese de colágeno, mas não interfere na via metabólica do folato ou na prevenção da toxicidade causada pelo metotrexato.

Alternativa (c): Incorreta. O carbonato de cálcio é utilizado para a saúde óssea e prevenção de osteoporose, condição comum em pacientes com doenças inflamatórias crônicas ou em uso de corticoides, mas não possui papel na mitigação dos efeitos colaterais específicos do metotrexato.

Alternativa (d): Incorreta. A vitamina D é fundamental para o metabolismo ósseo e modulação do sistema imune, sendo frequentemente suplementada em pacientes reumatológicos, mas sua indicação não visa reduzir os efeitos adversos descritos no enunciado.

Alternativa (e): Incorreta. O magnésio não apresenta interação farmacodinâmica com o metotrexato que justifique seu uso para reduzir náuseas, mucosite ou toxicidade

medular.

Em suma, a reposição de ácido fólico é a estratégia farmacológica essencial para aumentar a tolerância e a segurança do tratamento com metotrexato.

Questão 41

O rastreio e o diagnóstico do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) seguem protocolos bem estabelecidos pelas principais diretrizes nacionais (SBD/FEBRASGO) e internacionais (ADA/IADPSG). A recomendação atual é de que o rastreio seja universal, ou seja, para todas as gestantes, e não baseado apenas em fatores de risco.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O rastreamento deve ser universal para todas as gestantes, independentemente da presença de fatores de risco, devido à alta prevalência da condição e aos riscos associados tanto para a mãe quanto para o feto.

b) Incorreta. No primeiro trimestre (ou na primeira consulta de pré-natal), o exame inicial de escolha é a glicemia de jejum. O teste oral de tolerância à glicose (TOTG) de 75g é reservado para o período entre a 24ª e a 28ª semana de gestação para aquelas mulheres que não tiveram diagnóstico de diabetes no início da gravidez.

c) Incorreta. De acordo com os critérios atuais (IADPSG e SBD), basta que apenas um dos três valores do TOTG 75g esteja alterado para confirmar o diagnóstico de diabetes gestacional. O critério de necessidade de dois valores alterados pertencia a protocolos mais antigos (como o de Carpenter e Coustan).

d) Incorreta. O TOTG 75g é justamente o teste padrão-ouro recomendado para o diagnóstico de diabetes gestacional entre a 24ª e a 28ª semana de gestação.

e) Correta. Esta alternativa descreve exatamente o protocolo vigente: o TOTG 75g deve ser realizado entre 24 e 28 semanas de idade gestacional em gestantes com glicemia de jejum inicial normal (menor que 92 mg/dL). O diagnóstico é confirmado se qualquer um dos valores for atingido ou ultrapassado: jejum maior ou igual a 92 mg/dL; 1 hora após a carga maior ou igual a 180 mg/dL; ou 2 horas após a carga maior ou igual a 153 mg/dL. Apenas um valor alterado é suficiente para o diagnóstico.

Questão 42

A classificação de Johnson é utilizada para categorizar as úlceras gástricas de acordo com sua localização e a fisiopatologia da secreção ácida. Entender cada tipo é essencial para a prática clínica e para provas de residência.

Tipo I: Localiza-se na pequena curvatura gástrica, especificamente na região da incisura angularis. É o tipo mais comum de úlcera gástrica e está associado a uma secreção ácida normal ou baixa. Não é o tipo primariamente relacionado ao uso de anti-inflamatórios nesta classificação.

Tipo II: Caracteriza-se pela presença de duas úlceras: uma no corpo gástrico e outra no duodeno. Está associada à hipersecreção de ácido clorídrico.

Tipo III: Localiza-se na região pré-pilórica (até 3 cm de distância do piloro). Assim como o tipo II, está relacionada a uma produção elevada de ácido e tem comportamento clínico semelhante ao da úlcera duodenal.

Tipo IV: É uma úlcera situada na porção alta da pequena curvatura, próxima à transição esofagogástrica (cárdia). Também está associada a uma secreção ácida normal ou reduzida.

Tipo V: Este tipo foi adicionado à classificação original para identificar especificamente as úlceras induzidas por medicamentos, principalmente os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e a aspirina. Diferentemente dos outros tipos, a úlcera tipo V pode ocorrer em qualquer localização do estômago.

Portanto, a alternativa correta é a letra (e), pois o Tipo V é a categoria definida pela associação direta com o uso de AINEs.

Questão 43

Análise do quadro clínico:

O paciente em questão é um idoso de 84 anos que apresenta um quadro agudo/subagudo de tosse que evoluiu de seca para produtiva (expectoração amarelada), acompanhada de febre e achados focalizados no exame físico (estertores crepitantes em base esquerda). Esse conjunto de sinais e sintomas é patognomônico de uma infecção do trato respiratório inferior, especificamente atingindo os alvéolos.

Explicação das alternativas:

- a) Incorreta. O tromboembolismo pulmonar (TEP) costuma se manifestar com dispneia súbita e dor torácica pleurítica. Embora possa haver tosse e febre baixa em casos de infarto pulmonar, a presença de expectoração purulenta e a evolução de 5 dias com picos febris recorrentes direcionam o diagnóstico para uma etiologia infecciosa bacteriana, e não vascular.
- b) Correta. A pneumonia é a principal hipótese diagnóstica. A tríade de tosse (especialmente com mudança no padrão da secreção), febre e presença de ruídos adventícios focais (estertores crepitantes) no exame físico de um idoso é altamente sugestiva. Os estertores indicam a presença de exsudato no interior dos alvéolos, o que corrobora o diagnóstico de consolidação pulmonar.
- c) Incorreta. O infarto agudo do miocárdio manifesta-se tipicamente com dor precordial opressiva, podendo haver dispneia ou sintomas atípicos em idosos (como mal-estar súbito ou síncope). Não é uma patologia que cursa primariamente com tosse produtiva amarelada e febre persistente ao longo de vários dias.
- d) Incorreta. A dissecção de aorta é uma emergência cardiovascular caracterizada por dor torácica ou dorsal de início súbito, lancinante ou excruciante, frequentemente associada a hipertensão grave ou assimetria de pulsos. Não guarda relação com o quadro infeccioso respiratório descrito.
- e) Incorreta. A sinusite é uma infecção das vias aéreas superiores. Embora possa causar tosse devido ao gotejamento pós-nasal, ela não justifica a presença de estertores crepitantes na base do pulmão durante a ausculta. Os achados na ausculta pulmonar confirmam o acometimento do parênquima pulmonar (via aérea inferior).

Questão 44

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente de 17 anos com amenorreia primária e caracteres sexuais secundários presentes (mamas e pelos pubianos). A presença de mamas indica ação estrogênica normal, o que sinaliza que o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano é funcional. A presença de pelos pubianos indica que o corpo responde aos androgênios (seja de origem adrenal ou gonadal). O exame físico e a ultrassonografia revelam a ausência de estruturas derivadas dos ductos de Müller (útero e vagina). O principal desafio aqui é o diagnóstico diferencial entre as causas de ausência uterina em pacientes com mamas desenvolvidas.

COMENTÁRIOS SOBRE AS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. A Síndrome de Kallmann caracteriza-se por hipogonadismo hipogonadotrópico (falha na secreção de GnRH) associado a anosmia ou hiposmia. Como há deficiência de gonadotrofinas (FSH e LH), não ocorre a produção de estrogênios ovarianos, resultando em ausência de desenvolvimento mamário (infantilismo sexual), o que contraria o quadro descrito.

Alternativa b) INCORRETA. A Hiperplasia Adrenal Congênita, especialmente em formas que causam virilização, pode levar a amenorreia e genitália ambígua ao nascimento. No entanto, essas pacientes possuem cariótipo 46,XX e apresentam útero e vagina normais, pois não há produção de hormônio antimülleriano. O problema costuma ser a virilização externa e não a ausência de órgãos internos.

Alternativa c) CORRETA. A Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (agenesia mülleriana) é a causa mais provável. Trata-se de uma malformação onde os ductos de Müller não se desenvolvem, resultando em ausência de útero, tubas uterinas e dos dois terços superiores da vagina. O cariótipo é 46,XX e a função ovariana é normal, o que garante o desenvolvimento das mamas e a presença de pelos pubianos (ação dos androgênios adrenais), exatamente como relatado no caso.

Alternativa d) INCORRETA. A Síndrome de Morris (Insensibilidade Completa aos Androgênios) é o principal diagnóstico diferencial. Nela, o indivíduo é 46,XY, possui testículos e produz hormônio antimülleriano (logo, não tem útero). Embora apresente desenvolvimento mamário (pela conversão periférica da testosterona em estrogênio), a característica marcante que a diferencia da Síndrome de Rokitansky é a ausência ou escassez de pelos pubianos e axilares, devido à resistência total dos receptores aos androgênios. Como a questão afirma que os pelos estão presentes, Morris é descartada.

Alternativa e) INCORRETA. Na Disgenesia Gonadal (como na Síndrome de Turner 45,X ou disgenesia pura 46,XX), as gônadas não funcionam adequadamente (gônadas em fita). Sem estrogênio, a paciente não apresenta desenvolvimento mamário. Além disso, em casos de disgenesia, o útero geralmente está presente (embora possa ser pequeno/infantil), pois não há produção de hormônio antimülleriano.

Questão 45

O quadro clínico descrito — mulher jovem, sexualmente ativa, com dor abdominal inferior, febre, corrimento purulento e dor à mobilização do colo uterino — é patognomônico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP). O diagnóstico da DIP é fundamentalmente clínico, baseado na presença de critérios mínimos (dor no hipogástrio, dor à palpação anexial e dor à mobilização do colo).

A conduta inicial mais apropriada é o início imediato do tratamento para evitar sequelas a longo prazo, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

Análise das alternativas:

a) Solicitar laparoscopia diagnóstica: Incorreta. Embora a laparoscopia seja o padrão-ouro para o diagnóstico de DIP, ela é um procedimento invasivo e de alto custo. É reservada para casos de dúvida diagnóstica (ex.: exclusão de apendicite) ou quando a paciente não apresenta melhora clínica após 48 a 72 horas de antibioticoterapia adequada.

b) Iniciar antibioticoterapia empírica ambulatorial: Correta. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e do CDC, diante da suspeita clínica de DIP, o tratamento deve ser iniciado imediatamente e de forma empírica (cobrindo **Neisseria gonorrhoeae**, **Chlamydia trachomatis** e anaeróbios). Como a paciente está hemodinamicamente estável e não apresenta critérios de gravidade, o manejo ambulatorial com antibióticos orais e intramusculares é a conduta de escolha.

c) Aguardar cultura vaginal antes de iniciar antibiótico: Incorreta. O tratamento da DIP não deve ser retardado por exames laboratoriais. As culturas podem demorar dias, e o atraso no início do antibiótico está diretamente relacionado ao aumento do risco de danos permanentes às tubas uterinas.

d) Internar para antibioticoterapia venosa e avaliação cirúrgica: Incorreta. A internação é indicada apenas em situações específicas, como: gestantes, pacientes que não toleram a via oral (vômitos), estado geral grave (sepse, febre muito alta), suspeita de abscesso tubo-ovariano ou falha no tratamento ambulatorial. A paciente do caso encontra-se estável, o que permite o tratamento em casa.

e) Solicitar ultrassonografia transvaginal com Doppler: Incorreta. A ultrassonografia é um exame complementar útil para avaliar complicações, como o abscesso tubo-ovariano, ou para auxiliar em diagnósticos diferenciais. No entanto, ela não é necessária para fechar o diagnóstico clínico inicial e não deve ser considerada a conduta prioritária antes do início do tratamento em um quadro tão típico.

Questão 46

O quadro clínico descrito é clássico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA). Trata-se de um lactente jovem (2 meses) que apresenta um pródromo catarral (coriza e tosse) seguido de sinais de obstrução de vias aéreas inferiores e desconforto respiratório (taquipneia, sibilância e uso de musculatura acessória). A radiografia com sinais de hiperinsuflação (aprisionamento de ar) corrobora o diagnóstico de doença obstrutiva.

Análise das alternativas:

a) *Bordetella pertussis*: É o agente da coqueluche. Embora possa causar tosse persistente e crises de cianose em lactentes pequenos, o quadro clínico típico evolui com tosse paroxística e guincho inspiratório, geralmente sem sibilância disseminada ou o padrão clássico de bronquiolite obstrutiva.

b) *Chlamydia trachomatis*: Causa a pneumonia afebril do lactente. Ocorre geralmente entre a 2ª e a 12ª semana de vida. Caracteriza-se por tosse em "staccato", conjuntivite prévia ou concomitante e eosinofilia no hemograma. Não costuma cursar com sibilância intensa ou o quadro obstrutivo agudo descrito.

c) *Mycoplasma pneumoniae*: É um agente comum de pneumonia atípica em crianças maiores (geralmente acima dos 5 anos) e adolescentes. É extremamente raro em um lactente de apenas 2 meses de idade.

d) Vírus Sincicial Respiratório (VSR): Alternativa correta. O VSR é o principal agente etiológico da Bronquiolite Viral Aguda, sendo responsável por até 75% a 80% dos casos. O quadro de lactente com primeiro episódio de sibilância precedido por quadro gripal, em vigência de contato epidemiológico (irmão resfriado), é a descrição perfeita da infecção pelo VSR.

e) *Streptococcus pneumoniae*: É o principal agente da pneumonia bacteriana típica. O quadro clínico esperado seria de febre alta, queda do estado geral (toxemia) e, na radiografia, presença de condensação lobar ou segmentar, o que não foi observado no caso, onde o paciente está afebril e com sinais de hiperinsuflação difusa.

Questão 47

Esta questão exige conhecimento sobre a evolução histórica e os conceitos fundamentais dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no Brasil e no mundo. O objetivo é identificar a alternativa incorreta.

Alternativa (a): Correta. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi criada em 2006 no Brasil. Sua definição de determinantes é ampla e abrange justamente as condições sociais, econômicas, culturais, étnico-raciais, psicológicas e comportamentais, indo além do modelo puramente biológico e focando em como esses fatores influenciam a saúde da população.

Alternativa (b): Correta. O Informe Lalonde (1974), do Canadá, é um marco histórico da promoção da saúde. Ele propôs o "Campo da Saúde", que dividia a saúde em

quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde. Esse documento foi fundamental para questionar a hegemonia do modelo biomédico e serviu de base para a Declaração de Alma-Ata e o movimento "Saúde para Todos no Ano 2000".

Alternativa (c): Correta. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, definiu a Atenção Primária à Saúde como a estratégia central para atingir um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva. O documento reconhece explicitamente que a saúde depende de fatores sociais e econômicos, tornando os DSS um dos pilares da atenção básica.

Alternativa (d): Incorreta (Gabarito). Esta afirmação é considerada falsa porque, embora exista uma vasta consciência teórica e acadêmica sobre os DSS, a sua "materialização" nas políticas de saúde e nos modelos de desenvolvimento ainda é o maior desafio contemporâneo. Na prática, o que se observa é a persistência de profundas desigualdades sociais e dificuldades em transpor o discurso dos DSS para ações intersetoriais concretas que alterem a vida real das populações vulneráveis. Portanto, dizer que já se observa essa materialização de forma plena é um erro de avaliação da realidade atual.

Alternativa (e): Correta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde em 2005, sob a liderança de Sir Michael Marmot. O objetivo foi coletar evidências sobre a influência dos fatores sociais na saúde e propor intervenções para combater as iniquidades em saúde globalmente.

Questão 48

O Coeficiente de Mortalidade na Infância é um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a saúde de uma população, pois reflete não apenas a assistência médica, mas também as condições de saneamento, nutrição e o nível socioeconômico.

Alternativa A - Incorreta. O Coeficiente de Mortalidade na Infância (também conhecido como Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos) considera os óbitos de crianças com menos de 5 anos de idade (0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias) por 1.000 nascidos vivos. O limite de 12 anos citado na alternativa não corresponde ao padrão epidemiológico deste indicador.

Alternativa B - Incorreta. O erro desta alternativa reside no tempo cronológico. Este coeficiente estima a probabilidade de um nascido vivo morrer antes de completar 5 anos de vida, e não apenas nos primeiros 2 anos.

Alternativa C - Correta. Em 2000, as Nações Unidas estabeleceram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O Objetivo 4 (ODM 4) era especificamente a redução da mortalidade na infância em dois terços no período entre 1990 e 2015. O Brasil obteve grande sucesso nesta meta, atingindo a redução proposta antes mesmo do prazo final.

Alternativa D - Incorreta. Embora as doenças infecciosas e a desnutrição tenham relevância histórica, o perfil epidemiológico mudou. Atualmente, as causas perinatais (relacionadas ao parto e nascimento) são as principais causas de morte no primeiro ano de vida. Além disso, as causas externas (acidentes e violência) são determinantes fundamentais da mortalidade na infância, especialmente após o primeiro ano de vida, invalidando a afirmação de que não seriam tão determinantes.

Alternativa E - Incorreta. O sub-registro (subnumeração) de nascimentos e óbitos é, de fato, uma limitação técnica. No entanto, ao contrário do que a alternativa afirma, essa limitação impacta significativamente os indicadores das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Nessas áreas, a precariedade dos sistemas de informação muitas vezes exige o uso de métodos de cálculo indiretos para estimar a mortalidade real.

Questão 49

O manejo do trauma cervical penetrante é baseado na estabilidade clínica do paciente e na presença de sinais que indiquem lesões vasculares ou aerodigestivas graves, conhecidos como sinais duros (hard signs). A questão descreve um paciente com sinais de gravidade de lesão arterial ou instabilidade hemodinâmica, o que dita uma conduta de emergência.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A angiotomografia computadorizada é o exame de escolha para pacientes estáveis hemodinamicamente, permitindo um manejo seletivo. No entanto, para pacientes instáveis ou com sinais de sangramento arterial ativo, o atraso para realizar um exame de imagem pode ser fatal. A prioridade nesses casos é o controle imediato da lesão no centro cirúrgico.

b) Incorreta. A endoscopia digestiva alta e a broncoscopia são exames complementares utilizados para avaliar lesões específicas de esôfago e árvore traqueobrônquica em pacientes que já foram estabilizados ou que possuem suspeitas clínicas específicas. Não são condutas de tratamento inicial para instabilidade hemodinâmica ou choque.

c) Incorreta. A observação rigorosa e o exame físico seriado são reservados para

pacientes assintomáticos, sem sinais de lesão vascular ou de via aérea/digestiva e que estejam estáveis. Havendo sinais de gravidade, a intervenção deve ser imediata.

d) Correta. Esta alternativa descreve a sequência prioritária no trauma (ABCDE). Primeiro, assegura-se a via aérea, que pode ser comprometida tanto pela lesão direta quanto por hematomas expansivos que comprimem a traqueia. O controle do sangramento externo no pescoço deve ser feito por pressão direta manual, nunca por clampamento às cegas, devido ao risco de lesar estruturas nervosas e vasculares adjacentes. Por fim, a instabilidade e os sinais de lesão arterial grave (como hematoma expansivo, sangramento em jato ou choque) são indicações clássicas de cervicotomia exploradora imediata.

e) Incorreta. A embolização angiográfica pode ser uma opção em casos selecionados de lesões vasculares em zonas de difícil acesso cirúrgico (como a zona III, na base do crânio, ou zona I, na transição torácica), mas apenas se o paciente permitir o transporte e o tempo do procedimento. Propor reavaliação apenas em 24 horas para um paciente com sinais de gravidade arterial ou instabilidade é uma conduta inadequada e perigosa.

Questão 50

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta sangramento vaginal no terceiro trimestre da gestação (34 semanas). As características fundamentais para o diagnóstico são: sangramento indolor, de cor vermelho-vivo, de início súbito e sem sinais de hipertonia uterina ou sofrimento fetal agudo imediato. Este quadro é patognomônico de Placenta Prévia.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) cursa classicamente com dor abdominal intensa, hipertonia uterina (útero lenhoso) e, frequentemente, sinais de sofrimento fetal. Além disso, em qualquer sangramento da segunda metade da gestação sem diagnóstico prévio, o toque vaginal é contraindicado até que se descarte placenta prévia, pelo risco de aumentar o descolamento e causar hemorragia grave.

Alternativa b) Correta. A Placenta Prévia é a principal hipótese para sangramento indolor na segunda metade da gravidez. A conduta inicial obrigatória é a abstenção do toque vaginal para evitar a exacerbação do sangramento. O diagnóstico de certeza e a localização placentária são confirmados por meio da ultrassonografia, preferencialmente transvaginal (que é segura e mais acurada que a abdominal para esta finalidade).

Alternativa c) Incorreta. A rotura uterina é uma emergência obstétrica geralmente associada à dor abdominal lancinante, súbita, frequentemente durante o trabalho de parto ou em pacientes com cicatrizes uterinas prévias. Costuma apresentar sinais de choque materno e alterações graves nos batimentos fetais, além da interrupção das contrações e subida da apresentação fetal.

Alternativa d) Incorreta. Não há sinais de trabalho de parto no caso (o colo está fechado e não há menção a contrações). Além disso, betabloqueadores não são utilizados para tratar parto prematuro; quando a tocólise (inibição do trabalho de parto) é indicada, utilizam-se drogas como nifedipino ou atosiban.

Alternativa e) Incorreta. O acretismo placentário é uma condição em que a placenta se adere de forma anormal ao miométrio, sendo um diagnóstico associado à placenta prévia e cicatrizes de cesáreas anteriores. Embora a ressonância possa ser usada para avaliação do acretismo, ela não é a conduta inicial em um quadro de sangramento agudo na emergência, onde a ultrassonografia é o exame de escolha por sua agilidade e disponibilidade.
